

Современные технологии

Беречь почки никогда не поздно

Это доказывают кемеровские врачи

В отделении урологии Кемеровской городской клинической больницы № 2 внедрена перкутанная литотрипсия – высокотехнологичный метод щадящего удаления сложных камней почки, больших по размеру или коралловидных. Данная патология является одной из самых тяжёлых проявлений мочекаменной болезни.

Кузбасс считается эндемическим очагом по мочекаменной болезни: здесь слишком жёсткая минерализованная вода. А потому и распространённость болезни очень высокая: в структуре всех урологических болезней на её долю приходится почти половина. И число пациентов с установленным диагнозом растёт...

«До 90% камней мочевыделительной системы можно удалять методом дистанционной или контактной литотрипсии, – поясняет заведующий отделением урологии Кемеровской ГKB № 2 Дмитрий Троегубов. – Но в тех случаях, когда размер камня превышает 1,5 см, когда он имеет высокую плотность или разветвлённую коралловидную форму, дистанционная литотрипсия не показана. Прежде пациентов с такими формами мочекаменной болезни оперировали открытым доступом, причём операции предполагали разрез самой почки. А поскольку мочекаменная болезнь в 10-70% случаев даёт рецидивы, повторные открытые операции, как правило, заканчивались удалением органа. Сегодня мы освоили альтернативный малотравматичный метод лечения – перкутанную нефролитотрипсию с применением видеоэндоскопической хирургической техники. В настоящее время он определён в России как первая линия терапии коралловидных и крупных камней почек».

(Окончание на стр. 2.)

Фото Фёдора БАРАНОВА.



Рентгенооперационная Кемеровской ГKB № 2

Перемены

Вертолётом всегда можно долететь...

Омская область активно участвует в реализации приоритетного проекта «Обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации».

– Это даёт нам возможность гораздо чаще использовать санавиацию. И вскоре у нас появится ещё один дополнительный вертолёт, – сообщил недавно губернатор области Виктор Назаров.

В соответствии с соглашением между Министерством здравоохранения РФ и правительством Омской области на закупку авиационной услуги для оказания медицинской помощи с применением воздушного транспорта из средств федерального и областного бюджетов выделено достаточно средств.

В настоящее время проведён конкурс на выполнение 855 лётных часов до конца года. Это позволит омским врачам осуществлять вылеты в отдалённые районы области для оказания экстренной медицинской помощи в среднем в 10 раз чаще, чем пару лет назад. Ранее вылеты совершал вертолёт Ми-2 без медицинского модуля, с этого года к нему добавится вертолёт Ми-8, оснащённый современным реанимационным оборудованием.

Необходимость в использовании авиатранспорта возникает нередко, в первую очередь вертолёт нужен для скорейшей транспортировки тяжёлых пациентов, новорождённых и женщин с осложнениями беременности и родов. Наибольшее количество вылетов в регионе осуществляется в

отдалённые населённые пункты Тарского, Тевризского, Усть-Ишимского, Колосовского и Седельниковского муниципальных районов. Богатый опыт врачей отделения санавиации позволяет диагностировать и принимать решения в сложных клинических случаях.

В правительстве области также отмечают, что в последние годы удаётся планомерно обновлять автопарк «скорой». Так, в прошлом году служебно передано 54 новых автомобиля, из которых 20 приобретено за счёт областного бюджета. В нынешнем году на эти цели из бюджета области выделено ещё 50 млн руб.

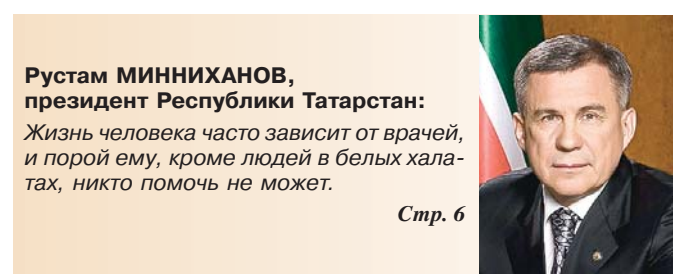
Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.



Валентин ПОКРОВСКИЙ,
директор Центрального НИИ
эпидемиологии,
академик РАН:
Лишение РАН самостоятельного статуса весьма недальновидно... У науки не может быть двух хозяев, и рано или поздно ликвидируют либо академию, либо ФАНО.

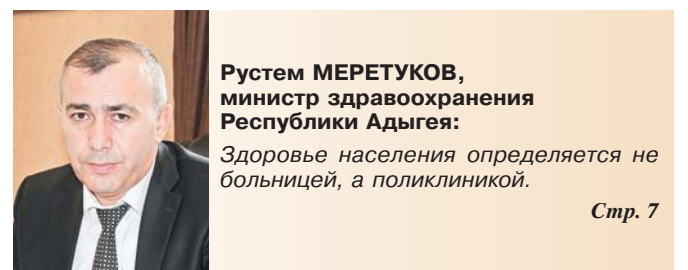
Стр. 4-5



Рустам МИННИХАНОВ,
президент Республики Татарстан:

Жизнь человека часто зависит от врачей, и порой ему, кроме людей в белых халатах, никто помочь не может.

Стр. 6



Рустем МЕРЕТУКОВ,
министр здравоохранения
Республики Адыгея:

Здоровье населения определяется не больницей, а поликлиникой.

Стр. 7

Демография

Поднять престиж многодетных семей

Общественные слушания на тему преодоления демографического кризиса на Южном Урале состоялись в рамках межрегиональной специализированной выставки «Материнство и детство». Участие в них приняли представители законодательной и исполнительной власти Челябинской области, а также представители научного сообщества, общественных организаций, многодетные родители и просто неравнодушные южноуральцы.

Проблема снижения рождаемости в регионе становится всё актуальнее. Тенденция уменьшения числа родов наметилась в прошлом году и сохраняется в нынешнем.

– В целом ситуация у нас не хуже, чем в большинстве регионов страны, а суммарный коэффициент рождаемости даже выше среднего российского, – отметил первый заместитель губернатора Челябинской области Евгений Редин. – Однако снижение числа рождений не может не беспокоить. У специалистов есть видение того, как можно сбавить темпы снижения числа родов. Но нам необходимо услышать предложения, какие практические мероприятия можно применить, чтобы восстановить количество рождений для естественной прироста населения.

По словам специалистов, спад рождаемости в области связан со снижением репродуктивного потенциала – численности женщин фертильного возраста и подростков из-за демографического провала 90-х годов.

– Меньше женщин стали рожать первого ребёнка. Зато число рождений вторых и последующих детей выросло, – отметила заместитель министра здравоохранения Челябинской области Виктория Сахарова. – Это говорит о том, что в регионе ведётся достаточно эффективная политика стимулирования рождаемости и многодетности.

Участники общественных слушаний согласились с тем, что в регионе многое делается для поддержки материнства и детства. Однако большинство сошлось во мнении, что необходимо социально поддерживать не только проблемные семьи, а надо ещё поднимать престиж многодетной семьи, помогать им.

– Результатом обсуждения стали конкретные рекомендации, – подытожил Е.Редин. – Все предложения общественников и представителей науки мы обязательно рассмотрим и постараемся выработать концепцию дальнейших действий.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Новости
Выбрали ЦРБ

Как сообщили в Комитете по здравоохранению Волгоградской области, до конца года 115 медиков в возрасте до 50 лет по программе «Земский доктор» и «Земский фельдшер» выберут в качестве постоянного места работы и жительства сельскую местность.

Врачам, переехавшим работать на село, выплачиваются подъемные в размере 1 млн руб., а фельдшерам – 500 тыс. Кроме того, практически во всех сельских районах врачам компенсируют затраты на жильё, также они получают 25-процентную надбавку к заработной плате.

На данный момент, по информации областного Комитета здравоохранения, в рамках программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер» 26 врачей и 14 фельдшеров влились в коллективы сельских медицинских учреждений. Все переехавшие специалисты с успехом работают в ЦРБ на должностях терапевтов, хирургов, педиатров, неврологов и т.д.

Александр КУЗНЕЦОВ.

Волгоград.

Наркологи объединились

В Екатеринбурге появилась новая областная наркологическая больница. Постановление о её создании подписал губернатор Свердловской области Евгений Куйвашев.

В своём составе больница объединила действовавшие в регионе учреждения наркологического профиля – реабилитационный центр «Урал без наркотиков» и областной наркологический диспансер.

Новое медицинское учреждение будет осуществлять амбулаторный приём и консультирование, предоставлять услуги стационарной наркологической помощи и медицинской реабилитации, проводить работу с близким окружением зависимого человека и профилактические мероприятия для населения.

Новое учреждение позволит снизить большинство административных барьеров при маршрутизации пациента в рамках оказания ему медицинской помощи, объединит высококвалифицированных специалистов двух медицинских учреждений и создаст центр по подготовке кадров соответствующего профиля. Кроме того, новое учреждение приступит к развитию на своей базе новых технологий.

Елена ОСТАПОВА.

Екатеринбург.

Манекен-младенец

В Ульяновской областной детской клинической больнице им. Ю.Ф.Горячева появился современный симулятор – манекен новорождённого для профессиональной подготовки неонатологов, анестезиологов-реаниматологов.

– Этот манекен позволит молодым специалистам нашего лечебного учреждения отрабатывать технику первичной помощи при рождении ребёнка, – отметила директор перинатального центра Марина Иглина.

Возможности проведения сложных лечебно-диагностических процедур на симуляторе позволят повысить квалификацию молодых специалистов, внедрять современные медицинские технологии, не используемые ранее, что будет способствовать повышению эффективности медицинской помощи для самой сложной категории пациентов – новорождённых детей, особенно с низкой и экстремально низкой массой тела. Ещё 7 тренажёров для будущего симуляционного центра поступят до конца года.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

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

Современные технологии
**Беречь почки
никогда не поздно**

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Данный метод позволяет значительно уменьшить травму почки во время проведения вмешательства и сохранить её функциональную способность, снижает риск интра- и послеоперационных осложнений, сокращает сроки госпитализации и реабилитации пациента.

«Другое немаловажное преимущество состоит в том, что фрагменты камня удаляются из полостной системы почки полностью, – сказал Д.Трогубов. – Тем самым мы предотвращаем повторное камнеобразование на фрагментах, а также исключаем болевые эпизоды, связанные с отхождением фрагментов по мочеточнику».

Процедуру проводят под наркозом или эпидуральной анестезией, что делает её абсолютно безболезненной. Тщательно установив расположение камня, под рентгеновским или ультразвуковым контролем врач проводит пункцию чашечно-лоханочной системы почки. После этого выбирается чашечка,

через которую можно максимально удобно удалить камень, и вводится контрастное вещество – чтобы она стала видна на экране при рентгеновском излучении. Через небольшие проколы в поясничной области к камню подводится нефроскоп. Затем происходит непосредственное измельчение и удаление камней под рентгеноконтролем. Продолжительность вмешательства не превышает 1,5 часов. Оперированного пациента переводят в отделение урологии под наблюдение уролога. Пить, есть, ходить ему разрешают в этот же день. Среднее пребывание таких больных в стационаре составляет 5-6 суток, иногда меньше.

В апреле-мае 2017 г. в урологическом отделении больницы было выполнено 15 подобных операций. У всех больных камни были раздроблены, их фрагменты извлечены. Осложнений не наблюдалось.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

События
**«Не пробуйте разделять
во мне хирурга и епископа»**

Память о профессоре Войно-Ясенецком всегда жива

На берегу Енисея, на площади перед главным корпусом Красноярского государственного медицинского университета, который носит имя этого выдающегося учёного, хирурга и священнослужителя, вознёсся памятник Валентину Феликсовичу Войно-Ясенецкому, или, в соответствии с его церковным саном, святителю Луке. Мону-мент высотой 3,5 м выполнен в камне. Профессор Войно-Ясенецкий изображён в образе врача, при этом в одной руке у него крест, в другой скальпель, что подчёркивает неразделимость двух его ипостасей – доктора и архипастыря.

Это уже второй мемориал в честь В.Войно-Ясенецкого в Красноярске: на одной из центральных улиц города, у архиерейского дома установлен памятник Святому архиепископу Луке. Здесь он представлен исключительно в образе священнослужителя. Теперь же можно с уверенностью говорить, что последняя воля этого человека, отдавшего жизнь равному служению медицине и богу, исполнена.

– Он просил: «Если станете описывать мою жизнь, не пробуйте разделять хирурга и епископа». Мы не могли не учесть этого желания святителя Луки, работая над проектом монумента, – сказал ректор КрасГМУ Иван Артюхов.

Торжественную церемонию открытия памятника приурочили к 140-летию со дня рождения святителя Луки и 75-летию обра-



Академик А.Чучалин (справа) участвовал в чине освящения памятника

зования КрасГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого. Чин освящения памятника провёл митрополит Красноярский и Ачинский Пантелеимон. Почётным гостем церемонии стал председатель Российского общества православных врачей им. святителя Луки академик РАН Александр Чучалин.

Также в рамках дней памяти В.Войно-Ясенецкого в посёлке Большая Мурта Красноярского края, где с 1940 г. отбывал очередную, пятилетнюю ссылку «политически неблагонадёжный» великий русский хирург и учёный, состоялось освящение храма святителя Луки. Храм воздвигнут на территории Центральной районной

больницы, в которой опальный доктор оперировал сибирских крестьян.

А ещё к юбилею профессора Войно-Ясенецкого в Большой Мурте открылся Духовный медико-просветительский центр, построенный при поддержке губернатора Красноярского края Виктора Толоконского. В первый день работы центра А.Чучалин провёл здесь «круглый стол» «Моё призвание – мужицкий врач», посвящённый жизни и деятельности архиепископа Луки.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.



Монумент перед университетом

Акции
Волонтёры в больнице

«Психология. Волонтёры в больнице» – вебинар на эту тему, на котором шла речь о персональном ведении случаев по помощи детям-сиротам с особыми потребностями, прошёл в Общественной палате РФ.

Встречу провела заместитель председателя Комиссии Общественной палаты по поддержке семьи, детей и материнства Юлия Зимова. Спикерами вебинара выступили координатор фонда «Во-

лонтёры в помощь детям-сиротам» Алёна Синкевич и руководитель добровольческого движения «Даниловцы» Юрий Белановский.

«Мы рассказали «больничным волонтёрам» – нашим так называемым медицинским наставникам – о специфике работы с детьми-сиротами с особыми потребностями. В первую очередь говорили о том, что волонтёры помогают по доброй воле, соответственно организации не должны использовать их как рабочую силу, – отметила

Ю.Зимова, которая акцентировала также внимание на том, что сегодня нет единого подхода к анализам, которые должны сдавать волонтёры, посещающие клиники. – Они не являются сотрудниками медицинских учреждений, но при этом спрашивают с них порой очень много и часто не пускают на основании того, что они не предоставили результаты тех или иных анализов. Но и больницы тоже должны быть осторожнее с теми, кого пускают в свои стены, ведь это могут быть самые разные люди с разными намерениями».

Валерий МАЛОВ,
МИА Cito!

«Круглый стол»

Снова тревожит кадровый дефицит

Законодательное решение проблем отечественного здравоохранения и медицинского образования были в центре внимания участников «круглого стола» в Совете Федерации, который провёл Комитет по социальной политике.

Заместитель председателя комитета Людмила Козлова, которая вела заседание, подчеркнула, что основные проблемы отечественного здравоохранения сегодня – доступность, качество медицинской помощи и дефицит кадров. По её мнению, необходимо пересмотреть систему формирования заработной платы медиков, повысить базовые оклады, увеличив фонд зарплаты, а не решать этот вопрос с помощью стимулирующих надбавок, уменьшая объёмы медицинской помощи, сокращая медицинский персонал и увеличивая нагрузки на оставшихся работников.

«Речь идёт о повышении социального статуса и престижа специальности медицинских работников – врачей, среднего медперсонала, а также преподавателей высших и средних учебных медицинских заведений», – подчеркнула законодатель.

Главной проблемой в этой части Л.Козлова назвала отсутствие жилья у медицинских работников и предложила для решения этой задачи ввести для них систему жилищных сертификатов по аналогии с военными. «Если медики будут знать, что у них есть надежда получить такой сертификат, а значит в дальнейшем и квартиру, эта «головная боль» отпадёт, они будут больше внимания уделять работе, пациентам», – уверена сенатор.

Участники заседания сошлись во мнении, что в ряде случаев система целевого набора в вузы фактически не срабатывает: средства на обучение выделяются, но зачастую трудоустройство не предполагается.

Специалисты предположили, что в законодательстве о целевом образовании речь могла бы идти о заключении трёхстороннего договора с обучающимся, а также взыскании неустойки в размере затраченных на его обучение средств, если он не исполнил обязательства по трудоустройству.

Директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Министрства здравоохранения РФ Татьяна Семёнова считает, что в части, касающейся устранения кадрового дефицита, акцент в первую очередь надо делать на первичную амбулаторную службу.

В ходе мероприятия также выступили ректоры ведущих российских медицинских вузов, представители профессионального сообщества.

Константин ШАРЬИН.
МИА Сити!

Профилактика

Отдохнули и поправили здоровье

В первую оздоровительную смену в 39 тыс. учреждений детского отдыха, по данным территориальных органов Роспотребнадзора, отдохнули и поправили своё здоровье более 2,7 млн детей. Предварительная оценка эффективности оздоровления уже вернувшихся домой детей позволяет отметить, что выраженный оздоровительный эффект отмечен у 93% детей.

Эти цифры прозвучали по итогам смены на селекторном совещании, которое провела руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Анна Попова.

В совещании приняли участие представители органов исполнительной власти субъектов РФ, органов управлений здравоохранением регионов, управлений образования, руководители управлений Роспотребнадзора по субъектам Федерации и по железнодорожному транспорту, главные врачи Центра гигиены и эпидемиологии.

В рамках федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора проведено более 16,5 тыс. плановых и внеплановых проверок соблюдения санитарно-эпидемиологических требований к условиям отдыха и оздоровления детей. В ходе проверок нарушения были выявлены практически в 80% оздоровительных учреждений. Особое внимание уделялось организации питания, контролю за условиями размещения детей и подростков, за материально-техническим оборудованием оздоровительных учреждений, за организацией водоснабжения.

При проведении контрольно-надзорных мероприятий специалистами Роспотребнадзора в целом по стране было отобрано и исследовано более 77 тыс. проб пищевых продуктов и готовых блюд, более 34 тыс. проб воды по санитарно-химическим, микробиологическим и паразитологическим показателям.

В итоге должностными лицами Роспотребнадзора было выдано более 8,7 тыс. предписаний об

устранении выявленных нарушений санитарно-эпидемиологических требований. Всего за выявленные нарушения требований санитарного законодательства составлено более 13,8 тыс. протоколов об административном правонарушении. Общая сумма наложенных административных штрафов превысила 22,3 млн руб.

Роспотребнадзором установлены факты работы 13 несанкционированных оздоровительных учреждений, не входящих в региональные реестры и начавших работу без уведомления органов Роспотребнадзора, где находилось 477 детей. По всем таким организациям приняты меры административного воздействия в виде приостановления деятельности. Дети вывезены, при содействии Роспотребнадзора средства за путёвки возвращены родителям.

Ход летней оздоровительной кампании остаётся на постоянном контроле Роспотребнадзора.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

Санитарная зона

Клещи дают о себе знать

В России зарегистрировано 125 случаев заболевания клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ) и 587 случаев заболевания иксодовым клещевым боррелиозом (ИКБ), количество заболевших КВЭ и ИКБ в этом году ниже уровня прошлого года и не превышает среднепогодных значений за аналогичный пятилетний период.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) информирует, что благоприятные климатические условия в нашей стране способствуют активизации насекомых, в том числе клещей. Во всех

федеральных округах с марта ведётся еженедельный мониторинг за КВЭ и другими инфекциями, передающимися клещами (ИКБ, моноцитарный эрлихиоз человека, гранулоцитарный анаплазмоз человека).

Продолжаются акарицидные обработки с осуществлением контроля их качества и эффективности. По состоянию на 9 июня они выполнены на 188 тыс. га, план реализован на 140%. В каждом субъекте РФ в учреждениях здравоохранения Роспотребнадзора и их филиалах открыты пункты по приёму и проведению исследований клещей на предмет их заражённости КВЭ и боррелиями.

По состоянию на конец июня

2017 г. в медицинские организации обратились более 220 тыс. человек по поводу присасывания клещей, что соответствует среднепогодным уровням и ниже в 1,2 раза по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. В Пермском крае количество пострадавших от клещей снизилось в 1,7 раза, в Вологодской области – в 2,5 раза, Москве и Московской области – в 1,4 раза. И только в Кемеровской, Томской, Новосибирской, Иркутской, Тюменской областях и Красноярском крае показатели превысили прошлогодние значения.

Валерий СУВОРИН.
МИА Сити!

Конкурсы

Названы лучшие

В Научно-исследовательском клиническом институте педиатрии им. Ю.Е.Вельтищева (структурное подразделение Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова) в День медицинского работника наградили лучших врачей, а также организовали конкурс среди медсестёр.

На основании анкетирования и благодарственных отзывов пациентов первая премия присуждена врачу отделения нефрологии Т.Лепавевой, вторая – заведующему отделением детской хирургии А.Подгорному, третья – заведу-

ющей отделением нефрологии Н.Коньковой.

В конкурсе среди медсестёр каждая из участниц продемонстрировала профессиональные знания и умения. Лучшей медсестрой в итоге стала А.Иванова (отделение анестезиологии и реанимации), второе место заняла А.Тягина (отделение клинической генетики), третья – И.Никифорова (отделение нефрологии). Все призёры и участницы были награждены памятными подарками.

Ольга СЛАСТИКОВА,
сотрудник РНИМУ
им. Н.И.Пирогова.

Москва.

Статистика

Эффект налицо, но...

Почти каждый второй (45%) из россиян, опрошенных Всероссийским центром изучения общественного мнения, назвал самой эффективной мерой борьбы с курением запрет на него в общественных местах. В то же время только 5% из 1200 респондентов считают борьбу с этой вредной для здоровья привычкой важной задачей государства.

Из предлагаемых сегодня мер по борьбе с курением в числе эффективных после запрета на него в общественных местах – запрет на рекламу сигарет (32%), а также разъяснительная работа о вреде курения (28%) и продажа сигарет в закрытых витринах (25%). Реже отмечают антитабачную рекламную кампанию – только каждый пятый респондент (20%) считает, что она влияет на сокращение курения. В то, что печать на пачке сигарет

«страшных» картинок может повлиять на курильщиков, верят 19% опрошенных.

Последнее место в списке наиболее действенных мер, согласно опросу ВЦИОМ, заняло предлагаемое введение обезличенной (унифицированной) упаковки – эффекта от неё ожидают только 2% опрошенных. Эту меру 67% респондентов считают избыточной. Большинство к этому предложению относится скорее скептически, опасаясь роста контрабанды сигарет – 67% респондентов полагают, что из соседних стран начнутся поставки сигарет в привычной для российских потребителей упаковке, или ожидают падения качества сигарет из-за того, что конкуренция производителей будет сведена исключительно к цене (58%).

Иван ГЕРБИНОВ.
МИА Сити!

Ну и ну!

Психически больные по принуждению?



В Московской области 33-летний психиатр обвиняется в систематическом получении взяток за помещение здоровых людей в психиатрическую больницу. Об этом сообщили в Следственном комитете Подмосковья.

Как установили следователи, обвиняемый, находясь на суточном дежурстве по психиатрическому стационару в приёмном покое Московской областной психиатрической больницы № 8 договорился с 23-летней местной жительницей о помещении в стационар её матери без наличия на то оснований и без согласия самой женщины. За это врачу на карту была перечислена взятка в размере 20 тыс. руб.

Следователи также выяснили, что в 2016 г. психиатр получил как минимум две взятки за аналогичные услуги. В ходе допроса обвиняемый свою вину не признал.

«Следственным отделом по городу Орехово-Зуево ГСУ СК России по Московской области продолжается расследование уголовного дела в отношении ранее судимого врача психиатрического отделения стационара психиатрической больницы № 8, обвиняемого в совершении преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 290 УК РФ (получение взятки за незаконные действия)», – сообщили в СК. В отношении него избрана мера пресечения в виде домашнего ареста.

Борис БЕРКУТ.
МИА Сити!

Московская область.

Любой человек, а врач в особенности, учится на протяжении всей своей жизни. Но подчас нашим учителем выступает болезнь. Случается, что, только оказавшись на больничной койке, человек начинает задумываться о сокровенном, задаётся «вечными» вопросами. И вдруг понимает, как мало про себя знает.

В суеде стремительной жизни порой просто не достаёт времени почувствовать радость земного бытия. «Счастье – быть частью материи, жить, где нить нижут бактерии; жить, где жизнь выжить надеется, жить, где слизь ядрами делится...», – писал замечательный поэт Семён Кирсанов. Многие скользят по жизни, не придавая внимания тому, как утекает их время, не успевая почувствовать, какое это «счастье – жить в мире осознанном».

Попав в больницу, особенно в тяжёлом состоянии, люди вдруг переосмысливают истинную суть своего существования. На грани жизни и смерти

на человека будто снисходит «просвещающая» благодать. Многие всплывает в памяти, воспоминания теснят душу. Именно «в минуту жизни трудную», как писал М.Лермонтов, на сердце набегают грусть, когда «и верится, и плачется, и так легко, легко». Значит, для чего-то даётся этот шанс? Возможно, для того чтобы, проанализировав свои поступки и заслуги, сделать некие выводы...

Об этом мы рассуждали с патриархом медицинской науки, директором Центрального НИИ эпидемиологии, академиком РАН Валентином Покровским. После перелома ноги Валентин Иванович оказался в качестве пациента в больнице, где задержался. Операции, реанимация, реабилитация, восстановительное лечение. Да-да, и у патриархов медицинской науки есть своя осень. Как и все смертные, они также не застрахованы от болезней.

остался на кафедре, где проработал 12 лет, начиная с ординатора и ассистента и заканчивая доцентом, а супругу распределили в подмосковное Ступино. 30 августа 1952 г. мы расписались. Полгода спустя её направили на курсы рентгенологов в Москву, после чего она стала работать в НИИ фтизиопульмонологии на Божедомке (улица Достоевского). Правда, в дальнейшем, с развитием у неё лучевой болезни, она ушла из рентгенологии и стала детским неврологом, выполнила кандидатскую диссертацию, работала преподавателем на кафедре детской неврологии ЦИУВ.

Ещё в кружке я написал историю кафедры инфекционных болезней

ности, что в советскую пору ей очень мешало. Её никак не избирали доцентом, она возмущалась, что ей нет пути в медицине. Она была великолепным клиницистом и «натаскивала» нас всех, в том числе меня. По научному уровню она была не ниже, а может, и выше профессоров.

Клиническое мышление формировалось также во время практики. Первые годы кафедра инфекционных болезней располагалась на базе Красносоветской больницы. Я рос в коллективе, где было у кого учиться, и вовсе не обязательно, что это академики. Заведующие отделениями, корпусами по уровню компетенции совершенно спокойно

Беседовать с мэтром, бывшим последним президентом Академии медицинских наук СССР и первым – Российской академии медицинских наук, создателем ведущей научной школы в области инфекционных патологий и эпидемиологии, который (подчас рискуя здоровьем) спасал от менингита, тифа, чумы, холеры, гепатита, ВИЧ-инфекции больных как в России, так и во многих странах мира, – огромное удовольствие. В том, что некоторые из этих заболеваний стали ныне экзотическими, немалая заслуга Валентина Ивановича. Для многих очевидно: сделанного им хватило бы на несколько жизней. В своих областях медицины он был не просто достойным специалистом, но первооткрывателем. Его жизнь – это история нашей страны. Это человек ушедшей и уходящей эпох, но, слава богу, вовсе не «сбитый лётич». Хотя и появился на свет в апреле 1929 г., корнями он из той нашей России, настоящей, а не нынешней, какой-то эрзацной и генно-модифицированной. Несмотря на болезнь, он полон энергии. Ему ещё есть что передать последователям. А пока он делится с читателями своими мыслями:

– Представьте, около двух месяцев я был отключён от реальной жизни. Я не помню этого периода. Потом ещё раз попал в реанимацию, после чего начал восстанавливаться. Поначалу совсем не мог писать, даже букву. Ставил точку, а дальше рука не подчинялась. Пришлось всё осваивать заново. И вскоре уже поднимался по лестнице, ходил по коридору. Конечно, не активно, но самостоятельно. Теперь кажется, будто это и не из моей жизни. Вот как бывает...

– У вас за плечами большой путь – медицинская практика, наука, преподавание, организационная деятельность. Я подсчитал: в нынешнем году ваш стаж в медицине составил 65 лет! Почему посвятили себя именно инфектологии и эпидемиологии?

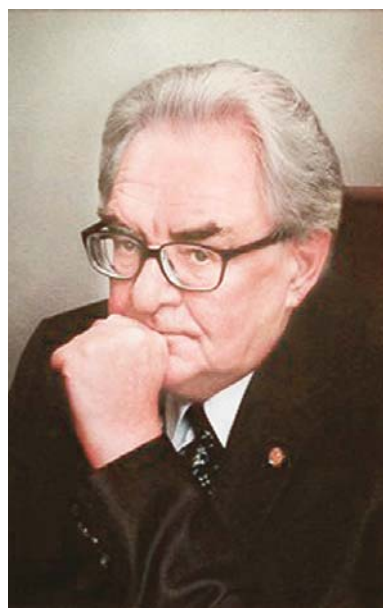
– Меня изначально увлекла работа инфекциониста, который устремлён в самую суть вопроса. Преимущество этой области медицины в том, что здесь всегда знаешь причину заболевания – это вирус, микроб. Эпидемиолог же, в сравнении с другими специалистами, частенько не на виду, но своим правильным решением может защитить здоровье тысяч, даже миллионов людей. Эпидемиология, которая во многом является наукой наук, авторитетна среди медиков. Она всегда строилась на доказательности. Общеизвестно, что эпидемиологические методы исследования широко используются в организации здравоохранения, во всех клинических дисциплинах, в фармакологии. С удовлетворением отмечу, что отечественная эпидемиология по некоторым позициям превосходит западную. В стране налажен эффективный эпиднадзор. Кстати, сегодня эпидемиологи и инфекционисты теснейшим образом сотрудничают с врачами других специальностей в лечении пациентов. В частности, без наших специалистов не могут обойтись гастроэнтерологи, которые лечат хронический гепатит и цирроз печени, поскольку в основе-то находится вирус, запускающий эти процессы.

Беседы с корифеями

Академик РАН Валентин ПОКРОВСКИЙ:

Пока стучит сердце, работайте!

Откровения о медицине, о времени, о себе



– А «откуда есть пошли» ваши корни? Кто побудил пойти в медицину? Не жалеете, что избрали этот путь?

– Начну с последнего – не жалею! Признаюсь честно, в юности абсолютно не думал о медицинском призвании.

Хотя я родился в Иваново-Вознесенске (ныне город Иваново), с двухлетнего возраста жил в Клязьме (теперь это микрорайон города Пушкино), где родители купили часть дома. Когда меня привезли в Подмосковье, у меня был характерный северорусский окаяющий говорок. Там я жил вплоть до окончания института. Мои родители и родственники не имели отношения к медицине, мама – бухгалтер, отец – экономист. Я был единственным ребёнком в семье. Детство пришлось на нелёгкое время, годы военного лихолетья. Немцы почти подступили к нашему городу. Было голодно, отсутствовало электричество. Приходилось трудиться, в таких условиях я не мог вырасти белоручкой. Судьба моего отца трагична, он пропал без вести на фронте в 1941 г. Мама, к сожалению, тоже погибла в возрасте 66 лет, её сбил троллейбус.

После окончания 10-го класса у меня не было никакого представления, чему себя посвятить. Одно было совершенно ясно – я должен получить высшее образование. Поэтому ходил в МГИМО, во ВГИК

и лишь в последний день подал документы в Первый Московский государственный медицинский институт. Конечно, определённую роль в моём выборе сыграли мама и особенно тётюшка, у которой не было детей и которая во многом воспитала меня. Они считали, что самая лучшая профессия – врач. Ладно – пошёл в медицину!

– И потом полюбили её?

– Кабы так! Поначалу не исключалась возможность, что я брошу институт. Должен сказать, что на первом курсе учился плохо, мне было неинтересно. Тем не менее всё же умудрился сдать сессии на «четвёрки» и «пятёрки», но с одной «тройкой» по анатомии. А со второго курса появились чисто медицинские специальности. Тут я втянулся, увлёкся физиологией, биохимией, другими дисциплинами, стал отлично успевать. Перед госэкзаменами выяснилось, что красный диплом можно получить только после пересдачи анатомии. Я пошёл к строгому профессору Иванову. Кстати, он терпеть не мог, когда его фамилию произносили с ударением на последний слог – только на второй! Он внимательно изучил мою зачётную книжку, попросил рассказать о строении спинного мозга и вывел в зачётке – «хорошо», добавил: «Анатомия вы не знали и уже знать не будете». Так вот, без прочных знаний по анатомии, я вошёл в медицину.

– После войны резко снизилась инфекционная заболеваемость, эта специальность многим казалась умирающей, а вы выбрали её. Кто из наставников так заинтересовал его?

– Одним из любимых «наставников» была сокурсница Нина, с которой мы учились в одной группе и которая впоследствии стала моей женой. Она интересовалась инфекционными болезнями и поощала кружок, которым руководил заведующий кафедрой профессор Эммануил Штайншайдер. Я же ходил туда, чтобы быть рядом с любимой. И вот как-то он спросил, почему я не участвую в работе кружка, не разрабатываю никакой темы. И сразу же предложил свою. Исследовательская деятельность очень увлекла, было интересно заниматься ею, и вскоре у меня появились печатные труды. В результате я стал инфекционистом, а жена выбрала акушерство и гинекологию. По окончании вуза я

Первого Меда. Тут, правда, у меня появился соавтор – новый заведующий кафедрой Константин Бунин. Хочу отметить, что за 12 лет моей работы на кафедре это была единственная статья, где он был «приписан» в качестве соавтора, впрямь совместных публикаций у нас не было. Сегодня же из некоторых кафедр даже студенческая работа не выйдет, если на ней не будет красоваться имя заведующего кафедрой...

У меня всё хорошо получалось. По мнению коллег, я был неплохим клиницистом, много консультировал, лечил. Любил заниматься этим, облегчать страдания больных. Кандидатскую диссертацию выполнил в ординатуре, поэтому в аспирантуре не учился.

А затем перешёл в Московский микробиологический институт, став первым заведующим кафедрой инфекционных болезней, где по совместительству трудился 18 лет. С 1965 г. был заместителем директора, а с 1971 г. работаю директором Центрального НИИ эпидемиологии. В связи с избранием в 1987 г. президентом АМН СССР передал кафедру своему ученику академику Николаю Ющуку. Я сохранил за собой пост директора ЦНИИ эпидемиологии.

Большое влияние на меня оказали такие учителя, как заведующий кафедрой инфекционных болезней 2-го Меда академик Александр Билибин, заведующий кафедрой инфекционных болезней ЦИУВ академик Георгий Руднев. Конечно, и мой непосредственный научный руководитель К.Бунин, очень грамотный специалист, умевший прекрасно обобщать. В большей мере он был теоретиком. Много внимания уделял своим диссертантам, которых у него было немало во всех уголках страны. Собственно говоря, науку он делал руками своих учеников. Вот и меня многому научил – грамотно проводить научные исследования, правильно оформлять, систематизировать, анализировать полученные результаты и т.д. Правда, он не был истинным клиницистом, его не тянуло к больным.

Также на кафедре были другие знающие специалисты, разные по характеру, поведению, отношению к науке и пациентам. Выдающимся преподавателем считаю Софью Цейдлер, немку по националь-

соперничали с академиками. И самое главное – там царил доброжелательное отношение к студентам, молодым ординаторам.

Помню, меня, молодого ассистента кафедры, направили на «выселки», на нейроинфекцию (так тогда называлось отделение менингитов), куда неохотно шли работать. Половину первого этажа двухэтажного корпуса занимала клиника нейроинфекции Института неврологии. Кстати, и там трудились профессиональные, отзывчивые специалисты, которые охотно мне помогали, подсказывали. Поскольку мы дежурили по всему корпусу, я довольно хорошо освоил неврологию. Вот и член-корреспондент РАМН Борис Богомолов в своих воспоминаниях пишет, что я смотрел неврологическим больным на уровне неврологов, а может, и лучше.

– Вам приходилось заниматься ликвидацией тифа, менингококковой инфекции, холеры. Что можете записать себе в «зачёт»?

– Наверное, то, что нам удалось ликвидировать ряд инфекционных болезней. Сегодня их практически уже нет, они стали экзотикой. В частности, менингококковой инфекции, которая свирепствовала в середине прошлого века. Лечили её эндоллобальным введением антибиотиков, что сопровождалось опасными осложнениями – потерей сознания, судорогами, остановкой дыхания и т.д. Именно в борьбе с ней я начал впервые научно обоснованно применять массивные дозы пенициллина. Кстати, недавно профессор кафедры диетологии и нутрициологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Валерий Максимов вспоминал, как, будучи начинающим ординатором, впервые познакомился со мною, когда я приехал на консультацию в госпиталь КГБ. Тогда пациенту с менингитом я назначил 18 млн единиц пенициллина внутримышечно в сутки, при этом расфасовка пенициллина была по 100 единиц. Войдя в палату, доктор увидел стол, целиком заставленный пузырьками с лекарством, что поразило его несказанно. Но, как он потом отметил, благодаря моей схеме лечения больному стало легче. Уже через пару дней казавшийся безнадежным пациент пришёл в сознание, а вскоре поправился.

Кстати, многие тогда не доверяли мне, опасаясь, что такие мощные дозы способны отравить человека. Но я продолжал настаивать на собственной методике. В результате массажной терапии менингококк погибал, пациенты выздоравливали. Это было крупной победой. Научно обоснованная схема применения больших доз пенициллина родилась не по наитию, а из опыта. К тому времени имелись и немногочисленные работы американских авторов, с которыми я знакомился, но они ещё не были научно оформлены. Прогресс шёл эмпирическим путём.

Тогда же мы задумались о создании единой классификации. Дело в том, что в то время не регистрировались различные клинические формы менингококковой инфекции. Они шли под другими диагнозами – менингококковая пневмония, менингококковые артриты, менингококковый эндокардит и т.д. Необходимо создать классификацию витала в воздухе. Одновременно с нами этим занимались сотрудники ВОЗ и американцы. Я не могу сказать, что они повлияли на меня или я на них. Просто время идеи пришло, мы шли к этому сообща. И в 1971 г. приказом Минздрава эти нозологические формы вошли в официальную статистику и стали регистрироваться.

До сих пор сохраняет свою актуальность и разработанная мною схема лечения больных брюшным тифом левомицетином. С появлением этого эффективного препарата удалось уничтожить брюшной тиф, правда, бактерионосительство оставалось. И сейчас порой встречаются, как правило, завозные случаи. То есть на нашей истории мы успешно преодолели эту страшную беду. А ещё каких-то полвека назад в инфекционных больницах было несколько палат для пациентов с брюшным тифом. Встречались случаи и сыпного тифа. Никогда не забуду старую нянечку тёту Феню, работавшую в больнице. Обычно утром, если дежурство было более-менее спокойным и удавалось вздремнуть, спрашивал её, как дела. И как-то она мне отвечает: «Вчера поступил больной, которого к нам направили с подозрением на брюшной тиф. Я его посмотрела, а у него сыпной тиф. Я его поместила в сыпнотифозную палату». Да, много курьёзных случаев бывало в практике...

Не могу не упомянуть и немалых усилий в борьбе с холерой, в чём мы достигли блестящих результатов организационного плана. Пусть мы не сделали каких-то открытий, но накопили достаточный опыт, который внедрили у себя и в других странах мира. У них мы учились. Во время «астраханской» эпидемии нам удалось добиться впечатляющих результатов – вследствие организации и тактики применения новой вводно-солевой терапии снизили летальность с 25 до 0,2-0,3%. За успешный опыт борьбы с новыми и малоизученными инфекционными болезнями – болезнями легионеров, микоплазмозами, африканскими геморрагическими лихорадками – наш коллектив был отмечен Государственной премией, а я избран членом-корреспондентом АМН СССР.

– Появление угрозы ВИЧ/СПИДа, наверное, заставило вас содрогнуться?

– Поначалу многие не понимали этой фатальной угрозы. Некоторые партийные бонзы, да и медики полагали, что нашей стране такое заболевание не грозит, дескать, у нас нет наркоманов, проституток, гомосексуалистов. Но вскоре, в 80-е годы, я стал участником диагностики первых случаев ВИЧ-инфекции в Москве. Больных мы выявляли вместе с членом-корреспондентом РАМН дерматологом Николаем Потекаевым. Это были африканцы с саркомой Капоши.

А потом появился и наш отечественный больной – вернувшийся из Африки военный переводчик Володя, имевший за рубежом половую связь с полициейским. К нам на «Соколиную гору» он попал с температурой и другими недомоганиями, а после выписки уехал

к родителям в Армавир, где его отец служил командиром войсковой части. Там он заразил около 15 солдат, от которых потянулись цепочки распространения этой смертоносной инфекции.

Мы быстро сориентировались в сложившейся обстановке, создали лабораторию СПИДа, которая впоследствии трансформировалась в Федеральный научно-методический центр по борьбе и профилактике ВИЧ-инфекции. По сей день его возглавляет академик РАН Вадим Покровский. В этом центре изначально регистрируются все инфицированные, а не только больные с клиническими проявлениями, как было за рубежом. Но теперь и там приняли нашу модель.

Сегодня нам следует самым активным образом противостоять новым вызовам, которые предъявляет ВИЧ-инфекция. В утверждённой недавно Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу не предусмотрено выделение средств на научные исследования в этой области. Только лечить, лечить и лечить больных – путь не вполне эффективный. Надо заниматься профилактикой, причём в широком смысле этого слова. Огромной угрозой стране и миру является нарастание числа больных с ВИЧ-инфекцией и туберкулёзом, возбудители которых резистентны к противотуберкулёзным и антивирусным препаратам. Это очень тяжёлое лечение, когда человеку приходится горстями принимать сильнодействующие препараты, которые расшатывают организм.

– Вы рассказываете прямо-таки со знанием дела...

– Дело в том, что в молодые годы у меня выявился туберкулёз, причём случайно. Как-то я шёл с рентгенологом Красносветской больницы от метро до работы и подкашливал. В приказном порядке она направила меня сделать рентгеновский снимок. Пришлось подчиниться, ведь она была вдвое старше. У меня обнаружили инфильтрат. Я поехал на Божедомку, где жена работала рентгенологом. Там подтвердили диагноз, настаивали на госпитализации. Но знаменитый профессор Александр Рабухин сказал, что мне необходимо ехать в санаторий отдохнуть, набраться сил и продолжать работать. Лечился я стрептомицином и ПАСКом. Стрептомицин переносил нормально – одна внутримышечная инъекция в сутки, а вот ПАСК... Как только я видел препарат, появлялся рвотный рефлекс. Но у меня была стойкая приверженность к лечению, что привнесло свой результат. А ещё – здоровый образ жизни, отдых, свежий воздух, хорошее питание. Курс лечения я проходил в подмосковном санатории Сукманиха. В тот год лето и осень выдались тёплыми, поэтому последний раз я купался в реке Воря 20 сентября. Так благодаря эффективной модели терапии меня скоро вернули в строй.

– На рубеже двух последних веков инфекционные болезни эволюционировали. Каких вызовов в будущем стоит опасаться?

– Самое страшное, что грозит нам, – это устойчивость возбудителей к химиопрепаратам. Это относится к бактериальной устойчивости, вирусной и устойчивости опухолевых клеток к противораковым препаратам. Кстати, последний раздел очень ответственный, но исследуется довольно слабо и в большей степени полукустарным методом. С бактериальными инфекциями дело обстоит лучше, они изучаются активнее. Современные методы молекулярных исследований дают надежду. Активные поиски ведутся во всём мире, в том числе и в нашей стране. Подвижки уже имеются, и хочется надеяться, что они принесут результаты.

Ежегодно на земном шаре регистрируются случаи появления новых инфекций. При этом отмечается возрождение старых. Огромной бедой остаются гепатиты. Также выявляются инфекционные истоки тех заболеваний, что прежде

считались неинфекционными. Нашему брату приходится постоянно быть начеку!

– Длительное время вы возглавляли медицинскую науку страны. Как охарактеризуете нынешнее состояние медицинского отделения РАН? Может, прав бывший министр здравоохранения М. Зурабов, уверявший, что РАМН вовсе не нужна?

– В течение 19 лет я был президентом Академии медицинских наук, избирался 5 раз – это всё-таки много. Своим достижением считаю то, что при мне РАМН вышла из подчинения Минздрава. Вместе с министрами здравоохранения Андреем Воробьёвым и Эдуардом Нецаевым мы добились, чтобы финансирование РАМН осуществлялось напрямую из Минфина, а не через Минздрав. Авторитет академии повышался, она стала самостоятельной, престижной структурой. Конечно, я не могу быть объективным, но моё впечатление, что прежде учёные работали лучше, эффективнее, продуктивнее, чем сейчас. К сожалению, разрушая её начали сами академики – так многим хотелось со всей силой броситься в объятия «большой» академии наук. Я же, пожалуй, единственный, противился этому, хотя министр здравоохранения СССР Борис Петровский в своё время многократно принуждал участвовать в конкурсе при выборе членов АН СССР.

Сегодня основное внимание уделяется развитию крупных научно-исследовательских центров, а периферия остаётся за бортом. Я же стремился усилить укреплять территории. Для этого, в частности, создавали региональные бюро и региональные центры. Это был сложный процесс. Мы осуществляли методическое руководство, а финансировались они за счёт местных бюджетов. Надо отметить, что руководители регионов охотно поддерживали такие центры, это было очень престижно для них. Подобные меры значительно повышали уровень специалистов в субъектах Федерации. В одних центрах занимались практической деятельностью, в других – фундаментальной наукой. В некоторых городах такие центры были очень активны, кое-где они функционируют и поныне. В мою бытность руководителем АМН численность академиков и членов-корреспондентов увеличилась почти вдвое по сравнению с тем, что было. Может, не всегда обоснованно, но опять же исключительно для поднятия уровня периферии.

Много справедливых нареканий было в наш адрес по поводу солидного возраста членов РАМН. Это очень больной вопрос. С целью избрания молодёжи мы обращались в Правительство РФ с просьбой о выделении дополнительных академических ставок, что способствовало некоторому омоложению академиков.

Лишение РАМН самостоятельного статуса весьма недальновидно. Пока нет результатов деятельности медицинского отделения в структуре РАН. Ошибочным считаю и создание ФАНО. Это «мертворождённый ребёнок». Такой шаг изначально был обречён на неуспех. Совершенно очевидно, что у науки не может быть 2 хозяев и рано или поздно ликвидируют либо академию, либо ФАНО.

– Вы пережили много «революций» отрасли – реформирование, реструктуризацию, оптимизацию, развитие здравоохранения... Почувствовали врачи и пациенты отдачу от таких кардинальных перемен?

– По-моему, нет. А если и почувствовали, то часто в худшую сторону. Может, у меня ностальгия по прошлому, я всё-таки «продукт» своего времени, вырос, так сказать, в «пределах» советской власти. Но посмотрите, постепенно мы возвращаемся к тому, что было. Многое возрождается на новом этапе. Вспомнили о профилактике, о диспансеризации, что действительно было нашим достижением. Не зря эффективность отечественной модели оказания первичной

медико-санитарной помощи была отмечена на конференции ВОЗ в Алма-Ате и рекомендована другим странам мира. Сегодня мы достаём свой опыт из-под спуда, перенимая лучшее. Остаются, правда, «загибы». Не всегда обоснованно на местах ликвидируются больницы, врачебные амбулатории, ФАПы, при этом не учитывается, что до крупной медицинской организации людям приходится добираться за сотни километров. Почему? У нас все должны лечиться у квалифицированных врачей. Гарантированная Конституцией медицинская помощь должна быть равнодоступной.

Очень давно Алексей Константинович Толстой в сатирическом стихотворении «Порой весёлой мая» описывал, как в цветущем саду прогуливаются двое влюблённых. Молодые наслаждаются окружающей их красотой. Невеста восхищается, а её друг говорит, что скоро этот вертоград засеют репой. «Кто этого хочет?» – вопрошает та. «Они ж и демагоги, / Они ж и анархисты... / Весь мир желают сгладить / И тем ввести равенство, / Что всё хотят загадать / Для общего блаженства», – отвечает жених.

Вот и у нас встречаются подобные «прожектёры», которые реализуют свои планы, направленные на достижение «общего блаженства». Столь неконструктивный процесс во многом затронул и медицину. До сих пор неясен стратегический путь развития отрасли. Мне нравится Владимир Путин, но он больше занимается международными вопросами, а не внутренними. А нынешнему правительству, по-моему, это не по силам. И потом многие бывшие реформаторы, потерпев неудачу в своих начинаниях, до сих пор поучают нас. А Чубайс курирует нанотехнологии, Г. Греф руководит Сбербанком, Т. Голикова возглавляет Счётную палату. На днях, кстати, она признала, что-де оптимизация ничего не дала медицине...

– Не создаётся у вас впечатление, что современная медицина излишне технологизирована? При таком прогрессе скоро и диагноз человеку будет ставиться дистанционно...

– Человечество непрерывно движется вперёд, что закономерно. Сменяются эпохи, люди, мысли – это бесконечный процесс. Действительно, порой возникает закономерное опасение – не уничтожит ли человек себя своим прогрессом? Не думаю. Те технологии, которыми мы располагаем нынче, – вне всякого сомнения, прогрессивны. Главное, чтобы за лесом мы видели деревья. По этому поводу предупреждал и Андрей Вознесенский: «Все прогрессы реакционны, если рушится человек».

– Очувтившись на больничной койке, как оцениваете уровень подготовки нынешних врачей?

– Знаете, «оптом» оценить всех невозможно. В целом, конечно, подготовка врачей, по-моему, стала хуже. Почему? Потому что мы отметили, в арсенале врача появилось много суперсовременного оборудования, «умных» аппаратов, инструментов и т.д. Постепенно ослабевает связь «врач – пациент». Скажем, как меня учили в клинике Виноградова? При заполнении истории болезни нужно было отметить 8 пунктов при осмотре живота, при пальпации – ещё 6-7 пунктов. И так – по каждому органу. С нас основательно снимали шкуру в этом отношении. А сейчас – зачем это делать, если всё выполнит техника? Как прежде неврологи знали нервную систему? Умели клиническими исследованиями локализовать очаг. А сейчас – зачем? Пошли пациента на МРТ, и тебе за 5 минут дадут точную локализацию. Поэтому врачи начинают меньше думать. А недумавший врач – это разве врач?

Но, повторюсь, нельзя грести всех под одну гребёнку, всё очень индивидуально. Вне сомнения, у нас немало молодых талантов. В медицину они идут по призванию, по зову сердца. Мне встречаются яркие, самобытные личности. Какие талантливые ребята трудятся у Лео Бокерии! Юрий Бузашвили, Ольга Бокерия, Елена Голухова и

другие. Одного из его учеников, Амирана Ревишвили, который в 2016 г. был удостоен Государственной премии, недавно назначили директором Института хирургии им. А.В. Вишневского. Очень перспективны биохимик, молодой академик РАН Андрей Лисица, члены-корреспонденты РАН Александр Горелов, Алексей Тутельян, кандидат медицинских наук Герман Шипулин, инфекционист Александр Буркин. Из эпидемиологов хочу отметить заведующую кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого Меда Николая Брико и своего заместителя по научной работе и кандидата № 1 на пост директора ЦНИИ эпидемиологии Василия Акимкина.

Я считаю, нам ещё удаётся сохранять преемственность и традиции в отрасли, причём благодаря многочисленным медицинским школам, начало которым положили Боткин, Плетнёв, Бехтерев и т.д.

– Не жалеете, что всю жизнь провели в России? Может, за её рубежами было бы спокойнее, меньше волнений, больше počёта, да и жизнь там была бы слаще?

– Отвечу так. Пушкин в своём письме Петру Чаадаеву рассуждал: «Ни за что на свете я не хотел бы переменить отечество или иметь другую историю, кроме истории наших предков, такой, какой нам Бог её дал». Меня не всегда признавали, для многих я был неудобным, но в этом я не вижу никакой беды. На своей 80-летней юбилей я даже не получил поздравительной открытки от Минздрава. Только Г. Онищенко поприветствовал от лица Роспотребнадзора. Так и что, разве это повод для обиды? Меня поздравили многочисленные друзья, коллеги, пациенты. А что не наградили... В шутку я замечаю: я не артист и не еврей, потому и не наградили.

– Удаётся ли при всей вашей занятости поддерживать здоровье?

– Хотелось бы, но нет такой возможности. Вечно – работа, работа. В основном здоровье зависит от генетического кода человека. В то же время каждый из нас – творец или разрушитель собственного организма. Я согласен, что необходимо беречь своё здоровье смолоду. К сожалению, сам я никогда не соблюдал никаких режимов, не занимался спортом. Не курю, а вот выпить бокал вина позволяю. Диет не соблюдаю, считаю, есть надо то, что требует организм, но в меру. Я исключительно городской житель. Могу порыбачить, но без фанатизма. Самое большое моё увлечение – тихая охота. И сын такой же, как я, заядлый грибник: моё воспитание. Вот только теперь не знаю, как пойду по грибы.

– Что вас сегодня беспокоит, и о чём мечтаете?

– Есть ощущение, что не успел сделать много важного. А мечтаю о здоровье, хочется поправиться, выйти на работу, благополучно передать бразды правления преемнику. И ему, и вообще всем своим коллегам хочется пожелать: пока стучит сердце, работайте, дерзайте, живите полной жизнью. Честно и добросовестно служите людям, радуйте их собственными полезными делами и добрыми поступками. Будьте уверены: всё не напрасно!

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

ОТ РЕДАКЦИИ. Невозможно представить В. Покровского в роли дауншифтера, отправившегося, подобно отставному римскому императору Диоклетиану, выращивать капусту. Мы убеждены, что он ещё преуспеет на поприще, которому изначально посвятил себя. От всей души желаем Валентину Ивановичу доброго здоровья, неиссякаемого интереса к профессии, новых успехов!

Недавно в Казани подвели итоги юбилейного республиканского конкурса «Врач года – Ак чэкэклэр», что в переводе с татарского означает «Белые цветы». Примечательно, что в мероприятии принял участие президент Республики Татарстан Рустам Минниханов.

Конкурс на звание лучшего врача, организованный Министерством здравоохранения Республики Татарстан, призван создать дополнительные стимулы к совершенствованию профессионального мастерства, повышению профессионального престижа медицинского работника. Конкурс был назван в честь одноимённого романа татарского писателя Абдурахмана Абсальмова, посвящённого людям в белых халатах.

У нас сложилась хорошая традиция – перед Днём медицинского работника подводить итоги конкурса «Ак чэкэклэр», – отметил в своём обращении к гостям и участникам конкурса Р.Минниханов. – В этом году мы проводим его уже в десятый раз. Звания врача года удостоились лучшие из лучших. Хочу поблагодарить вас за труд, за ту профессию, которую вы выбрали. Жизнь человека часто зависит от врачей, и порой ему, кроме людей в белых халатах, никто не в силах помочь. В нашей республике реализуется много программ, связанных с укреплением медицинской отрасли. В этом году решено в течение 2 лет привести в порядок все республиканские поликлиники, а это ни много ни мало 197 объектов. В городах и районах мы строим объекты для первичного медицинского звена. Многие делается не только в части укрепления материально-технической базы, но и для повышения профессионального мастерства врачей. Мы можем всё построить и купить, но без подготовленных кадров невозможно оказывать квалифицированную и профессиональную медицинскую помощь. Искренне поздравляю всех врачей с профессиональным праздником, а победителей – с высоким званием.

Также президент Татарстана вручил представителям отрасли

Признание

«Белые цветы» Татарстана

Итоги десятого республиканского конкурса «Врач года» подвели в Казани



Президент Республики Татарстан Рустам Минниханов вручает нагрудный знак «Заслуженный врач РТ» заведующей отделением Республиканского специализированного дома ребёнка Гузели Файзутдиновой

здравоохранения государственные награды – медали «За доблестный труд», удостоверения почётного звания «Заслуженный врач Республики Татарстан», благодарности от себя лично.

Десять лет назад, когда только появилась идея проведения конкурса «Ак чэкэклэр», нам хотелось показать всем жителям Татарстана, какие наши врачи герои, – сказал министр здравоохранения республики Адель Вафин. – Так, номинация «Уникальный случай» – яркое подтверждение того, что в жизни каждого медработника есть место для подвига. Подвиг – это когда мы спасаем жизнь человека, когда он возвращается в семью, продолжает жить полноценной жизнью.

В этом году победители были объявлены по пяти номинациям: «Врач года», «Медицинский работ-

ник года», «Лучший врач первичного звена», «Легенда здравоохранения», «Уникальный случай». Ежегодно количество желающих принять участие в конкурсе растёт – в этом году было подано 146 заявок. В каждой номинации (за исключением «Легенды здравоохранения») были представлены 3 кандидатуры. Победителей определил общественный совет при Министерстве здравоохранения Татарстана путём открытого голосования. Учитывалось и интернет-голосование на официальном сайте Минздрава.

Критериями оценки победителей стали положительная динамика статистических показателей в течение последних 3 лет; отсутствие в этот период времени случаев нарушений медицинских стандартов ведения больных; отсутствие обоснованных жалоб на действия

врача, в том числе связанных с нарушением врачебной этики; разработка и внедрение конкурсантами за последние 3 года нескольких новых методов профилактики, диагностики и лечения; наличие публикаций в рецензируемых научных журналах, выступлений с докладами на международных и всероссийских конференциях.

В номинации «Медицинский работник года» победа досталась медицинской сестре отделения патологии новорождённых и недоношенных детей Республиканской клинической инфекционной больницы Гулие Закировой. Она около 30 лет оказывает помощь новорождённым детям с инфекционной патологией с первых часов их жизни. Лучшим врачом первичного звена признали заведующую подстанцией № 8 станции скорой медицинской помощи Казани Елену Голубицину. А в номинации «Уникальный случай» победителем стал коллектив врачей больницы скорой медицинской помощи Набережных Челнов.

Эта победа – результат той большой работы, которая проводится в Набережных Челнах уже более 40 лет с момента создания больницы, – признался главный врач больницы Марат Мухаммадиев. – Спасение жизни человека, когда риск летального исхода составляет более 75%, – результат профессионализма наших врачей и той большой поддержки, которую оказывает руководство Татарстана и Министерства здравоохранения региона. То, что мы сейчас имеем, связано и с тем периодом, когда больница претерпела большие изменения. Тогда первый президент Татарстана Минтимер Шаймиев принял решение вложить большие финансовые средства в кадры

и передовые технологии, чтобы сегодня сформировать тот центр, который помогает оказывать людям высокотехнологичную помощь.

В самой главной номинации «Врач года-2017» победа досталась заведующему кафедрой хирургии Казанской государственной медицинской академии Игорю Малкову. Он автор более 300 научных работ, обладатель 38 патентов на изобретения. Впервые в России в 1995 г. И.Малков успешно выполнил лапароскопическую холедоходуоденостомию у больной с осложнённой формой желчекаменной болезни.

Вот что он сказал, получив награду из рук министра А.Вафина:

– Это итог моей 40-летней работы, признание моих коллег. Ещё со школьных лет я мечтал стать хирургом, и мечта сбылась. А сегодня я и вовсе на вершине профессионального удовлетворения.

Номинации «Легенда здравоохранения» в этом году удостоилась заместитель главного врача Республиканской клинической больницы Раиса Гуслякова. В системе здравоохранения Российской Федерации она проработала 50 лет, из них 36 – в Республике Татарстан.

Победители и все номинанты конкурса «Ак чэкэклэр» получили в подарок статуэтки, дипломы, планшетные компьютеры, гранты на стажировку за рубежом, путёвки в санатории. А специальный приз президента Республики Татарстан – автомобиль – достался заведующей Никольским фельдшерско-акушерским пунктом Верхнеуслонской ЦРБ Алевтине Цыгановой.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Москва – Казань.

Рядом с нами

Тысяча детей доктора Ефремова

Когда от одной операции зависят две жизни...

Гинекологи Челябинской областной клинической больницы отметили необычный юбилей: с помощью врачей на свет появилась тысяча южноуральцев. Самому маленькому – всего несколько дней, а самый старший уже... работает врачом в соседнем отделении. Заслуга докторов заключалась в своевременном проведённом оперативном вмешательстве. Молодых мам избавили от «поселившейся» в организме опухоли, что позволило сохранить беременность и родить здорового малыша.

– Казалось бы, в организме женщины достаточно места для развивающегося плода, – разъяснил заведующий отделением гинекологии ЧОКБ Павел Ефремов, – но ведь бывают опухоли, сопоставимые по размерам, что является угрозой прерывания беременности. Нам приходилось удалять образование размером 15-18 см, весом более килограмма...»

Операционная медсестра Мария Исакова много лет назад стала одной из первых пациенток, которая оказалась перед



Павел Ефремов

сложным выбором – сохранить жизнь нерождённому ребёнку или согласиться на операцию по удалению миомы. Сейчас её сыну Руслану уже 27 лет, он интерн в отделении хирургии.

В ЧОКБ решением проблем бесплодия занимаются более 30 лет с неизменно положительными результатами. Об этом свидетельствует количество малышей, появившихся на свет у прооперированных в отделении гинекологии мам. Например, на счету гинеколога Ольги Ефремовой 10 женщин, прооперированных

по поводу поликистоза, которые родили уже по 2 ребёнка.

С развитием диагностики и более ответственного отношения женщин к планируемой беременности число выявленных заболеваний выросло в несколько раз. 20 лет назад за год проводилось 270 операций, а за 2016 г. прооперировано только эндоскопически 568 человек. Среди них – 14 беременных на разных сроках и 270 молодых женщин, для которых заболевание стало первопричиной бесплодия.

Но не всегда и не везде будущие мамы и их родители ответственно относятся к здоровью. Известны случаи, когда женщина впервые приходит на консультацию к специалистам лет в 20, когда столкнётся с серьёзной проблемой. Хотя обследования у гинеколога обязательны для девочек, начиная с детского сада.

– Девушка готовилась к поступлению в институт, но врачи заподозрили её первым делом в нечаянной беременности, хотя пациентка этот факт категорически отрицала, – поведал доктор П.Ефремов. – Потом выявилось наличие кисты яичника, объём которой составлял около 4 л. Это значительное образование



Мария Исакова, её сын Руслан и Ольга Ефремова

испортило девушке фигуру. Она была занята экзаменами одними, потом другими, и проблема обнаружилась лишь при примерке купальника.

Среди самых распространённых операций в отделении – гистерорезектоскопия, то есть внутриматочная хирургия, в процессе которой удаляется всё лишнее (иногда это сломанные и забытые спирали, иногда – сращения в

матке после внутриматочных выскабливаний, операций, различные полипы, порой достигающие 5 см). А также, что очень важно для репродуктивного возраста, – миоматозные узлы, растущие в полость матки, которые хирург удаляет, не делая никаких раз-

резов. Через несколько месяцев женщина имеет возможность забеременеть, живёт нормальной полноценной жизнью, это органосохраняющие и щадящие операции. Домой после такого вмешательства пациентка отправляется на следующий день.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

В своё время программа модернизации здравоохранения РФ стала мощным толчком и стимулировала развитие здравоохранения в субъектах Федерации. А чем сейчас живёт региональная медицина? С этого вопроса мы начали интервью с министром здравоохранения Республики Адыгея Рустемом МЕРЕТУКОВЫМ.

– Мы участвуем во всех федеральных программах, продолжаем строительство ФАПов – устойчиво развиваем территории в глубинке республики. Кроме этого, начала действовать федеральная адресная инвестиционная программа, в рамках которой осуществляется строительство диагностического центра. Более того, в этом году мы заявили своё участие и в других программах, например по сейсмоусилению.

– Это уже какая-то местная специфика?

– Да, мы относимся к регионам, где по сейсмике предъявляются повышенные требования, и, если здание, в котором находится объект здравоохранения, требует сейсмоукрепления, выделяются дополнительные средства.

– Рустем Батырбиевич, учитывая, что Адыгея во многом ориентирована на аграрный сектор, значит требуется более пристальное внимание к развитию как первичного звена медицинской помощи, в частности ФАПов...

– Сразу уточню – почти половина населения нашей республики – 230 тыс. человек – живёт в сельской местности. С 2011 г. мы построили с нуля 28 ФАПов, и всего их сейчас 123. Строили взамен тех, которые устарели морально и физически, зачастую они располагались в приспособленных помещениях. В самом начале действия программы модернизации, когда надо было строить много и быстро, мы строили, в том числе быстровозводимые ФАПы модульного типа. Понятно, что быстровозводимое не может быть надёжным и удобным по определению, но на том этапе они себя полностью оправдали, да они и сейчас работают. То, что сегодня – добротно и основательно, кстати, по этой программе недавно ввели в строй новую амбулаторию в ауле Уляп Красногвардейского района.

– Последние год-два, согласно статистике, отмечается бурный рост в развитии здравоохранения Республики Адыгея. Чем это обусловлено?

– В первую очередь – пониманием со стороны руководства государства, что сохранение человеческой жизни является основным богатством нашей страны, и потому здравоохранение повсеместно находится в приоритете.

– Весьма пафосно звучит...

– Это именно так. В прежние времена, когда говорили о здравоохранении, имели в виду прежде всего больницы. Теперь же мы переориентировали вектор развития на первичное звено: в конечном итоге здоровье населения определяется не больницей, а поликлиникой. Когда человек попадает в стационар, это значит, мы что-то уже упустили, где-то опоздали. Отсюда сейчас и такое

повышенное внимание к первичному звену – участковому терапевту, поликлинике, амбулатории, где и формируется здоровье нации. Давайте обратимся к новейшей истории, ведь в здравоохранение десятилетиями ничего не вкладывалось, поэтому и появилась на свет программа модернизации. К её началу некоторые стационары едва стояли на ногах и чуть не рухнули. Сейчас их более-менее привели в порядок, подлатали, а на поликлиники денег уже не хватало, поэтому их освежили минимально, по остаточному принципу.

В Адыгее ещё с советских времён ни одна поликлиника не строилась, и руководство Адыгеи при-

высоких результатов за счёт снижения младенческой смертности. В последнее время удалось очень серьёзно снизить этот показатель, и мы сейчас в десятке регионов РФ с цифрой 4,4 при том, что в среднем по России – 6,5 (на 100 младенцев, родившихся живыми). Кто-то может сказать, что это игра малых чисел за счёт того, что в республике проживает небольшое количество людей. Дело в другом: эти показатели у нас были очень плохие, но мы критически подошли к службе родовспоможения, обучили специалистов, докупили оборудование, перенаправили маршруты, изменили логистику доставки рожениц... Теперь, если

– Здесь мы ничем не отличаемся от других регионов: сложилась тенденция, когда многие специалисты переезжают в большие города, в Москву. Какие у нас существуют рычаги? В первую очередь – целевой набор, когда после обучения наши студенты возвращаются и должны отработать 5 лет в республике. По сути, серьёзно влиять на этот процесс мы не можем, и там есть прорехи, например, если человек меняет место жительства по семейным обстоятельствам. С недавнего времени мы начали подстраиваться под реальность – стали заключать трёхсторонний договор: выплачиваем стипендию, и, если человек по окончании вуза

– Да, вот перед такой проблемой мы встали. В Адыгее 250 медиков участвовали в этой программе и получили по миллиону рублей. Многие женщины ушли в декретный отпуск. Поэтому сейчас мы стали заключать договоры со специалистами и считать только фактически отработанное время.

Что касается текущих вопросов, то сегодня это у нас реконструкция онкодиспансера, начали строить диагностический центр, обучаем кадры – это работа на будущее: в медицине ведь не бывает сиюминутных результатов. Как в принципе я вижу развитие здравоохранения в Республике Адыгея? Сейчас идёт очень серьёзная работа по соз-

Наши интервью

Министерство меняет ориентиры

И предлагает для отрасли весьма надёжные перспективы

няло решение приобрести здание под поликлинику в самом густонаселённом районе Майкопа – в Черёмушках. Сейчас поясню, что значит «приобрести». Там сейчас работает поликлиника № 1, которая рассчитана на 20 тыс. человек, а обслуживает намного больше – 70 тыс. И в этом районе, который разросся до внушительных размеров, ещё в 90-е годы планировалось строительство поликлиники площадью 3150 м². Недавно этот объект стал собственностью подрядчика, который изъявил желание достроить его под цели поликлиники, если город приобретёт её в готовом виде. Закон это позволяет, поэтому решили приобрести здание.

– Один из важнейших критериев эффективности работы здравоохранения – показатели рождаемости, смертности, продолжительности жизни.

– Начну с продолжительности жизни. По этому показателю, который составил 72,9 года, мы превышаем среднероссийский.

– А в сравнении с другими республиками Северного Кавказа?

– Если вы намекаете на пресловутое «кавказское долголетие», это понятие уже абсолютно не актуально. Например, средняя продолжительность жизни в Москве превышает этот показатель.

– Может быть, потому, что там много выходцев с Кавказа?

– Может быть, так и есть. На среднюю продолжительность жизни очень сильно влияет показатель младенческой смертности. Там, где ниже младенческая смертность, сразу же идёт вверх продолжительность жизни. Мы достигли



есть хоть малейшая угроза, женщина будет рожать в Республиканском перинатальном центре. В случае серьёзных осложнений мы отправляем роженицу в Краснодар или Москву.

Что касается недоношенных детей, мы начинаем их выхаживать с 500 г и выше. Это современный европейский стандарт, на который перешла и Россия. До недавнего времени ребёнок считался мертворождённым, если он родился с весом 500 г, а сейчас мы обязаны его выводить, и мы научились это делать. Очень помогли в обучении наших врачей специалисты Алмазбурского центра из Санкт-Петербурга – наши кураторы.

– И вопрос, который невозможно обойти, – кадровая проблема.

не собирается работать у нас, он должен вернуть деньги.

В качестве стимула «местного значения» пробовали предоставлять земельные участки под индивидуальное жилищное строительство, 25 молодых семей в Майкопе получили земельные участки и по 200 тыс. руб. наличными как подьёмные. Ещё один перекосяк – когда заработала программа «Земский доктор», из поликлиник города все побежали работать на село. Ведь у нас в республике село – это не так, что туда надо ехать весь день, у нас село – это буквально за городом.

– Получилась ситуация, что человек «сидит на двух стульях» – с одной стороны, получает компенсацию за «оторванность от города», а с другой – пользуется всеми благами городской жизни.

данию туристического кластера. Предпосылки хорошие: у нас очень благоприятный климат и в целом спокойная обстановка. Применительно к нашей теме – это развитие санитарной медицины, медицины катастроф – горный туризм. К сожалению, не обходится без происшествий, и надо быть готовыми ко всему – поддержка здоровья за счёт термальных источников, и соответственно, развитие санаторно-курортной базы.

Едва ли не половина республики имеет статус «объекта» культурного наследия ЮНЕСКО, различные заповедники, в которых сохранена первозданная природа, – это наша изюминка, сейчас это востребовано не только россиянами, но и зарубежными гостями.

Ещё одно направление развития регионального здравоохранения – университетская медицина. Во всём мире это широко распространено: все серьёзные клиники существуют при каких-то вузах, где и лечат, и развивают науку. Сейчас перенимаем опыт Москвы по созданию университетских клиник. В рамках этого опыта одну из городских больниц Майкопа мы планируем передать университету. Столица Адыгеи – Майкоп – город студенческий. Здесь обучается много иностранцев не только из ближнего зарубежья, есть и представители Ближнего Востока, Африки, Пакистана, Афганистана...

Беседу вёл
Рубен КАЗАРЯН,
собр. корр. «МГ».

Республика Адыгея.

Фото автора.

Решения

Врачи Морозовской детской городской клинической больницы обучат родителей детей-инвалидов навыкам реабилитации, современным коррекционным методикам, приёмам массажа и ЛФК.

Индивидуальные мастер-классы для родителей организованы в рамках программы «Социальный патронаж», которая реализуется в Москве с 2008 г. при поддержке Департамента труда и социальной защиты населения Москвы. Программа адресована семьям, имеющим детей с тяжёлыми формами инвалидности в возрасте до 7 лет. Они могут получить консультации медицинских специалистов и прой-

Не упустить время

ти обследование на базе лучших клиник столицы, обратиться за психологической помощью, воспользоваться бесплатным такси. С 2016 г. программу реализует благотворительный фонд «Саров». За это время необходимую помощь получили 90 московских семей и ещё 109 получают её в нынешнем году.

Вот уже во второй раз фонд организует мастер-классы по логопедии и дефектологии, массажу и ЛФК на базе Морозовской детской больницы, где родители под

контролем специалистов учатся приёмам ранней помощи ребёнку в первые годы жизни. Интенсивное развитие всех органов и систем происходит до 7 лет, и именно в этот период можно максимально компенсировать особенности физического и психологического здоровья ребёнка. Главное – не упустить драгоценное время!

Программа социального патронажа не случайно адресована родителям, ведь они находятся с детьми постоянно и, следовательно,

могут проводить реабилитационные мероприятия ежедневно.

– Среди участников программы более 50% детей с заболеваниями неврологического профиля и нарушениями интеллектуального развития, и раннее начало лечения, комплексность и преемственность коррекционно-восстановительной работы с такими малышами – важное условие для их успешной реабилитации. Создание подобных условий – это кропотливый ежедневный труд врачей и родителей,

– говорит руководитель программы Екатерина Русанова.

Зачастую мамы и папы, стараясь помочь ребёнку, ищут информацию в интернете, но полученные знания применяются некорректно, уходит драгоценное время. Эту проблему и решают мастер-классы на базе Морозовской больницы.

– Сначала мы собираем анамнез и только потом обучаем родителей, показываем, как развивать у ребёнка двигательные, речевые навыки, – рассказывает физиотерапевт, реабилитолог, врач по лечебной физкультуре Морозовской детской больницы Галина Купцова.

Елена ПИКИНА,
внешт. корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 44 (2074)

Неинвазивные визуализационные технологии решительно изменили диагностическую ситуацию в неврологии и нейрохирургии, особенно у детей.

Барьер взят

Костные структуры – череп и позвоночник, препятствовавшие прямому распознаванию патологии головного мозга, стали легко преодолимы, благодаря компьютерной рентгеновской томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Эти методы решили вековую проблему бескровной нейровизуализации.

Однако накопившийся опыт их широкого применения показал, что ещё остались открытыми многие вопросы клинической медицины.

Обычно выполнение КТ и МРТ является отдельным, следующим этапом обследования пациента после осмотра врача, который на основе данных анамнеза и изменений в неврологическом статусе может дать направление на высокотехнологичные методы исследования. Это обусловлено сложностью и дороговизной КТ и МРТ. И вообще первая неврологическая встреча с больным иначе не мыслится. Так сложилось исторически и так остаётся, несмотря на различные новации в диагностике.

Однако попробуем представить, в каких сложных условиях часто оказывается врач, лишённый в момент осмотра больного объективной опоры в распознавании неврологической патологии либо её исключения, особенно у детей, тем более младенцев. Ни жалоб, ни анамнеза, ни какой-либо субстратной поддержки. А действовать нередко надо немедленно!

Поэтому важнейшей задачей клинической неврологии и нейрохирургии является поиск технологий, которые позволили бы врачу в любых медицинских условиях и при обычном осмотре пациента очень быстро обследовать и его мозг. Наши многолетние исследования были посвящены именно этой проблеме.

На первом этапе исследования в 1970-е годы мы разработали критерии идеального метода диагностики патологии центральной нервной системы. Среди них учитываются: безопасность, бескровность, безболезненность исследования; отсутствие его вредносных отдалённых последствий; прямая визуализация церебральных структур; получение информации о функциональном состоянии мозга; отсутствие необходимости специальной подготовки; возможность безопасного повторения исследования в любые сроки по мере необходимости; простота управления аппаратурой; получение данных в пределах нескольких минут; осуществление принципа «аппарат к пациенту» (а не наоборот); возможность овладения методикой исследования и адекватной интерпретацией полученных результатов любым неврологом и нейрохирургом (а не только лучевым специалистом); техническая и экономическая доступность метода.

В настоящее время такого «идеального» метода нет, и он вряд ли появится в ближайшем будущем. Поэтому чрезвычайно актуальным является поиск такого нового метода нейровизуализации, который в сочетании с КТ и МРТ позволял бы получать эффект «идеального» метода.

Изучая, взвешивая и корректно сравнивая современные видеотехнологии, мы объективно пришли к выводу, что таким третьим дополнительным методом для оптимальной тактики нейровизуализации может стать ультразвуковая томография головного мозга (УС), при которой используется ультразвук для неинвазивной прямой визуализации внутричерепных структур.

На втором этапе была разработана специальная технология, которая по сумме всех критериев «идеально» дополняет КТ и МРТ. Определены также основные требования к ультразвуковой аппаратуре, предназначенной для исследования головного мозга. Эта технология получила название «транскраниальная ультразвуковая томография» (ТУС). Она приобрела важное клиническое значение в качестве метода диагностики, скрининга и мониторинга у пациентов детского возраста. В последние годы доказана перспективность использования ТУС у взрослых, особенно в неотложной неврологии для прикроватной диагностики внутричерепной патологии.

Транскраниальная ультразвуковая томография: методика

Нейропедиатр, осматривая ребёнка, должен иметь возможность при необходимости сразу «осмотреть» и его мозг, а затем, сопоставив клинические и интраскопические данные, уточнить дальнейшую тактику диагностики и лечения. Именно это позволяет повседневно осуществлять УС как неотделимую часть неврологического осмотра каждым врачом и в больнице, и в поликлинике,

Новый принцип диагностики в невропедиатрии

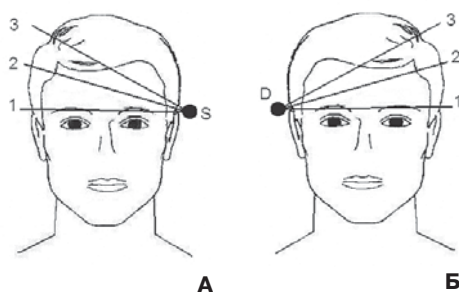


Рис. 1. Схема расположения УС датчика и ориентации стандартных плоскостей сканирования при ТУС. Сканирование слева (точка S) и сканирование справа (точка D)

и при профилактических осмотрах детей или в условиях медицины катастроф.

Транскраниальная ультразвуковая томография – способ оценки структурного внутричерепного состояния с помощью ультразвукового сканирования в В-режиме, осуществляемого через кости черепа в точках наибольшей их звуковой проницаемости.

Техническое усовершенствование, клиническая и научная разработка и адаптация ТУС применительно к задачам невропедиатрии проводилась в Санкт-Петербурге на кафедре детской неврологии и нейрохирургии Медицинской академии последипломного образования на протяжении 25 лет.

По этой проблеме опубликованы главы в руководствах, монографии, журнальные статьи, методические рекомендации, утверждённые Минздравом России. Получен патент на изобретение. Предложена методика пансоноскопии у детей, отнесённая к новым медицинским технологиям. По изобретению и практическому применению ТУС защищено 5 докторских и 11 кандидатских диссертаций.

В итоге ТУС у детей предстаёт сегодня в следующем виде. Для исследования применяется специальная портативная ультразвуковая аппаратура, объединённая с ноутбук. Это позволяет в удобной форме надёжно хранить видеoinформацию и в любой нужный момент извлекать её для анализа.

На основании нашего многолетнего опыта и тестирования большого количества ультразвуковых аппаратов и различных наборов ультразвуковых датчиков выявлено, что для проведения ТУС необходимы датчики секторного сканирования (частотой 3,5 МГц для детей младше 1 года, частотой 2 МГц для детей старше 1 года и взрослых). Для проведения ТУС по расширенному протоколу (новорождённым и детям до 10 лет) кроме датчика секторного сканирования необходим датчик линейного сканирования (частотой 3-5 МГц).

Основной зоной приложения датчика при ТУС является парная височная точка. Она располагается на 2 см выше наружного слухового прохода справа и слева (рис. 1, 2). Кроме этого, у детей до 10 лет дополнительно используются ещё две точки сканирования: а) непарная точка в области закрывшегося переднего родничка (точка bregma); б) парная затылочная точка (справа и слева) – на 1-2 см ниже затылочного бугра и на 2-3 см латеральнее средней линии

головы. У младенцев и детей до 1 года необходимо проведение исследования и через передний родничок.

В зависимости от размеров и формы головы, расположение этих точек может несколько меняться, и их индивидуальное положение определяется по наибольшей ультразвуковой проницаемости. Для этого УС-датчик перемещается в зоне указанных точек до получения эффекта максимальной УС-визуализации.

Выделяют следующие плоскости сканирования при ТУС:

а) горизонтальные – плоскости сканирования, при которых линия перемещения ультразвукового луча в датчике параллельна линии, соединяющей наружный угол глаза с наружным слуховым проходом;

б) вертикальные – при развороте ультразвукового датчика на 90° по отношению к горизонтальной плоскости;

в) сагитальные – линия перемещения ультразвукового луча совмещается с сагитальным швом.

При анализе УС изображений внутричерепных структур применяются такие термины, как «гиперэхогенность», «изоэхогенность», «гипоэхогенность», «анизоехогенность» (объекты соответственно высокой, нормальной, низкой и неравномерной ультразвуковой плотности). Элементы УС изображения с ультразвуковой плотностью, равной плотности жидкости, обозначаются как «анэхогенные».

Изложенная методика ТУС обычно позволяет получить как полную УС картину состояния главных внутричерепных структур в норме и при патологии, так и непосредственное УС изображение самой патологии. В результате проведённого изучения удалось создать возрастной атлас таких внутричерепных образований, как желудочки мозга, подкорковые и стволые структуры,

А теперь сравним ТУС с КТ и МРТ по экономической доступности. Стоимость спирального компьютерного рентгеновского томографа в зависимости от его разрешающих способностей колеблется от 500 тыс. до нескольких миллионов долларов, а стоимость одного стандартного КТ исследования черепа и мозга составляет 2-3 тыс. руб. Стоимость магнитно-резонансного томографа в зависимости от напряжённости магнитного поля составляет от 2,1 млн (1,5 Тесла) до 3,5 млн долл. (3 Тесла), а себестоимость одного стандартного МРТ исследования головного мозга на приборе с напряжённостью поля 1,5 Тесла равна 3-4 тыс. руб. При необходимости применения контрастных и других специальных программ или контрастного усиления эта сумма возрастает в 2-3 раза.

Поэтому с экономической точки зрения ТУС спасительна для российской невропедиатрии, не говоря о других перечисленных её достоинствах.

Естественно, необходимо было убедиться на репрезентативном количестве исследова-

ний, что данные ТУС заслуживают доверия и могут быть рекомендованы для независимого применения. Результаты ультразвуковой диагностики состояния внутричерепных структур через закрытый череп проверялись признанными экспертными методами неинвазивной нейровизуализации (такими как КТ и МРТ) и, конечно, при клинических наблюдениях и оперативных вмешательствах. Получено подтверждение соответствия основных ультразвуковых находок данным КТ и МРТ (хотя, бесспорно, речь идёт не о конкуренции с ними по разрешающим способностям, а о рациональном взаимодополняющем использовании). ТУС должна применяться для решения тех проблем, для которых КТ и МРТ не предназначены, например при массовых профилактических осмо-



Рис. 2. Проведение транскраниальной ультразвуковой томографии: А – у новорождённых и младенцев. Б – у взрослых в условиях скрининга

субарахноидальные цистерны, мозговые оболочки и др. Эти данные обобщены в эталонных картах УС изображений в стандартных плоскостях сканирования ТУС. Основные элементы этих карт идентифицированы путём сравнения изображений ТУС и МРТ, выполненных в идентичных плоскостях, соответствующих стандартным плоскостям ТУС.

Нами было показано, что ТУС может быть использована в диагностике любых объёмных образований мозга (опухоль, гематомы, абсцессы, кисты и др.), гидроцефалии, резидуально-атрофических изменений, отёка головного мозга и дислокаций, сопровождающихся изменением формы среднего мозга и/или боковым смещением третьего желудочка. Важно подчеркнуть, что с помощью УС сканирования, внутричерепные структурные изменения хорошо выявляются как на клинической стадии заболевания, так и при клинической асимптомном течении. Это открывает путь к применению ТУС не только для диагностики и мониторинга патологии мозга, но и имеет исключительное значение для скрининга в условиях профилактической неврологии.

Исследование занимает в среднем 5-10 минут. Аппаратура легко мобильна и может работать в любых условиях, например при черепно-мозговой травме на месте происшествия.

Стоимость мобильных УС аппаратов экспертного класса колеблется от 30-70 тыс. долл., а себестоимость одного исследования в среднем не превышает 140 руб.

трах или при первичной нейровизуализации на месте катастроф с большим количеством пострадавших.

Только после этого, а также корректного обобщения и обработки данных методами современного статистического анализа мы посчитали допустимым широко использовать ТУС в детских больницах Санкт-Петербурга и ряда других городов. Надо сказать, что прямых противопоказаний для ТУС не установлено. С другой стороны, во многих ситуациях применение ТУС не имеет альтернативы.

Статистика ТУС исследований ныне превышает сотни тысяч. Метод внедрён практически во всех детских больницах Санкт-Петербурга, а также в Институте детской гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачёвой, Консультативно-диагностическом центре для детей, в Научно-исследовательском детском ортопедическом институте им. Г.И.Турнера. Предложенная нами технология используется также в других городах России (Москва, Ульяновск, Петрозаводск, Геленджик и др.), а также за рубежом (Одесса, Кишинёв, Тирасполь, Гомель).

Ультразвуковая семиотика внутричерепных объектов

Общий алгоритм формирования УС диагноза состоит из последовательного решения ряда задач. Первая из них – определить, есть ли структурные изменения головного мозга? Эти изменения выявляются при сравнении УС изображений, полученных

при обследовании данного ребёнка с соответствующими им эталонными картами. Важным является строгое использование предложенных стандартных режимов сканирования, поскольку именно для них разработаны эталонные карты УС изображений с идентифицированными элементами эхоархитектоники мозга.

Различают прямые и косвенные УС признаки структурных внутричерепных изменений, а также оценивается распространённость патологических изменений (локальные и диффузные).

К прямым признакам относится изменение УС плотности (эхогенности) отдельных участков изображения. Патологические зоны могут быть повышенной, пониженной, с участками пониженной-повышенной плотности или очень низкой УС плотности (соответственно гиперэхогенными, гипозэхогенными, анизэхогенными или анэхогенными). Косвенными признаками являются изменение величины, формы или положения отдельных элементов нормального УС изображения. Часто имеется сочетание прямых и косвенных УС признаков структурных внутричерепных изменений.

Выделяются общие (неспецифические) и частные (специфические) УС признаки патологии головного мозга.

При обнаружении признаков органических изменений головного мозга решается вторая задача – уточняется область расположения патологических изменений (топический УС диагноз).

На основании анализа особенностей УС изображения и клинических проявлений уточняется этиологическая принадлежность выявленных изменений (нозологический УС диагноз).

Отёк головного мозга проявляется сужением ликворных пространств и желудочков головного мозга, а гидроцефалия, наоборот, – их расширением. В зависимости от варианта гидроцефалии происходит расширение тех или иных отделов ликворосодержащих пространств (желудочков и/или субарахноидальных пространств).

Дислокационные УС синдромы сопровождаются смещением третьего желудочка в одну или другую сторону (латеральная дислокация) или деформацией рисунка среднего мозга (передняя, задняя, боковая компрессия среднего мозга).

У новорождённых основные проблемы связаны с внутричерепными кровоизлияниями и инфарктами. Они имеют свои характерные УС проявления и эволюцию. Свёртки крови характеризуются высокой УС плотностью (гиперэхогенные), а по мере их разжижения проходят стадии анизэхогенности, гипозэхогенности и анэхогенности.

Оболочечные гематомы располагаются непосредственно под костями свода черепа и имеют либо форму двояковыпуклой линзы (эпидуральные гематомы – рис. 3) или серповидную форму (субдуральные гематомы). Внутричерепные гематомы обычно гиперэхогенны (рис. 4). По мере разжижения гематом их плотность меняется от гиперэхогенной и анизэхогенной до гипозэхогенной и анэхогенной.

Зоны инфарктов головного мозга проявляются умеренно повышенной эхогенностью практически без признаков масс-эффекта.

Типичными являются УС признаки пороков развития головного мозга: внутричерепные кисты проявляются наличием анэхогенных зон с различной степенью выраженности масс-эффекта, аномалия Dandy-Walker – анэхогенным образованием в области четвёртого желудочка с вентрикуломегалией, аномалия Киари – нарушением эхоархитектоники головного мозга на уровне краниовертебрального перехода.

Опухоли головного мозга характеризуются сочетанием прямых признаков (зон гипер-, гипо-, аниз- или анэхогенности) с проявлениями масс-эффекта (рис. 5). Кистозные опухоли проявляются в основном наличием анэхогенных зон, при этом необходимо осуществлять дифференциальную диагностику с внутричерепными кистами неопухолевой природы.

Если УС исследование проводится уже повторно, то необходимо оценить динамику изменений и определить их тип течения (стабильный, медленно прогрессирующий, ундулирующий, быстро прогрессирующий, молниеносный).

Затем определяется необходимость применения экспертных методов нейровизуализации и выбирается оптимальный из них (КТ, МРТ, определяется зона повышенного интереса, необходимость применения контрастного усиления, МРА или другие технологии).

Следующей задачей является сопоставление данных ТУС с результатами экспертной нейровизуализации и определением возможности ТУС для мониторинга выявленной патологии. ТУС может использоваться для мониторинга в том случае, если она достаточно хорошо визуализирует объект (формирование интраскопического диагноза).

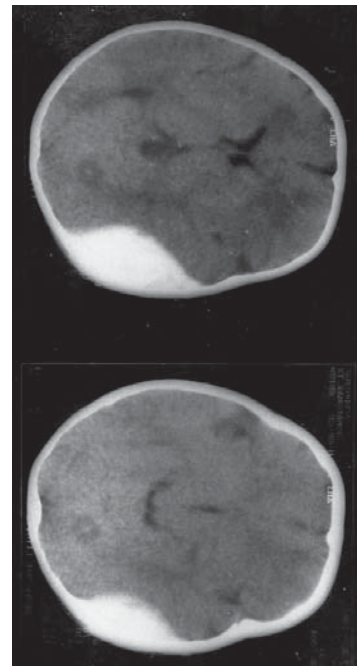
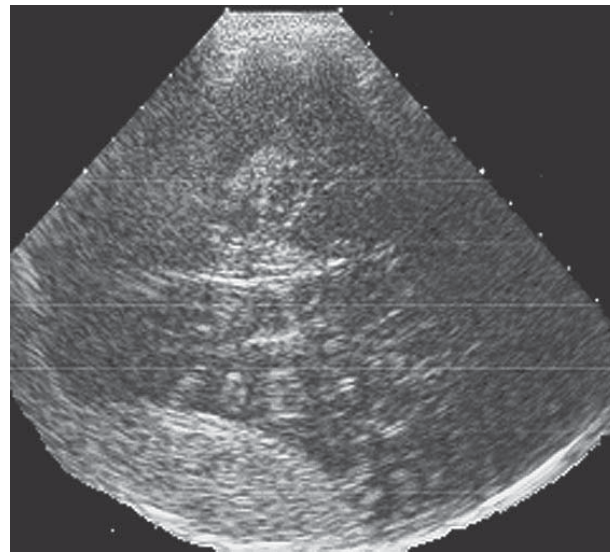


Рис. 3. Эпидуральная гематома у ребёнка 5 лет. Сопоставление данных ТУС (А) и КТ (Б). Гематома обозначена стрелкой

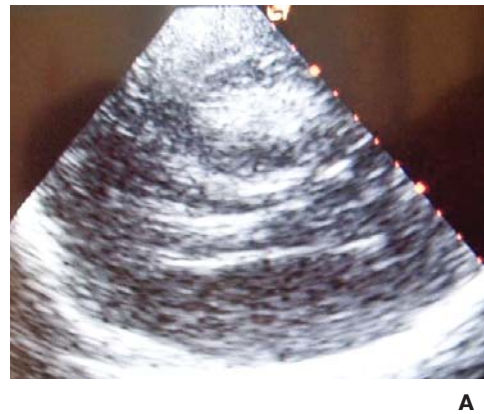


Рис. 4. Внутримозговая гематома у женщины 52 лет. А – транскраниальная УС. Б – компьютерная томография. Гематома обозначена стрелкой

Наконец, проводится сопоставление интраскопических данных с клиническими – формулируется клинко-интраскопический диагноз, который, по нашему мнению, должен обязательно включать в себя следующие фрагменты:

1. Нозологический диагноз (по МКБ-10).
2. Интраскопический диагноз (характер и выраженность структурных изменений, основные интраскопические синдромы).
3. Клинический диагноз (характер и выраженность клинических проявлений, основные клинические синдромы).
4. Динамический диагноз (тип течения интраскопических и клинических изменений – стабильный, регрессирующий, медленно прогрессирующий, быстропрогрессирующий, молниеносный тип течения).
5. Стадия клинической компенсации (компенсации, субкомпенсации, декомпенсации).

Чем больше фрагментов диагноза сформулировано, тем он более персонализирован и позволяет более детально определить дальнейшую тактику оказания медицинской помощи.

Транскраниальная ультрасонография: результаты

В современной практической нейромедицине существуют группы пациентов, у которых применение стандартных технологий нейровизуализации (КТ и МРТ) невозможно или связано со значительными дополнительными сложностями и рисками. Мы выделили следующие 6 категорий таких пациентов:

1. Лёгкая травма головы.
2. Нетранспортабельные больные, требу-

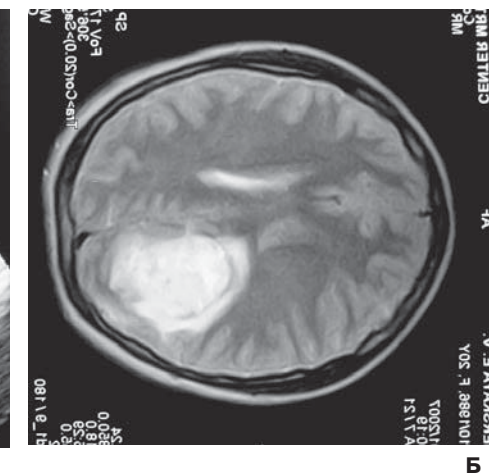
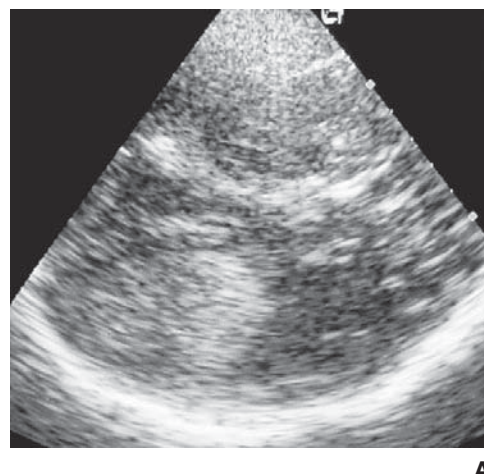


Рис. 5. Опухоль головного мозга у 20-летней женщины. Сопоставление данных транскраниальной УС (А) и МРТ (Б). Опухоль указана стрелкой

использования ТУС и перспективы интеграции этих двух технологий в одно общее «гибридное» обследование (так называемый клинко-сонографический осмотр).

Клинко-сонографический диагноз сравнивали с результатами КТ или МРТ каждого из этих пациентов. Точность диагностики оценивала группа независимых экспертов, в состав которых входили академик РАН А.Скоромец, профессора В.Берснев и Н.Иванова.

Показано, что ТУС у взрослых обеспечивает визуализацию внутричерепных образований, имеющих значение для диагностики и мониторинга отёка головного мозга, дислокационных синдромов и гидроцефалии: третьего желудочка, боковых желудочков в 90% и среднего мозга – в 83%. При гидроцефалии, супратенториальных опухолях и кистах ТУС является методом скрининг-диагностики и мониторинга, поскольку обеспечивает их визуализацию соответственно в 100, 82 и 80% случаев. При корреляционном анализе выявляется умеренная обратная связь между качеством визуализации внутричерепных структур и возрастом обследуемых ($r = -0,6$; $p < 0,001$). У 10% обследуемых отмечается недостаточная проницаемость «акустического окна» для адекватной оценки внутричерепных структур.

Очень важное практическое значение имеет тот факт, что применение в процессе уточнения характера заболевания результатов ТУС совместно с клиническими данными позволяет повысить эффективность диагностики, например внутричерепных гематом у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (специфичность и диагностическую точность соответственно на 27,5 и 20,3%). Размеры внутримозговых гематом при ТУС сопоставимы с размерами, полученными при КТ ($r = 0,95$; $p < 0,05$). Это открывает принципиально новые возможности в прикроватной диагностике инсультов в условиях соблюдения золотого часа.

Выяснилось, что среди взрослых пациентов ТУС была наиболее эффективной при обследовании женщин в возрасте от 18 до 40 лет. Это указывает на перспективность данной технологии при обследовании беременных женщин, у которых применение КТ противопоказано, а использование МРТ связано с дополнительными ограничениями.

Данные о перспективах применения ультразвука для чрескостного исследования головного мозга у взрослых, особенно в условиях нейрореанимации, также получены и зарубежными авторами.

Известно, что в руках автора любой метод оказывается более эффективным, чем у врачей в широкой практике. Поэтому важной является оценка эффективности технологии «не в руках автора». Именно эта цель преследовалась при выполнении следующего, пятого этапа исследования. Необходимо было показать возможности и перспективы клинко-сонографического осмотра, осуществляемого обычным неврологом, который прошёл специальную подготовку по нейросонографии и использующим стандартное ультразвуковое оборудование. В этой группе было 2453 ребёнка с различными болезнями головного мозга, которым клинко-сонографический осмотр осуществлял невролог многопрофильной детской больницы. Это были пациенты, у которых традиционное применение КТ или МРТ было связано с рядом ограничений.

В первую очередь были дети с лёгкой травмой головы. Эта проблема имеет неоспоримое медицинское и социально-экономическое значение. Огромное число детей различных возрастных групп госпитализируется в отделения детских больниц только потому, что у единиц из них могут внезапно возникнуть угрожающие для жизни нарушения, связанные с развитием внутричерепной гематомы или отёка мозга. Такие гематомы могут возникнуть сразу после травмы или сформироваться даже в течение нескольких недель после неё. Учитывая это, «идеальным» является применение нейровизуализации всем детям, перенёвшим даже минимальную травму головы, двукратно в ближайшее время и через месяц после травмы. Это позволит исключить ранние и отсроченные внутричерепные гематомы, представляющие угрозу для жизни ребёнка или формированию эпилепсии и других различных осложнений в дальнейшем.

(Окончание следует.)

Александр ИОВА,
профессор,

Людмила ЩУГАРЕВА,
доктор медицинских наук,

Юрий ГАРМАШОВ,
профессор.

Северо-Западный государственный
медицинский университет
им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор.

Национальный научно-практический центр

Слово о болезни

Результат нескольких процессов

Синдром раздражённого кишечника: в помощь практикующему врачу

Синдром раздражённого кишечника (СРК) является одним из наиболее распространённых заболеваний во всём мире, затрагивающий все слои общества, независимо от пола, возраста, расы, вероисповедания, цвета кожи или социально-экономического статуса (распространённость в мире – 11,2%, заболеваемость – 1,35-1,5% в год). СРК – это рецидивирующее функциональное расстройство желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), главным симптомом которого является абдоминальная боль в непереносимой ассоциации с изменением кишечной функции, проявляющейся либо преобладанием диареи (СРК-Д), либо запоров (СРК-З) или их чередованием (СРК-С, смешанный вариант). В 2016 г. были опубликованы Римские критерии IV пересмотра – обновлённые клинические рекомендации, определяющие вектор клинического мышления как в случаях постановки диагноза, так и в случаях выбора методов терапии.

Таинственная патология

Этиопатогенез СРК очень сложен и до сих пор до конца не изучен. На заре изучения этой проблемы из публикаций мы знали о феномене висцеральной гиперчувствительности, который объяснялся нарушением моторики желудочно-кишечного тракта, с безуспешными попытками увязать особенности этого нарушения с каким-либо вариантом СРК и функциональными нарушениями по оси «головной мозг – кишка».

Сегодня среди звеньев этиопатогенеза синдрома как наиболее актуальные рассматриваются социально-экономический статус, генетическая предрасположенность, возможность формирования заболевания у ребёнка родителями, страдающими СРК, психологические аспекты, висцеральная гиперчувствительность, нарушения моторики ЖКТ, изменения в нейроэндокринной системе (ось «головной мозг – кишка»), low-grade воспаление, концепция постинфекционного СРК, дисбаланс микробиоты и наконец факторы питания. В концепции формирования заболевания в каждом конкретном случае, очевидно, имеет значение несколько этиологических факторов, запускающих ряд патофизиологических механизмов (рис. 1), что объясняет сложность курации больных СРК.

Римские диагностические критерии СРК IV пересмотра

Рецидивирующая абдоминальная боль в среднем как минимум 1 день в неделю за последние 3 месяца, ассоциированная с 2 и более следующими симптомами:
– связанная с дефекацией;
– ассоциированная с изменением частоты стула;
– ассоциированная с изменением формы стула.

Критерии валидны при условии их наличия в течение последних 3 месяцев с началом симптомов не менее 6 месяцев назад!

Данные критерии имеют ряд принципиально важных отличий от опубликованных ранее. Среди них – частота эпизодов абдоминальной боли (не реже 1 раза в неделю), исключение термина «дискомфорт», поскольку различная и неопределённая трактовка понятия «дискомфорт» пациентами часто приводит к ошибочному диагнозу. Ещё одной отличительной чертой обновлённых рекомендаций является замена фразы «облегчение после дефекации» на «связанную с дефекацией», так как мировой клинический опыт показывает, что у довольно значительной части больных этого облегчения не происходит, более того, ряд пациентов с СРК отмечают ухудшение после дефекации.

Принцип классификации СРК остался неизменным и основан на Бристольской шкале формы стула, тип 1-й и 2-й которой будет свидетельствовать о запоре, а тип 6-й и 7-й – помогать в идентификации диареи.

Методом исключения

СРК является диагнозом исключения. Когда жалобы и анамнез больного позволяют предположить СРК, следующим обязательным этапом диагностики является физикальный осмотр, который позволяет успокоить пациента и исключить или заподозрить органическую патологию. Следующим шагом в диагностике СРК является выполнение лабораторных тестов и инструментального обследования, если таковые не проводились ранее или к ним есть определённые показания. Они включают в себя оценку клинического анализа крови, маркёров воспаления, в частности С-реактивного белка крови, эндоскопическое исследование, колоноскопию всем лицам старше 50 лет, либо во всех случаях семейного анамнеза колоректального рака, имеющегося гематохезиса, подозрения на микроскопический колит.



Рис. 1. Этиопатогенетические взаимосвязи при СРК

Кроме того, по показаниям необходимо выполнять серологическую диагностику целиакии у пациентов с преобладанием диареи и в смешанном варианте, особенно у тех, кто не ответил на иницированную эмпирическую терапию, оценить функцию щитовидной железы при клинических

подозрениях на её патологию, исключение инфекционной природы диареи, синдрома мальабсорбции желчных кислот, панкреатической недостаточности, Clostridium difficile-ассоциированной болезни и др.

Симптоматика, наблюдаемая у пациентов с СРК, с течением

времени может существенно колебаться. На протяжении первых 2 лет от начала заболевания, как правило, наблюдается персистирующее клиническое картины, однако в течение коротких периодов времени может происходить разрешение одних симптомов и появление вслед за этим других новых.

В первые 3 месяца после постановки диагноза больные испытывают в среднем четыре атаки клинических проявлений в месяц, самая длинная из которых может длиться до 5 суток, и большинство пациентов описывают продолжительность ощущений, составляющую более полусуток. Однако уже через год после установки диагноза около 30-45% страдающих СРК отмечают длительные периоды времени без симптомов, потенциальное состояние ремиссии, а после 10-летнего стажа заболевания порядка 50-70% больных сообщают о персистирувании у них симптомов.

Интересно, что почти половина (45%) пациентов с СРК, у которых наблюдается ремиссия синдрома, впоследствии будет иметь симптоматику других функциональных желудочно-кишечных расстройств и приблизительно у 2/3 из них разовьётся клиника

Таблица 1

Препараты для возможного купирования преобладающего симптома СРК, рекомендованные Римским консенсусом IV

Симптом	Терапия	Доза	Комментарии
Диарея	Лоперамид	2-4 мг по требованию, максимум до 16 мг/сут	Снижает частоту стула, не влияет на симптомы СРК, нельзя принимать длительно, ситуационный приём
	Диета	С низким содержанием глютена или безглютеновая, с низким содержанием FODMAP-углеводов	
Запор	Секвестранты желчных кислот: – Холестирамин – Колестипол – Колесевелам	9 г 2-3 раза/сут 2 г 1-2 раза/сут 625 мг 1-2 раза/сут	Недоступны в РФ сегодня (ранее были зарегистрированы)
	Пробиотики, содержащие отдельные штаммы микроорганизмов или их комбинацию	Согласно инструкции	Исследованные штаммы не зарегистрированы в РФ
	Рифаксимин	550 мг 3 раза/сут, курс 14 дней	С осторожностью, избегать повторных назначений – антибиотикорезистентность!
	Антагонисты 5-HT ₃ -серотониновых рецепторов: – Алосетрон – Ондасетрон – Рамосетрон	0,5-1 мг 2 раза/сут 4-8 мг 3 раза/сут 5 мг 1 раз/сут	Не зарегистрированы в РФ. Назначение возможно только врачами, аккредитованными в специальной программе
Абдоминальная боль	Элюксадолин (комбинированный агонист μ -опиоидных рецепторов/антагонист δ -опиоидных рецепторов)	100 мг 2 раза/день	Не зарегистрирован в РФ
	Псиллиум	Максимально до 30 г в день, раздельный приём	Доступен в РФ. Эффективность отмечена в РКИ и метаанализе
	Полиэтиленгликоль	17-34 г/сут	Возможно уменьшение дозы в 2 раза при хорошем эффекте. Предполагается эффект последствие (т.н. обучения кишки) после курсового лечения
	Любипростон	8 мг 2 раза/сут	Не зарегистрирован в РФ
	Линаклотид	290 мг 1 раз/сут	Не зарегистрирован в РФ
	Гладкомышечные миорелаксанты	Согласно инструкции	В РФ доступны для длительного применения: пинаверия бромид, гиосцина бутилбромид, тримебутин, альверина цитрат, мебеверин
Абдоминальная боль	Масло мяты перечной	Кишечнорастворимые капсулы 250-750 мг 2-3 раза/день	Не зарегистрированы в РФ
	Трициклические антидепрессанты	Стартовая доза 10-50 мг, далее коррекция дозы	Антихолинергические побочные эффекты
	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Начало с малых доз, постепенное увеличение дозы	Возможны побочные эффекты со стороны ЖКТ – тошнота, рвота, диарея
	Любипростон	8 мг 2 раза/сут	Не зарегистрирован в РФ
	Линаклотид	290 мг 1 раз/сут	Не зарегистрирован в РФ
	Алосетрон	0,5-1 мг 2 раза/сут	Не зарегистрирован в РФ

функциональной диспепсии, распространённость которой среди больных СРК более чем в 7 раз выше по сравнению с контрольной группой.

В качестве спутника

Приблизительно у половины больных СРК почти вдвое чаще, чем в популяции наблюдаются такие состояния-спутники, как фибромиалгия, синдром хронической усталости, синдром хронической боли в спине, хронической тазовой и головной боли и дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Перечисленные состояния не имеют морфологического подтверждения, их наличие определяется лишь клинически, на основании характерных симптомов, часто перекрещиваются между собой и другими заболеваниями и также остаются малоизученными. И, вероятно, пациенты, имеющие тот или иной набор перекрёста этих состояний должны рассматриваться под единым термином «функционально-соматические синдромы».

У таких пациентов СРК протекает более тяжело по сравнению с теми, кто не имеет коморбидных соматических заболеваний. Ну и, конечно же, «соседство» СРК с депрессией или тревогой, которыми страдает более половины этих больных, значительно утяжеляет проявления соматических симптомов.

Несмотря на то, что СРК – это функциональное состояние, которое значительно снижает качество жизни пациентов, часто связанное с депрессией и суицидальными наклонностями, высоким риском подверженности инвазивным процедурам и хирургическим вмешательствам, общенные данные исследований показали, что СРК не ассоциирован с повышенной смертностью.

Таким образом, лица, обратившиеся к врачу с очевидной клинической картиной СРК, становятся «СРК-пациентами». Далеко не все субъекты с симптомами СРК направляются к специалисту. Однако такие пациенты составляют не менее 12% всех больных, посещающих врачей общей практики, и около 30%, консультирующихся у гастроэнтерологов.

Распространённость «СРК-пациентов» значительно ниже, чем лиц с симптомами, у которых можно было бы диагностировать СРК. Количество консультируемых женщин по сравнению с мужчинами примерно одинаковое – около 50%, хотя женщины страдают этим заболеванием чаще мужчин. Вероятность оказаться «СРК-пациентом» определяется не только количеством симптомов, но также и психосоциальными детерминантами.

Непростая задача

Лечение больных СРК даже с выходом в свет обновлённых клинических рекомендаций и в настоящее время остаётся очень сложной задачей. Это связано с многообразием факторов, приводящих к развитию заболевания, о чём говорилось выше, чрезвычайно сильной зависимостью рецидивирования заболевания от состояния психоэмоциональной сферы, наличием в большинстве случаев коморбидности и синдрома «перекрёста». И в настоящее время в арсенале интерниста при курации пациента с СРК нет универсального инструмента, а именно – препарата или комбинации препаратов, который был бы эффективен в большинстве случаев хотя бы одного из вариантов заболевания.

Непрекращающиеся до настоящего времени попытки раз-

работать эффективную схему терапии СРК с пролонгированным действием до сих пор остаются безуспешными. Это связано ещё и с тем, что проблема поиска и объективной оценки эффективности того или иного препарата очень непростая из-за чрезвычайно высокого эффекта плацебо у «функциональных» пациентов, который, по самым взвешенным оценкам, составляет от 25 до 59%, в среднем 42%.

Вот почему, согласно Римским рекомендациям IV, лекарственную терапию, так же, как и в предыдущих редакциях, предлагается назначать по принципу преобладающего симптома (табл. 1).

Несмотря на заметное прибавление лекарственных препаратов новых классов, очевидно, что, как и в прошлых версиях клинических рекомендаций, российский гастроэнтеролог располагает лишь 1/3 из предложенных препаратов ввиду отсутствия их регистрации в РФ. Вероятно, поэтому на фоне недобросовестной рекламы «препаратов для СРК» фармакотерапия таких пациентов в реальной практике на поверку демонстрирует необоснованную полипрагмазию. Так, среди назначаемых средств для лечения СРК можно обнаружить ферментные препараты, антациды, препараты, которые вообще трудно классифицировать, имеющие нераспознанный механизм действия, и многое другое.

В качестве так называемой базисной или приоритетной терапии СРК, направленной на борьбу с висцеральной гиперчувствительностью, и соответственно, с болью, свою актуальность сохранили спазмолитики и трициклические антидепрессанты. Далее в зависимости от варианта нарушения стула рассматривается назначение спиллума, полиэтиленгликоля и других препаратов с целью нормализации стула в ряде случаев с дополнительным положительным влиянием на боль.

Что касается появления в рекомендациях группы пробиотиков, то здесь имеется диссонанс. Дело в том, что практически ни один штамм, прошедший в западных странах научную оценку возможности применения при СРК, не зарегистрирован в РФ. И мы полагаем, что экстраполировать эффективность этих штаммов на все препараты с пробиотическими свойствами, представленными российской аптечной сети, не правомочно и ошибочно. Более того, в настоящее время всё ещё невозможно систематизировать накопленный массив рандомизированных клинических исследований пробиотиков в виде метаанализов вследствие их значительной разнородности.

Терапия больного СРК представляется нам творчеством, но наше твёрдое убеждение заключается в том, что творчество это должно опираться не просто на «личный опыт», а на такой общедоступный для современного практического врача инструмент, как медицина, основанная на доказательствах.

Юрий КУЧЕРЯВЫЙ,
кандидат медицинских наук,
доцент,

Сергей ЧЕРЁМУШКИН,
кандидат медицинских наук,
доцент,

Игорь МАЕВ,
заведующий кафедрой,
академик РАН.

**Кафедра пропедевтики внутренних
болезней и гастроэнтерологии
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова.**

Современные технологии

Спасительная нейромодуляция

Она успешно снимает хроническую боль

Примерно 7% населения страдают хронической болью, которая требует серьёзного лечения. И каждому десятому из них на помощь приходят методы нейромодуляции.

Боль часто воспринимается как симптом заболевания. И обычно на каком-то этапе симптом превращается в самостоятельную патологию. Спустя 3-6 месяцев, если боль не удаётся купировать, то она переходит в хроническую стадию.

Часто бывает, что заболевание уже вылечено, а болевой синдром остался. Механизмы хронической боли очень сложны и до конца не известны. В одних случаях боль уходит вместе с заболеванием, в других остаётся на долгие годы и продолжает мучить пациента. Оно требует специализированного лечения.

В мировой практике существует система алгологии – науки о том, как помочь больным с хронической болью. Одним из направлений в алгологии является нейромодуляция. С помощью имплантируемых устройств – нейростимуляторов – обычно удаётся помочь больным.

В Челябинской областной клинической больнице проходит третий этап серьёзного эксперимента по внедрению методики лечения хронической боли с помощью нейромодуляции. На первом этапе больше года назад с помощью неврологов специалисты отобрали пациентов с хронической болью. Все они прошли обследование, и те, кому была показана операция, участвовали во втором этапе – установке временного генератора нейростимуляции. В их числе оказалась 70-летняя Фаридат Ибатуллина, детский библиотечкарь с полувековым стажем работы.

«В конце 2015 г. я перенесла цистит, остались сильные боли внизу живота, которые уходили в промежность, – пожаловалась доктору пациентка. – В 2016 г. из-за боли пришлось уволиться: я не могла сидеть, ходила очень медленно, в транспорте очень осторожно передвигалась, не садилась никогда».

Почти сутки назад к Фариде вернулась радость жизни – сейчас она свободно разгуливает по отделению, самостоятельно ходит на обед и навещает знакомую в соседней палате. Постоянная, невыносимая, мучительная боль прошла сразу после операции.

«Больной имплантирован электрод, с помощью которого мы проверим, насколько электрические импульсы подавляют боль, – пояснил нейрохирург Национального научно-практического центра нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко Эмиль Исагулян (Москва). – Прошли всего сутки, а она уже может контролировать свою боль с помощью вибраций, которые создаются импульсами. Если в течение 1-2 недель всё пойдёт хорошо и пациентке действительно станет легче, то с меньшим количеством или вообще без лекарств она сможет контролировать боль. Повысится повседневная активность, улучшится сон и другие параметры



качества жизни, и уже тогда мы имплантируем сам нейростимулятор, который в течение нескольких лет позволит контролировать боль».

Если на начальном этапе сотрудничества двух клиник была возможность только имплантировать электрод и провести тестирование, то теперь благодаря квотам можно имплантировать систему полностью – от электрода до самого нейростимулятора.

По словам специалистов, тонкие принципы нейростимуляции до конца не выяснены. Болевые импульсы идут от места боли в головной мозг, где и формируется само ощущение боли. Когда создаётся альтернативное возбуждение в виде электрических импульсов, которые идут от периферии к центру, они перекрывают собой ворота боли и благодаря вибрации болевые ощущения.

Есть стимуляторы, которые не создают вибрации, а просто перекрывают болевые импульсы. Электрические импульсы закрывают ворота боли. Это упрощённая схема. На самом деле всё сложнее, потому что в процессе функционирования вырабатываются внутренние анальгетики – химические вещества, которые способствуют анальгезии – эндорфины, экифалины. Благодаря этому пациент не чувствует боли не только во время работы нейростимулятора, но и после его выключения.

Это лечение боли, а не обезболивание. Оно очень продолжительное – требуются месяцы и годы, чтобы боль оставила человека. А иногда она может стать пожизненной. Если в течение полугода, а лучше года, пациент не нуждается в стимуляции, то в любой момент нейромодулятор можно эксплантировать.

К сожалению, на имплантацию попадают уже достаточно запущенные пациенты, поэтому полного излечения добиться уже не получается. Чем раньше имплантировать систему, тем сильнее эффект от её использования и выше шанс на полное излечение.

«Мы очень тщательно подходим к отбору пациентов. Тестовых стимуляторов в ЧОКБ за год было установлено 11, вчера поставили первый постоянный генератор стимуляции. Сегодня будет вторая операция, – с гордостью рассказывает главный нейрохирург Минздрава Челябинской обла-

сти Сергей Пашнин. – Позднее им всем установили постоянные генераторы, правда, для этого людям приходилось ехать в федеральные центры. Теперь мы сами получили квоты и в состоянии помочь южноуральцам здесь».

Установка генератора позволяет пациенту полностью отказаться от приёма опиоидных анальгетиков. До появления методики нейромодуляции приходилось разрушать нерв, который проводил импульсы боли. В первый месяц наступало облегчение, а потом ситуация усугублялась.

С конца 90-х годов профессором В.Шабаловым начато применение методики в России. Одному из первых пациентов электрод установлен около 17 лет назад. С тех пор нейростимулятор дважды меняли и даже перезаряжали.

Показаний к нейростимуляции много: боли при онкологических заболеваниях, после нейрохирургических вмешательств, после травм, хронические головные боли. В основном это пациенты, у которых хроническая боль держится более 3-6 месяцев и не поддается консервативному лечению.

«Со временем это приобретёт массовый характер, – уверен главный врач ЧОКБ профессор Дмитрий Альтман. – Любая технология изначально стоит безумных денег, и очень хорошо, что материально в этом плане пациент может рассчитывать на государство, которое львиную долю расходов берёт на себя. Вспомните, ещё недавно мобильный телефон был недостижимой роскошью, а сейчас даже пенсионеры могут его себе позволить. Думаю, недалёк тот день, когда пациенты также смогут позволить себе приобрести нейростимулятор».

Отбор пациентов на установку генератора нейростимуляции в ЧОКБ идёт непрерывно. Специалисты рассчитывают в течение года поставить эти операции на поток и самостоятельно решать проблему, не отправляя пациентов в федеральные центры.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Население нашей страны стало больше болеть из-за лишнего веса и ожирения, констатирует доклад Роспотребнадзора, в котором приводятся конкретные данные. А ВОЗ при поддержке Минздрава России представил на пресс-конференции в Москве доклад «Подростковое ожирение и связанное с ним поведение: тенденции и социальные неравенства в Европейском регионе ВОЗ, 2002-2014 гг.»

Тенденция к росту

За последние несколько лет число пациентов с диагнозом «ожирение» возросло в России в несколько раз. По информации Роспотребнадзора, в 2015 г. по сравнению с 2011 г. рост заболеваемости среди взрослых возрос в 2,3 раза. Специалисты ведомства сравнили данные с 2011 по 2015 г. и установили, что врачи стали в два раза чаще отмечать ожирение.

Данных на 2016 г. нет, но в докладе ведомства сказано, что специалисты прогнозируют тенденцию к росту этого показателя.

За последние 12 лет распространённость ожирения среди российских девочек-подростков увеличилась в 4 раза и составила 2%, среди мальчиков – почти в 3 раза и составила 5,4%. Всего же избыточным весом в нашей стране страдают 13,3% девочек и 26% мальчиков. Более всего ожирение распространилось среди 11-летних мальчиков. Если в 2002 г. этот показатель составлял примерно 3%, то в 2014 г. – около 7%.

Таковы результаты исследования распространения подросткового ожирения и связанного с ним поведения в Европейском регионе ВОЗ (ЕВРС), представленные в докладе. В нём – данные с 2002 по 2014 г., хотя само исследование продолжается уже 25 лет. В течение 2013-2014 гг. были опрошены 219 460 подростков, проживающих в 44 странах Европы и Америки, из которых примерно 4700 – представители Российской Федерации.

Как рассказал на пресс-конференции глава Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними доктор Жоао Бреда, ожирение в подростковом возрасте является одним из главных факторов формирования организма на всю дальнейшую жизнь. В частности, ожирение повышает риск развития сахарного диабета 2-го типа, гипертонии и заболеваний сердечно-сосудистой системы. Кроме того, ожирение является причиной эмоциональных и поведенческих проблем. К сожалению, в большинстве случаев приобретённое в подростковом возрасте ожирение сохраняется примерно у 4 из 5 страдающих лишним весом подростков.

Как считает главный диетолог Минздрава России, научный руководитель ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи, академик РАН Виктор Тутельян, у многих россиян – крайне низкая культура питания.

Анализ же показателей физической активности российских детей показал, что с 2010 до 2014 г. её уровень падал и только с 2014 г. начал увеличиваться, сообщила ведущий исследователь ЕВРС в Российской Федерации Анна Маточкина. По данным исследования, только 15% девочек и 22% мальчиков в РФ соблюдают рекомендации ВОЗ по уровню физической нагрузки. Между тем уровень потребления сладкого в нашей стране довольно высок – в 2014 г. более трети

девочек сообщили о ежедневном потреблении сладкого. Этот показатель носит устойчивый характер среди всех возрастных групп, не демонстрируя никакого снижения.

Серьёзное опасение российских специалистов вызывает и уровень потребления сладких напитков, продолжила А.Маточкина. Несмотря на то, что количество детей, предпочитающих их, уменьшилось с 22,98% в 2010 г. до 10,7% в 2014 г., этот показатель до сих пор остаётся высоким. Причём среди 11-летних мальчиков этот уровень не опускается ниже 14,7%. Но если в большинстве стран Европы высокий уровень

чтобы предотвратить целый ряд хронических заболеваний, которые могут возникнуть в будущем, если не начать решать проблему сегодня.

ЗОЖ – надёжный рецепт

Решение проблемы ожирения подростков тесно связано с их мотивацией на ведение здорового образа жизни. Прежде всего необходимо обратить внимание населения на факторы, ухудшающие качество жизни, для чего нужно привлечь все социальные структуры и средства массовой информации. Об этом говорила на пресс-конференции специальный представитель ВОЗ в РФ Мелита Вуйнович.

подростков, особенно девочки, не выполняют рекомендации ВОЗ по физической нагрузке, поэтому необходимо уделять внимание активному отдыху детей помимо уроков физкультуры. Причём перемены в этом случае лучше проводить на улице».

Огромную роль в борьбе с ожирением играет питание, продолжил представитель ВОЗ, особенно важно увеличивать уровень потребления фруктов и овощей и сократить потребление сахара.

Ещё один серьёзный фактор риска ожирения – увлечение подростков смартфонами и планшетами, отнимающими время и лишаящими их дви-

ем среди взрослого населения установлен, согласно докладу Роспотребнадзора, в Ненецком автономном округе (1031,96 на 100 тыс. населения), Алтайском крае (975,90) и Пензенской области (678,08).

По мнению экспертов ведомства и ВОЗ, учёных, главная причина ожирения взрослых – несбалансированное питание: люди едят очень много хлеба и сахара, но недостаточно овощей и молочных продуктов.

Только 36% европейских подростков ежедневно употребляют фрукты и овощи, а 5% детей утверждают, что никогда их не едят. Уровень потребления сладких напитков несколько снизился,

Угроза

Земля несёт лишний вес

Жителям планеты надо опасаться ожирения



Ежегодно из-за избыточного веса или ожирения в мире умирают 2,6 млн человек

потребления сладких напитков наблюдается среди детей с низким достатком, то в России такая зависимость обнаружена только среди девочек. Частое потребление сладких напитков мальчиками отмечается в обеспеченных семьях.

Впрочем, Российская Федерация демонстрирует и положительные тенденции, добавила А.Маточкина, в частности уровень ежедневного потребления фруктов среди наших подростков за 12 лет увеличился с 27 до 35,6%, причём самый низкий уровень отмечен у 15-летних мальчиков (28%). Вместе с тем этот показатель в РФ остаётся более низким, чем у детей из европейских стран. Уровень потребления овощей за 12 лет практически не изменился, также оставаясь заниженным по сравнению с европейским регионом.

К сожалению, угрожающе растёт и количество времени, проведённого подростками у монитора, что связано с увеличением числа компьютеров и ноутбуков. Если в 2002 г. более двух часов в день у экрана проводили всего 30% российских подростков, то теперь их число увеличилось до 75,8%. Дети в нашей стране, особенно девочки, проводят у экранов намного больше времени, чем их сверстники из европейского региона.

В целом, подытожила А.Маточкина, показатели Российской Федерации по уровню ожирения сохраняются достаточно низкими, но показывают статистически значимую тенденцию к росту. Поэтому уже сейчас необходимо обратить пристальное внимание на питание и физическую активность подростков,

гательной активности. Так как нейтрализовать их влияние на подростка уже невозможно, необходимо вплетать гаджеты в жизнь таким образом, чтобы они способствовали укреплению здоровья и повышению подвижности. Для этого надо создавать приложения, которые вовлекут их в занятия спортом или просто в активный отдых, например счётчики калорий или программы измерения физической нагрузки.

В настоящее время Минздрав России уже пересматривает, кстати, подход к формированию коммуникационных стратегий, стимулирующих ЗОЖ. В этом

однако до сих пор остаётся угрожающе высоким – ежедневно их потребляет каждый пятый подросток. Столь же высоко и потребление сладостей, причём этот показатель ухудшается – каждый четвёртый подросток ежедневно ест сладкое.

Согласно результатам исследования, распространённость ожирения угрожающе растёт на всей территории европейского региона, причём мальчики более подвержены риску, чем девочки. В Европе ожирением страдают каждые 2 из 10 подростков. Ожирение наблюдается почти у каждого третьего мальчика и у каждой пятой девочки в возрасте от 6 до 9 лет.

Кроме того, риск ожирения больше угрожает детям из семей с низким достатком, из стран Восточной Европы, что связано с отсутствием возможности покупать качественные продукты питания и правильно распределять физическую активность, уровень которой в целом крайне низок. Согласно рекомендациям ВОЗ, напомнил Ж.Бреда, молодые люди в возрасте 15–17 лет должны хотя бы час в сутки уделять активному отдыху и не менее 3 раз в неделю заниматься физическими упражнениями с нагрузками. Эти рекомендации практически не соблюдаются, особенно это касается девочек. При этом 80% мальчиков и 70% девочек ежедневно проводят перед экранами мониторов более 2 часов – максимального времени, определённого ВОЗ. Учитывая школьные занятия и домашние уроки, подростки проводят в сидячем положении подавляющую часть дня.

Во всём мире ожирение приняло форму эпидемии: ежегодно по меньшей мере 2,6 млн человек умирают в результате избыточного веса или ожирения.

Доклад ВОЗ основан на данных новаторского международного исследования, его результаты традиционно используются ВОЗ и многими ведущими организациями в сфере здравоохранения в качестве основы для формирования политики европейских стран в отношении здоровья подростков, что способствует улучшению качества жизни миллионов молодых людей во всём Европейском регионе ВОЗ.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Справка «МГ». Избыточный вес и ожирение определяются Всемирной организацией здравоохранения как «патологическое или излишнее накопление жира, которое может привести к нарушениям здоровья».

Индекс массы тела (ИМТ) – вес в килограммах, разделённый на квадрат роста в метрах (кг/м²), – это индекс, широко используемый для классификации избыточного веса и ожирения у взрослых людей. ВОЗ определяет избыточный вес как ИМТ, равный или превышающий 25, а ожирение – как ИМТ, равный или превышающий 30.

Врач не сможет заставить ребёнка поменять поведение, пояснила она, однако социальная среда может изменить значимые условия жизни, которые в итоге позитивно повлияют на состояние подростков. Для этого необходимо создать действенную стратегию борьбы с неинфекционными заболеваниями с привлечением к сотрудничеству всех государственных структур и представителей бизнеса. Причём проблемой надо заниматься как можно более серьёзно, так как ожирение ведёт к росту рака и диабета, что в итоге приводит к увеличению смертности населения.

Существенным фактором борьбы с детским ожирением является полноценный сон, который у подростков должен составлять не менее 9 часов, добавил доктор Ж.Бреда. Кроме того, физическая нагрузка в школе должна нивелировать последствия сидячего образа жизни учеников. При этом активизируется деятельность головного мозга, таким образом физические упражнения способствуют улучшению успеваемости. «Если мы хотим улучшить результаты обучения, нам необязательно увеличивать количество учебных часов, надо увеличивать уровень физической активности», – сказал Ж.Бреда. – В Европе 75%

году Министерство расширило рамки аудиторий, для которых будут проводиться коммуникационные кампании. В частности, разрабатываются технические задания на создание программ для подростков от 12 до 17 лет. В конце этого года начнётся первая коммуникационная кампания, которая предложит прямые сообщения для этой целевой аудитории.

Основной источник информации для детей – интернет, и Минздрав России намерен создавать именно интернет-решения. Для этого будут проведены соответствующие исследования, а затем в среднесрочной перспективе созданы приложения, в задачу которых войдут рекомендации по правильному питанию и распределению физической активности. Все эти меры, принятые в комплексе, помогут решить проблему ожирения среди подростков и предотвратить огромное число проблем со здоровьем, которые могут возникнуть как следствие лишнего веса в детском возрасте.

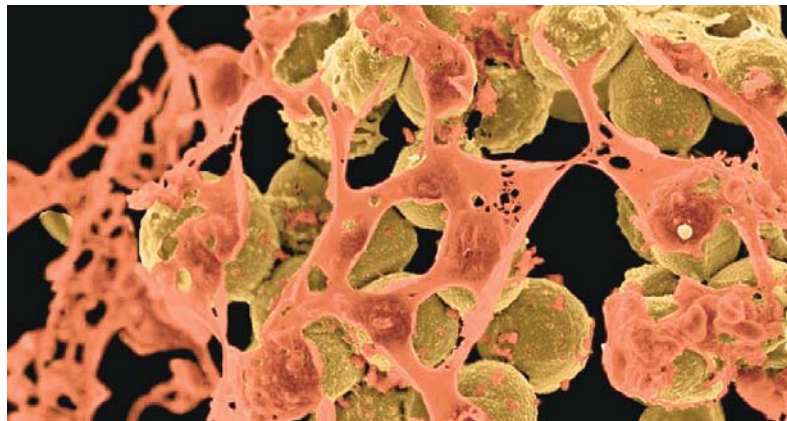
Кто у нас в «рекордсменах»?

По данным В.Тутельяна, в России избыточный вес есть у 60% женщин и 50% мужчин старше 30 лет. Наиболее высокий уровень заболеваемости ожирени-

Гипотезы

Пагубное взаимодействие

Англоязычная интернет-энциклопедия определяет кариес как «гниение зуба» (tooth decay), вернее, его тканей, причину которого видят в микробах ротовой полости, «оседающих» на поверхности эмали и своими выделениями разрушающих её. Для борьбы с бактериальным налётом придуманы разные пасты и хитроумные щётки, доставляющие зловредные бактерии из самых недоступных мест. И всё было бы хорошо, если бы не многомиллиардные ежегодные траты на сверление кариесных зубов и пломбирование образовавшихся полостей, которые с каждым походом к дантисту только увеличиваются в размере, пока зуб окончательно не терется.



Биофильм с круглыми клетками стрептококка под ним

По мнению молекулярных дантистов из Пенсильванского университета в Филадельфии (США), всё – по крайней мере у четверти детей с молочными зубами – происходит не только по вине зловредных стрептококков (*Streptococcus mutans*). В последние годы микробиологи и инфекционисты много говорят о бактериальных биофильмах, или плёнках, плотность которых не позволяет тем же антибиотикам и другим антисептикам проникать сквозь их толщу и убивать микробные клетки. Но помогают стрептококкам, как считают учёные, всем известные гифы – нити грибка, которые образуют белые налёты, за что эти родственники дрожжей и плесени и получили название «кандида» (в Древнем Риме кандидаты на всякие выборные посты должны были выступать в белых тогах, дабы показать чистоту своих помыслов). Дерматологи знают, что бывают кандидозы кожных и волосных покровов, а также могут поражаться и слизистые. Один из видов грибов, обитающих на поверхности зубов и слизистой ротовой полости, называется *Candida albicans*, и возможно, его пример всё же вселяет надежду на то, что не всё так страшно, как об этом думают многие.

В Филадельфии у детей с прочным налётом на зубах обнаружили пример типичного симбиоза представителей двух царств живого, а именно микробов и грибов. Три года назад учёные сделали первое наблюдение, в какой-то степени поразившее их коллег по смежным областям, и вот теперь в университете выяснили молекулярную подноготную этого процесса. Оказалось, что грибки выделяют так называемые маннаны, или полимерные молекулы сахара маннозы, представляющие собой химический вариант глюкозы. Молекулы маннозы необходимы для

«осахаривания» белков, в результате чего на поверхности клеток образуются гликопротеиды, сигнализирующие, например, иммунным лимфоцитам, что данная клетка «своя» и здоровая (чтобы не возникло аутоиммунных расстройств). В свою очередь, стрептококк, то есть второй член симбиотической пары, выделяет в среду необходимый грибку фермент, и это молекулярное взаимодействие приводит к образованию биофильма, на который не действуют антибиотики (на грибки они и подавно не действуют, поскольку те сами их вырабатывают). Учёные провели опыты с выключением генов, которые необходимы для синтеза двух «химикатов». Даже одной мутации в клетках *Candida* хватило для того, что бы образование симбиотической плёнки уменьшилось на 70% (с оставшейся её частью легче справляться иммунным клеткам). Теперь остаётся понять, что же и какие «периферические» гены человека влияют на то, что лишь у четверти детей – в полном соответствии со школьным законом Менделя – всё же образуется прочный биофильм, несмотря на все требования мам.

На этот вопрос попытались ответить в Стэнфорде. Известно, что среди тысяч наследственных болезней и состояний есть отдельные моногенные расстройства, например гемофилия и дальтонизм, диабет и т.д. Однако нехватка практических выходов геномных исследований, на которые ещё недавно возлагались большие надежды, связана, как считают специалисты, с полигенностью даже самых простых признаков. Так, в одной из islandских семей (на острове живёт не более трети миллиона человек, поэтому высока вероятность близкородственных браков и связей) генетики Исландии, Германии и Финляндии обнаружили мутантный ген, связанный с психозами у её членов. Авторы признают, что термин «психоз» слишком широк,

чтобы говорить что-то определённое о таких причисляемых к нему расстройствах, как биполярные или шизофрения. На семью обратили внимание, поскольку 6 из её членов был поставлен диагноз шизофрения, а ещё 4 что-то вроде биполярных расстройств. У каждого из 10 пациентов были обнаружены мутации в гене, кодирующем белок связывания РНК, который является модулятором апоптоза, или запрограммированной смерти клетки. Нарушение в гене приводит к синтезу протеина, у которого нет участка распознавания РНК. Интерес вызвал также тот факт, что мутации в гене обнаружили у всех членов семьи, которые здоровы, а также у многих людей, жалующихся на те или иные психические отклонения. Учёные подтвердили своё наблюдение на примере финской семьи с мутацией в гене, которая, однако, не оказывает столь пагубного влияния. Можно напомнить, что более 20 лет назад у голландца с агрессивным поведением была выявлена мутация в гене нервного регулятора, причём она была открыта в семье, мужчины которой на протяжении трёх поколений проявляли агрессию (женщины при этом были здоровы).

В Стэнфорде с таким «примитивным» подходом не согласны, учёные считают, что на развитие того или иного признака влияют... тысячи генов, среди которых они выделили от 50 до 100 генов узкого круга и до 10 тыс., как они назвали, «периферических». Влияние последних может быть незначительным, но речь идёт о кумулятивном эффекте, поэтому надо говорить даже не о полигенной природе заболеваний, а омнигенной, что подразумевает участие в развитии признака чуть ли не каждого второго гена в человеческом геноме.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам
Nature Genetics.

Начеку

Рыба: всё хорошо в меру

Чрезмерное потребление жирной рыбы более чем на четверть повышает риск развития сахарного диабета 2-го типа. Таковы результаты исследований, представленных на конференции Европейской ассоциации по изучению диабета.

Учёными были обработаны анкеты более 70 тыс. женщин, которые 25 лет назад проходили обследование по совершенно другому поводу. Выяснилось, что представительницы прекрасного пола, потребляющие более 1,6 г полиненасыщенных жирных кислот омега-3 (они содержатся в 100 г тунца или в 70 г макрели и вообще в любой жирной рыбе), на 26% чаще заболели диабетом, чем остальные.

Также выяснилось, что избыточное потребление докозапентаеновой кислоты (один из видов кислоты омега-3, который содержится ещё и в мясе животных) увеличивало риск диабета у женщин с нормальным весом на 45%, а у полных – на 54%. Избыток жирной кислоты омега-6 (она известна как арахидоновая кислота) увеличивал риск диабета у женщин с нормальным весом ровно на 50%, а у полных – на 74%.

Однако полностью отказываться от рыбных блюд тоже нельзя. Сама по себе жирная рыба, которая богата полиненасыщенными кислотами омега-3, является очень полезным продуктом, препятствуя развитию заболеваний сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. Эти

вещества улучшают память, зрение, нормализуют обменные процессы. Более того, для беременных две порции в неделю являются обязательной дозой – жирная кислота омега-3 способствует формированию мозга будущего ребёнка.

Рецепт исследователей прост: рыбой не надо злоупотреблять. Блюда из тунца, угря, форели, лосося, сардин, анчоусов, сельди и макрели следует ограничить до 4 порций рыбы в неделю. Этого вполне достаточно для того, чтобы риск диабета снизился до нормы, а полезные свойства жирных кислот проявились в полной мере.

Ян РИЦКИЙ.
По сообщению Daily Mail.

Преодоление

«Печатное» потомство

В Северо-западном университете Чикаго (США) создана искусственная модель яичников, которая позволила подопытным бесплодным мышам дать здоровое потомство. Учёные надеются, что их разработка в будущем поможет бороться с женским бесплодием.

Как сообщается, учёные синтезировали яичник путём печати на 3D-принтере пористых каркасов из желатина, заполненных фолликулами.

Имплантаты приживались к системе кровоснабжения в течение недели и продолжали образовывать яйцеклетки естественным путём через поры желатиновых структур. Из 7 подопытных мышей 3 смогли родить здоровых мышат. По мнению исследователей, это важный шаг к созданию полноценного биопротеза для женщин, страдающих бесплодием.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.
По информации
The Guardian.

Мнения

Белок фиброза

Учёные из Уэстмидского института медицинских исследований (Австралия) впервые идентифицировали белок, который играет ключевую роль в развитии фиброза печени и образовании на ней рубцов. За ущерб, наносимый тканям, отвечает интерферон лямбда 3 (INLF3) – это однозначно доказали специалисты во главе с Якобом Джорджем и Мохаммедом Эсламом. Ранее они же выяснили, что генетические вариации, ассоциирующиеся с развитием фиброза печени, располагаются в 19-й хромосоме между INLF3 и INLF4.

С помощью современных методов генетического и функционального анализа команда исследовала образцы тканей печени 2 тыс. пациентов с гепатитом С. Оказалось, что в случае повреждения печени начинается миграция клеток зоны

воспаления из крови в печень, что повышает интенсивность выделения INLF3 и наносит печени ещё больший ущерб. При этом такая реакция во многом объяснялась наследственностью.

Научные сотрудники создали на основе своего открытия генетический тест, который поможет определить, входит ли пациент в группу риска – разовьётся ли у него фиброз печени. И каким будет прогрессирование заболеваний печени в случае их возникновения – быстрым или медленным.

В настоящее время, что характерно, для фиброза на последних стадиях лечения не существует, а при печёночной недостаточности единственное решение – это трансплантация. Новая терапия может быть основана на точечном воздействии на ген INLF3.

Игорь ГЕРБИНСКИЙ.
По информации MedicalXpress.

Ракурс

Несладкий подсластитель

Как установили исследователи из Дрексельского университета в Филадельфии (США), некоторые подсластители, широко применяющиеся в пищевой промышленности и в лекарствах, являются мощным пестицидом и подавляют способность к размножению у насекомых.

Оказывается, эритритол – один из подсластителей в газированных напитках – обладает именно таким свойством. Учёные «кормили» разными дозами вещества взрослых особей мушек-дрозофил и опрыскивали растения с кладками яиц.

Выяснилось, что «накормленные» эритритолом взрослые мушки-дрозофилы несут меньше яиц. При этом вещество не вредит самим яйцам, но убивает личинок. В экспериментальном порядке было установлено, что различные дозы

вещества вызывают гибель личинок в течение 1,5-3 дней.

Таким образом, отмечают учёные, подсластитель можно использовать в качестве мощного пестицида, не убивающего насекомых, многие из которых важны для созревания культур как опылители. При этом подсластитель более безопасен для человека, нежели пестициды, которые применяются сегодня в сельском хозяйстве и могут способствовать развитию тяжёлых отравлений или рака.

Эритритол на сегодняшний день широко применяется в производстве газированных напитков. Медики до сих пор спорят о вреде этого вещества для здоровья человека. Правда, однозначного мнения пока нет.

Генрих ВЕРНЕР.
По материалам
Journal of Applied Entomology.

Выводы

Во избежание резистентности

В Германии врачи стали реже выписывать антибиотики при простудных заболеваниях.

В прошлом году их получили лишь 27% людей, находящихся на больничном из-за простуды, и это на 11% меньше, чем 9 лет назад. Данные приводятся в докладе страховой медицинской кассы Die Techniker Krankenkasse, проанализировавшей информацию 4,8 млн пользователей. В 2008 г. в стране началась кампания по борьбе с распространением устойчивости к антибиотикам, в рамках которой идёт разъяснительная работа среди врачей. Ведь большинство простудных заболеваний вызвано вирусом, против которых антибиотики не действуют, и неправильное применение этих лекарственных препаратов может привести к возникновению устойчивых видов бактерий.

Алина КРАЗЪЕ.
По сообщению Spiegel.

Почему бы и нет?

В погоне за молодостью

Генетический материал кишечных бактерий, которые живут в маленьких круглых червях *Caenorhabditis elegans* (их размер не превышает 1 мм), способен продлевать жизнь, останавливать процесс старения, замедлять развитие опухолей и тормозить накопление бета-амилоида – соединения, которое учёные связывают с развитием болезни Альцгеймера, об этом сообщили исследователи Бэйлорского университета в штате Нью-Йорк (США).

Как известно, наше тело постоянно взаимодействует с миллионами микробов, проживающими внутри организма. Достаточно сказать, что общий вес микроскопических симбионтов и паразитов, проживающих внутри человека, составляет примерно 2,5 кг, а общее количество микроорганизмов превышает количество клеток нашего тела в 10 раз (мы выигрываем только за

счёт несоизмеримых размеров – прокариоты слишком маленькие, чтобы их численное преимущество было заметно). Такое огромное количество живущих в нас существ активно влияет на функции нашего организма, такие как мыслительная и метаболическая активность и, разумеется, процесс старения.

В ходе исследований учёные использовали бактерии, у которых были удалены различные варианты генов, каждый раз по одному из 4 тыс., составляющих геном бактерии. Учёные кормили нематод пищей, в которой содержались кишечные палочки, а потом анализировали, как в разных случаях взаимодействуют микробы с нематодами. Таким образом, методом исключения было проверено множество вариантов, и в 29 случаях учёным удалось зафиксировать эффект продления жизни. Это означало, что 29 генов из генома бактерии оказывают влияние на процесс старения организма, биологиче-

скую защиту от онкообразований и накопления бета-амилоида, ответственного, по мнению учёных, за развитие старческого слабоумия. Как показали дальнейшие исследования, бактериальные мутанты воздействовали на определённые метаболические процессы внутри червей, связанные со старением, и замедляли их ход.

По словам учёных, пока эти эксперименты не говорят ничего о том, как применить результаты открытия на людях. На сегодняшний день это лишь начальная стадия наблюдений, однако данные исследования могут привести к созданию лекарственных средств, включающих в себя либо сами бактерии, либо продукты их метаболизма, которые помогут замедлить процесс старения человека. Разумеется, это вопрос отдалённого будущего, однако сама возможность появления такой таблетки перестала быть предметом фантастики и стала вполне научной реальностью.

А как у них?

Заветная прибыль

Объём платных медицинских услуг, оказанных в минувшем году государственными учреждениями здравоохранения Казахстана, вырос на 33% по сравнению с аналогичным показателем позапрошлого года и достиг 162,3 млн долл. Это самый значительный рост за последние 5 лет.

Опираясь на данные аналитиков, можно говорить о том, что в прошлом году объём рынка медуслуг в Казахстане превысил 3 млрд долл., что на 21% больше, чем в году позапрошлом, за счёт роста цен (+13,2%) и объёмов бюджетного финансирования здравоохранения. Так, за счёт бюджета было оказано услуг на 2,1 млрд долл.,

в основном – почти на 90% – в государственных клиниках, которые параллельно наращивают объёмы платных медуслуг, оказав их на 33% больше, чем в 2015 г. По динамике роста этого показателя государственные медцентры почти догнали частных операторов.

В России, что характерно, ситуация аналогичная. Хотя официальная статистика объёма платных медуслуг в государственном секторе отсутствует, этот тренд подтверждают опросы врачей. Согласно результатам исследования фонда «Здоровье», более половины врачей-респондентов (62,2%) отметили в 2016 г. рост объёма платных медицинских услуг, оказанных в государственных клиниках.

Дословно

Чрезмерное потребление сахара не оказывает никакого негативного влияния на здоровье, по крайней мере связи между употреблением сладостей и эндокринными заболеваниями не обнаружено. Таким образом, рекомендации ограничить потребление сладкого вводят общество в заблуждение. Об этом говорится в докладе, представленном по результатам исследования воздействия сахара на здоровье, профинансированного «Институтом наук о жизни», членами которого состоят компании, производящие пищевые продукты, – в основном конфеты и другие сладости, а также сахаросодержащие газированные напитки.

На страже собственных интересов

Исследование было организовано в связи с ростом понимания пагубной роли подсластителей в распространении ожирения и сахарного диабета 2-го типа среди врачей и работников здравоохранения. Авторы доклада подвергли сомнению качество данных, которые используют такие организации, как правительство США и ВОЗ, мотивируя общество сократить потребление сахара.

По мнению авторов доклада, в данном случае имеет место так называемая политизированность науки, предписывающая органам здравоохранения разных стран сохранять корпоративную последовательность. «Принципы ограничения потребления сахара, которые становятся догмой, не удовлетворяют критериям авторитетных рекомендаций и базируются на низком качестве доказательности», – отметил один из исследователей доктор

Брэдли Джонстон. При этом, подчеркнул он, правительство США на основании этих принципов вводит налоги, призванные ограничить потребление сахара и других подсластителей.

Что характерно, это не первое исследование, финансируемое продовольственными компаниями в защиту своей продукции. Так, в позапрошлом году компания, выпускающая газированные напитки, финансировала исследования, показавшие, что потребление газировки больше способствует похудению, чем потребление простой воды, в 2011 г. исследование под эгидой Национальной ассоциации кондитеров обнаружило, что дети и подростки, которые едят конфеты, как правило, весят меньше. Наряду с исследованиями, «опровергающими» мнение о вреде табака, финансируемыми табачными компаниями.

Идеи

В Университете Дьюка (США) разработали новый комплексный гидрогель, который может использоваться для 3D-печати менисков, выполняющих функции амортизации и стабилизации сустава. Поэтому при их замене крайне важно подобрать правильные материал и форму имплантата.

Печатный станок

Существующие имплантаты не такие прочные и эластичные, как настоящие мениски, которые к тому же состоят из двух слоёв – твёрдой середины и более мягкого наружного слоя. Такая конструктивная особенность ранее являлась основной проблемой, препятствующей успешной 3D-печати соответствующих имплантатов. Однако учёные из США решили эту проблему.

Специалисты смогли создать комбинацию из двух видов гидрогеля, которая оказалась максимально близка к оригиналу. Кроме того, в неё добавили наночастицы, придавшие ей свойства текучести в

условиях давления и быстрого затвердевания в нормальных условиях. По словам научных сотрудников, все материалы плотно «переплетены», и поэтому субстанция, которая получается в итоге, крайне прочна.

С помощью КТ и МРТ врачи смогут определить, какой именно формы должен быть имплантат, а затем напечатать его всего за один день. Пока разработка ещё не готова даже к клиническим испытаниям, но демонстрационные образцы обладают большим потенциалом, и в будущем новый гидрогель сможет существенно облегчить жизнь пациентам, которым необходим «ремонт» суставов.

Осторожно!

Предвестники рака

Кофе и жареный бекон являются опасными канцерогенами и вызывают раковые заболевания. К такому выводу пришло Международное агентство онкологических исследований (IARC), проведя соответствующие исследования.

Это заявление в связи с особой важностью (и кофе, и бекон входят в утренний рацион питания огромного количества жителей США) будет подвергнуто тщательной проверке. В частности, правительственные органы призвали начать расследование, подтверждающее либо опровергающее результаты исследований IARC. Агентство должно будет представить доказательства, которые позволяют объявить эти продукты канцерогенами.

Дата открытых слушаний, во время которых учёные расскажут о ходе исследований и представят доказательную базу, пока не

определена, однако известно, что слушания пройдут в ближайшее время.

Как поясняют эксперты, основания сомневаться в истинности выводов IARC есть, так как эти продукты слишком быстро были объявлены канцерогенами, а такие высказывания вызывают панику среди населения.

Кроме того, подозрительна сама лёгкость, с которой продукты питания (и не только) попадают в разряд вредных. При этом, по словам экспертов, классификация IARC канцерогенных субстанций не соответствует результатам других исследований, следовательно, быть уверенной в её истинности нет никаких оснований.

Впрочем, учёные агентства настаивают, что полученные ими данные имеют доказательное научное обоснование, которое, вероятно, и будет представлено на общественных слушаниях.

Особый случай

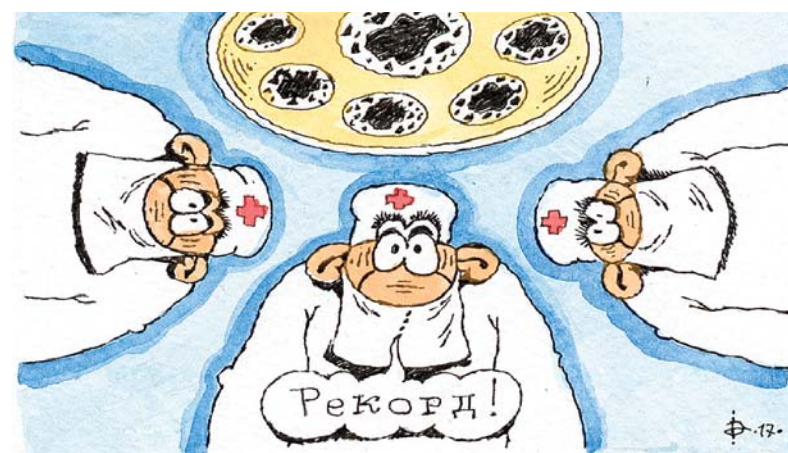
Не счесть алмазов в каменных пещерах...

Врачи государственной клиники индийского города Джайпур из северного штата Раджастхан (Индия) извлекли из желчного пузыря 46-летнего предпринимателя почти 12 тыс. камней диаметром от 1,5 до 3,5 мм.

«Последние пару лет пациент страдал от болей в области живота. Несколько раз обращался в различные клиники, однако точную причину сильного недомогания удалось выяснить лишь недавно», – сказал хирург Дживан Канкария, успешно прооперировавший пациента.

По словам специалиста, поначалу он и предположить не мог, насколько нестандартной будет проблема. Как показало обследование, желчный пузырь предпринимателя вдвое превышал нормальные размеры и был практически полностью забит мелкими чёрными конкрементами. Желчи в нём не было совсем, поэтому картину не прояснила даже компьютерная томография.

«Нам пришлось изрядно потрудиться: мы сделали небольшой разрез длиной 1,2 см, а затем один за другим извлекли 11 816



камней», – вспоминает доктор. Он отметил, что прежний рекорд – около 4 тыс. «Мы обратились в Книгу рекордов Гиннеса и попросили учесть этот факт», – добавил Дж.Канкария.

Медики отметили, этот случай неординарен ещё и потому, что пациент ведёт здоровый образ

жизни, не курит и не пьёт, занимается спортом – для людей такого плана серьёзные заболевания нетипичны. Как бы то ни было, после операции бизнесмен пошёл на поправку и теперь с нетерпением ожидает, попадёт ли его личный рекорд в мировую историю достижений.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Nature, Reuters, Asian Age, Science Alert, Finprom.kz.

Преодоление

«Медики, наши пациенты и их родители благодарны Государственному камерному оркестру «Виртуозы Москвы» за доставленные детям минуты радости и ощущение счастья. Музыка тоже лечит», – сообщили редакции «МГ» представители коллектива Морозовской детской городской клинической больницы Москвы.

Знаменитый оркестр под руководством народного артиста СССР Владимира Спивакова дал недавно концерт для детей, многие из которых вынуждены долгие месяцы проводить в палатах. Благотворительный концерт в зале на 300 мест прошёл с аншлагом, стал настоящим праздником и для самих зрителей, и для артистов. В исполнении всемирно известного оркестра прозвучали произведения Боккерини, Чайковского, Гульды и других мировых классиков. Кажется, что на этот час дети забыли о болезнях, таблетках и капельницах. Положительные эмоции, как уже давно установили врачи, дают невероятную силу в борьбе с тяжёлым недугом. Ведь классическая музыка – тоже лекарство, но только для души.

Большой праздник музыки помог детям, находящимся на лечении в больнице, обрести светлый и добрый мир, даря ощущение счастья и исполнения желаний. Многие из них пришли в зал в масках, поскольку иммунитет таких пациентов понижен из-за лечения, отметили в Департаменте здравоохранения Москвы. Любая инфекция для них представляет смертельную угрозу. Они не могут, как все, пойти в

Музыка тоже лечит...

Это подтвердилось в Морозовской больнице



Под руководством маэстро музыканты подарили детям настоящий праздник

театр или на концерт. И тогда музыканты приходят к ним.

«Реакцию детей и врачей, конечно, ощутили – тепло. Детишки радовались, кое-что они узнавали из «Детского альбома» Чайковского, хлопали отчаянно», – говорит В.Спиваков.

«В первую очередь дети понимают, что они не брошенные, что они не одинокие, что они не один со своей проблемой», – сказал главный врач больницы Игорь Колтунов.

Морозовская детская городская клиническая больница – одно из старейших и крупнейших медицинских учреждений России. Её строительство началось в 1900 г. на средства купца 1-й гильдии В.Морозова, в его честь и названа эта больница. Её строительство было окончательно завершено в 1906 г.

На протяжении всего XX века больница неоднократно реконструировалась. В настоящее время это многопрофильный

скорпомощной стационар, включающий 10 вспомогательных и 28 клинических отделений, а также консультативно-диагностический центр.

Государственный камерный

на международных фестивалях, оркестр получил мировое признание. Начиная с 1989 г., «Виртуозы Москвы» ежегодно принимают участие в Международном музыкальном фестивале



В зале яблоку негде упасть...

оркестр «Виртуозы Москвы» создан в 1979 г. Основателем, главным дирижёром, солистом и бессменным художественным руководителем его является В.Спиваков. Практически с основания, начав выступления

в Кольмаре (Франция), артистическим директором которого является руководитель оркестра В.Спиваков.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Взгляд

Развитие музыкальной терапии в нашей стране делает реальной перспективу признания её в будущем в качестве самостоятельной специальности, находящейся на стыке медицины, психологии и музыки. Так считают российские участники конференции по музыкальной терапии в Москве.

Подобные мероприятия проводятся и в других странах, где музтерапия уже получила официальное признание. В России же это направление пока только формируется. Сейчас сообщество музыкальных терапевтов насчитывает около тысячи участников.

На конференции выступили с докладами и мастер-классами более 40 специалистов и волонтеров из России, США, Финляндии, Украины, Израиля, Бахрейна. Активно обсуждались методики и техники, используемые в практике музыкальной терапии и музыкального волонтерства; разнообразие инструментов, применяемых в музтерапии; выстраивание коммуникации на начальном этапе терапии с детьми и взрослыми, исследовательская работа в доказательной практике музыкальной терапии, профессиональное развитие и профилактика выгорания.

Основания для уверенности в признании в будущем музыкальной терапии в качестве самостоятельной специальности даёт масштаб этого мероприятия, считает директор центра «Турмалин», эксперт фонда «Живи сейчас», музыкальный терапевт Анастасия Бельтюкова.

«Эта конференция – уже третья, и она показала не только

Особенная терапия

Она всё чётче заявляет о себе

масштаб терапевтического применения музыки в нашей стране, но и потребность в углублении связей между специалистами, – говорит она. – Особенно это касается передачи опыта более молодым коллегам теми, кто в этом поле уже больше 20 лет. Собственно, это и есть главная цель ежегодных встреч – создать пространство, где могли бы прозвучать проверенные опытом практики и формировалось профессиональное поле российской музыкальной терапии. Пока рано говорить о появлении специальности и профстандарта, думаю, что он должен ещё вырваться, а для этого необходимо, чтобы те, кто уже сейчас является профессиональными музыкальными терапевтами, как можно больше делились своим опытом (курсы повышения, семинары, практикумы, открытые лекции, статьи, основанные на собственных исследованиях, кейс-стадис и т.п.). Это поможет нам сформировать определённую профессиональную культуру, без которой просто невозможно серьёзное будущее для музыкальной терапии в нашей стране».

Музыкальная терапия – это клиническое использование музыки для воздействия на психику и организм человека,



Музыкальная терапия помогает больному использовать для исцеления внутренний ресурс

которое базируется на научных исследованиях и проводится сертифицированным специалистом – музыкальным терапевтом. Она обладает клинической доказанностью и используется при различных заболеваниях.

«Например, фонд «Старость в радость» использует элементы музыкальной терапии для помощи пациентам с деменцией в домах престарелых и интернатах, – подчеркнула А.Бельтюкова. –

Можно применять её и на дому, как это делают для больных служба помощи «Милосердие» и наш фонд. Однако остаётся проблема с отсутствием систематического образования и профессионального стандарта, которые существуют во многих странах. Но можно надеяться, что усилия инициативной группы и участников последней конференции изменят эту ситуацию в будущем.

Музыкальная терапия – это не вишенка на торте, не развлечение, это серьёзное научно обоснованное и подтверждённое наблюдением и исследованиями в течение более полувека клиническое применение музыки. Она не лечит в прямом смысле слова, но помогает клиенту использовать собственный внутренний ресурс для исцеления. Например, на занятии с особым взрослым, которому трудно быть в покое, почувствовать своё тело, замедлить дыхание, терапевт может использовать лиру, флейту или какую-то песню, которая поможет на время успокоиться, а потом это состояние может быть перенесено в повседневную жизнь.

Тягостные проявления болезни у человека с боковым амиотрофическим склерозом могут на время стать менее заметными, потому что музыка переносит человека на территорию радости, где он не больной, а прежде всего просто человек. Примеров очень много!»

По сравнению с 2016 г. число российских участников увеличилось в этом году вдвое, выросло количество городов, откуда они прибыли.

Валерий СУВОРИН.
МИА Сити!

На литературный конкурс

Юрий КОТЛЯРСКИЙ

Время любить

– Наденька, так ты меня любишь? – спросил я, трепеща от нахлынувших нежных чувств.

– Люблю, конечно, люблю, милый! – ответила Надя.

Я вскочил и принялся бешено танцевать нечто среднее между «Яблочком» и «Танцем с саблями». Потом от прилива невероятного счастья я подпрыгнул до потолка, ухватился за люстру и стал раскачиваться на ней, как на канате. Крюк, на котором висела люстра, не выдержал, и я вместе с кучей стекляшек рухнул на пол.

– Ой! – воскликнула Надя. – Бабушкина люстра!

Но я уже не слышал её. Я выскочил, счастливый и разгорячённый, на лестничную клетку и с разбегу налетел на уборщицу с ведром в руках. Вода разлилась по полу, а уборщица чуть не скатилась с лестницы. «Ты что, ослеп?» – крикнула она, но я пронёсся мимо неё, как на крыльях. Грубая женщина. Подумаешь, лужа! Знала бы она, что меня любит Наденька!

Во дворе мальчишки строили замок из песка. Переполненный радостью, я вскочил прямо на крышу дворца, превратив его снова в груду песка.



«Дяденька, дяденька, что вы делаете?» – зачирикали мальчишки. Я даже не повернул головы. Глупые дети, что значит их замок на песке по сравнению с любовью моей Наденьки!

Любит! Любит! Я летел вперед, как стрела. На автобусной остановке мне под ноги подвернулась большая хозяйственная сумка, наполненная овощами. Я с ходу пнул её ногой, и по асфальту весело заскакали зелёные огурцы, жёлтые яблоки и красные помидоры. «Бандит!» – раздалось мне вслед. Но я не удостоил хозяйку сумки даже взглядом. Все мои мысли были о Наденьке и о её любви.

Задыхаясь от восторга, я стремительно летел в сторону берёзовой рощи. Под желтеющими осенними деревьями на длинной скамейке сидели несколько пенсионеров. Я пробежал по их ногам, как по клавиатуре рояля. Та-та-та-та-тинь-тинь-тинь! «Держи хулигана!».

Скучный народ эти пенсионеры. Знали бы они, как меня любит Наденька! Я влетел в рощу и, хмелея от бега и восторга, распластался на душистой траве. Ах, какое это счастье – любить и быть любимым! Какое счастье!

Я ещё лежал на земле во власти обуревавших меня чувств, как вдруг слева послышались быстро при-

ближавшиеся шлёпающие шаги. И не успел я опомниться, как на мою голову наступил тяжёлый ботинок и вдавил её глубоко в мокрый мох. В рот хлынула подпочвенная ледяная вода, и в то же мгновение зазвенело в ушах. Я взревел от боли и вскочил на ноги, готовый схватить негодяя за шиворот, – не смотрит, куда несётся! – но так и застыл на месте при виде высокого молодого человека, который напролом скакал через березняк, время от времени вздевая руки к небу и радостно оглашая окрестности победным криком:

– Любит! Любит! Любит! Москва.

Медицизмы

К жизни — СКОЗЬ МЕДИЦИНУ

- Хотя лёгкие теперь болят полегче, но мне не легче...
- О, как чудно без мигрени безголовым!..
- Много ли гонора у вашей гонореи?
- Опять подрывает корни ваша свинка!..
- Вновь аллергия на цветущих женщин?..
- А бледности твоей идёт краснуха!
- Костлявых женщин любит костоправ!..
- А у бессердечных бывает инфаркт?..
- Психея – это значит психопатка?..
- О, как китайцам идёт желтуха!..
- Дистрофику сесть нечем на диету!..
- Избавь, проктолог, нас от задних мыслей!..
- Безликий привык мечтать о роже!..
- Не путайте холерика с холерой!..
- И ваш мастит сумеют умастить!
- Политик языком даже чесотку чешет!
- Как ветрена была твоя ветрянка!..
- Играют вновь гормоны, как гармони!..
- О, как лиха бывает лихорадка!..
- Как жизнь длинна! Болезней не хватает.
- Не только трезвость, резвость – норма жизни!
- Склероз помог забыть мне о болезнях.

Евгений ТАРАСОВ, психотерапевт, врач высшей категории.


Москва.

СКАНВОРД									
Керогаз	Толстая льняная ткань	Тропикамид + фенилэфрин	Пологий спуск	Пчеловод	Перов, картина	Индийское розовое дерево	Одежда матросов	Корсак	Бухгалтерская проводка
		Франц-архитектор			Категория людей	Оксиметазолин	Дает корова	Китайский окунь	"Формула любви", актер
Выпукл. перекрытие	Внутри статора			"Вологодское лето"		Светильник	Несвиж, река	Афрокубин. танец	Отпугивает комаров
		Оклейка стен	... дурак красному	Олень	Чабан	Похож на сурка	Пиперациллин + тазобактам	Яблочное вино	
Гир, фильм	Эстакада			Писатель ... Далин	... Мудрый Торгильтсон	Корень из 9	Марокко	Необходимо	
		Неволя (стар.)		Англ. астроном		"Батый"			
Церетели	Амер. химик-органик			Фигурное дерево		Бесконечная сумма			
Автор Валерий Шаршуков	Нота		Шахм. фигура		Болото				

П А К Ш А П
 П Л М О Д А Л А К Р О П О С Р И С
 Л А Г А Р П И Л Ъ Я Н И У И А И Ш И М А
 А К С Л И Г А З А Ж И М В И Ч У Г А О К Н
 К Е К С У О С Т Ь У Б О А Ю Н А Э О Н
 С Н Б А Р К Р У К Р А Т Т И С А Д А
 А Л Е К О А С Т И Ш А К И
 Т Х К А З И О Д А Л И С К А
 Т Е С Н А Д И Н Р И С К

Ответы на сканворд, опубликованный в № 46 от 28.06.2017.

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

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

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

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

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-05-00205 Тираж 23 973 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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