

# Медицинская

19 апреля 2017 г.  
среда  
№ 27 (7745)

# Газета®

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

Кагры

## Высший класс!

### Его продемонстрировали будущие хирурги



Очередная региональная студенческая олимпиада Сибирского федерального округа по хирургии завершилась на днях в Алтайском государственном медицинском университете победой сборной хозяев встречи, которая опередила своих соперников из Иркутска с серьёзным преимуществом.

Команда продемонстрировала высокую форму, которую ей удалось набрать благодаря многомесячным тренировкам и постоянному участию в олимпиадах от вузовского до всероссийского уровней.

В итоге – 15 золотых кубков, в том числе по эндовидеохирургии, трансплантации почки, пластике нерва, одно серебро и две бронзы. В истории региональных хирургических олимпиад АГМУ занимает первое место в третий раз.

Участники олимпиады во время выполнения заданий

Восемь вузовских сборных от Томска до Читы, которые, кстати, впервые собрались в таком полном составе в Барнауле, конкурировали между собой практически на равных. Многие из участников – опытные олимпийцы и лидеры в отдельных конкурсах. Практически все команды отличились в том или ином виде программы.

По итогам 2-дневных состязаний второе и третье место пьедестала завоевали команды Иркутского и Новосибирского медицинских университетов. Но только две команды из тройки призёров получают путёвку в Москву на всероссийское соревнование по хирургии имени академика М.И.Перельмана, которое состоится в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова, – команды Алтайского и Иркутского ГМУ.

Сопредседатель региональной олимпиады, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, профессор С.Дыдыкин, который стоял у истоков организации олимпийского студенческого движения среди будущих хирургов, рассказал, что в этом году финалистов ждёт конкурс по пересадке сердца. Он подчеркнул, что «уровень технической сложности заданий на олимпиадах в регионе и в Москве возрастает каждый год, и далеко не каждый профессионал может выполнить операции, с которыми справляются сегодняшние студенты».

Елизавета ГУНДАРИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.



Рафаэль ОГАНОВ,  
почётный президент Российского  
кардиологического общества,  
академик РАН:

Рост ожидаемой продолжительности жизни приводит к обострению проблем коморбидности.

Стр. 4

Олег ГОЛОВЕНКО,  
профессор кафедры  
колопроктологии РМАНПО,  
доктор медицинских наук:

Правильный диагноз – это основа эффективного лечения.

Стр. 5



Елена ЮЦУК,  
профессор кафедры клинической  
функциональной диагностики  
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,  
доктор медицинских наук:

Измерение жёсткости магистральных артерий может быть использовано в качестве оценки эффективности проводимой терапии.

Стр. 10-11

Акценты

## Лидерство – это реальность

По рождаемости подмосковный регион занимает первое место в Центральном федеральном округе.

– Основные цели стратегии развития здравоохранения – поддержание и продление жизни человека. Это обозначено в обращении губернатора Московской области Андрея Воробьёва. По данным параметрам оцениваем и мы свою работу, – сказал на открытии итоговой коллегии министр здравоохранения Подмосковья Дмитрий Марков.

За последние годы отрасль существенно продвинулась вперёд. Об этом свидетельствуют перемены к лучшему. В 2016 г. продолжалось снижение показателя младенческой смертности, что определено постоянным улучшением качества помощи женщинам в период беременности и родов, новорождённым и детям первого года жизни. По сравнению с 2015 г. младенческая смертность по критериям ВОЗ снизилась на 8,2%. По этому показателю область занимает 2-е место в ЦФО и 12-е среди всех субъектов РФ.

Для повышения доступности медицинской помощи сельским жителям организуются выезды в отдалённые районы бригад специалистов областных учреждений здравоохранения, Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского. В 2016 г. диспансеризацию прошли 94,8% взрослого населения. Стали традиционными массовые профилактические акции.

Развитие высоких медицинских технологий в здравоохранении гарантирует их доступность жителям области. В 2016 г. ВМП оказана в 6 областных учреждениях, помимо этого получали её в федеральных государственных, подведомственных Минздраву России, РАН и ФМБА.

Активная работа в областном здравоохранении проводится по привлечению медицинских кадров. Для этого в рамках программы «Жилище» была запущена «Социальная ипотека», участниками которой стали 234 врача. В этом году планируется привлечь в неё 280 медиков.

Говоря о задачах на 2017 г. министр подчеркнул, что они определены государственной программой «Здравоохранение Подмосковья на 2014-2020 гг.», основная цель которой, – выполнение поручений губернатора, обозначенных в обращении «Наше Подмосковье». Лидерство – это реальность».

О сотрудничестве с медиками Подмосковья подробно рассказал президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Леонид Рощаль.

Под занавес коллегии министр Д.Марков вручил награды за добросовестный труд и высокий профессионализм. Почётные звания заслуженный работник здравоохранения Московской области и заслуженный деятель науки Московской области присвоены 10 медикам.

Галина ПАПЫРИНА,  
корр. «МГ».  
Московская область.

Профилактика

## Рекордное число привитых

В минувшем году воронежские врачи привили от гриппа более 870 тыс. человек, что составляет 37,3% от всего населения области.

Такое рекордное число вакцинированных создало иммунную прослойку, достаточную для предотвращения эпидемии гриппа. Для оценки итогов прошедшего эпидсезона специалистам потребуется время, однако уже сегодня можно сказать, что госпитализаций пациентов с тяжёлыми формами осложнений гриппа было

на 20% меньше, а число тяжёлых внебольничных пневмоний снизилось более чем на 30%.

С приходом весны актуальность гриппа постепенно снижается, и начинают активизироваться другие инфекции, защита от которых требует обязательных профилактических мер. Ежегодно проводится плановая иммунизация против природно-очаговых инфекций, таких как сибирская язва и бешенство. Для этого прививаются профессиональные группы, имеющие высокий

риск заражения этими инфекциями. В частности, зооветработники и лица, связанные со сбором, хранением, транспортировкой и первичной обработкой сырья животного происхождения. Против бешенства традиционно иммунизируются ветеринарные работники, егеря, охотники, лесники и лица, выполняющие работы по отлову и содержанию животных.

Вакцинация проводится бесплатно за счёт государственных средств.

Оксана КОЗЛОВА,  
ведущий советник  
по информационной политике  
Департамента здравоохранения  
Воронежской области.

**Новости**
**Спокойное сердце столицы...**

К настоящему времени в Москве отмечается самый низкий уровень смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний среди всех субъектов РФ. Об этом в ходе дискуссии «Здоровый образ жизни и система профилактики заболеваемости неинфекционными заболеваниями и депрессией» в общественной палате Москвы в рамках прошедшего VIII Московского гражданского форума «Наша Москва. Делаем город лучше» сообщила главный специалист по профилактической медицине Департамента здравоохранения Москвы, руководитель отдела вторичной профилактики неинфекционных заболеваний Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России, профессор Нана Погосова.

– В столичном регионе показатель смертности вследствие различных патологий сердца и сосудов составил 524 случая на 100 тыс. населения. Это лучший показатель среди всех российских регионов, – отметила Н.Погосова, подчеркнув, что приведённые цифры представляют собой самые последние данные Росстата.

**Яков ЯНОВСКИЙ.**

Москва.

**В круглосуточном режиме**

Новым отделением медицинской реабилитации на 30 коек приросла детская городская больница № 19 им. К.А.Раухфуса в Санкт-Петербурге. Рассчитано оно на детей и подростков с нарушениями функций центральной и периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, поступающих как в плановом порядке, так и по «экстренке». Ведь старейшая больница не только Санкт-Петербурга, но и России выполняет функции травмоцентра первого уровня, где в круглосуточном режиме оказывается медицинская помощь пациентам не старше 18 лет по поводу травм различной степени тяжести, полученных в том числе в результате ДТП.

Отделение «упаковано» новейшим оборудованием и аппаратурой (за средства территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга в сумме 73,6 млн руб.), включая механизированную робототехнику.

Но даже самая передовая медицинская техника без приложения к ней умных голов и золотых рук – всего лишь безмолвная груда металла и пластика. С этим, по мнению губернатора Санкт-Петербурга, поучаствовавшего в церемонии открытия отделения медицинской реабилитации, всё в порядке. «Здесь работают профессионалы высокого уровня», – заметил Георгий Полтавченко.

**Владимир ВЕНИАМИНОВ.**

Санкт-Петербург.

**Врачи готовы к неожиданным ситуациям**

В симуляционном центре Алтайского государственного медицинского университета более 60 врачей Алтайского края прошли обучение основам оказания неотложной медицинской помощи в рамках циклов дополнительного профессионального образования.

Педиатры, неонатологи, физиотерапевты, клинические фармакологи самостоятельно проводили реанимационные мероприятия на симуляторах. Помогали им в этом сотрудники кафедры анестезиологии, реаниматологии и клинической фармакологии с курсом дополнительного профессионального образования АГМУ.

– Мы, конечно же, владеем основами оказания неотложной помощи, но после занятий чувствуем себя гораздо увереннее. Теперь мы точно не растеряемся, не потеряем драгоценные минуты, отведённые для спасения жизни человека, – так прокомментировали своё обучение врачи лечебных учреждений города.

Теперь обучение основам оказания неотложной помощи в симуляционном центре АГМУ станет неотъемлемой частью образовательной программы для всех врачей любых специальностей.

**Алексей ЛЕОНИДОВ.**

Барнаул.

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

**В особых условиях**

# Приняли роды... на трассе

## Результат обрадовал всех



**Максим и Олеся стали героями трассы**

Рано утром на пульт диспетчера «03» поступил звонок от беременной женщины. Она пожаловалась на боли внизу живота. На вызов в сельский пункт, отдалённый от города более чем на 50 км, бригада медиков выехала незамедлительно.

После осмотра фельдшер скорой помощи решила госпитализировать пациентку со сроком беременности 35 недель в перинатальный центр.

– Мы бы успели, но из-за неожиданной метели движение на трассе было затруднено. И тут начались роды. Обработали руки антисептиком, надели перчатки, затем фельдшер Максим Дегтярев стал мне ассистировать. Через 4 минуты на свет появился мальчик весом 2800 г и ростом 45 см. Малыш закричал сразу и громко. У женщины это были уже четвёртые роды, – рассказала фельдшер Олеся Садвокасова.

Можно добавить, что роды прошли успешно, сейчас малыш и мама чувствуют себя хорошо.

**Ирина БЕРДЮГИНА,**  
сотрудник Станции  
скорой медицинской помощи  
Тюменской области.

Фото Алексея ПЕТРОВА.

**Перемены**

# И медработникам проще, и пациентам удобнее

**В Артёмовской детской городской больнице серьёзные преобразования коснулись регистратуры – передовой поликлинического звена. Выполнена основная задача – сделать медицинскую помощь как можно более доступной для обычных граждан.**

Реорганизация проводилась с ноября прошлого года, сейчас она полностью завершена. Увеличен штат работников регистратуры, поставлены дополнительные телефоны, упрощён алгоритм записи через интернет. Современные информационные технологии, вошедшие в нашу жизнь, с успехом служат и для медицинских целей.

Стойку регистратуры разделили на три информационных окна. В первое обращаются пациенты с неотложными состояниями, во втором окне выдаются талоны на приём к врачу-педиатру или узкому специалисту, в третьем можно оформить вызов врача на дом, а также получить номер на направление на плановую госпитализацию и на консультации к специалистам. Таким образом, все потоки обратившихся пациентов разделены на «здоровых» и «больных», иными словами, введена маршрутизация внутри самой поликлиники.

Благодаря информатизации с января 2017 г. запись вызовов на дом происходит только в

электронном виде. Теперь участковый педиатр может получить всю информацию о принятых вызовах через компьютер. Важно отметить, что сотрудники регистратуры с начала года проходят обучение на курсах повышения квалификации. Кроме того, упрощён алгоритм записи через интернет. Больница перешла на новый сервис – портал государственных услуг РФ. Пошаговая инструкция для пользователей портала размещена на сайте Артёмовской детской больницы, а также есть в регистратуре.

**Николай РУДКОВСКИЙ,**  
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

**Инициатива**

Городской центр медицинской профилактики Санкт-Петербурга объявил победителей и призёров конкурса среди государственных общеобразовательных учреждений «От информирования – к формированию стереотипа здорового образа жизни», посвящённого Всемирному дню здоровья.

В финальной части мероприятия, одним из партнёров которого являлся Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга, участвовали представители 15 районов Северной столицы. Жюри рассмотрело 57 работ, представленных в 5 номинациях, где фигурировали темы здорового образа жизни, предупреждения заболеваний, пропаганды достижений в спорте, массовых акций в школе. После вынесения вердикта авторы наиболее интересных и полезных работ, в том числе санитарного плаката, были удостоены почётных грамот и подарков от спонсоров.

# Смотр юных талантов

## «Нику» вручают и за лучший... санитарный плакат



**Жюри конкурса подводит итоги**

Им организаторы вручили по сертификату на бесплатное посещение музея, зоопарка, цирка или планетария. Победители в своих номинациях сверх того унесли домой специальный приз Городского центра медицинской профилактики – статуэтку «Ника».

О значимости состоявшегося просмотра талантов сказала, обратившись к финалистам, уполномоченный по правам ребёнка в Санкт-Петербурге Светлана Агапитова:

– Мы много говорим о здоровом образе жизни. Мы, взрослые, знаем, что вредно и что полезно. А можем ли мы грамотно донести эту информацию до детей? И то, что вы приняли участие в этом конкурсе – рисовали плакаты,

снимали фильмы, делали презентации, показало, что да, можем. Вы узнали для себя много нового и о здоровье, и о вредных привычках. Теперь эта информация будет доступна не только вам, но и всем, с кем вы ей поделитесь – вашим друзьям, одноклассникам, родителям.

На торжественной церемонии награждения визит школьников со своими педагогами в городской центр медицинской профилактики не закончился. Как сообщил «Медицинской газете» заведующий отделом координации профилактической работы женщинам и детям центра Юрий Заозерский, гости все вместе посмотрели видеофильм, стали экскурсантами единственного в России музея гигиены, сфотографировались на память.

**Владимир КЛЫШНИКОВ,**  
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото Юрия ЗАОЗЕРСКОГО.

«Круглый стол»

# Как бороться с наследственными заболеваниями

**В Общественной палате РФ прошёл «круглый стол» на тему «Развитие общественной инфраструктуры. Профилактика наследственных заболеваний как защита интересов семьи и детства».**

Эксперты отрасли, специалисты в области генетики, репродуктологии, акушерства и гинекологии, представители профильных министерств, бизнеса и пациентских организаций обсудили эффективные методы профилактики и ранней диагностики наследственных заболеваний, а также экономические эффекты от внедрения новых методов генетического скрининга в систему здравоохранения РФ.

С приветственным словом к участникам мероприятия обратился первый заместитель председателя Комиссии Общественной палаты по развитию социальной инфраструктуры, местного управления и ЖКХ Артём Кириянов. Он отметил, что «тематика «круглого стола», по сути, определена руководством страны и напрямую связана с поручением Президента РФ о необходимости расширения программы неонатального скрининга».

– Мероприятие по профилактике наследственных заболеваний – исключительно актуально для нашего государства, – отметил главный специалист Минздрава России по медицинской генетике, директор Медико-генетического научного центра, член-корреспондент РАН

Сергей Куцев. – Мы расширяем программу неонатального скрининга, наши специалисты активно работают в этом направлении. Очень важно как можно раньше выявлять наследственные заболевания, для которых на сегодняшний день существует лечение.

Лидер сегмента «медицинская генетика» Национальной технологической инициативы Артур Исаев отметил, что современные методы генетического скрининга, диагностики и профилактики наследственных заболеваний могут существенно уменьшить расходы здравоохранения на орфанные заболевания.

Уже сегодня различные стратегии, государственные программы, деятельность институтов развития и фондов предусматривает разностороннюю поддержку и стимулирование внедрения таких методов в практику. Но эти усилия разобщены. Для наибольшей эффективности необходимо разработать единую программу борьбы с наследственными заболеваниями, реализация которой приведёт к значительному снижению детской смертности и инвалидизации, а также к сокращению бюджетных затрат.

Между тем для субъектов федерации орфанные заболевания – это огромная финансовая прореха, – считает депутат Государственной Думы РФ, член Комитета Госдумы по охране здоровья Юрий Кобзев. – Расходы на одного пациента

с редким заболеванием могут достигать 20 млн в год. Такие суммы сокращают другие расходы на здравоохранение. Профилактика всегда надёжнее и выгоднее лечения.

Директор центра биоинженерии РАН академик Константин Скрябин считает, что серьёзным вопросом является отсутствие возможности лицензирования Росздравнадзором лабораторий, первыми разрабатывающих и внедряющих новые методы генетической диагностики.

Участники «круглого стола» отметили, что существующие нормативные документы по лицензированию не позволяют нормально работать таким лабораториям и ограничивают возможность сотрудничества бюджетных ЛПУ с лабораториями опережающего развития. Было решено обратиться к Правительству РФ с просьбой дать поручение Минздраву и Росздравнадзору подготовить и принять нормативно-правовые акты, позволяющие лицензировать подобные лаборатории без дополнительной отдельной сертификации и выдачи регистрационного удостоверения на оборудование, расходные материалы.

В резолюции мероприятия отмечена также необходимость разработки единой отечественной программы профилактики наследственных заболеваний.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

Ориентиры

**Ульяновская область стала пилотным регионом по реализации уникального проекта «Открытая реанимация».**

– Для реализации проекта в приёмном отделении, отделении анестезиологии и реанимации созданы необходимые условия,

## Здесь думают о матери и ребёнке

– Наш опыт получил высокую оценку Министерства здравоохранения РФ, Агентства стратегических инициатив, Благотворительного фонда Константина Хабенского. Значит, мы выбрали верное направление реализации этой идеи, – отметил губернатор Ульяновской области Сергей Морозов.

Ремонт отделения анестезиологии и реанимации детской городской клинической больницы начался осенью 2016 г. и завершился в марте 2017 г., после чего здесь начали принимать первых пациентов.

Отделение рассчитано на 6 коек, в том числе для новорождённых и недоношенных детей. Для родителей создана комната отдыха, куда выведено видеонаблюдение за реанимационными палатами, есть душ, место для приёма пищи, сменная одноразовая одежда, предусмотрена возможность круглосуточного пребывания. Также открылся обучающий симуляционный класс, где можно пройти курсы, в том числе по гигиенической обработке, питанию и лечению пациентов.

обновлено оборудование. На эти цели затрачено 20 млн руб., – отметил министр здравоохранения, семьи и социального благополучия Павел Дегтярь.

– Больше года назад мы ещё раз разослали информационные письма в регионы с напоминанием, что больница не имеет права отказать маме, если она хочет посетить ребёнка в реанимации, – подчеркнула заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева во время посещения стационара № 1 ДГКБ. – В Ульяновской области не ждут, когда будут построены новые здания, а работают в существующих условиях и делают так, чтобы ребёнок никогда не оставался без родителей.

Она также отметила, что реализуемый в Ульяновской области стандарт работы поликлиник должен быть распространён на другие субъекты Российской Федерации.

Виктория ГУРСКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

На контроле!

## Не дал дорогу «скорой» — будешь наказан



**В Омске сотрудники Госавтоинспекции совместно с представителями регионального Министерства здравоохранения провели рейд, в ходе которого выявляли водителей, не уступающих дорогу автомобилю скорой помощи.**

«Скорая» мчится по вызову... Бригада сможет оперативно прибыть к месту аварии, к больному, которому требуется неотложная врачебная помощь, если автомобилю с номером «03» на борту, на магистрали предоставят «зелёный коридор». Если другие участники дорожного движения будут соблюдать в это время определённые условия. Эти условия оговорены в пункте 3.2 Правил дорожного движения, обязывающего уступать дорогу для беспрепятственного проезда машин скорой помощи.

Именно для привлечения внимания водителей к укреплению транспортной дисциплины, к проблеме аварийности с участием автомобилей специального назначения в столице Прииртышья был организован рейд.

Сотрудники полиции задействовали специализированный автомобиль скорой медицинской помощи, который передвигался по улицам города в сопровождении патрульного автомобиля ГИБДД. За время мероприятия

5 водителей создали помеху в движении «скорой», ехавшей с включённой световой и звуковой сигнализацией.

Так, на пересечении улиц владелица автомобиля «Рено» выехала на перекрёсток прямо перед «скорой» в то время, как другие водители остановились, чтобы пропустить медиков на колёсах. «Автоледи» пояснила, что не заметила «скорую».

Кстати, за непредоставление преимуществ в движении транспортному средству, имеющему нанесённые на наружные поверхности специальные цветографические схемы, надписи и обозначения, с одновременно включёнными проблесковым маячком синего цвета и специальным звуковым сигналом предусмотрена административная ответственность или лишение права управления транспортным средством.

Однако организаторы рейда надеются, что побуждающим фактором для водителей пропустить автомобиль скорой помощи будет осознание того, что от поведения за рулём может напрямую зависеть жизнь другого человека, которому нужна срочная медицинская помощь.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

Тенденции

## Социально значимые — под контролем

**Вопрос распространения социально значимых заболеваний стал основной темой заседания межведомственной комиссии по проблемам социальной патологии, которая прошла в Челябинске. В её работе приняли участие руководители министерств здравоохранения и социальных отношений, Роспотребнадзора, главы муниципальных образований Челябинской области. Возглавил комиссию первый заместитель губернатора Евгений Редин.**

– Социально значимые заболевания остаются актуальной проблемой, поскольку являются прямой угрозой здоровью населения, – отметил он. – Необходима эффективная профилактика и привлечение к решению вопросов не только медицинских работников, но и общественности,

органов власти, образования, культуры.

Структура социально значимых заболеваний в области за последние годы претерпела значительные изменения. На первое место вышла ВИЧ-инфекция, второе занимает туберкулёз. При этом значительно снизилось число гепатитов и инфек-

ций, передающихся половым путём.

В декабре 2016 г. Министерство здравоохранения, Министерство социальных отношений и Министерство образования и науки Челябинской области заключили трёхстороннее соглашение. Его предметом стало взаимодействие, направленное на проведение совместных мероприятий по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у разных групп населения области.

Мария ХВОРОСТОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Акцид

## Повысить доступность тестирования

**Губернатор Краснодарского края Вениамин Кондратьев посетил акцию по добровольному тестированию на ВИЧ, организованную Министерством здравоохранения Краснодарского края совместно с Международной организацией труда, Министерством труда РФ и Минздравом России.**

Она прошла на площадке Всероссийской недели охраны труда в Сочи и несла задачу привлечь внимание руководителей организаций

и компаний, всех жителей региона к проблеме ВИЧ-инфекции.

Это крайне важно, поскольку наибольшее число случаев заражения ВИЧ зарегистрировано именно в трудоспособной группе населения 30–40 лет. Одним из основных мероприятий по профилактике опасного вируса, обозначенных в государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ, является организация анонимного и добровольного экспресс-тестирования непосредственно на рабочих

местах в трудовых коллективах. Тестирование можно пройти непосредственно на рабочем месте.

В Краснодарском крае мобильные центры тестирования, передвижные лаборатории Клинического центра профилактики и борьбы со СПИДом уже побывали во многих крупных компаниях, руководители которых заботятся о здоровье трудового коллектива.

Аревик ТАМРАЗЯН,  
внешт. корр. «МГ».

Краснодарский край.

В Москве в здании Российской академии наук состоялся VI Международный форум кардиологов и терапевтов, в рамках которого рассматривались различные отраслевые вопросы. Лейтмотивом мероприятия явилось совершенствование организации помощи пациентам со всевозможным многообразием внутренней патологии, а также обсуждение факторов риска неинфекционных социально значимых заболеваний (НИЗ), которые уже давно приобрели характер эпидемии: ожирение, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) и др. Речь шла об особенностях их диагностики, лечения и профилактики. Особое внимание в ходе конференции было уделено коморбидным состояниям в практике интерниста.

Научная программа форума включала лекции, пленарные и секционные заседания, научные симпозиумы, стендовые доклады и школы для практикующих врачей, в которых принимали участие российские и международные эксперты.

### Наше сердце – наша крепость

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основными причинами развития осложнений среди взрослого населения России. В нашей стране эти показатели в 2-3 раза выше по сравнению с европейскими странами. Тем не менее в последние годы отмечается позитивная динамика в снижении смертности от ССЗ, проводятся масштабные мероприятия по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи и лекарственного обеспечения населения.

В частности, на пленарном заседании в рамках своего доклада «Роль ожирения в развитии сердечно-сосудистых заболеваний» Оксана Драпкина, член-корреспондент РАН, первый заместитель директора по научной и лечебной работе Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (ГНИЦ) представила взгляд на проблему ожирения как фактор риска развития ССЗ.

– Если посмотреть на то, как развивался коэффициент смертности населения в России, в США и других странах, то можно сказать, что в 1960-е годы этот коэффициент был намного ниже, – отметила О.Драпкина. – Но потом произошли определённые изменения, и с 1990-х годов этот коэффициент смертности увеличился, практически скакнул вверх, и примерно с 2010 г. наблюдается небольшое его снижение. Причиной тому – относительное укрепление тенденции ведения здорового образа жизни. Этому способствовала социальная стабилизация, умеренный рост благосостояния населения, серьёзная борьба с факторами риска и т.д. Спланирована и внедрена программа по созданию сосудистых центров, и, конечно же, одну из ключевых ролей сыграло внедрение обязательной диспансеризации населения с 2013 г.

По данным Росстата, распространённость курения среди мужчин снизилась на 25%, артериальной гипертензии (АГ) среди женщин – на 20%, продажа водки – на 35%.

– Что же не даёт нам в дальнейшем снижать уровень смертности? – задав риторический вопрос, продолжила своё выступление эксперт. – Возможно, это социально-экономические факторы, а может быть и относительно пренебрежительное отношение к факторам риска, коррекция которых снизила бы уровень смертности во многих странах.

### В здоровом теле...

В России произошло резкое увеличение (в 3 раза) тучных мужчин по сравнению с выборкой 1993 г. Женщины тоже не отстают, но по сравнению с мужчинами это ничтожная тенденция. Это сразу повлекло за собой увеличение количества гипертоников, то есть повышенный индекс массы тела (ИМТ) и ряд других факторов привели к тому, что среди мужчин больше распространена АГ, в то время как у женщин распространённость АГ снизилась.

Среди детей и подростков тоже наблюдается тенденция к увеличению массы тела. Об этом свидетельствуют следующие статистические данные: в 80-е годы процент мальчиков и девочек, которые имели повышенный ИМТ, был практически в 2 раза меньше, чем сейчас (6,6 против 14%). Это

### Экспертный уровень

# Коморбидность – проблема века

## Быть на шаг впереди болезни нелегко, но необходимо

повлекло за собой рост распространённости сахарного диабета среди мужчин за период 2000-2014 гг.

– Не только питание, но и физическая активность являются серьёзными составляющими набора массы тела, – заявила О.Драпкина. – Как ни странно, больше всего людей с низкой физической активностью среди молодых людей 25-34 лет. После 40 лет, вероятно, возникает некая потребность в физической активности, человек начинает больше двигаться, посещает спортивный зал, бассейн. Высокая распространённость низкой физической активности среди молодых не может не беспокоить.

Существует одно интересное исследование, проведённое диетологами из Корнеллского университета (США), которое называется «Как менялся рацион европейцев за 500 лет?». Его целью было проследить изменение рациона европейцев, проанализировав более 700 картин, созданных за последние 500 лет и изображающих натюрморты или сцены еды.

Выяснилось, что в рационе художников, их окружения и заказчиков преобладали мясные продукты и почти отсутствовали витамины. Картины эпохи Ренессанса перегружены блюдами, содержащими большое количество жира, масла и соли. Исследователей поразило и размер порций. В частности, натюрморт голландского художника Флориса ван Схотена «Завтрак» свидетельствует о том, что изображённая на полотне еда предназначена для одного человека, поскольку столовые приборы представлены в одном экземпляре.

После введения антитабачного закона сократился рост распространённости курения среди мужчин, но вырос среди женщин по сравнению с 1993 г. (9 против 13,6%). Это та группа, на которой необходимо фокусироваться в плане профилактики и предупреждения начала курения. Как правило, оно приходится на последние классы школы либо на первые годы обучения в вузе.

– Безусловно, необходимо что-то предпринимать, – завершая свой доклад, сказала О.Драпкина. – Для этого была создана стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г. В данном документе есть 4 направления, включающие снижение популяционного риска НИЗ в масштабах всего населения, доли граждан с высоким индиви-

дуальным риском их развития, а также имеющих эти заболевания, создание комплекса мер вторичной профилактики НИЗ в рамках участковой службы первичного звена здравоохранения, обеспечение широкой доступности мер вторичной профилактики НИЗ на уровне специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи.

### Созвездие патологий

На симпозиуме, посвящённом кардиологическим пациентам с

способствующими их развитию и прогрессированию. На этой основе строятся все стратегии. Немодифицируемые факторы меньше интересуют врачей, но нельзя сказать, что они бесполезны, они используются при оценке риска заболеваний – это пол, возраст, наследственность и т.д.

Наибольший интерес для врачей представляют модифицируемые факторы риска ССЗ, их условно можно разделить на 3 большие группы: поведенческие и социальные, окружающая среда и биологические факторы.



Выступает академик Р.Оганов

цереброваскулярной и гастроэнтерологической коморбидностью, доклад «Коморбидность – проблема XXI века» представил известный учёный-интернист, ведущий эксперт нашей страны в области профилактики НИЗ, главный научный сотрудник – начальник отдела коморбидных состояний ГНИЦ, почётный президент Российского кардиологического общества, академик РАН Рафаэль Оганов.

– В России 68% смертей происходят от неинфекционных заболеваний, – акцентировал внимание аудитории мэтр. – К счастью, в последние годы смертность от многих заболеваний снижается, общая смертность снизилась на 18%, сердечно-сосудистая – на 30%. Растёт ожидаемая продолжительность жизни, и всё это приводит к тому, что начинает обостряться проблема коморбидности.

Можно выделить две причины развития, в частности, сосудистой коморбидности: старение населения (чем старше население, тем больше у него болезней) и повышение эффективности профилактики и лечения острых и хронических заболеваний. «Мы научились лучше диагностировать, лечить пациентов, но, к сожалению, большинство из них вылечить не можем, – констатировал Р.Оганов, – поэтому идёт накопление «хроников», у которых уже не одна болезнь, а две, три и т.д. Так, артериальная гипертензия в 91% случаев имеет сочетанные патологии: чаще всего это стенокардия, мерцательная аритмия, сахарный диабет 2-го типа и т.д. Необходимо определять, что поражено не одно сосудистое русло, а несколько. От этого зависит прогноз – чем больше сосудистого бассейна вовлечено, тем хуже. Если поражена только одна сосудистая область (например, ИБС), то смертность в течение года составляет 5%, а если три, то уже 17%».

В течение многих лет концепция факторов риска остаётся научной основой профилактики ССЗ. Меняются факторы риска, появляются новые, уходят старые, но сама концепция остаётся. Первопричины этих заболеваний неизвестны, однако известны факторы,

что мы можем её контролировать». Это одно из распространённых заблуждений прошлого века.

При обнаружении АГ необходимо попытаться как-то повлиять на ситуацию с помощью образа жизни, немедикаментозных методов, среди которых ограничение употребления соли и алкоголя, контроль массы тела, увеличение потребления овощей и фруктов, повышение физической активности.

Интересный факт: полвека назад американские учёные придумали так называемый закон половинки, который гласил, что из всех больных АГ лишь половина знают о своей болезни, половина из знающих лечится, и у половины из тех, кто лечится, достигаются целевые уровни. Этот закон работает и в наши дни, в том числе в России.

Такие факторы, как старение населения, эпидемия ожирения, малоподвижного образа жизни и сахарного диабета, нарастание психосоциального стресса, несомненно, приведут к увеличению распространённости АГ, преобладающую систолическую АГ и сочетание с другими факторами риска и сопутствующими заболеваниями.

В заключение Р.Оганов отметил, что в основе патологии обычно лежит атеросклероз, протекающий многие годы скрыто и, как правило, уже сильно выраженный при появлении симптомов. Смерть, инфаркт миокарда и инсульт часто развиваются внезапно, когда медицинская помощь недоступна, и поэтому многие лечебные вмешательства неприменимы. Современные методы лечения (медикаментозные, эндоваскулярные, хирургические) не устраняют причину ССЗ, поэтому риск сосудистых катастроф остаётся высоким.

Отвечая на вопрос корреспондента «МГ» о том, способствуют ли реформы столичного сегмента отрасли последних лет ведению коморбидных пациентов, академик Р.Оганов сказал: «К сожалению, в нашей стране терапевт превратился в своего рода диспетчера, который распределяет пациентов по узким специалистам, в то время как в развитых странах он справляется с 75% внутренних патологий, не привлекая коллег. Реформы московского здравоохранения направлены, главным образом, на ликвидацию этого существенного недостатка системы. Однако более или менее объективный итог в этой связи подводить рано. Должно пройти время».

Огромное влияние оказывают и психосоциальные факторы (депрессия и тревога, низкий социальный статус, враждебность, раздражение и др.). Зная патогенетические механизмы влияния этих факторов на здоровье, можно на них воздействовать.

Напрянула эпидемия факторов риска – это избыточная масса тела (ожирение), нарушенная толерантность к углеводам, сахарный диабет и метаболический синдром. Сегодня уже известны такие клинические состояния, увеличивающие риск ССЗ, как хронические заболевания почек, респираторные инфекции, грипп, периодонтит, обструктивное апноэ сна, ревматоидный артрит, псориаз и эректильная дисфункция, – отметил Рафаэль Гегамович. – Остановимся подробнее на последнем. К сожалению, мы относимся к этому недостаточно серьёзно, мол, тестостерон виноват. Однако стоит обратить внимание, насколько увеличивается риск: ССЗ – на 44%, инсульта – на 39%, инфаркта – на 62%, общая смертность – на 25%. Поэтому не стоит относиться к данному фактору несерьёзно. Скорее всего, он является наиболее важным. Вероятно, известный канадский терапевт Уильям Ослер был прав, сказав, что мужчина стар настолько, насколько стары его артерии.

\* \* \*

### Не навреди!

Артериальную гипертензию в литературе часто называют мол-

Диана БУЙНОВСКАЯ,  
корр. «МГ».

### Таинственный патогенез

– Нельзя пытаться уложить в диагноз «болезнь Крона» (БК) все изъязвления толстой кишки, – открыл конференцию вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России, заведующий кафедрой терапии и гастроэнтерологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, профессор Олег Минушкин. – Необходимо понимать, что воспалительное заболевание кишечника (ВЗК) – это заболевание с неизвестной этиологией и сложным, многокомпонентным патогенезом. И без знания его базовых основ невозможно правильно поставить диагноз и назначить эффективное лечение.

В свою очередь, руководитель лаборатории патоморфологии Московского клинического научного центра Департамента здравоохранения Москвы профессор Сергей Хомерики рассказал о новых взглядах на патогенез ВЗК. По мнению эксперта, его понимание за последние 10 лет достигло существенного прогресса. «Генетические факторы, иммунные механизмы, нарушения барьерной функции и особенности микрофлоры кишечника – всё это звенья сложного патогенеза ВЗК. Но ни один из этих факторов не имеет решающего значения в развитии заболевания, и только сочетание всех или большинства из них, может привести к развитию болезни», – пояснил он.

Примечательно, что в последние годы достигнуты значительные успехи в изучении генетических механизмов развития ВЗК. Открыты гены, мутации в которых могут привести к возникновению болезни. Однако это всего лишь предрасполагающий фактор, а не причина заболевания. Одними из ключевых звеньев патогенеза ВЗК являются нарушения иммунного ответа. Так, некоторые провоспалительные цитокины продуцируют Т-хелперные клетки, усиливающие клеточно-опосредованный иммунитет цитотоксического типа, направленный против вирусов, внутриклеточных патогенов и опухолей, активируют макрофаги.

Однако по каким-то причинам Т-хелперные клетки не подвергаются апоптозу, и происходит их избыточная выработка и накопление, что играет важную роль в развитии аутоиммунных реакций. Так запускается замкнутый цикл, возникает самоподдерживающееся, длительно текущее воспаление. Как следствие – активируются адгезивные свойства эндотелиоцитов, что вызывает приток в зону повреждения всё новых и новых воспалительных клеток из сосудистого русла. Развиваются массивные воспалительные инфильтраты. Всё это приводит к деструкции ткани. Дистрофия и некроз клеток поверхностного эпителия ведут к развитию язвенных поражений.

Нарушения барьерной функции также очень важный компонент патогенеза ВЗК. Кишечный эпителий, вырабатывающий слизь, является компонентом мукозной кишечной системы. Её функции – сохранение иммунной толерантности по отношению к различным антигенам и митогенам, выработка цитокинов с супрессивной активностью. Пристеночный слой слизи является практически стерильным за счёт того, что клетки вырабатывают пептиды, обладающие антимикробной и иммуномодуляторной активностью.

При дефиците продукции α-дефензинов в клетках Панета развивается клиническая картина БК с поражением тонкой кишки. Слизь утрачивает свою стойкость к патогенным факторам, что ведёт к уменьшению количества бокаловидных клеток. Это один из основных морфологических признаков, наблюдаемых при язвенных колитах (ЯК).

По сей день не утрачивают своей актуальности вопросы, связанные с диагностикой и лечением таких патологий, как неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Так, за последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости среди населения, особенно среди молодой, трудоспособной его части. Причём увеличилось и число хронических форм этих патологий, сопровождающихся тяжёлыми осложнениями и внекишечными проявлениями, которые зачастую выходят на первый план

в клинической картине болезни и являются причиной первичного обращения к врачу. Это нередко заставляет идти по неправильному пути в постановке диагноза и лечении таких пациентов.

Об этом и многом другом шла речь на третьей по счёту Междисциплинарной гастроэнтерологической конференции «Современные проблемы диагностики и фармакотерапии заболеваний желудочно-кишечного тракта», прошедшей в Москве.

### Деловые встречи

# Без видимых причин

## Этиология множества заболеваний ЖКТ остаётся неизвестной



Выступает Е. Широкова

Нельзя также исключить патогенетическую роль микрофлоры кишечника. Известно, что человек является носителем огромного количества микроорганизмов. Так называемая резидентная флора в определённых условиях приобретает патогенные свойства и может способствовать развитию ВЗК.

Причём наиболее часто заболевания развиваются в том участке кишечной трубки, где имеется самая высокая концентрация микроорганизмов, а именно – в толстой кишке и терминальном отделе подвздошной кишки. Так формируется морфологическая картина ВЗК. «Различия в патогенезе обуславливают разные клинические и эндоскопические проявления заболеваний», – заключил С.Хомерики.

### «Тонкости» диагностики

– Правильный диагноз – это основа эффективного лечения, а диагностика всегда начинается с анализа клинической картины, – отметил профессор кафедры колопроктологии Российской медицинской академии непрерывного медицинского образования, заведующий гастроэнтерологическим отделением с хирургической группой Государственного научного центра колопроктологии им. А.Н.Рыжих Олег Головенко. – Всем известно, что главный признак язвенного колита – наличие крови в стуле. Так, зачастую, основываясь только на этом признаке и данных пальцевого исследования прямой кишки, доктора начинают лечение анальных трещин, геморроя,

и только спустя некоторое время при выполнении ректороманоскопии обнаруживая эрозии и язвы толстой кишки. Поздняя диагностика опасна переходом в хронические формы, а хроническое течение ЯК в 5 раз повышает риск колоректального рака, – добавил он.

Диарея, запор, тенезмы и боль в животе – всё это характерные признаки ВЗК. Уже основываясь на них, можно заподозрить язвенный колит или болезнь Крона. Но существуют различия в патогенезе, характере поражения и клинических проявлений ВЗК. При язвенном колите поражается, как правило, слизистый и иногда подслизистый слой стенки кишки. Характерная локализация – толстая и практически всегда прямая кишка (если речь идёт о взрослых пациентах). Причём процесс, как правило, начинается именно с прямой кишки и распространяется проксимально.

Боль при ЯК носит спастический характер и, как правило, исчезает после дефекации. При БК боль постоянная и интенсивная. Ещё одно важное отличие язвенного колита от болезни Крона – это корреляция клинической картины и эндоскопических проявлений. Клиническое обострение ЯК всегда находит отражение в эндоскопической картине.

– Эрозии и язвы при ЯК могут быть разных форм и размеров, наличие отёка по их периферии и исчезновение сосудистого рисунка – это главный критерий данной патологии, – подчеркнула главный научный сотрудник Научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, член правления Российского эндоскопического общества Екатерина Иванова. – Последующее заживление язв ведёт к образованию приподнятых красноватых сидячих узелков над плоской поверхностью – псевдополипов, что указывает на хроническое течение болезни.

По словам Е.Ивановой, при БК в 25-30% случаев наблюдается

изолированное поражение толстой кишки, и в том же проценте случаев – изолированное поражение тонкой. Причём для БК характерно трансмуральное поражение стенки кишки, что объясняет особенности клинической картины. Поскольку излюбленная локализация поражения при БК – илеоцекальный отдел кишечника, пациент будет предъявлять жалобы на боли в правой подвздошной области, и нередко такие пациенты госпитализируются с диагнозом «острый аппендицит».

Таким образом, при обращении пациента с жалобами на боли в животе либо примесь крови в стуле, помимо пальцевого исследования прямой кишки необходимо выполнить ректороманоскопию; этого уже достаточно, чтобы выявить признаки ЯК, так как у взрослых процесс всегда начинается с прямой кишки. Далее необходимо провести обзорную рентгенографию брюшной полости, тотальную колоноскопию, УЗИ органов брюшной полости, лабораторные исследования.

Важно помнить о методе капсульной эндоскопии, которая позволяет оценить тонкую кишку, а колонокапсула позволяет оценить как тонкую, так и толстую кишки. Существует и такая методика, как баллонно-ассистированная энтероскопия, которая позволяет посмотреть до 2 м кишечника. Должна быть выполнена и множественная, ступенчатая биопсия из 6 сегментов кишки.

Дифференциальную диагностику ВЗК проводят в первую очередь с инфекционными колитами. Ключевое отличие инфекционных колитов – это острая диарея с повышением температуры тела. Причём такие заболевания, как шигеллёз и амёбиаз, могут давать схожую с ВЗК эндоскопическую картину. Для исключения инфекционных колитов проводятся направленные на выявление кишечных патогенов.

В 10-20% случаев у пациентов с болезнью Крона могут развиваться периаанальные осложнения. У 35% больных развиваются внекишечные проявления ВЗК, так и не связанные с этим процессом.

Связанные с активностью процесса артропатии отмечаются практически у 18% больных, узловая эритема – у 4%. Также встречаются поражения слизистых оболочек разной локализации (афтозный стоматит), поражения глаз (увеиты, ириты, иридоциклиты). Не связаны с активностью заболевания: псориаз, спондилоартрит, первичный склерозирующий холангит (у 3-8% пациентов), причём

последнее состояние – это прямая угроза жизни, такие пациенты должны быть внесены в лист ожидания на трансплантацию печени.

– Следует понимать, что язвенный колит и болезнь Крона – это генерализованные заболевания. Образуются циркулирующие иммунные комплексы, цитокины, которые помимо поражения кишечника также приводят к развитию внекишечных проявлений. Клиническая картина может манифестировать именно внекишечными проявлениями, что возможно приведёт к неверной постановке диагноза и, как следствие, – неправильному лечению, – заявил О.Головенко.

### Коварная патология

Вторая часть конференции была посвящена различным заболеваниям органов желудочно-кишечного тракта, среди которых немалый интерес вызывает неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), укоренившаяся в сознании врачей как «безопасная болезнь». НАЖБП – одно из самых распространённых хронических заболеваний печени во всём мире. В основе этого лежит рост заболеваемости метаболическим синдромом, ожирением, сахарным диабетом, которые рассматриваются как предикторы НАЖБП. Данная патология у большинства пациентов протекает бессимптомно, и с этим связано их позднее обращение к врачу.

– НАЖБП включает в себя такие состояния, как жировой стеатоз (гепатоз) и неалкогольный стеатогепатит. Если первая нозология в большинстве случаев (80-90%) имеет доброкачественное течение, то неалкогольный стеатогепатит характеризуется постепенным прогрессированием в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному, – объяснила коллегам профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Елена Широкова.

По словам Е.Широковой, пациенты с НАЖБП, как правило, имеют признаки метаболического синдрома и множество других факторов риска заболеваний сердца и сосудов, а также почек.

### Избегая недооценки

О новых данных в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) рассказал профессор О.Минушкин. Причинами роста распространённости этого заболевания Олег Николаевич считает увеличение таких факторов риска, как ожирение, метаболический синдром, курение, а также адаптацию населения к гиподинамии и повышенному потреблению жиров. Причём помимо типичных клинических проявлений ГЭРБ (таких как изжога и дисфагия) могут наблюдаться и атипичные (боль в левой половине грудной клетки), а также ассоциированные (боли в эпигастрии, тошнота) и экстраэзофагеальные (кашель, охриплость голоса, приступы удушья).

– Это существенно затрудняет диагностику заболевания и приводит к гипердиагностике других патологий, таких как ИБС и бронхиальная астма. Нередко пациенты недооценивают своего состояния и занимаются самолечением, обращаясь к специалистам уже на поздней стадии болезни, – посетовал О.Минушкин.

Между тем известно, что ГЭРБ может привести к развитию такого грозного осложнения, как пищевод Барретта, которое рассматривается как предраковое состояние и ассоциируется с повышенным риском развития аденокарциномы нижней трети пищевода. Становится понятно, почему за последние 10 лет тяжёлые и осложнённые формы ГЭРБ диагностируются всё чаще.

Традиционно день основания Всемирной организации здравоохранения – 7 апреля – знаменуется проведением Всемирного дня здоровья. Каждый год эти дни по всему земному шару посвящаются различным глобальным темам, но неизменным остаётся одно: в день своего рождения авторитетная международная организация привлекает внимание общественности, лиц, определяющих политику в сфере здравоохранения, экспертов к бесценному дару любого человека – его здоровью.

По этому случаю ВОЗ в Российской Федерации провела премьер в гостеприимных стенах Галереи искусств Зураба Церетели, куда были приглашены и журналисты «МГ».

Нынешний Всемирный день здоровья прошёл под девизом «Депрессия: давай поговорим». Свыше 300 млн человек в мире страдают от депрессии. За период с 2005 по 2015 г. её рост составил более чем 18%. ВОЗ привлекает внимание общественности к необходимости оказывать поддержку пациентам и бороться со стигматизацией людей, живущих с депрессией, которая в наше нестабильное время может развиваться у каждого, причиняя психические страдания, оказывая воздействие на способности человека выполнять повседневные дела. Порой её разрушительные последствия

## Сотрудничество

# О депрессии нужно говорить

Всемирная организация здравоохранения в Российской Федерации провела приём по случаю Дня здоровья

приводят к самоубийству. Но её можно предотвращать и лечить.

Как отметила недавно занявшая важный и ответственный пост представителя ВОЗ в РФ доктор Мелита Вуйнович, проблема депрессии носит глобальный характер: более 4% населения земного шара живут с нею. Поэтому необходимо всем вместе содействовать решению этой проблемы, которая затрагивает людей, семьи, сообщества, экономики. Россия всегда играла значимую роль в деятельности ВОЗ. Подтверждением признания нашей страны на мировом уровне является то, что министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова избрана председателем 70-й Ассамблеи

ВОЗ, которая пройдёт в мае 2017 г. в Женеве.

Во Всемирный день здоровья общество традиционно вспоминает о наиболее актуальных проблемах. Для Минздрава России поводов поговорить о здоровье населения очень много, ведь в этом суть его работы. В своём выступлении статс-секретарь – заместитель министра здравоохранения РФ Дмитрий Костенников – подчеркнул, что специалисты с особой заботой акцентируют внимание на проблемах людей, которые страдают от тех или иных заболеваний, говорят о мерах, которые необходимо принимать для облегчения этих страданий; намечают пути решения важных про-

блем, которые ставит ВОЗ. Проблема, выдвинутая во главу угла Всемирного дня здоровья-2017, – не только медицинская, но и широкого социального звучания. В стране делается многое, чтобы помогать пациентам с таким недугом. Но профилактика депрессии имеет ещё более важное значение, особенно когда она касается детей.

Известно, что несколько лет назад ВОЗ и Всемирный банк провели исследование-прогноз, согласно которому к 2020 г. депрессия по дням нетрудоспособности в году займёт второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. По мнению главного психиатра Минздрава России

Зураба Кекелидзе, этот прогноз оправдался. Более того, видимо, депрессия выйдет на первое место по данному показателю. Проблема в том, что заболевание относится к наименее ощущаемым и осознаваемым, поэтому в понимании личности наличия проблемы очень высокая роль отводится микросоциальной среде. В настоящее время существует большой арсенал действенной психофармакотерапии, психотерапии, комбинированного лечения, причём в большинстве случаев заболевание с высокой эффективностью лечится амбулаторно.

Деятельность ВОЗ в сфере охраны здоровья значима и заметна. Эта организация выступает ключевым элементом системы, отвечающим за координацию работы в области глобального здравоохранения. Сегодня роль ВОЗ, важнейшего и надёжного партнёра нашей страны, велика как никогда. Многолетний опыт показывает, что наше сотрудничество полезно и обоюдовыгодно. В свою очередь, в России накоплен значительный багаж, который может быть полезен другим странам. Вне сомнения, конструктивному взаимодействию – крепнуть. «МГ» продолжит информировать медицинскую общественность обо всех полезных начинаниях этой организации как в нашей стране, так и во всём мире.

Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».

## Врач и пациент

В консультативно-диагностическом центре Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины состоялся II симпозиум «Внезапная сердечная смерть: группы риска, стратегии профилактики и спасения».

Первый прошёл год назад и вызвал огромный интерес как у специалистов-медиков, так и у родственников пациентов из группы риска. И первые, и вторые получили здесь не только теоретические знания, но и навыки экстренной помощи по сердечно-лёгочной реанимации – каждый на своём уровне, разумеется.

О задачах данного симпозиума и планах на будущее мы побеседовали с инициатором проведения подобных акций, заместителем директора ГНИЦ, доктором медицинских наук Русланом ЛИНЧАКОМ.

– Руслан Михайлович, чем вызвана необходимость таких мероприятий?

– По моему мнению, в проблеме профилактики внезапной сердечной смерти (ВСС) должен быть посвящён широкий круг заинтересованных людей. И это не только врачи, лица с медицинским образованием, это и обычные люди, которые могут столкнуться со случаем внезапной остановки сердца.

Поэтому мы приглашаем для участия в симпозиуме родственников больных с различными заболеваниями сердца и сосудов – ишемической болезнью сердца, кардиомиопатиями, сердечной недостаточностью. Именно у таких пациентов самые высокие риски внезапно умереть, а реальные шансы на спасение в подобных случаях существуют только в первые 8-10 минут.

Вот почему так важно, чтобы их родные и близкие смогли не только не растеряться в подобной ситуации, но и быстро и правильно её оценить и провести комплекс сердечно-лёгочной реанимации (СЛР) для спасения жизни пострадавшего.

Алгоритм спасения человека, находящегося в состоянии клинической смерти, весьма прост и понятен, однако, как и другой навык, он нуждается в постоянной отработке, что делает полезным и интересным

# Не шагнуть за порог

Профилактика внезапной сердечной смерти возможна!

наш симпозиум для практикующих врачей любых специальностей.

Очевидно, что стремительно развивающиеся медицинские технологии, в том числе и в профилактике ВСС, требуют от современного врача постоянной работы над собой по повышению своего профессионального уровня, что также обсуждается в рамках симпозиума с ведущими специалистами в этой области.

– И каковы конкретные задачи?

– Их две: дать знания по проблеме профилактики ВСС и спасения, а также научить участников мероприятия правильной и быстрой диагностике и выполнению алгоритма сердечно-лёгочной реанимации. Понятно, что для врачей и людей, не имеющих медицинского образования, подходы к выполнению этих задач разные. Что касается практических навыков, то в этой части мы проводим занятия по проведению базовой и расширенной СЛР на специальных манекенах, в том числе с применением автоматических наружных дефибрилляторов.

Надо отметить, что наш симпозиум сертифицирован в рамках системы непрерывного медицинского

образования с начислением 12 баллов, совместно с Национальным советом по реанимации мы также выдаём сертификаты европейского образца о прохождении курсов по СЛР.

– Один из докладчиков, инструктор-тренер Национального совета по реанимации Кирилл Кузьмичёв, рассказал мне, что подобное обучение врачей проводится более 10 лет на базе НИИ общей реаниматологии им. В.А.Неговского и в регионах. Но у вас охват шире – это ещё и родственники пациентов...

– Да, это наше ноу-хау. На сегодняшний день мне не известны образовательные учреждения, где бы проводилось обучение этим вопросам людей – не медиков. Мы стараемся приглашать группы до 50-60 человек для того, чтобы каждому могли уделить должное внимание в процессе обучения, особенно во время отработки алгоритмов СЛР.

– Чем отличается нынешнее мероприятие от прошлогоднего?

– В этом году мы расширили перечень тем для обсуждения,



Р. Линчак

ввели в программу вопросы ревазуляризации миокарда при ишемической болезни сердца, её разновидности, алгоритмы выбора того или иного метода.

Отдельный доклад посвящён реабилитации пациентов, перенёвших инфаркт миокарда, современным представлениям и реальному состоянию дел в этом направлении.

Мы сделали упор на то, чтобы практически в каждом докладе демонстрировались конкретные примеры, случаи из клинической практики, что существенно повышает интерес к теме и делает более доступным её понимание.

– На прошлогоднем семинаре поднимался вопрос отсутствия в нашей стране дефибрилляторов в местах массового скопления людей, в частности на транспортных узлах. Что-то меняется в этом плане?

– Буквально на днях в Государственной Думе РФ пройдут парламентские слушания, основной темой которых станет обсуждение вопросов безопасности на транспорте. Мы также запланировали выступление на этом мероприятии

с целью акцентировать внимание на законодательных проблемах в оказании первой помощи, в частности возможности применения в её рамках автоматических наружных дефибрилляторов, в том числе обученными людьми без медицинского образования. Следующий шаг – определение места установки дефибриллятора, обучения персонала, организации взаимодействия со спасательными службами. Эти вопросы ещё остаются открытыми, однако хочется надеяться, что способствовать их решению будет и подготовка к проведению в России Кубка конфедераций – FIFA 2017 и следующего за ним Чемпионата мира по футболу в 2018 г.

– Планируете ли вы проведение подобных акций в дальнейшем? И как часто?

– В рамках образовательной деятельности центра профилактической медицины мы запланировали проведение подобных симпозиумов 2 раза в год – в конце марта и в конце сентября.

Безусловно, усилия специалистов нашего центра по этой проблеме не ограничиваются только этими мероприятиями. В течение года мы проводим до десятка симпозиумов по теме профилактики ВСС на площадках различных конгрессов и конференций.

В частности, на базе Брянского областного кардиодиспансера в конце ноября 2017 г. пройдёт уже VI Всероссийская научно-практическая конференция по внезапной смерти, за что мне хотелось бы искренне поблагодарить коллектив этого учреждения и его главного врача Андрея Недбайкина.

Каждое из подобных мероприятий – вклад в копилку здоровья населения.

Беседу вела Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Идут занятия по сердечно-лёгочной реанимации

**В последнее время в связи с отмечавшимся недавно Всемирным днём борьбы с туберкулезом появилось немало публикаций. Авторы их высказывали свои точки зрения на решение вопросов лечения и профилактики инфекции. Сегодня мы предлагаем читателям мнение нашего постоянного автора, опытного неравнодушного врача.**

### Очевидные факты

Проблемы лекарственной устойчивости касаются не только туберкулеза. Отечественные и зарубежные специалисты бьют тревогу о высокой смертности от банальных пневмоний. В некоторых странах она превысила смертность от таких заболеваний, как сердечно-сосудистые или онкологические. В чём причина? Совершенно очевидно, что наступило привыкание микрофлоры к антибиотикам, в том числе широкого спектра действия, которые применяются при лечении пневмоний. И не вирус, вызывающий лихорадку Эбола, угрожает человечеству, а обычные пневмококки.

Сегодня лечение воспаления лёгких требует уже не одного, а как минимум двух разнонаправленных антибиотиков. Хотя в середине прошлого века при лечении туберкулеза применение стрептомицина, а затем парааминосалициловой кислоты, переломило ситуацию с этим грозным заболеванием. Туберкулез действительно стремительно пошёл вниз фактически при лечении двумя препаратами, зато потом снижение застопорилось, а с 1980-х годов пошло вверх и не только из-за ВИЧ-инфекции, но главным образом из-за развития множественной лекарственной устойчивости.

Не буду говорить о природе этого явления, она совершенно очевидна – неадекватная терапия, в том числе низкие дозы противотуберкулёзных препаратов, не создающих необходимой концентрации действующего вещества в плазме крови, позволяющих убивать туберкулёзную палочку или полностью блокировать репликацию ДНК в фазе размножения. Аналогичная ситуация складывается и с другими инфекциями.

Есть ли противоядие этой беде, которое грозит человечеству в виде лекарственной устойчивости? Думаю, что есть, и попробую изложить свою точку зрения на эту проблему.

Вернёмся к концу 70-х годов прошлого столетия, когда фтизиатры впервые забили тревогу – эффективность лечения туберкулеза резко упала, причиной этому стала лекарственная устойчивость к противотуберкулёзным препаратам. Первым, как было обозначено выше, стал стрептомицин, к нему возникла практически стопроцентная лекарственная устойчивость. Дело дошло до того, что микробиологи для более успешного выращивания микобактерий туберкулеза стали добавлять в питательные среды этот препарат. Потом такая же ситуация постигла парааминосалициловую кислоту, а затем постепенно и другие препараты. Тогда учёные пошли по пути разработки новых, более действенных средств, так появились рифампицин и циклосерин, а затем препараты фторхинолонового ряда и др. Но и к ним через какое-то время стала вырабатываться лекарственная устойчивость. Сегодня проблема зашла столь далеко, что лечить туберкулез стали не 6-7 месяцев как когда-то, а 18 или 24

месяца, при этом комбинация препаратов увеличилась от 3-4 до 5-8. И что?

Такая практика привела к улучшению эпидситуации, но не переломила основную тенденцию по туберкулезу – росту лекарственной устойчивости. Да, уровень заболеваемости инфекцией действительно стал падать, в том числе и в России,

ленность больных туберкулезом не превысит 0,1-0,2% от всего населения. Как видите, прогноз сбился с высокой точностью. По итогам 2016 г. мы имеем по ряду позиций лучшие показатели, чем я предсказывал, в частности численность больных по стране стала менее 0,1%, а смертность сократилась в разы и составила 7 случаев на 100 тыс. населения.

При такой схеме лечения нейтрализуется основная часть (до 85-90%) активно размножающихся микобактерий, если они сохраняют чувствительность. Однако этой концентрации недостаточно для нанесения ущерба другим субпопуляциям микобактерий (полупассивных и пассивных), находящихся в казеозно-некротических массах или в фиброз-

ниазида или любого другого препарата. А что сейчас происходит с печенью, когда мы принимаем 5-6, а то и 8 противотуберкулёзных препаратов одновременно? Некоторые учёные считают, что их суммарная токсичность несколько не меньше, чем применение изониазида или левофлоксацина в высоких концентрациях. Проблема лишь

### Точка зрения

# Какой выберем ориентир?

## От этого зависит результат борьбы с лекарственной устойчивостью



но не только благодаря эффективному лечению. Дело в том, что падение заболеваемости в нашей стране связано прежде всего с повышением качества жизни населения, со стабильностью в обществе, когда средний уровень доходов на семью стал выше.

### Ах, эти прогнозы...

Чтобы как-то проиллюстрировать российский феномен снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза, я хочу вернуться к своей статье на эту тему, которая была опубликована в 2007 г. во втором номере журнала «Общество. Среда. Развитие» по просьбе Центра научно-информационных технологий и называлась «Туберкулез в России: прогноз на будущее». Как я писал в этой статье, вердикт западных учёных, прежде всего экспертов ВОЗ, был не утешителен. По их мнению, к 2015 г. в России уровень заболеваемости среди гражданского населения должен был составить 115-120 случаев на 100 тыс. населения, в пенитенциарных учреждениях – не менее 3-5 тыс. случаев в расчёте на 100 тыс. заключённых. Общее количество больных туберкулезом в России перевалит за миллион человек, или 1% от всего населения, и это число будет стремительно сокращаться.

Мой прогноз был совершенно иной. Я писал, что если Правительство РФ создаст условия для социальной поддержки малообеспеченных граждан, а в здравоохранении будет действовать целевая федеральная программа по профилактике туберкулеза и ВИЧ-инфекции, то туберкулез в России пойдёт на спад и цифры заболеваемости среди постоянного населения будут на уровне 40 случаев на 100 тыс. населения, а среди осуждённых и содержащихся в пенитенциарных учреждениях – до 300-500 случаев. Общая чис-

Таким образом, Правительство РФ и российские фтизиатры остановили туберкулез в стране и повернули проблему вспять. Это действительно большой успех. В Новгородской области мы фактически вышли по показателям заболеваемости и смертности от туберкулеза на уровень 1990 г., то есть предпоследнего года советской власти. Это для нашей дотационной области большое достижение.

### Обратиться к своему опыту

А вот множественная лекарственная устойчивость последовательно растёт и достигла от 25-30% среди первичных больных до 60-70% у хронических больных. Ссылка на то, что эта отрыжка тех лет, когда лечить больных было нечем и использовался один или два противотуберкулёзных препарата, что повлияло на развитие штаммов резистентных к лекарствам, обоснована. С этим можно согласиться. Но как быть с таким фактом, когда в 21 территории России с конца 90-х и начала 2000-х годов была внедрена ВОЗовская программа DOTS-терапии. Препаратов под реализацию было выделено достаточно, но лекарственная устойчивость и в этих регионах, в том числе и в Новгородской области, в целом не убывала, а росла. Это вызвало необходимость применения резервных препаратов 2-го ряда (методика DOTS(+)). Но и это не снизило рост лекарственной устойчивости. Так в чём же истинная причина такому явлению?

Как практик и учёный с более чем сорокалетним стажем работы во фтизиатрии я считаю, что проблема заключается не в поисках комбинации препаратов против туберкулёзной палочки или создания всё новых, как это случилось с линезолидом, перхлоромом и др., а путём высоких концентраций действующего вещества в плазме крови. Когда так называемая пиковая концентрация достигается в кратчайшие сроки – через несколько минут после парентерального введения, создавая стерилизующий эффект, а не через 3-5 часа, как это бывает при приёме препаратов per os, когда часть препарата за это время разлагается в печени.

Фармацевтические компании, выпускающие противотуберкулёзные препараты, ориентируются на другие показатели, чаще на минимальную ингибирующую концентрацию. При этом действующее вещество, попадающее в кровь в основном через ЖКТ, достигает пиковой концентрации через несколько часов и приостанавливает размножение туберкулёзных микобактерий.

но-изменённых участках лёгких, в том числе в кальцинатах. Именно эти микобактерии чаще всего подвергаются мутации, и через них формируется лекарственная устойчивость, в том числе и у впервые заболевших.

И если сегодня мы лабораторным путём можем определить не только штамм микобактерий и его лекарственную чувствительность в кратчайшие сроки, но и гены, ответственные за эти явления, то создать препарат путём генной инженерии, который бы проникал в труднодоступные участки, поражённые туберкулезом, без высокой пиковой концентрации, обладающей стерилизующим эффектом, пока невозможно. Но за этим – будущее.

Поэтому, наверное, будет правильным вернуться к отечественному опыту лечения туберкулеза высокими концентрациями. В частности, директор Московского НИИ туберкулеза Минздрава СССР профессор Бондарев в своё время предложил методику лечения туберкулеза, названную «экспресс-методом», путём внутривенного введения высоких доз изониазида из расчёта 1,2 г препарата на 70 кг веса. Таким образом, теоретически и практически было доказано, что пиковая концентрация изониазида в плазме крови достигала максимума через считанные минуты после введения и обладала стерилизующим эффектом, разрушая оболочку туберкулёзной палочки. Естественно высокая концентрация изониазида шла под прикрытием печени и ЦНС большими дозами витаминов В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub> и гепатопротекторов. Эффективность от методики была признана чрезвычайно высокой.

### Другие способы есть!

В Новгородской области, в Батецкой туберкулёзной больнице на 100 коек, в которой лечились «суперхроника» по туберкулезу, в основном лица из мест лишения свободы, эффективность лечения методом высоких концентраций изониазида достигла по абациллированию 70-80%, причём лекарственная устойчивость определялась не менее чем к двум препаратам. Академик РАМН А.Хоменко, в середине 80-х годов посетивший нашу область и эту больницу, обратил внимание на опыт использования высоких концентраций изониазида и фактически его одобрил. Но решить вопрос о возрождении этого способа лечения не смог, ссылаясь на запрещение методики Министерством здравоохранения «якобы» из-за частых осложнений, в частности из-за токсического поражения печени.

Давайте сейчас отойдём чуть в сторону от высоких доз изо-

ниазида или любого другого препарата, помогающие до минимума снизить токсическое воздействие высоких концентраций как на печень, так и на другие органы и системы. Вот тут открывается большое поле для научной деятельности вообще, в том числе учёных. Кстати сказать, именно высокие доходы фармацевтических фирм, на мой взгляд, могут тормозить решение проблемы лекарственной устойчивости.

Есть ли другие способы, помогающие бороться с лекарственной резистентностью? Да, есть. Одним из таких методов, который существенно предупреждает развитие лекарственной резистентности, является низкоинтенсивное лазерное излучение. Его применение, во-первых, направлено на повышение общего и специфического иммунитета, что является важным компонентом в лечении любой патологии, особенно туберкулеза. Во-вторых, восстанавливает работу клетки в очагах поражения, и она начинает полноценно функционировать и бороться с инфекцией. В-третьих, за счёт воздействия на бронхи и мелкие бронхиолы, а также сосуды, питающие паренхиму, увеличивает проникновение лекарственных препаратов в зону поражения. Такой опыт применения нанотехнологий имеется во многих клиниках и противотуберкулёзных стационарах, в том числе и в Новгородской области, но широкого применения он не нашёл из-за боязни врачей получить рецидив туберкулеза. Хочу успокоить, этого можно легко избежать, применяя соответствующие способы воздействия лазерного излучения.

Повышение реактивности организма путём стимуляции иммунной системы возможно и лекарственными методами. Отечественными учёными созданы современные препараты, которые действуют на иммунную систему, повышая её активность в разы. Но их массовое применение ограничено из-за отсутствия денежных средств, препараты достаточно дорогие. Таким образом, лекарственная устойчивость – важная проблема в медицине, но с ней можно успешно бороться.

Да, время не стоит на месте, появляются новые технологии в лечении и выявлении патологии, новые препараты, но задача – правильно направить их действие в нужное русло.

**Анатолий КАРПОВ,**  
главный фтизиатр  
Новгородской области,  
доктор медицинских наук,  
профессор,  
заслуженный врач РФ.

Великий Новгород.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 26 (2056)

(Окончание.

Начало в № 24 от 07.04.2017.)

## Лабораторные исследования

- ОАК: анемия выявляется только при стойком ухудшении функции почек, иногда при ТИНУ-синдроме, может отмечаться эозинофилия при лекарственной этиологии ТИН

- ОАМ: отмечают снижение относительной плотности мочи, её щелочную реакцию, возможны эритроцитурия, «стерильная» (без бактериурии) лейкоцитурия, протеинурия менее 3 г/сут или отсутствующая вообще, оксалатно-кальциевая кристаллурия

- биохимический анализ крови: повышение уровня плазменного креатинина чаще всего умеренное (до 3 мг/дл), при уратном ТИН – гиперурикемия

- проба Зимницкого: снижение относительной плотности мочи, преобладание ночного диуреза над дневным.

## Инструментальные исследования

- УЗИ почек: отёчность, увеличение размеров – в острую фазу, уменьшение в размерах, неровность контуров, кисты, кальцинаты – характерны для хронического ТИН, при оксалатной нефропатии обнаруживают линейные участки уплотнения в чашечно-лоханочной системе

- КТ почек: не считается обязательным методом исследования, но превосходит УЗИ в достоверности выявления и описания толщины коркового слоя почек, формы и размеров кист, кальцинатов

- нефробиопсия: не показана при доброкачественном, типичном течении. В отдельных случаях является необходимым обследованием – при необходимости исключения гломерулонефрита, амилоидоза и других клубочковых поражений, быстро прогрессирующим ухудшением функции почек.

Диагноз острого интерстициального нефрита у взрослых ставится на основе совокупности признаков:

- развитие почечной недостаточности, часто – при идентификации возможного этиологического фактора (употребление лекарственных препаратов, после инфекционного заболевания и т.д.);

- острое начало (через 3-5 дней после возможного воздействия этиологического фактора);

- отсутствие фазы олигоанурии (чаще);

- наличие мочевого синдрома (протеинурии, гематурии);

- гипозиостенурия до развития почечной недостаточности;

- рост уровня креатинина на фоне сохранённого диуреза или полиурии;

- отсутствие других причин острой почечной недостаточности: сепсис, аборт и т.п.;

- отсутствие гиперкалиемии, характерной для острой почечной недостаточности.

## Обязательные лабораторные исследования

- общий анализ крови – проводится еженедельно до 1 месяца

- биохимический анализ крови – до 2 раз в месяц

- общий анализ мочи – до 2 раз в месяц

- суточная экскреция белка в моче – до 2 раз в месяц

- анализ мочи по Нечипоренко – до 2 раз в месяц

- анализ мочи по Зимницкому

- время свёртывания крови, время кровотечения

- определение СКФ по формуле CDK-EPI.

## Обязательные инструментальные исследования

- ультразвуковое исследование почек с импульсной доплерографией

- контроль АД

- электрокардиография

- ультразвуковое исследование внутренних органов

- УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы (у мужчин)

- обзорная рентгенограмма органов грудной клетки.

# Острый и хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Клинические рекомендации

Таблица 2  
Дифференциальный диагноз тубулоинтерстициального нефрита

Хроническая болезнь почек	Отличия, свойственные ТИН
С преимущественным вовлечением клубочков (ХГН, амилоидоз)	Не характерна «большая» (> 3 г/сутки) протеинурия Нетипичны выраженные изменения мочевого осадка (в том числе макрогематурия) Никогда не формируются нефротический и остонефритический синдромы Темп прогрессирования, как правило, медленнее
Сосудистые нефропатии	Почечная недостаточность нарастает медленнее Артериальная гипертензия менее выражена Нетипично сочетание с сердечно-сосудистыми осложнениями (мозговые инсульты, инфаркты миокарда, артериальные тромбозы) Отсутствует связь с сердечно-сосудистыми факторами риска (дислипидемия, сахарный диабет 2-го типа, курение) и маркерами тромбофилии (антитела к кардиолипину)
Кистозные болезни почек	Размеры почечных кист невелики и не имеют тенденции к увеличению Отсутствуют кисты в других органах (печени, поджелудочной железе) Почечная недостаточность может быть обратимой (особенно при устранении известного этиологического фактора) Не характерны боли в животе, выраженное увеличение размеров почек Семейный анамнез проследить не удаётся
Инфекции мочевыводящих путей	Лихорадка менее типична Лейкоцитурия может отсутствовать Пиурию не выявляют Бактериурия отсутствует Боли в пояснице регистрируют значительно реже

## Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования

- бактериологический посев мочи и чувствительность возбудителя к антибиотикам (при подозрении на бактериальный ТИН)

- концентрация уратов, фосфатов, оксалатов в крови и моче

- биохимический анализ мочи (повышение концентрации натрия и аммония)

- иммунологические исследования (повышение уровня IgE, понижение

уровня комплемента в крови, повышение секреции секреторного IgA)

- радиоизотопное исследование почек

- биопсия почки.

## Дифференциальный диагноз

Отличительными особенностями ТИН являются:

- возможность длительного субклинического, малосимптомного течения;

- умеренность гиперкреатинемии, нередко становящейся первым симптомом;

- скудные изменения мочевого осадка – как правило, отсутствует бактериурия, макрогематурия;

- протеинурия не превышает 0,3-1 г/сутки.

## Критерии ранней диагностики тубулоинтерстициального нефрита

Используется комплекс белково-ферментных исследований мочи. Важным методом диагностики аналгетической

витие ОПН в 14,5%, летальный исход – в 5,7% случаев. Без своевременного адекватного лечения возможен отёк лёгких; возможен переход заболевания в хроническую форму. При квалифицированном лечении, хорошем ответе пациента на терапию и отмене провоцирующих препаратов функция почек восстанавливается в полном объёме.

## Общие принципы терапии

Всем больным, независимо от формы ТИН, назначают обильное питьё и диету с ограничением поваренной соли. У пациентов с оксалатной нефропатией необходимо строгое соблюдение гипооксалатной диеты, предупреждение образования оксалатно-кальциевых камней (см. медикаментозную профилактику) и развитие почечной недостаточности.

Терапия острого ТИН заключается прежде всего в:

- отмене лекарственного препарата, вызвавшего нефропатию;

- коррекции водно-электролитных расстройств: пероральная регидратация раствором регидрона, в/в капельные инфузии растворов рингера, физиологического раствора с добавлением солей KCl 4%-ного 20-80 мл/сут и т.д., в/в 4%-ного раствора гидрокарбоната натрия 100-400 мл/сут при метаболическом ацидозе;

- антиагрегантной терапии – энтерально дипиридамом 75 мг 3 раза в сутки, или пентоксифиллин 100 мг 2-3 раза в сутки, или ацетилсалициловую кислоту 0,125 мг/сут, или в/в капельно пентоксифиллин 5-10 мл на 200 мл физиологического раствора, а затем энтерально;

- глюкокортикостероиды, как правило, не назначаются. Их применение целесообразно, если почечная недостаточность сохраняется более 7 суток с момента отмены препарата. Преднизолон назначают в высокой дозе короткими курсами.

У больных с хроническим ТИН и артериальной гипертензией проводится антигипертензивная терапия. С этой целью наиболее показаны ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина II. Также назначают блокаторы медленных кальциевых каналов.

Тиазидные, петлевые, калийсберегающие диуретики для лечения артериальной гипертензии при ТИН применять не следует.

В комплексной терапии используется также антиагрегантная терапия: энтерально дипиридамом 75 мг 3 раза в сутки, или пентоксифиллин 100 мг 2-3 раза в сутки, или ацетилсалициловую кислоту 0,125 мг/сут, или в/в капельно пентоксифиллин 5-10 мл на 200 мл физиологического раствора в течение 5-10 дней, а затем энтерально.

Эффективность глюкокортикостероидов при хроническом ТИН обсуждается. Возможно применение преднизолона в фазу обострения заболевания в дозе 1 мг/кг/сут энтерально не более 1 месяца с последующим снижением дозы до полной отмены. Однако в большинстве случаев терапия глюкокортикостероидами неэффективна. Больных ТИН следует предупреждать от самостоятельного приёма лекарств.

**Критерии эффективности лечения:**  
– выздоровление – полная нормализация показателей;

нефропатии является УЗИ почек, позволяющее обнаружить уменьшение длины сосочков.

КТ – метод диагностики, с помощью которого можно выявить важный признак аналгетической нефропатии – кальцификацию сосочков (чувствительность КТ составляет 87%, специфичность – 97%).

## Осложнения заболевания

Возможные осложнения острого тубулоинтерстициального нефрита: раз-



– полная клинико-лабораторная ремиссия – полная нормализация показателей;

– частичная клинико-лабораторная ремиссия – отсутствие отёков, нормализация уровня холестерина крови, тенденция к нормализации показателей протеинограммы, уменьшение протеинурии;

– без эффекта – отсутствие положительной динамики клинико-лабораторных показателей.

Критерии эффективности терапии определяются:

– продолжительностью ремиссии;

– признаками хронизации тубулоинтерстициального нефрита;

– скоростью прогрессирования тубулоинтерстициального нефрита и развитием хронической почечной недостаточности;

– качеством жизни пациента;

– продолжительностью жизни пациента.

**Лечение ТИН у детей:**

– прекращение влияния этиологического фактора (химического, физического, инфекционного, аутоиммунного, токсико-аллергического и др.) на интерстиций почечной ткани;

– организация общего и двигательного режимов, направленных на уменьшение функциональной нагрузки на почечную ткань;

– рациональная, щадящая диетотерапия, целью которой является уменьшение метаболической нагрузки на почечную ткань;

– ликвидация абактериального воспаления в почечной ткани;

– ликвидация обменных нарушений;

– предотвращение склерозирования интерстиция;

– восстановление функции почек.

**Показания для консультации других специалистов**

Быстропрогрессирующая почечная недостаточность или гиперкалиемия требуют консультации врача отделения гемодиализа.

Пульмонолог требуется для согласования тактики ведения ТИН у больного саркоидозом.

Консультация офтальмолога показана при синдроме Шёгрена, ТИНУ-синдроме и длительно существующей артериальной гипертензии.

**Показания к госпитализации больного**

Все больные с впервые выявленными признаками ТИН подлежат госпитализации в специализированный нефрологический стационар, располагающий возможностями для проведения гемодиализа. Однако больные с впервые

выявленными признаками оксалатно-кальциевой кристаллурии могут обследоваться и лечиться в амбулаторных условиях в нефрологическом кабинете поликлиники.

Специальными показаниями к госпитализации пациентов, страдающих ТИН, следует считать:

– быстропрогрессирующее ухудшение функции почек;

– неконтролируемую артериальную гипертензию;

– появление признаков другого хронического заболевания почек (например, протеинурия более 3 г/сут), формирование остронефритического и нефротического синдромов;

– присоединение пиелонефрита;

– блокада мочевыводящих путей солями оксалата кальция с развитием ОПН.

**Профилактика. Обучение пациентов**

Предупреждение лекарственного ТИН возможно при своевременном выявлении неконтролируемого приёма лекарств (антибиотиков, ненаркотических анальгетиков, НПВП), китайских травяных сборов, включающих растения рода *Aristolochia*, применяемых для лечения ожирения.

Основной способ профилактики уратного ТИН – гипопуриновая диета, отказ от алкоголя, медикаментозная коррекция гиперурикемии.

Первичная профилактика оксалатной нефропатии включает немедикаментозные и медикаментозные методы. К немедикаментозным относят:

– ограничение поступления в организм щавелевой кислоты и оксалогенных продуктов;

– ограничение животных белков;

– отказ от алкоголя;

– обильное питьё;

– ограничение приёма продуктов и витаминно-минеральных комплексов, содержащих аскорбиновую кислоту, большие дозы кальция;

– использование слабоминерализованных гидрокарбонатных минеральных вод курсами по 2-3 недели между курсами медикаментозной и фитотерапии;

– фитотерапия;

– ограничение пребывания в сауне;

– в периоды летней жары – обильное питьё морсов, фиточаи, контроль за частотой мочеиспускания и объёмом диуреза, ограничение употребления кислых ягод, помидоров, картофельно-капустные и огуречные разгрузочные дни, ограничение приёма животного белка, газированных напитков.

Медикаментозные методы профилактики у лиц с оксалатной нефропатией:

– употребление витамина B<sub>6</sub> не менее 4060 мг/сут;

– приём препаратов кальция при употреблении продуктов, содержащих в избытке щавелевую кислоту;

– приём энтеросорбентов в периоды обострения;

– приём препаратов магния (магне В6) у больных с гипермагниурией и оксалурией на фоне снижения концентрации функции почек;

– приём магния оксида (по 500 мг 2-3 раза в сутки 1-2 месяца);

– употребление пробиотиков после перенесённых кишечных инфекций или курсов антибактериальной терапии;

– медикаментозная терапия кислотозависимых заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки;

– назначение этидроновой кислоты (ксидифон) в дозе 3 мг/кг/сут за 30 минут до еды прерывистыми курсами по 3-4 недели;

– повторные курсы антиоксидантов в зависимости от активности заболевания по 10-14 дней ежемесячно (витамины E, ретинол, убихинон композитум);

– лекарственные средства растительного происхождения (канефрон Н, цистон, фитолizin);

– приём препаратов магния. Витамин В6, канефрона, витамина E вплоть до ликвидации кристаллурии в случае выявления оксалатно-кальциевой кристаллурии в период летней жары;

– контроль суточного диуреза у женщин с оксалатной нефропатией в период беременности, исследование осадка мочи ежемесячно, посев мочи на микрофлору при первичной постановке на учёт в женскую консультацию. При выявлении кристаллурии – приём магне В6, оксида магния, витамина E, эссенциале Н, канефрона Н, курсами до ликвидации или уменьшения кристаллурии;

– контроль концентрации мочевой кислоты в крови и моче.

**Прогноз**

Темп необратимого ухудшения функции почек при большинстве вариантов ТИН значительно медленнее, чем при других прогрессирующих нефропатиях. Терминальная почечная недостаточность развивается спустя десятилетия от начала заболевания, у многих пациентов не возникает вообще. В некоторых случаях устранение этиологического фактора (например, при анальгетической нефропатии) может приводить к полной регрессии признаков ТИН.

Нефропатия, индуцированная аристоксической кислотой, может продолжать прогрессировать вплоть до терминальной почечной недостаточности и после отмены китайских травяных сборов. Кроме этого, у этих пациентов значительно чаще, чем в общей популяции,

наблюдают злокачественные опухоли мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.

**Мониторинг состояния пациентов с острым и хроническим тубулоинтерстициальным нефритом**

После выписки всем пациентам необходимо диспансерное наблюдение в течение 5 лет. Проводится нефрологом поликлиники для установления характера течения заболевания (стабильный, прогрессирующий) на основании периодических (дважды в год) осмотров больного, динамики анализов мочи, крови, определение функционального состояния почек.

Необходимо освободить больного от прививок, рекомендовать уменьшить физические и психические перегрузки, проводить санацию хронических очагов инфекции. Обязательно следует обследовать больного после респираторных инфекций, травм, переохлаждений и т.п. Больным противопоказана работа во вредных условиях. После острого тубулоинтерстициального нефрита целесообразно освобождение от перегрузок и обеспечение щадящего режима не меньше чем на 3-4 месяца. Трудоспособность у больных, которые выздоровели, полностью восстанавливается.

В случае хронической почечной недостаточности частота обследований больного увеличивается до 4-6 раз в год. Осмотр нефрологом 2 раза в год (в поликлинике или городском нефрологическом центре). Контроль анализов крови (клинический, биохимический), мочи. Медицинский отвод от прививок на 1-2 года. Санация хронических очагов инфекции (лечение кариеса, тонзиллэктомия, лечение хронического пиелонефрита и аднексита и др.)

**Критерии эффективности диспансеризации в детском возрасте**

Снятие с учёта после тубулоинтерстициального нефрита (токсико-аллергический вариант) через 2 года после обследования в нефрологическом стационаре или стационаре одного дня при отсутствии жалоб, стойкой клинико-лабораторной ремиссии, сохраненных функциях почек. Больных с латентным и волнообразным течением тубулоинтерстициального нефрита и со снижением парциальных почечных функций после острого тубулоинтерстициального нефрита с учёта не снимают и при достижении 18 лет передают для наблюдения во взрослую сеть.

Под редакцией главного специалиста Минздрава России по семейной медицине (общей врачебной практике), академика РАН Игора ДЕНИСОВА.

**Коды по МКБ 10**

**Тубулоинтерстициальные болезни почек**

- N10-N16
- N10 Острый тубулоинтерстициальный нефрит
- N11 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит
- N11.8 Другие хронические тубулоинтерстициальные нефриты
- N11.9 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит неуточнённый
- N12 Тубулоинтерстициальный нефрит, не уточнённый как острый или хронический
- N13 Обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия
- N14 Тубулоинтерстициальные и тубулярные поражения, вызванные лекарственными средствами и тяжёлыми металлами
- N14.0 Нефропатия, вызванная анальгетическими средствами
- N14.1 Нефропатия, вызванная другими лекарственными средствами, медикаментами или биологически активными веществами
- N14.2 Нефропатия, вызванная неуточнённым лекарственным средством, медикаментом и биологически активным веществом
- N14.3 Нефропатия, вызванная тяжёлыми металлами
- N14.4 Токсическая нефропатия, не классифицированная в других рубриках
- N15 Другие тубулоинтерстициальные болезни почек
- N15.0 Балканская нефропатия
- N15.1 Абсцесс почки и околопочечной клетчатки
- N15.8 Другие уточнённые тубулоинтерстициальные поражения почек
- N15.9 Тубулоинтерстициальное поражение почек неуточнённое
- N16 Тубулоинтерстициальные поражения почек при болезнях, классифицированных в других рубриках
- N16.0 Тубулоинтерстициальное поражение почек при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках
- N16.1 Тубулоинтерстициальное поражение почек при новообразованиях
- N16.2 Тубулоинтерстициальное поражение почек при болезнях крови и нарушениях, вовлекающих иммунный механизм
- N16.3 Тубулоинтерстициальное поражение почек при нарушениях обмена веществ

- N16.4 Тубулоинтерстициальное поражение почек при системных болезнях соединительной ткани
- N16.5 Тубулоинтерстициальное поражение почек при отторжениях трансплантата (T86.-+)
- N16.8 Тубулоинтерстициальное поражение почек при других болезнях, классифицированных в других рубриках.

**Список сокращений**

- АД – артериальное давление
- АПФ – ангиотензинпревращающий фермент
- ГН – гломерулонефрит
- ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
- КТ – компьютерная томография
- МАУ – микроальбуминурия
- МКБ – мочекаменная болезнь
- МКБ 10 – международная классификация больных 10-й пересмотр
- НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты
- ОАК – общий анализ кала
- ОАМ – общий анализ мочи
- ОПН – острая почечная недостаточность
- ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
- ОТИН – острый тубулоинтерстициальный нефрит
- СКВ – системная красная волчанка
- СКФ – скорость клубочковой фильтрации
- СОЭ – скорость оседания эритроцитов
- ТИН – тубулоинтерстициальный нефрит
- ТИНУ – тубулоинтерстициальный нефрит с увеитом
- ХПН – хроническая почечная недостаточность
- УЗИ – ультразвуковая диагностика
- ЭКГ – электрокардиография
- HBV – вирус гепатита В
- HCV – вирус гепатита С

Возможность измерения жёсткости артериальной стенки известна уже в течение многих лет, однако первоначально эта процедура была инвазивной. Благодаря усовершенствованию технологий, которые позволили проводить повторные обследования с минимальным риском для больного, появилась возможность использовать данный метод при проспективных клинических исследованиях у различных групп пациентов.

Особое внимание в течение последних лет уделяется изучению роли повышенной артериальной жёсткости в развитии сердечно-сосудистых заболеваний.

### Немного теории

Артериальная жёсткость относится к свойствам артериальной стенки, которая, в свою очередь, изменяется при каждом сердечном цикле под влиянием давления, кровотока и диаметра сосуда. Нагрузку давлением в крупных артериях главным образом испытывает эластин и коллаген. Анатомическое расположение и функционирование эластиновых и коллагеновых волокон различно. Так, эластин участвует в слабом растяжении (при низком давлении), а коллаген – при более высоком повышении артериального давления (АД). На протяжении аорты вклад эластина и коллагена в сосудистую стенку различен.

Аорта – главный сосуд, представляющий интерес для определения региональной артериальной жёсткости по крайней мере по двум причинам: грудная и брюшная аорта вносят наибольший вклад в буферную функцию артерий; аортальная скорость пульсовой волны (СПВ) является независимым предиктором неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в различных популяциях. Однако учитывая, что биомеханика процесса формирования пульсовой волны в артериях – процесс комплексный, а любые его нарушения могут приводить к серьёзным последствиям, потенциальный интерес представляют все участки артериальной системы. Артерии разного типа обладают различными вязко-эластическими свойствами и имеют мощную адаптационную систему. Каждый артериальный сегмент обладает собственной степенью вязкости и эластичности, и свойства отдельного сегмента не могут быть отнесены ко всему артериальному руслу.

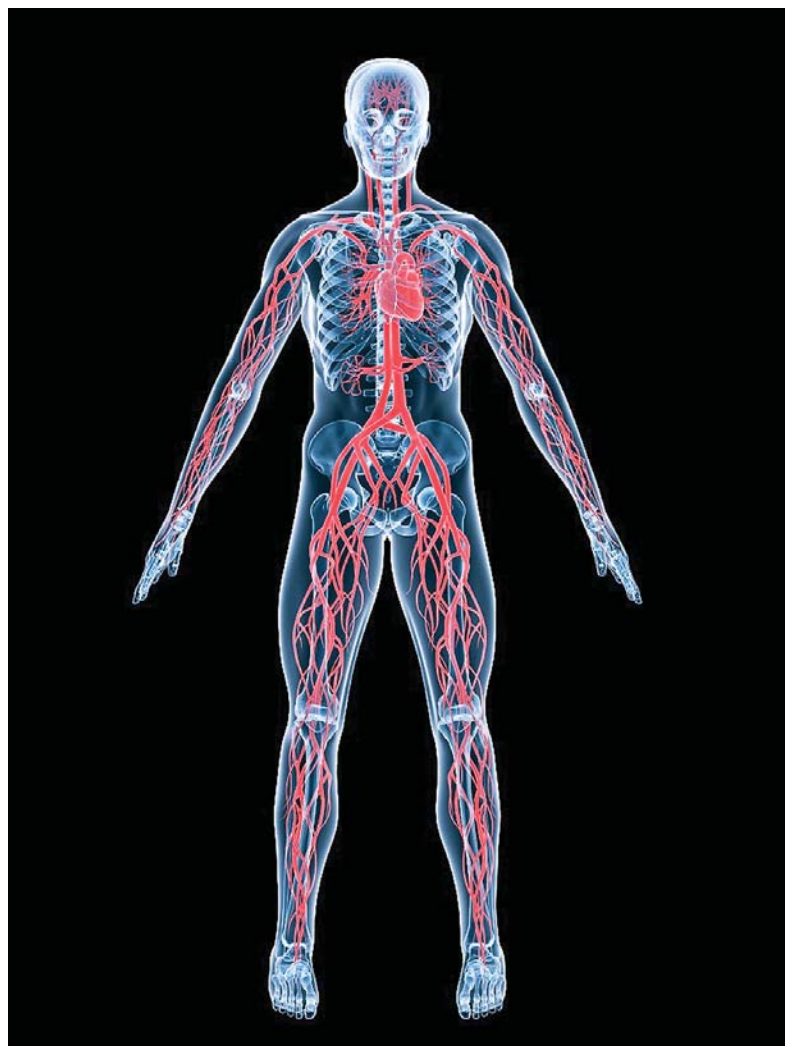
Артериальная жёсткость является основным фактором, определяющим сосудистое сопротивление. Сопротивление – это изменение АД по отношению к изменению кровотока, который определяется наличием градиента давления на различных участках сосудистой системы. Отношения между временем, давлением и кровотоком таковы, что локальная скорость становится определяющей между давлением и кровотоком. В сосудах эластического типа СПВ тесно связана с жёсткостью стенки. Каждый ударный объём нуждается в буфере и адаптируется к изменениям кровотока, что требует оптимального баланса упругих и неупругих элементов в стенке сосуда. Увеличение артериальной жёсткости происходит за счёт изменения как пассивных, так и активных компонентов.

К пассивным компонентам сосудистой жёсткости относятся эластические волокна артериальной стенки, которые растягиваются во время систолы и, возвращая свою прежнюю форму в диастолу, отдадут с каждым сердечным сокращением определённый объём крови. Более высокая частота сердечных сокращений может быть связана и с увеличением артериальной жёсткости. Активные компоненты сосудистой жёсткости включают в себя функционирование эндотелия с участием оксида азота,

В клиниках и лабораториях

# С минимальным риском

## Артериальная жёсткость и методы её оценки



Кровеносная система человека

эндотелина и гладкомышечных клеток сосудов.

Воспаление, окислительный стресс, изменение внеклеточного матрикса стенки сосуда являются дополнительными активными компонентами, определяющими артериальную жёсткость. Значимая роль в регуляции сосудистой жёсткости отводится и влиянию симпатической нервной системы. Степень воздействия пассивных и активных (функциональных) компонентов на жёсткость стенки зависит от типа артерии: функциональные эффекты в большей степени проявляются в артериях мышечного типа по сравнению с артериями эластического типа.

Болезни системы кровообращения, старение и другие сердечно-сосудистые факторы риска приводят к уменьшению эластичного компонента и способствуют увеличению неэластичного коллагена, что приводит к увеличению артериальной жёсткости. Повышение артериальной жёсткости наблюдается при ряде состояний и заболеваний: низкий вес при рождении, старение, менопауза, недостаточная физическая активность, семейный анамнез артериальной гипертензии (АГ), нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет (СД) 1-го и 2-го типа, метаболический синдром, ожирение, курение, АГ, высокий уровень С-реактивного белка, гиперхолестеринемия, ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), инсульт, хроническая болезнь почек, ревматоидный

артрит, системные васкулиты, системная красная волчанка.

### Диагностика прежде всего

В клинической оценке состояния пациентов частота исследований сосудистой жёсткости неуклонно возрастает. При этом наибольшее внимание привлекают простые неинвазивные методы, которые позволяют определить жёсткость сосудистой стенки.

Согласно рекомендациям АНА (American Heart Association), 2015 г., жёсткость артериальной стенки определяется неинвазивно, путём измерения скорости пульсовой волны на сонно-бедренном сегменте (класс I; уровень доказательности А). Измерение СПВ в других сегментах, как, например, в лодыечно-плечевом, полезен при оценке и прогнозировании исходов сердечно-сосудистых заболеваний у населения Азии, однако долгосрочные исследования данного метода на территории Российской Федерации, США и Европы отсутствуют (класс I, уровень доказательности В). Не рекомендовано измерение СПВ в других сегментах артерий, таких как сонно-лучевой, поскольку не позволяет прогнозировать исходы. Однократное измерение СПВ не рекомендовано, поскольку в проспективных исследованиях отсутствует подтверждение роли однократного измерения СПВ для прогноза исходов сердечно-сосудистых заболеваний.

СПВ измеряется несколькими способами, некоторые из которых

требуют сложного оборудования (например МРТ) и программного обеспечения. Выделяют четыре основные категории устройств для измерения СПВ: устройства с использованием зонда или тонометра для записи импульса волны с помощью датчика; устройства, использующие манжеты, размещённые вокруг конечности или шеи для записи колебаний сосудистой стенки артерий; ультразвуковые методы исследования; МРТ.

Ряд устройств с использованием зонда или тонометра для измерения СПВ доступны, широко используются при оценке артериальной жёсткости, результаты их применения опубликованы в большом количестве научных работ. Так, методы на основе тонометрии используют пьезоэлектрический тонометр, который помещается в области двух любых участков обнаружения импульса. Поскольку только 1 тонометр прикреплён к участку, для вычисления СПВ требуются показания 2 последовательных 10-20 секундных измерений под контролем ЭКГ. Воспроизводимость СПВ с помощью различных устройств является достаточно хорошей. В новых версиях этого устройства предложено использовать манжету и тонометрию для записи одновременных волн.

Методы, основанные на технике механотрансдукции, используют аналогичные принципы, но и позволяют одновременно проводить измерения между участками чувствительных элементов. Программное обеспечение позволяет произвести онлайн-запись пульсовой волны и автоматический расчёт СПВ. Данное устройство показало хорошую воспроизводимость СПВ, широко использовалось при проведении эпидемиологических исследований в Европе, благодаря чему была получена большая база данных, относящихся к связи СПВ и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Другие устройства на основе тонометрии используют сигнал ЭКГ и портативный тонометр для измерения СПВ. Устройства, использующие манжеты и основанные на осциллометрии, оборудованы четырьмя осциллометрическими манжетами, которые располагаются на обеих руках (область плеча) и лодыжках для расчёта плече-лодыжечной СПВ. Приборы также измеряют лодыечно-плечевой индекс (отношение систолического давления на уровне лодыжки к давлению на уровне плечевой артерии; является маркером заболевания периферических артерий, когда это отношение < 0,9).

Новые модели имеют дополнительные датчики, которые могут быть закреплены на участке (с помощью пластинок) для одновременного обнаружения импульса на сонных и бедренных артериях (т.е. оба датчика фиксируют одну и ту же пульсовую волну) с помощью тонометрии. Устройство было использовано при проспективном наблюдательном исследовании в основном в Азии, а также с целью прогнозирования снижения функции почек, сердечно-сосудистых заболеваний и всех причин смерти.

Устройства с использованием манжеты для регистрации значений плечевого АД и сигналов пульсовой волны на уровне плеча (повседневные и за 24 часа), для оценки давления в аорте и СПВ на сонно-бедренном сегменте. Одно из таких устройств позволяет провести анализ пульсовой волны и АД амбулаторно в течение 24 часов, используя собственный алгоритм для получения обычных показаний плечевого АД, после которого плечевая манжета надувается до уровня диастолического АД и удерживается в течение 10 секунд для записи пульсовой волны с последующим получением кривых центрального артериального давления (ЦАД).

Для оценки СПВ аорты несколько параметров из пульсового анализа наравне с разделением волн собираются в математическую модель, включающую возраст, систолическое АД (САД) и показатели сопротивления аорты. Значения аортальной СПВ были подтверждены прямыми внутриартериальными измерениями при катетеризации. Некоторые устройства с использованием манжеты подразумевают применение манжет на все 4 конечности, регистрируют время прохождения пульсовой волны от сердца к лодыжке, используя фонокардиограф (через маленький микрофон, прикреплённый на груди).

В дополнение к сердечно-лодыжечному сосудистому индексу (CAVI), который является производным от сердечно-лодыжечной СПВ, прибор измеряет и лодыечно-плечевой индекс. Это устройство в основном использовалось в Японии для исследования диализных больных и в исследованиях когнитивных нарушений. В настоящее время опубликованы результаты многочисленных клинических исследований по использованию данного прибора в нашей стране у пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Показатель CAVI позиционируется как маркер «истинной артериальной жёсткости», математически очищенный от влияния АД, зависит от возраста человека, средняя величина его увеличивается с 6,7 единиц в возрасте 20 лет до 9,8 в возрасте старше 70 лет.

### В соответствии с рекомендациями

Ультразвуковое исследование также может быть использовано для оценки сосудистой растяжимости и получения индексов жёсткости или сигналов потока для расчёта СПВ. Растяжимость может быть оценена с использованием ультразвуковых преобразователей в различных областях, наиболее часто используются сонные и бедренные сегменты. Хотя некоторые отделы аорты являются сложными для проведения УЗИ-измерений, всё же в грудной аорте они технически выполнимы.

Изменение площади поперечного сечения сосуда может быть получено из растяжения формы волны с помощью расчёта через специальное программное обеспечение. С помощью значений пульсового давления (ПД), опера-

тор может определить растяжение и податливость сосудистой стенки. Кроме того, УЗИ используется для оценки локальной растяжимости сосудов (из поперечного сечения), чаще всего сонной артерии.

Способы, основанные на МРТ, во многом применимы таким же образом, как и УЗИ для определения индекса растяжимости или СПВ. Преимущество метода в том, что он может оценить практически любой сосуд, обеспечить более точное расстояние и расчёты. Контрастное МРТ может быть использовано для получения скорости кровотока вдоль любой заданной анатомической плоскости. Однако эти преимущества нивелируются временным, пространственным разрешением и стоимостью. Имеются сообщения о хорошей воспроизводимости СПВ и МРТ с контрастированием, с внутрикласовым коэффициентом корреляции  $\approx 0,90$ .

Необходимо отметить, что в настоящее время методология и интерпретация УЗИ и МРТ технологий оценки жёсткости сосудистой стенки в основном является предметом научных исследований.

В соответствии с рекомендациями АНА, 2015 г. – при оценке постнагрузки левого желудочка в качестве прогностического показателя или цели терапевтического вмешательства следует определять центральное артериальное давление и центральный аортальный поток (класс I; уровень доказательности С). При оценке показателей отражённой волны предпочтение следует отдавать методам «разложения» волны на «прямую» и «обратную», а не ориентироваться только на индекс аугментации (AIx).

Эксперты Европейского общества кардиологов считают, что регистрация артериальной волны предпочтительна на центральном уровне, то есть в восходящей аорте, так как её величина именно в восходящей аорте отражает истинную нагрузку на левый желудочек и стенки магистральных артерий. При этом пульсовую волну необходимо оценивать по трём главным параметрам: центральному САД и центральному ПД, а также AIx. Это обусловлено независимым предиктивным значением вышеперечисленных параметров при прогнозировании риска общей смертности у больных с конечной стадией хронической почечной недостаточности, кардиоваскулярных событий у пациентов, подвергающихся чрескожному коронарному вмешательству, а также у лиц, страдающих АГ.

Для вычисления вышеприведённых показателей используют запись сфигмограммы лучевой артерии с последующим математическим преобразованием с помощью передаточной функции. Альтернативным способом является анализ центральной волны давления на основе сфигмограммы общей сонной артерии. В основе регистрации пульсовых колебаний указанный выше участок артериального русла лежит методика аппланационной тонометрии. Для того чтобы восстановить аортальную волну по лучевой тонометрии, применяют как индивидуально определяемые, так и общие для всех пациентов «обратные передаточные функции». Получаемая в результате оценка ЦАД считается более точной, чем оценка AIx. Кроме того, следует учитывать, что на определённом этапе рассматриваемой процедуры расчёта ЦАД вместо истинного давления в лучевой артерии оценивается давление, измеренное в плечевой артерии, что может приводить к некоторым ошибкам. Несмотря на эти ограничения, лучевая тонометрия популярна, так как она достаточно проста в исполнении. Тонометрия сонной артерии требует более высокой техники исполнения, но для восстановления ЦАД не требуется перерасчётов с использованием передаточной функции, так как артериальные

участки (сонная артерия и аорта) очень близки, и формы волны давления в них весьма похожи. Прибор, на основе которого реализован метод лучевой аппланационной тонометрии, признанный в мире как «золотой стандарт» неинвазивного измерения ЦАД, валидирован по отношению к инвазивному методу измерения и обеспечивает достоверными параметрами центральной волны, в том числе центральными САД, ПД и AIx; является эталонным прибором.

Объёмный сфигмограф, используя контурный анализ пульсовой волны, позволяет определить AIx пульсовой волны на правой (левой) плечевой артерии (R или L)-AIx, который характеризует величину отражённой волны из бассейнов нижней половины тела. При этом он высоко коррелирует с показателями аугментации ЦАД и отражает степень аугментации пульсовой волны в аорте.

Пульсовая волна также может быть зарегистрирована осциллометрическим методом на плече, в ходе процедуры, аналогичной традиционному измерению АД. Центральная пульсовая волна в этом случае также моделируется путём использования «передаточной» функции. В приборе для этих целей используется модифицированная функция преобразования, валидированная по отношению к прибору. В другом приборе используется алгоритм, основанный на позднем систолическом пике волны давления. Иной алгоритм использует как метод передаточной функции. Преимуществами данного метода являются простота и возможность интеграции в обычные осциллометрические приборы для измерения АД и системы суточного мониторинга.

Данный способ оценки ЦАД реализован в эталонной системе суточного мониторирования на базе валидированной технологии и в мониторах. Важной особенностью использования данного прибора является возможность оценки суточных колебаний не только АД, но и СПВ, ЦАД и AIx.

## Выявляя факторы риска

Анализ ЦАД позволяет определить факторы повышения САД, выявить особые варианты АГ. Так, у молодых мужчин, обычно высокого роста, занимающихся спортом, при высоком ударном объёме и значительной амплификации пульсовой волны, регистрируется повышение периферического САД, но центральное САД остаётся нормальным. В этом случае формируется «ложная» изолированная систолическая АГ молодых мужчин. При этом варианте изолированной систолической АГ не следует назначать антигипертензивную терапию и прибегать к ограничениям при выборе специальности.

В последние годы с помощью измерения ЦАД осуществляется контроль за лечением АГ, подбор препаратов, избирательно снижающих аугментацию ЦАД – антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, сартаны, что обеспечивает оптимизацию терапии АГ. Контроль ЦАД особенно важен при лечении больных с поражением сосудов мозга с целью профилактики нарушений мозгового кровообращения, так как мозговые сосуды в наибольшей степени подвержены воздействию повышенного центрального ПД.

Необходимо отметить, что ЦАД, AIx и СПВ не могут использоваться как взаимозаменяемые показатели артериальной жёсткости. В отличие от СПВ, являющейся прямым показателем артериальной ригидности, ЦАД и AIx служат только косвенными, суррогатными показателями жёсткости артерий. Однако они дают дополнительную информацию об отражённой волне. С целью определения вклада аортальной жёсткости в отражённую волну оптимальным является

сочетание анализа показателей центральной пульсовой волны с измерением аортальной СПВ.

Увеличение жёсткости центральных артерий имеет ряд негативных последствий для гемодинамики, увеличение ПД, снижение скорости сдвига, увеличение передачи пульсирующего потока через микроциркуляторное русло. Эти эффекты имеют ряд отрицательных факторов. Многочисленные исследования показали, что повышение СПВ связано с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний. В европейских (2007) и российских (2008) рекомендациях по диагностике и лечению АГ сосудистая стенка была впервые обозначена как «орган-мишень», а повышение СПВ включено в перечень субклинических поражений органов-мишеней у больных АГ.

Аортальная жёсткость обладает независимой прогностической значимостью в отношении фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий у больных АГ. В рекомендациях ESH/ESC по АГ 2007 г. пороговое значение СПВ на сонно-бедренном сегменте более 12 м/сек было предложено в качестве показателя значительных нарушений функции аорты у больных АГ среднего возраста. В дальнейшем эта величина была изменена. Так, в экспертном документе ESC был рассмотрен новый метод расчёта расстояния и рекомендована новая пороговая величина 10 м/с, что нашло отражение в последних рекомендациях ESH/ESC по АГ 2013 г.

Установлена тесная корреляционная взаимосвязь сосудистой жёсткости и АГ. В ряде исследований было показано, что стойкое повышение СПВ во время лечения АГ и других заболеваний системы кровообращения ассоциировано с высоким сердечно-сосудистым риском и неблагоприятным исходом. Существует широко распространённое убеждение, что увеличение жёсткости аорты является проявлением длительной АГ и связано с увеличением жёсткости крупных артерий. Недавно проведённый анализ показал, что более высокая артериальная жёсткость, по оценке СПВ на сонно-бедренном сегменте, была связана с прогрессированием АГ и длительностью заболевания более 7 лет.

Тем не менее повышение АД на начальном этапе заболевания не было связано с прогрессированием артериальной жёсткости, в связи с чем предполагается, что жёсткость аорты является причиной, а не следствием АГ у пациентов среднего и пожилого возраста. Это подчёркивает важность более чёткого определения патогенеза жёсткости аорты.

Отмечена тесная взаимосвязь между артериальной жёсткостью, формированием диастолической дисфункции и развитием диастолической сердечной недостаточности в результате прямого воздействия anomalно повышенной нагрузки на кардиомиоциты в процессе их сокращения и расслабления и косвенно вследствие гипертрофии левого желудочка. Уменьшение диастолической отдачи стенки аорты и смещение отражённой волны из диастолы в позднюю систолу приводит к снижению диастолического АД и, как следствие, к уменьшению коронарной перфузии.

Диастолическая дисфункция увеличивает давление наполнения и таким образом увеличивает нагрузку на предсердия, что будет способствовать развитию гипертрофии, фиброза предсердий и в конечном итоге фибрилляции предсердий. Жёсткость аорты увеличивает систолическую нагрузку на левый желудочек, которая способствует ремоделированию и снижению его производительности. Таким образом, артериальная жёсткость независимо связана с повышенным риском развития сердечной недостаточности.

В 2015 г. стали доступны результаты наблюдения за Фремин-

гемской популяцией, в которой повышение СПВ было независимым предиктором развития ХСН. В отечественных исследованиях продемонстрировано повышение жёсткости артерий у больных ХСН различной этиологии, а также прямая достоверная связь СПВ с функциональным классом сердечной недостаточности как при снижении, так и при сохранённой фракции выброса левого желудочка.

В опубликованном Согласованном мнении российских экспертов по оценке артериальной жёсткости в клинической практике (2016) рассмотрены возможности измерения сосудистой жёсткости не только у взрослых, но и у детей. Показана важность использования возрастных и ростовых норм при оценке артериальной жёсткости в педиатрической практике. Отдельный раздел Согласованного мнения экспертов посвящён оценке сосудистой жёсткости у больных СД, ХСН, хронической болезнью почек, ревматоидным артритом.

Так, у больных ревматоидным артритом определение сосудистой жёсткости может быть полезным с целью выявления бессимптомных кардиоваскулярных нарушений, выделения групп высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, а также для динамического наблюдения при проведении активного лечения.

Учитывая, что показатели артериальной жёсткости обладают дополнительной ценностью при прогнозировании будущих сердечно-сосудистых событий с учётом стандартных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, их оценка может применяться для выявления групп повышенного риска у пациентов без клинических проявлений атеросклероза.

## Влияя на прогноз

О наличии связи между атеросклерозом и ригидностью артериальной стенки единого мнения не существует. В ряде работ не было обнаружено корреляции между эластичностью сосудов и наличием в них атероматозных бляшек. В других исследованиях показано, что снижение эластичности сосудов свидетельствует о прогрессировании атеросклероза и ассоциируется с общей распространённостью атеросклеротического процесса. Но даже исследователи, признающие, что такая связь существует, предполагают достаточную противоречивые теории для её объяснения. Существуют гипотезы о ведущей роли атеросклероза, который на определённом этапе приводит к повышению ригидности артерий. Другими исследователями в качестве первопричины предполагается возрастающая жёсткость артерии, которая вызывает поражение сосудистой стенки и развитие атеросклероза.

Ремоделирование сосудов, оценка отношения толщины медики к просвету сосуда более тесно связаны с ПД, чем со средним давлением, при этом предполагается, что анатомические особенности могут внести дополнительный вклад в ремоделирование сосудистого русла. В ряде исследований продемонстрирована значительная взаимосвязь между СПВ в аорте и отношением толщины медики к просвету сосуда мелких артерий.

Такие органы, как головной мозг, почки и глаза, особенно чувствительны к высокому давлению и пульсирующему потоку. Местный кровоток связан с низким сопротивлением микрососудов, что облегчает проникновение избыточной энергии пульсирующего потока в микрососудистое русло. Это может способствовать повторным эпизодам микрососудистой ишемии, повреждению тканей и проявляется образованием белого вещества, клинически неподтверждёнными очаговыми инфарктами головного мозга и атрофией ткани, что вносит свой вклад в развитие когнитивных на-

рушений и деменции. Жёсткость аорты также связана с повышенным риском ишемического или геморрагического инсульта. Проявления атеросклероза связаны с повышенной жёсткостью, которая способствует атерогенезу и риску разрыва бляшки.

СПВ является независимым предиктором развития сердечно-сосудистых осложнений в госпитальный и ранний постгоспитальный периоды у пациентов с острым коронарным синдромом и со стабильным течением ИБС. Снижение СПВ на фоне длительного лечения является независимым предиктором благоприятного прогноза у мужчин с ИБС. В ряде экспериментальных работ показано, что снижение растяжимости аорты способствует нарушению коронарной перфузии, особенно на фоне коронарного атеросклероза.

В развитии изменений механических свойств артериальной стенки, увеличении её жёсткости и снижении эластичности важная роль отводится накоплению в матрикс конечных продуктов ускоренного гликозилирования белков. Так, у больных СД 2-го типа выявлена тесная корреляционная взаимосвязь между плазменным уровнем гомоцистеина, гликированного гемоглобина, глюкозы и СПВ. У больных СД показатель СПВ на лодыжечно-плечевом сегменте положительно коррелирует с кальциевым индексом коронарных артерий при мультиспиральной компьютерной томографии.

При повышении артериальной жёсткости сосуды почек подвергаются избыточному давлению, которое приводит к повреждению почечных клубочков, развитию протеинурии и нарушению функции. Увеличение почечной пульсации коррелирует с сердечно-сосудистыми и почечными исходами. Повышенная артериальная ригидность тесно взаимосвязана со снижением скорости клубочковой фильтрации и является предиктором прогрессирования нарушения функции почек вплоть до терминальных стадий, требующих диализа. Повышение аортальной СПВ ассоциируется с более высоким риском развития альбуминурии и её прогрессированием. Утрата градиента жёсткости у больных хронической болезнью почек, находящихся на диализе, оказалась наиболее сильной среди всех параметров артериальной ригидности предиктором смертельных исходов.

Таким образом, измерение жёсткости магистральных артерий может быть использовано в клинической практике как в качестве скрининга, так и для динамического наблюдения за течением заболевания и оценки эффективности проводимой терапии. Определение СПВ на сонно-бедренном сегменте является «золотым стандартом» для измерения артериальной жёсткости.

Однако в последние годы появились новые методы оценки сосудистой жёсткости, обладающие, по данным многочисленных эпидемиологических и клинических исследований, независимой диагностической и прогностической значимостью. Измерение сосудистой жёсткости и центрального давления следует рекомендовать в качестве одного из методов стратификации сердечно-сосудистого риска, в частности тем пациентам, у которых поражение органов-мишеней не были выявлены рутинными методами исследования.

**Светлана ИВАНОВА,**  
кандидат медицинских наук,  
доцент.

**Елена ЮЩУК,**  
доктор медицинских наук,  
профессор.

**Кафедра клинической функциональной диагностики Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.**

**Второе мнение, или second opinion – утвердившийся в мировой практике взаимоотношений пациента и врача способ разрешения сомнения в диагнозе и тактике лечения.**

Чем более просвещёнными становятся больные, тем чаще они прибегают ко «второму мнению» для уточнения решения о согласии, например на оперативное вмешательство.

Функцию второго мнения может выполнять и консилиум группы специалистов. Обычно это происходит в крупных медицинских учреждениях.

Если второе мнение подтверждает результаты первого, то это убеждает пациента в необходимости определённых действий, отбрасывая испытываемые сомнения.

А если, что бывает реже, второе мнение противоречит первому?

По звонку знакомых ко мне на консультацию пришла молодая женщина, мать троих детей. «Болят поясница давно и с большими перерывами. Месяц назад стало отдавать в левую ногу. Сейчас легче. По ночам сплю спокойно. Сделали магнитно-резонансную томографию. Обнаружили грыжу диска. Показали нейрохирургу, он настаивает на операции, иначе боли останутся на всю жизнь, и будут другие неприятности. А я не хочу под нож. Как поступить?»

Я придиричиво обследовал пациентку и объективно ничего не нашёл – нет блокады позвоночника, локальной болезненности и симптомов натяжения и выпадения. Боли только в начале движения, а затем они исчезают. Показаний к хирургическому вмешательству я не выявил.

Но на МРТ – срединно-боковая грыжа межпозвоночного диска далеко не месячной давности, вылезавшая на 6 мм в позвоночный канал. По картинке – есть что убрать, по клинике – этого делать не следует. Я объяснил ситуацию и назначил упражнения для укрепления мышечного корсета. Женщина обрадовалась, а главное – спустя 3 месяца боли перестали её беспокоить.

А вот пример, когда моё «второе мнение» совершенно противоположно по рекомендациям. Однояйцевые близнецы – сёстры всем похожи друг на друга, как две кап-

ли воды. В 36 лет у одной из них среди полного здоровья внезапно произошло субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние вследствие, как оказалось, разрыва аневризмы головного мозга. Спасти её не удалось.

Вторая сестра, филолог, кандидат наук, стала размышлять: «Коль мы так похожи во всём, нет ли и у меня аналогичной аневризмы, которая в любой момент может катастрофически рвануть. Надо обследоваться». С этим она пришла к нейрохи-

рургу в Санкт-Петербурге. Он пытался её разуверить и отказал в уточняющей ангиографии. Но высокоинтеллектуальная женщина упорно стояла на своём. И поехала ко мне в Москву.

Конечно, никакой неврологической симптоматики я у неё не обнаружил. Но, будучи знаком с коварством аневризм головного мозга, счёл доводы здоровой сестры заслуживающими серьёзного внимания.

## Точка зрения

# Второе мнение

Любой врач должен придерживаться коллегиальной этики

Катетеризационная ангиография относится к инвазивным исследованиям, которые порой чреваты осложнениями. Но в данном случае риск был оправдан.

И каково было удовлетворение, когда на ангиограммах мы увидели крупную мешотчатую артериальную аневризму, висевшую, как бомба, на средней мозговой артерии слева, точно там, где располагалась аневризма у погибшей сестры. Операция в Институте нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко прошла успешно. И уже много лет наша пациентка благополучно здравствует и преподаёт.

А ведь я вполне мог поддержать своего питерского коллегу и успокоить женщину, только осталось бы неизвестным, когда её «бомба» смертельно взорвалась.

Это и есть истинная цена второго мнения. По своей значимости

оно равноценно первому мнению, а может быть и превосходит его. Ибо второе мнение часто оказывается решающим в тактике ведения и лечения больного. Ведь третье мнение обычно не ищут.

«Доктор, как такое может быть? Мой малыш хорошо ест, спит, нормально развивается. В 6 месяцев мы проходили плановое обследование в детской консультации. И вдруг ультразвуковое исследование выявляет большую опухоль в глубине мозга. Чтобы уточнить диагноз, меня

К счастью, удалось полностью убрать опухоль, не принеся никаких потерь. Прошло 5 лет. Мальчик радуется родителям (и нас, врачей) своим полноценным развитием. Контрольные исследования показали отсутствие опухолевого роста.

И в этом наблюдении заслуга «второго мнения» значительна.

Однако если в случаях сомнений пациента в правильности диагностики и назначенного лечения я себя чувствую свободным в своих суждениях и исхожу лишь

из собственных знаний и опыта (и, конечно, прежде всего интересов пациента), то есть немало ситуаций, где я должен думать и о коллегах.

Ко мне нередко обращаются пациенты с просьбой оценить качество лечения, которое им провели в поликлинике или в больнице. Обычно я не уклоняюсь, но всегда даю оценки, которые не могли бы быть использованы для последующих жалоб или судебных разбирательств. В подобных случаях часто говорю: «Ваши претензии должны рассматривать судебно-медицинская экспертиза, которую я не имею права подменять».

Убедён, что любой врач, тем более профессор, не поступаясь интересами больного, должен всегда придерживаться коллегиальной этики. Иначе мы все погрязнем во вредных (и прежде всего для пациентов) взаимоотношениях. И особая тактичность в этом требуется, когда обращаются за вторым мнением.

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

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

## Проекты

# Стратегия обрела очертания

Готовится решительный удар по онкологическим заболеваниям

**В Российском онкологическом научном центре им. Н.Н.Блохина состоялась рабочая встреча главных специалистов-онкологов федеральных округов и субъектов РФ, в ходе которой был предложен проект национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на период 2018-2030 гг. Модераторами дискуссии были директор РОНЦ им. Н.Н.Блохина, главный онколог Минздрава России, академик РАН Михаил Давыдов и начальник отдела реализации специальных программ Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного лечения Минздрава России Михаил Крамаров.**

Академик М.Давыдов, который лично приложил огромные усилия к тому, чтобы российская национальная антираковая стратегия, наконец, была создана, в очередной раз напомнил коллегам, чем



**М. Крамаров и М. Давыдов (слева направо) показали себя компетентными и инициативными модераторами дискуссии**

вызвана необходимость в ней: «К сожалению, в нашей стране нет консолидированной и единой позиции по оказанию онкологической помощи больным, которая позволяла бы решить глобальную проблему – высокий уровень запущенности онкологических заболеваний. Между тем самый главный показатель эффективности работы онкологической службы в каждом регионе – это

снижение смертности онкологических больных на первом году выявления заболевания».

По словам главного онколога страны, задача формируемой национальной стратегии состоит именно в том, чтобы российская противораковая служба стала, наконец, эффективно работающей структурой, где проводится не просто сбор, но и глубокий анализ статистики, создаётся и

контролируется канцер-регистр, совершенствуются образовательные стандарты для подготовки кадров, оценивается по целому ряду параметров работа каждого учреждения онкологической службы, модернизируется их материально-техническая база, улучшается система лекарственного обеспечения больных.

Собравшиеся в зале были не просто слушателями, но и активными участниками обсуждения. Более того, в ходе данного совещания от главных онкологов федеральных округов попросили рассказать, как им видится реализация мероприятий национальной стратегии по своим территориям.

Обсуждённым участникам совещания проект национальной стратегии по борьбе с онкозаболеваниями будет представлен профессиональному сообществу на съезде онкологов в Уфе в июне 2017 г.

**Елена БУШ,**  
обозреватель «МГ».

## Акценты

# Нейрохирургия Урала: развитие и перспективы

**На базе Сургутской клинической травматологической больницы прошёл научно-практический симпозиум «Нейрохирургическая служба Уральского федерального округа и Ханты-Мансийского автономного округа – Югры».**

Около 30 специалистов из 6 регионов федерального округа приехали в Сургут, чтобы поделиться с коллегами своими наработками в области сосудистой нейрохирургии, нейроонкологии и спинальной нейрохирургии, а также подвести итоги работы за минувший год.

В прошлом году нейрохирурги УрФО провели более 12 тыс. операций, как экстренных, так и плановых. На счету югорских врачей около 2300 вмешательств, больше половины из которых выполнили сургутские врачи.

У нас самая крупная нейрохирургическая структура в округе, 4 отделения из 6 находятся в нашей больнице. И достаточно большой объём помощи мы действительно оказываем практически по всем направлениям нейрохирургии, – отметил главный нейрохирург Министерства здравоохранения ХМАО – Югры руководитель инсульта центра Сургутской травматологической больницы Александр Богословский.

По его словам, симпозиум стал площадкой не только для обмена опытом, но и для конструктивного диалога о развитии нейрохирургической службы в городах Урала; дал возможность детально изучить особенности работы коллег из Екатеринбурга, Кургана, Тюмени и Нового Уренгоя, перенять успешный опыт.

В рамках научного симпозиума нейрохирурги травматологической больницы Сургута рассказали коллегам о современных методиках, которые внедрены в учреждении.

Лечение нейрохирургических патологий имеют свои особенности, – отметил А.Богословский. – Мы должны активно изучать мировой опыт и применять высокоточные технологии на месте. Так, например, специалисты нашей больницы поделились с коллегами опытом эндоваскулярного лечения инсульта – в ходе этой высокотехнологичной операции тромб из сосуда головного мозга извлекается специальным захватывающим устройством. При этом, как правило, пациент находится в сознании и уже в ходе операции чувствует, как, например, возвращается речь, утраченная во время заболевания. Таких операций в нашей больнице выполнено более 70.

Другая не менее важная особенность в работе нейрохирургической службы – это мультидисциплинарный подход в лечении инсульта и других заболеваний. Взаимодействие всех специалистов, постоянный контроль над ходом болезни могут дать максимальный эффект в лечении пациентов. Для этого у нас открыты профильные больничные отделения, создана мультидисциплинарная бригада врачей. В её составе – нейрохирурги, неврологи, анестезиологи, нейрореаниматологи, терапевты, хирурги и другие специалисты.

В рамках научно-практического симпозиума прошло также заседание главных нейрохирургов Ямала, Югры, Тюмени, Кургана, Челябинска и Екатеринбурга.

Организаторами мероприятия стали Ассоциация нейрохирургов России, Департамент здравоохранения ХМАО – Югры и Сургутская клиническая травматологическая больница.

**Алёна ЖУКОВА,**  
корр. «МГ».

Сургут.

Гипотезы

# Сердце, стой!

Датские учёные обнаружили связь между приёмом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и остановкой сердца. Оказалось, что больные, умершие от инфаркта, часто в течение месяца перед смертью принимали НПВС. Правда, в исследовании говорится об очень обширных курсах терапии, когда пациенты принимали лекарства неделями. К эпизодическим приёмам обезболивающего это, кажется, не относится.

Употребление популярных обезболивающих из группы НПВС связано с повышенным риском остановки сердца. Об этом говорят результаты «свежего» исследования датских учёных. Авторы работы говорят, что эти препараты надо использовать с осторожностью, а людям, имеющим проблемы сердца, вообще лучше избегать их.

Как известно, НПВС – одни из самых популярных лекарств в мире. Некоторые из них продаются без рецепта, и специалисты опасаются, что люди считают их безопасными и не имеющими побочных эффектов.

В этом исследовании были рассмотрены лишь рецептурные противовоспалительные препараты, которые были выписаны пациентам в Дании. Учёные изучили рецепты, заполненные в датских аптеках с 1995 г., а также медицинские карты порядка 30 тыс. человек, с которыми в период с 2001 по 2010 г. случилась остановка сердца. Выяснилось, что 3376 человек, которых поразила остановка сердца, в течение 30 дней до этого какое-то время принимали НПВС, которые повышали риск остановки сердца на 30-50%.

Средняя продолжительность лечения составила 13-29 дней. В российской инструкции по применению НПВС указано, что «длительность использования

препарата без консультации врача не более 5 дней». Среди побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы перечисляются сердечная недостаточность, тахикардия и повышение артериального давления.

Результаты исследования говорят о том, что эти лекарства не являются безвредными. «Нестероидные противовоспалительные препараты следует применять с осторожностью и по обоснованному показанию», – заявил руководитель исследования доктор Гуннар Гисласон, профессор кардиологии Копенгагенской университетской больницы (Дания). – Вероятно, их следует избегать пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями», – подчеркнул он.

Наряду с этим Г.Гисласон отметил, что не советует принимать более 1200 мг НПВС в день. Такую же максимальную дозу называет российская инструкция по применению этого препарата.

Однако

Гормон липокалин-2, который вырабатывается костными клетками и поступает в мозг после приёма пищи, отвечает за подавление чувства голода, сообщили учёные медицинского центра Колумбийского университета Нью-Йорка (США). У людей, имеющих избыточный вес и страдающих сахарным диабетом 2-го типа, количество этого гормона в организме снижено. Эксперименты на мышах показали, что ежедневные инъекции вещества снижают аппетит животных, приводя к заметной потере массы тела.

# Гормон голода

Как пояснила ведущий автор исследования доктор Ставура Кустени, работы, проведённые в последние годы, показали, что липокалин-2 влияет на развитие мозга, нормализацию уровня глюкозы, функцию почек и мужскую потенцию. Теперь к этому списку добавлена функция регуляции аппетита и контроля за весом. Кроме того, гормон повышает проводимость клеток для проникновения сахаров, что является важным фактором стабилизации состояния пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

Способность остеобластов продуцировать липокалин-2 была обнаружена ещё 20 лет назад. Эксперименты того времени были посвящены изучению роли гормона в иммунной системе, однако очевидный факт, что мыши,

выращенные без липокалина-2, поголовно страдали ожирением, остался незамеченным.

Последнее исследование показало, что липокалин-2 наиболее распространён в стволе мозга и гипоталамусе, то есть в участках, контролирующих усвоение пищи. Он обладает способностью пересекать гематоэнцефалический барьер между кровеносной и центральной нервной системами, который защищает нервную ткань от циркулирующих в крови токсинов. Как полагают учёные, в гипоталамусе липокалин-2 активирует рецепторы меланокортина-4 – белка, ответственного за регуляцию аппетита.

После успешного эксперимента над грызунами исследователи рассчитывают получить эффективный препарат для людей.

Эксперименты

# Препятствую дегенерации сетчатки

Исследователи из Университета Вандербильта в штате Теннесси (США) обнаружили метод восстановления сетчатки глаза, который сможет вернуть вспять течение возрастной макулярной дегенерации сетчатки глаза – одного из самых распространённых и малоизученных глазных заболеваний. Эта болезнь, которой страдают 25-30 млн человек в мире, является основной причиной потери зрения у людей старше 60 лет.

Веществом, запускающим восстановление сетчатки, оказалась гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) – важнейший тормозной нейромедиатор центральной нервной системы человека. ГАМК активирует энергетические процессы

мозга, поэтому в качестве пищевой добавки её используют бодибилдеры для наращивания мышечной массы.

Поводом к исследованиям послужила уникальная способность домашних рыбок Данио-рерио (рыбка-зебра) восстанавливать зрение после полной слепоты за 28 дней. Такая быстрая регенерация глаза происходила за счёт наращивания новой сетчатки из стволовых клеток, известных как глиальные клетки Мюллера.

Получая в ходе экспериментов инъекции препаратов, сохраняющих высокий уровень всех химических веществ мозга, рыбка теряла свою уникальную способность. Последовательные эксперименты показали, что регенеративные способности стволовых клеток активировались при снижении в мозгу уровня ГАМК.

Стволовые, или глиальные клетки Мюллера находятся в сетчатке человека и животных, однако если у Дарио-рерио они способны размножаться и превращаться в клетки сетчатки глаза, то у человека зрение не восстанавливается. Как выяснилось, в мозгу человека уровень кислоты остаётся постоянно высоким, что дезактивирует стволовые клетки глаза.

По мнению автора исследования профессора Джеймса Паттона, этот механизм регенерации зрения, обнаруженный у рыбок, можно применить и к людям, ингибируя ГАМК в мозгу человека. При этом снижение уровня кислоты способно вызывать улучшение сетчатки даже в неповреждённом глазу, так что вовремя начатые профилактические процедуры позволят навсегда отказаться от очков, сохраняя ясное зрение до преклонных лет.

Идеи

# Наутёк от болезни

Депрессия у женщины во время беременности может привести к уменьшению наружного слоя головного мозга, ответственного за сложное мышление и поведение детей дошкольного возраста. Новое исследование свидетельствует о том, что настроение матери может повлиять на развитие мозга ребёнка в критических этапах.

– Матери обычно хотят сделать всё возможное, чтобы дать своему потомству наилучшие шансы на успех в жизни. Они хорошо питаются и принимают специальные витамины, – отметил Джон Кристал, редактор авторитетного американского научного журнала Biological Psychiatry. – Это новое исследование показывает, что в настоящее время есть ещё одна вещь, которую они могут сделать – это корректировать своё настроение и лечить депрессию, – подчеркнул он.

Отрицательные последствия у детей были выявлены почти у каждой пятой женщины, ис-

пытавшей депрессию во время беременности. Новое исследование, во главе с Кэтрин Лебель из Университета Калгари в Альберте (Канада), является первым в своём роде, сообщающим о взаимосвязи между материнской депрессией и аномальной структурой мозга у детей.

В ходе исследования 52 женщины с депрессивными симптомами были подвергнуты скринингу в течение каждого триместра беременности и спустя несколько месяцев после рождения ребёнка. Когда дети достигали приблизительно 2,5-5-летнего возраста, исследователи использовали магнитно-резонансную томографию, чтобы посмотреть их структуры мозга. У детей обнаружилось истончение корковых зон лобной и височной областей, а также выявлялось снижение внимания.

Аномалии в структуре мозга в критические периоды развития часто приводили к негативным последствиям, таким как сложности к обучению и расстройства поведения.

Выводы

Учёные из Университета Королевы в Белфасте (Великобритания) рассказали, как ранняя потеря зрения влияет на развитие двигательных функций у детей. Соответствующее исследование было проведено как среди здоровых детей, так и имеющих нарушения зрения вплоть до его потери (таких было 43 человека). Основной целью специалистов было понять, как можно помочь слабовидящим малышам справиться с бытовыми делами самостоятельно, чтобы в будущем дети были более самостоятельными.

Команда сотрудников университета записала в условиях современной лаборатории то, как двигались слабовидящие дети – как у них обстояли дела с балансом, как они прыгали, бросали и лови-

# Зри в корень

ли предметы. При этом задания были адаптированы для людей с нарушениями зрения – они дублировались, например, звуком. Там, куда нужно было бросить предмет, включали звуковой сигнал, а в сами мячи поместили колокольчики. Затем записанные движения сравнили с аналогичными движениями здоровых малышей.

Результаты показали, что хорошо видящие дети и дети с несущественными нарушениями зрения выполняли задания примерно на одном уровне, а вот серьёзные проблемы со зрением уже приводили к трудностям в выполнении

упражнений. Учёные провели анализ и выяснили, что эти трудности относятся к определённым аспектам движения.

Доктор Мэтью Роджер добавил, что следующей их целью будет изучение того, могут ли звуки помочь таким детям научиться выполнять базовые движения, и если могут, то как. Фиона Браун из организации Guide Dogs, занимающейся помощью слабовидящим людям, рассказала, что зрение играет очень важную роль, когда человек чему-то учится, и чем раньше произойдёт вмешательство в развитие детей с нарушениями

зрения, тем лучше, так как, возможно, некоторых «контрольных точек» им будет сложно достичь самостоятельно.

Для некоторых заболеваний глаз, чтобы избежать проблем со зрением в будущем, в США предлагают пройти скрининг. Так, например, в возрасте 3-5 лет американским родителям рекомендуют привести детей к врачу, чтобы тот проверил, нет ли у них амблиопии («ленивый глаз»). При этом заболевании коммуникация между мозгом и одним из глаз происходит неправильно, и если ребёнок не получает лечения до достижения им возраста в 6-10 лет, его зрение может пострадать.

В мире амблиопией страдают около 1-1,5% людей, а среди дошкольников этот процент выше – до 6%. Ранняя диагностика позволяет справиться с патологией

в период, когда развитие мозга ещё продолжается, и благодаря этому предотвратить полную потерю зрения.

Проведённый в 2014 г. опрос показал, что больше всего люди – по крайней мере, американцы – боятся именно потери зрения. Почти 90% из 2044 опрошенных заявили, что хорошее зрение жизненно важно, и почти 50%, что потеря зрения – это худшее, что можно себе представить, даже хуже, чем потеря конечности, слуха, памяти или речи.

Подготовил Ян РИЦКИЙ.

По материалам European Heart Journal – Cardiovascular Pharmacotherapy, Nature, CNN, Medical Xpress.

## Исследования

Согласно исследованию китайских учёных, бессонница повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких как инфаркт миокарда и инсульт. Первый автор научной работы Чо Хе из Китайского медицинского университета рассказала, что сон жизненно важен для восстановления организма, но в современном обществе всё больше и больше людей страдают от бессонницы. Например, в Германии на плохой сон жалуются около трети населения. Ранее исследования показывали, что бессонница приводит к неприятным последствиям для организма, но до сих пор о её связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями было известно немного.

чем мужчины, из-за иной реакции на стресс и разнице в гормонах. Поэтому, добавили сотрудники Китайского медицинского университета, возможно, стоит уделить особенное внимание проблеме женского сна. Здесь стоит напомнить об исследовании, которое проводилось в Университете Джорджии (США), где специалисты выяснили, что в

## Спи, моя радость, усни

Ч.Хе и её группа провели метаанализ 15 продолжавшихся длительного времени (от 3 до 29,6 лет) исследований, в которых участвовали свыше 160 тыс. человек. Учёные искали связь между симптомами бессонницы и вероятностью развития таких сердечно-сосудистых заболеваний, как острый инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, инсульт. Симптомы бессонницы включали в себя проблемы с засыпанием, частые просыпания, ранние подъёмы и сон «без отдыха», который не помогал организму восстановиться. Всего было зафиксировано 11 702 случая наступления нежелательных последствий бессонницы.

Ассоциации были найдены между всеми перечисленными симптомами бессонницы, кроме

ранних подъёмов, и риском наступления инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний. Выше всего вероятность подобных осложнений была, если пациент жаловался, что не может уснуть – в этом случае риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у него был выше на 27%, чем у человека, который не страдал бессонницей. Соответственно, у тех, кто не высыпался, проблемы с сердцем и сосудами возникали на 11 и 18% чаще, чем у нормально спавших людей.

При этом у женщин недостаток сна даже больше влиял на здоровье, чем у мужчин, хотя разница и не была статистически большой. Учёные пояснили, что, хотя и нельзя было сказать о том, что бессонница более вредна для женщин, всё же они более восприимчивы к недостатку сна,

семьях с детьми женщины намного чаще страдают от недосыпа, чем мужчины.

Доктор Хе пояснила, что пока так и не удалось выяснить, каким именно образом бессонница влияет на сердце и сосуды. Научные работы, публиковавшиеся ранее, показали, что бессонница может изменять метаболизм и влиять на эндокринную функцию организма, активировать симпатическую нервную систему, увеличивать кровяное давление и уровень цитокинов в крови. Всё это является факторами риска при развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Руководитель исследования заключила, что людям с бессонницей необходимо информировать о возможных последствиях их заболевания, чтобы они могли вовремя обратиться за помощью.

## Мнения

## В группе риска

Пациенты, страдающие псориазом, по результатам исследования учёных из Университета Иллинойс (США), были отнесены в группу риска развития рака кожи и злокачественных новообразований крови.

Исследователи обнаружили, что наличие кожного заболевания повышает вероятность развития опухолей в среднем в 1,5 раза.

При этом не было отмечено никакой разницы в вероятности развития онкологии в группах различной терапии псориаза (топические ЛС, фототерапия, систематическая терапия, биологические препараты).

Также отмечается, что в случае развития злокачественных заболеваний показатели выживаемости не различаются среди пациентов с псориазом и без него.

Псориаз, как известно, представляет неинфекционное заболевание, поражающее в основном кожные покровы и суставы. Примечательно, что большинство учёных мира сошлись во мнении, что генез развития данной патологии носит аутоиммунный характер.

Стоит напомнить, что основным признаком этого заболевания является появление на коже шелушащихся бляшек, которые могут сливаться в массивные конфигурации. По статистике, недуг диагностируется у 2% населения земного шара.

## Ну и ну!

Избыточная масса тела, которой всё чаще страдают женщины во время беременности, увеличивает риск рождения ребёнка с церебральным параличом. Причём речь идёт не о недоношенных детях, а о младенцах, рождённых в положенный срок. Об этом предупредили учёные из Университета штата Мичиган (США), проведя исследования детей, родившихся в Швеции в период между 1997 и 2011 гг.

Согласно результатам исследований, из 1,4 млн детей примерно 3 тыс. оказались поражены ДЦП, причём, несмотря на успехи медицины, количество патологий у детей, рождённых в срок, угрожающе растёт. В настоящее время в США и Великобритании ДЦП отмечен у каждого из 400 новорождённых. При этом рост заболевания ДЦП среди доношенных детей достоверно коррелируется с ростом женского ожирения.

Дальнейший анализ данных показал чёткую связь между ожирением матери и уровнем ДЦП у доношенных детей. По словам учёных, почти половина случаев церебрального паралича связана с асфиксией, вызванной неонатальными осложнениями, наибольшим фактором риска которых является излишний вес женщины. Как отмечают исследователи, дети таких матерей подвергаются риску поврежде-

## Над тучностью сгущаются тучи



ния головного мозга, развития инсульта, сердечных приступов и астмы.

Излишний вес будущих мам, говорят исследователи, стал настолько распространённым явлением, что с учётом последних выводов о причинах детских ДЦП женское ожирение следует рассматривать как серьёзную со-

циальную проблему. В частности, количество женщин, страдающих излишним весом, за 10 лет удвоилось, а в США ожирением страдает примерно половина всех беременных. Такое состояние общества, говорят эксперты, уже сейчас несёт серьёзные негативные последствия для здоровья будущего поколения.

## Взгляд

## Угроза с Востока

Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC) и Всемирная организация здравоохранения подготовили совместный доклад о распространённости ВИЧ в Европе, согласно которому почти две трети зарегистрированных в Европе новых случаев заражения вирусом ВИЧ приходятся на Россию.

Согласно данным ВОЗ и ECDC, в Европе число людей, у которых диагностирован вирус иммунодефицита, составило 2,4 млн, в том числе в России – 1,1 млн, в других странах региона – 992 тыс. человек. В целом число пациентов с ВИЧ в европейских странах за 2015 г. увеличилось на 8%, а за последние 10 лет – на 60. В России эти показатели составили 15 и 133% соответственно.

При составлении документа учитывалась статистика по более чем 50 европейским странам за 2015 г. Так, в Европе было зарегистрировано 153 тыс. новых случаев заражения ВИЧ. При этом в Западной Европе частота инфицирования существенно не изменилась, а в Восточной Европе увеличилась более чем в 2 раза. Самый высокий показатель был зарегистрирован в России.

«На новые случаи ВИЧ-инфекции, зарегистрированные в России, приходится 64% всех таких случаев в европейском регионе ВОЗ и 81% – в восточной части региона. В целом, по данным

обзора, в Европе число людей, у которых диагностирована эта инфекция, составило 2,3674 млн, в том числе в России – 1,1377 млн и в других странах региона – 0,992297 млн», – говорится в докладе.

Как сообщили его авторы, основными причинами распространения в России ВИЧ-инфекции стали: употребление инъекционных наркотиков – 54%, гетеросексуальные контакты – 44%, половые контакты между мужчинами – 1,5%, передача вируса от матери ребёнку – 0,9%.

Авторы подчеркнули, что на гетеросексуальный путь передачи ВИЧ-инфекции в Восточном регионе приходится около половины новых случаев заражения (49%), а при употреблении инъекционных наркотиков – около трети (34%).

Основу принятой ВОЗ стратегии по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции составляет принцип «90-90-90», включающий 3 этапа: диагностика, прежде всего, уязвимых групп населения, обеспечение антиретровирусными препаратами 90% носителей этой инфекции и снижение содержания вируса в крови у 90% пациентов, получающих лекарства.

Примечательно, что в 2014 г., согласно статистике ECDC, в Европе было зарегистрировано больше 142 тыс. новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией.

## Ситуация

## Динамика – динамикой, однако...

Смертность от кори за последние 15 лет снизилась на 79%, однако, несмотря на это, 400 детей ежедневно умирают от этого заболевания. Такие данные представила Всемирная организация здравоохранения.

Существенному снижению смертности от кори способствовала массовая иммунизация, благодаря которой в период с 2000 по 2015 г. удалось спасти жизни 20,3 млн детей. Примерно такое количество детей в 2015 г. не получило прививки от кори, и 134 тыс. из них скончались от этого заболевания. Наибольшее количество невакцинированных детей зарегистрировано в Демократической Республике Конго, Эфиопии, Индии, Индонезии, Нигерии и Пакистане: на эти страны приходится половина всех детей в мире, не получивших иммунизации от кори, и 75% смертей от неё.

«Совершенно неприемлемо, что миллионы детей ежегодно пропускают вакцинацию. У нас есть безопасная и очень эффективная вакцина, которая способна остановить распространение кори и спасти жизни детей. В этом году Северная и Южная Америки были признаны свободными от кори – и это главное доказательство того, что корь можно истребить. Теперь

мы должны избавиться от кори в остальных регионах, и начинается это с вакцинации», – пояснили в ВОЗ.

Что характерно, в минувшем году в нескольких странах были зарегистрированы вспышки этого заболевания. В их число вошли Египет, Эфиопия, Германия, Киргизия и Монголия. В Германии и Монголии болезнь распространилась и на пожилых людей, что делает их вакцинацию от кори также необходимой, считают в ВОЗ.

«Корь – это ключевой показатель состоятельности системы вакцинации в стране. К сожалению, слишком часто вспышка кори выступает в роли канарейки в шахте, свидетельствуя о глубоких проблемах в системе», – считает доктор Сет Беркли, глава Глобального альянса по вакцинам и иммунизации.

Как известно, корь представляет собой одно из самых коварных инфекционных заболеваний, передающихся воздушно-капельным путём. Основными симптомами этой вирусной патологии являются жар, сыпь по всему телу, заложенность носа и покраснение глаз. Болезнь может привести к серьёзным осложнениям, включая слепоту, энцефалит, тяжёлую диарею, ушные инфекции и пневмонию.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Medical Xpress, who.int, CNN, European Journal of Preventive Cardiology.

Только что Россия и литературный мир планеты простился с Евгением Евтушенко, поэтом, режиссёром, актёром, автором 150 книг.

С Е.Евтушенко дважды встречался во время его приезда в Смоленск собственный корреспондент «Медицинской газеты» в городе-герое Владимир КОРОЛЁВ. Из этих двух встреч и сложилось интервью, которое мы сегодня предлагаем нашим читателям.

– Евгений Александрович, в Переделкине есть «Музей-галерея Евгения Евтушенко». Основу музея составляют ваши фотографические работы. Что для вас фотография?

– Моя страсть и моя помощница. Сотрудники Государственного центрального музея современной истории России отобрали более 120 моих фотографий для выставки «Лики человечества» – и сейчас выставка путешествует по стране.

В каждой из ста стран, где я бывал, я фотографировал. Причём старался снимать прежде всего простых людей. Ведь на людях без должностей и регалий и держится жизнь. На строителях, крестьянах, студентах, моряках... поэтах и, конечно, на женщинах!

– Держится на женщинах и поэзия, благодаря образам и ликам наших любимых рождаются стихи...

– Как разделить жизнь, поэзию, любовь? Не разделишь! Кто мы и что мы без женщины?!

Я женился четыре раза, и всех своих супругов любил и люблю даже после разводов. А с Беллой (поэтом Беллой Ахмадулиной – В.К.), первой моей женой, мы навсегда остались друзьями. Она приходила на нашу с Галей свадьбу, мою последнюю жену Машу очень любила.

– Какие чувства наиболее плодотворны для поэзии – взаимные или неразделённые?

– Главное, чтоб они были. Александр Сергеевич Пушкин заявил: «Я в мир пришёл, чтоб мыслить и страдать». Под страданиями он понимал не только собственные терзания, но и переживания за судьбы порой даже незнакомых ему людей. Я хожу как больной, когда узнаю о жутких случаях, происходивших в Украине. К слову, я считаю, что всех, кто стреляет во время перемирия, нужно судить как военных преступников. В трактатах всех мировых религий есть мечта о времени, когда «народы распри позабудут».

Но сначала нужно полюбить самых близких людей – семью, соседей. Роберт Фрост, американский поэт, мне как-то сказал: «Когда пытаешься обнять всё человечество, забываешь обнять собственную жену». Я в этом убедился, когда был народным депутатом СССР от Харькова. Между мной и одним молодым генералом разгорелся спор по поводу Афганской войны. Я был её противником, он же меня оскорбил: назвал антипатриотом, сказал, что я ненавижу Советскую армию. Я подготовил ответ, который хотел зачитать с трибуны. Но Горбачёв всё не давал мне слова, советуя «остыть».

– Гонсало Аранго, колумбийский поэт, с которым вы путешествовали по Латинской Америке, в своей написанной потом книге заключил: «Жизнь Евтушенко – мешок, полный пулями и поцелуями»...

– Сколько поэтов – столько и определений у жизни. Почему? Да потому, что жизнь – поток, который несёт всё: счастье, страдания, оскорбления... Слышу по радио «Хотят ли русские войны» – и дышу песней, а меня в это же время, когда песня звучала в эфире чуть ли не ежедневно, гнобили и обвиняли в том, что я не замечаю подвига собственного народа. Но я чувствовал поддержку: на «Бабий Яр» получил, не считая телеграмм, десять тысяч писем. Из всех союзных республик! Кто после этого может позволить назвать себя несчастным, несчастливый? Да и по характеру я счастливый человек.

## Имена и судьбы

Евгений ЕВТУШЕНКО:

# По характеру я — счастливый человек

Из последних интервью поэта

– И в то же время горьких минут и горьких дней было в вашей жизни немало. В ряде интервью вы даже говорили о том, что появлялись мысли, простите, о самоубийстве...

– Появлялись. Но я сумел сдерживать слово, данное Борису Леонидовичу Пастернаку.

Помню, как я пришёл к нему в 1959 г. – в разгар его травли за «Доктора Живаго». Он дал «Доктора» мне всего на одну ночь. Я ломал глаза, но читал. Ожидал от него лабиринтных, кроссвордных стихов, которые он писал в молодости. И вдруг я увидел совершенно классическое произведение, как будто из школьной программы. Признаюсь, я не оценил этого романа.

А наутро я декламировал поэту стихи, хотя никогда не считал его своим учителем. Зато по воскресеньям к Пастернаку ходили кормиться два мальчика, Юра Панкратов и Ваня Харабаров, а мы с Беллой ругали их. Особенно когда они называли поэта «Борька». И они ведь предали его, попросив разрешения на писательской сходке проголосовать за его высылку.

– Слово «доктор» только что было в нашем разговоре ключевым. Какова роль врача, медицины в вашей судьбе?

– Без докторов, без их помощи я бы столько не прожил, столько не написал! Они не раз меня спасали – и я вновь садился за письменный стол. Мой низкий поклон российским эскулапам!

Я знал одного человека, который благодаря своей целеустремлён-

ности мог стать великим медиком, но выбрал другой путь. Эрнесто Че Гевара! Моя строка о нём: «Его отрубленные руки я ощущаю на плече». Однажды мы общались семь дней подряд, и в своей исповеди Че Гевара говорил о медицине не намного меньше, чем о революции. Но медицина – понятие узкое, а ему хотелось помогать человечеству широко, масштабно.

– Преклоняюсь перед кубинской медициной, которая во многом создана благодаря многолетней помощи советских врачей и учёных. В ответ Фидель Кастро, когда случилась Чернобыльская трагедия, объявился лечить бесплатно пострадавших детей. И 26 тыс. наших мальчиков и девочек получили лечение на Кубе, причём уже после того, как не стало СССР!

– Знаменитое «Хотят ли русские войны» вы написали в начале 60-х годов на Кубе, во времена Карибского кризиса.

– Да. После того, как я увидел по телевизору, как шёл по Красной площади Бессмертный полк, заплакал. Слезы не мог остановить часа четыре. Пишу – и слёзы каплют на клавиатуру. Я вспомнил Красную площадь 5 мая 1945 г., когда вся она была уставлена играющими патефонами, под музыку которых танцевали счастливые уставшие от войны люди. День Победы ещё не объявили, но Знамя Победы над рейхстагом уже реяло 4 дня!

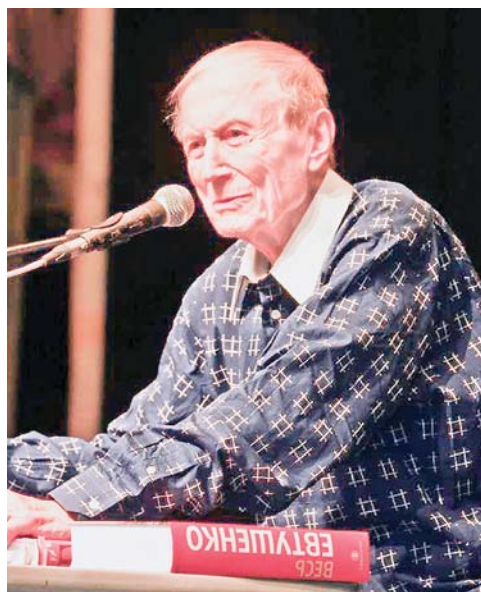
А на Кубу мы с Машей поехали, чтоб почувствовать, не ухудшились ли отношения с кубинцами. Не ухудшились: они потрясающе встречали русские стихи! И мой «Бессмертный полк» появился на Острове Свободы!

– Состоявшись в литературе, вы состоялись и в кинематографе. Или всё-таки не сделанным?

– Всё никогда не сделаешь, тем более я присягнул поэзии. А что касается кино, то грущу иногда из-за того, что не сыграл роль Иисуса Христа в картине Пьера Паоло Пазолини. Группа итальянских режиссёров послала Хрущёву письмо, чтобы Никита Сергеевич разрешил мне сняться в фильме Пазолини. В нём они уверяли: Пазолини придерживается социалистических взглядов, а значит, трактовка образа Христа будет происходить, основываясь на марксистских позициях. Прочитав письмо, Хрущёв выкрикнул: «Вы тут чёрт знает, чем занимаетесь! Голова от вас болит!»

– Вас и ваших ровесников, поэтов-шестидесятников, называют «детьми двадцатого съезда». Вы согласны с этим?

– Я против того, чтобы нас называли «детьми двадцатого съезда». Мы были первыми сформировавшимися антисталинистами. Мы



начинали писать свои стихи ещё до 1956 г., года исторического XX съезда. Но мы были молоды и очень многого не знали: считали Сталина предателем ленинских идеалов, а за Ленина держались. Солженицын был прав: мы все – недообразованные.

Я – самоучка. Меня исключили из школы, обвинив в краже и сожжении школьных журналов. Потом выяснилось, что этого вообще не было. А меня выгнали из школы как вандала! На дворе – сталинские времена, на работу не устроишься, никуда не берут, даже на фабрику шнурков в Балашихе. Отец-геолог (с мамой они уже были в разводе) дал мне рекомендательную записку в геологоразведочную экспедицию. И в 15 лет я начал новую – не школьную – жизнь. Мало того, под моим началом оказались 15 рабочих, 15 расконвоированных уголовников. Когда я вернулся из экспедиции в Москву, привёз бидон топлёного масла и круги конской колбасы. Сорок седьмой год, в столице голод, а из моего мешка на весь вагон (мы с мамой едем в метро) ядрёно пахнет чесноком. Я, захлёбываясь, начал рассказывать всё, что слышал у костра от моих «геологов». Вагон примолк, а мама стала плакать: «Ты не замечаешь, но каждое второе твоё слово – нелитературное», – прошептала она. С тех пор я не ругаюсь матом.

– Евгений Александрович, а женщины-поэты бывают великодушны к соперницам?

– Ахмадулина была фантастически великодушна. Мы расстались с Беллой по моей вине, я эту вину помню, до сих пор себе не простил, что ей пришлось делать аборт! Если бы остался наш ребёнок – это был бы подарок миру, которого не делал никто. А мы не сделали этого подарка! Когда она потом, уже в другом браке, через 10 лет, смогла забеременеть – я истово молился, чтобы у неё всё прошло хорошо, чтоб Белла стала матерью.

У Ахмадулиной, уже очень зрелого поэта, есть стихотворение «Сон», стихотворение обо мне, о том, как в её кругу перемывают мне кости, а потом ей снится, что я умер, и она во сне кричит... Я ей за эти стихи был благодарен больше, чем кому-либо и когда-либо!

Я уже говорил, что Белла была на нашей с Галей свадьбе. А на свадьбе с Машей она не просто присутствовала, а пришла за несколько часов до неё, и помогала готовить, а потом накрывать на стол. Мои жёны уважают друг друга.

– «Поэт в России – больше чем поэт!» Ваша фраза стала жизненным эпиграфом для каждого нашего стихотворца. Спасибо вам!

– Ещё спасибо за фундаментально составленную вами четырёхтомную (пока! Ждём пятый том) антологию, собравшую все бриллиантовые строки из тысячелетней русской поэзии под единую обложку и изданную под такими же титрами «Поэт в России – больше, чем поэт». Слоган ваш – и уже не ваш, он подарен нашей литературе. А каков ваш поэтический девиз? Откуда черпают новые и новые творческие силы больше чем поэт Евгений Евтушенко?

– Главный колодец – любопытство. У меня такой колодец есть. Есть с детства. Хотел и хочу всё попробовать. Во-вторых, какая-то особая энергия, происхождение которой для меня – тайна. Эта энергия позволяет не только написать иногда что-то удивительное и убедительное, но и повлиять на вещи совсем, казалось бы, от меня далёкие.

Меня, например, до сих пор потрясает мой поступок, который я совершил однажды применительно к одной нашей с Машей гостье. Она вышла замуж за своего университетского преподавателя, у которого в первом браке было несколько детей, а во втором – с ней – никак не получалось, и она чрезвычайно это переживала. Настолько, что прямо во время застолья, когда зашёл разговор о детях, нашем будущем, разрыдалась. Тогда я, движимый неведомо чем, при всех и, конечно же, при Маше встал перед гостьей на колени, приподнял на ней блузку и поцеловал её в живот, вложив в этот поцелуй всю энергетику, какая у меня была. И изо всех сил попросил того, кого мы называем Богом или природой, чтобы американка смогла родить. Сейчас её дочери – за 25, я – крёстный отец девушки.

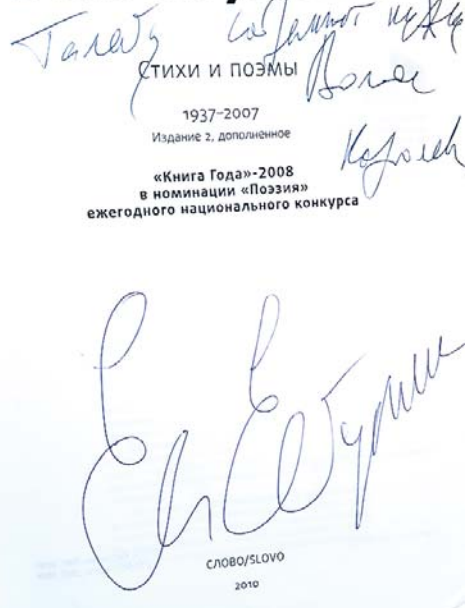
– Если говорить о моём девизе, то это фраза Эмерсона (она, кстати, любима была и Камю) – «Всякая стена – это дверь». У кого-то девиз вызовет улыбку, но я действительно знаю за собой способность пробивать некоторые стены, снимать табу с запретных тем. Поэзия способна прошибать стену.

Фото Владимира КОРОЛЁВА.

Р.С. На фоллианте «Весь Евтушенко. Стихи и поэмы» Евгений Александрович написал мне: «Таланту собранность нужна. Володе Королёву» и велел: «Продолжишь».

Я продолжил:  
*Таланту собранность нужна –  
И он твоими заблестит глазами,  
Достанет золотиночку со дна  
Души колодезя; призами  
Одарит каждого,  
Ведь Бог того целует  
чуткими устами,  
Кто сердцем поделится  
с нами смог,  
Свой знак поставив  
в жизненном уставе!*

## Весь Евтушенко



ности мог стать великим медиком, но выбрал другой путь. Эрнесто Че Гевара! Моя строка о нём: «Его отрубленные руки я ощущаю на плече». Однажды мы общались семь дней подряд, и в своей исповеди Че Гевара говорил о медицине не намного меньше, чем о революции. Но медицина – понятие узкое, а ему хотелось помогать человечеству широко, масштабно.

А ещё был случай

За эту долгую зиму мы со-
сучились по охоте, потому что
зимой на крупного зверя не хо-
дим. А вот с тёплыми весенними
днями на дичь водоплавающую
собрались почти всем ЦРБ-шным
«медицинско-охотничьим» кол-
лективом. Почти, потому что в
нашу сложившуюся за несколько
лет команду затесался один но-
вичок – молоденький лейтенант,
зять нашего Василича – Володя
Колосов.

Лейтенант немного волновался,
но важничал и всё рассказывал,
что он уже был на охоте на круп-
ного зверя. А тут, видите ли, утки
какие-то! Ерунда! Мелочь!

Разлив в этом году был силь-
ный. Из-за этого разлива к реке
близко не подойдёшь. А лодка на
шесть стволов одна, резиновая
лодка. Поэтому особенно никто
на неё и не претендовал. Ходили
вдоль кромки воды, пробирались
до камышей, в засаде сидели –
но никого! Куда подевались эти
ленивые утки? Где и чем, соб-
ственно говоря, они занимаются?
Почему не летают?

Решили сменить тактику: тех
охотников, что помоложе, поса-
дить в лодку – пусть поплавают
туда-сюда. Если с лодки не под-
стрелят – стрелять с такой лодки
несподручно – так хоть поднимут
дичь на крыло. А тут как раз в ка-
мышях мы, «матёрые» охотники!

Молодой лейтенант, конечно,
пытался отнекиваться, но нат-
кнулся на дружное сопротивление
команды из двух хирургов,
уролога, дерматовенеролога и
Василича.

В общем, лейтенант явно ока-
зался недоволен, но уже в лодке
гребёт и, наивный, надеется, что
добудет утку. А мы на берегу по-
тешаемся над этой «амбициозной
юностью»: куда ему попасть по
утке, он же у нас «по крупной
дичи»? Поднял-таки лейтенант
уток, и «отдуплетился», и в воду
кувыркнулся. А мы все – «спецы
по мелкой» – тоже подняли не-
вероятную пальбу. И вот закон
подлости – никто не попал, ни
один «матёрый специалист».
Опозорились перед «служивым»!

Утиная охота



Не надо было над лейтенантом
измываться...

В результате: добычи – ноль,
мокрый вояка зубами дробь от-
бивает. Значит, пора в сторожку,
к Василичу. На то мы и охотники,
что охотимся, когда нам охота!

Сейчас нам охота именно в
сторожку к Василичу – выпить,
что небо послало. И, конечно, чая
с мёдом. Мёд собственного «со-
чинения», пасека при сторожке.
А там и костерок, и шашлычок...
И ещё там байки всякие – охот-
ничьи, медицинские и «медицин-
ско-охотничьи»... Заслушаешься,
разомлеешь, раздобреешь...
И мокрый лейтенант присмирел,
про свою «крупную дичь» уже не

вспоминает, понимает теперь,
с какими крупными «зубрами» он
сегодня охотится!

Всё же он парень неплохой,
хотя и немного амбициозный.
А мы в его годы какие были? Да,
лейтенант неплохой, и охотник
из него со временем получится
толковый. Вон, в воду сам ку-
выркнулся, а ружьё не замочил!
Поэтому наливаем ему ещё одну
«сверх программы» и отправляем
ночевать на самое почётное мес-
то – на уютную русскую печь.
А все самые опытные и «матёрые»
устраиваются по-простому – на
полу возле печки.

Не дал нам этот лейтенант
поспать! Всё же он какой-то запо-

лошный! На рассвете тихонечко
спустился с печи – «до ветру», а
потом заскакивает в избу, орёт, за
ружьё хватается, по «почётным»
охотникам прыгает. «Медведь!»
– кричит. Всех перебудил. Очень
впечатлительный наш специалист
по «крупной дичи», теперь она
ему всюду и мерещится. Видать,
перебрал вечером с «сосудо-
расширяющими»... Ну какой тут
медведь! Тут до леса километра
три, ну что ему тут делать!

Пасека! Василич аж побелел
весь, выскакивает за беспор-
точным лейтенантом из избы
примерно в таком же виде. Че-
рез секунду – оба назад, ружья
похватили и к двери... По дороге
проснулись, сообразили, верну-
лись и ружья перезарядили пуля-
ми. Мы на всю эту суету сонно с
удивлением смотрим: «Ну какой
тут медведь, тут до леса...»

Бах! Ба-бах! Тут уж вся наша
нигилистически настроенная ко-
манда вмиг окончательно просну-
лась, ружья похватила и выска-
чила во двор – сами понимаете
в чём... Конечно, подштаниками
такую дичь не испугаешь, да и
наши ружья, заряженные мелкой
дробью, здесь ни к чему!

Но тут... и вправду медведь...
Настоящий медведь, только уже
неживой; лежит промеж двух
разорённых ульев. А лейтенант,
хоть он и «заполосный» и важ-
ный, а молодец. Не промахнулся.
Спас пасеку Василича!

Да, лейтенант действительно
молодец, хоть он не хирург, не
уролог и даже не дерматовене-
ролог. Он настоящий лейтенант,
спец «по крупной дичи»! Такая
вот выдалась нам утиная охота,
всю оставшуюся жизнь вспоми-
нать будем!

Любовь ДАВЫДЕНКО,
врач.

Москва.

Сокровенное

Рустам ГАРЕЕВ

Доктора

Пусть не боги они, но на них
Иногда тоже стоит молиться,
Кто живёт ради жизни других
И живёт большей частью
в больнице.

Если ночь, то короткая ночь –
Если день, то напротив больного.
Быть в семье, видеть сына и
дочь –

Для врача это стоит большого.

Доктора не живут один раз,
Много жизней они проживают
За секунду, минуту, за час
Вместе с тем, кому жизнь
возвращают.

Сверху смотрит на всех докторов
Один Бог, лишь в него они верят.
А вообще, у них много богов:
Панацея, Асклепий, Гигея.

Белоснежный халат и душа,
Ясный ум и ретивое сердце
Исцеляют, болезни круша,
Открывают к прозрению дверцу.
Не наврать никому, не солгать,
Не взвалить на врача слишком
много,

Если просто и кратко сказать:
Исцелять – это дело от Бога!

Когда больные спят

Волна дрейфует где-то
над домами.

Больные в это время крепко спят.
А мне с чего-то вздумалось

о маме,
С чего-то захотелось вдруг
назад.

Когда больные спят,
уже не спится.

Быть может, это с возрастом
пройдёт.

Но если с кем неладное случится,
Диспетчер, хоть и жалко,
позовёт.

И вновь давить по подворотням
лужи.

И вновь с постели тянет лишь
одно –

Что ты кому-то очень
сильно нужен,

Хоть ветер за дверями и темно.

ОБ АВТОРЕ. Р.Гареев – кан-
дидат медицинских наук, хирург,
врач высшей категории, работает
в больнице скорой помощи Уфы.

СКАНВОРД crossword puzzle grid with clues in Russian and a 15x15 letter grid.

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 – И.СТЕПАНОВА.
Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru
(отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,
БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва
Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М»
143405 Московская область
Красногорский район, г. Красногорск,
автодорога «Балтия», 23 км,
владение 1, дом 1.
Заказ № 17-03-00453
Тираж 23 907 экз.
Распространяется
по подписке
в Российской Федерации
и зарубежных странах.