

Медицинская

31 марта 2017 г.
пятница
№ 22 (7740)

Газета®

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

Работают мастера

В их руках — хрупкая жизнь

В Оренбурге выполнено уникальное внутриутробное переливание крови младенцу



Эти крохи за прозрачными стенками куветов ещё не умеют даже плакать, сосать грудь. Опутанные трубками и похожие на кукол, они вызывают смятение даже у своих мам. Но врачи отделения реанимации новорождённых воспринимают их стопроцентными пациентами.

На мониторе следящей аппаратуры регистрируются важные показатели жизни человека весом менее килограмма – насыщение крови кислородом, частота сердечных сокращений, артериальное давление, температура тела, частота дыхания, количество углекислого газа в выдыхаемом воздухе...

В Оренбургском областном перинатальном центре, полгода назад открытом на базе областной клинической

Анестезиолог-реаниматолог Диана Геворкян готовит малышку к переводу из реанимации

больницы № 2 в рамках федеральной программы, созданы все условия для полноценного выхаживания маловесных новорождённых. В помощь медикам – оборудование нового поколения и передовые технологии, позволяющие сберечь жизнь младенцев, пришедших в этот мир намного раньше положенного срока.

В этом году впервые выполнено уникальное внутриутробное вмешательство – переливание крови плоду при резус-конфликтной беременности. Для освоения этого высокотехнологического метода два врача прошли специальную подготовку в федеральном центре НИИ охраны материнства и младенчества Екатеринбурга.

– Менталитет рожениц в последнее время изменился, – говорит врач пренатальной диагностики, специалист высшей категории Альфия Сидорова. – Они хотят сохранить беременность даже в том случае, если у ребёнка есть порок. Чтобы довести малыша до жизнеспособного состояния, нужно вовремя вмешаться в процесс формирования заболевания. Поэтому мы проводим внутриутробную операцию.

Оренбуржье стало девятым регионом России, где внедрено высокотехнологичное внутриутробное вмешательство, которое помогло сохранить жизнь ребёнку.

(Окончание на стр. 2.)



Алексей ШАПОШНИКОВ,
председатель Московской
городской думы:

Для меня вполне очевидно, что вырезавители возвращать нужно.

Стр. 7



Владимир ВИШНЕВСКИЙ,
руководитель отделения хирургии
печени, желчных путей
и поджелудочной железы Института
хирургии им. А.В.Вишневецкого,
профессор:

И всё-таки не наличие денег, а наличие единомышленников было главным фактором развития гепатопанкреатобилиарной хирургии.

Стр. 10

Виктор ТУТЕЛЬЯН,
научный руководитель
Федерального исследовательского
центра питания, биотехнологии
и безопасности пищи,
академик РАН,
заслуженный деятель науки РФ:

Самый мощный, самый эффективный рычаг сохранения здоровья – это правильное питание.



Стр. 12

Начеку!

Статистика спасения

По сообщению Минздрава Краснодарского края, в 2016 г. бригады службы скорой медицинской помощи помогли спасти более 150 тыс. жизней кубанцев. Из всех выездов медиков за год 10% стали для пациентов действительно спасительными, судьбоносными. Ещё 1730 вылетов к нуждающимся пациентам совершили вертолётные бригады кубанской службы санавиации.

Министерство здравоохранения края продолжает развитие всех служб по оказанию медпомощи жителям Кубани. Одно из наиболее важных направлений – оказание экстренной медицинской помощи. Служба «скорой» ежедневно приходит на помощь жителям каждого населённого пункта. За её учреждениями и подразделениями закреплено 617 автомобилей, все они оснащены системой ГЛОНАСС.

Вертолётные бригады службы санавиации также готовы в кратчайшие сроки предоставить пациенту квалифицированную команду специалистов, в арсенале которой будет всё необходимое для транспортировки оборудования. Ежедневно на Кубани эти бригады доставляют больных, нуждающихся в срочной госпитализации, в краевые больницы. Вертолётные медицинские бригады регулярно выполняют рейсы с пострадавшими в ДТП и больными из отдалённых районов края в крупные больницы региона. Так, начиная с 2012 г. медицинскими авиабригадами спасено более тысячи жизней, из них 260 – в 2016 г. При этом около половины из общего количества доставленных вертолётными пациентами были транспортированы с использованием аппарата искусственной вентиляции лёгких.

Аревик ТАМРАЗЯН,
внешт. корр. «МГ».

Праздники

Рязань: хлеб-соль – фестивалю!

Минувший понедельник оказался отнюдь не тяжёлым для творческих делегаций студентов-медиков и медицинских работников, прибывших в Рязань на XII Всероссийский фестиваль искусств, организуемый Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов страны, Профсоюзом работников здравоохранения РФ и редакцией «Медицинской газеты».

За радостным настроением забылись дорожные хлопоты и тяготы, тем более – они остались позади, а потому уже с самого утра понедельника на сценических площадках Рязанского государственного медицинского уни-

верситета им. И.П.Павлова началось соперничество более чем 130 команд в театральном и вокальном конкурсах, показах театров моды и конкурсе чтецов.

Открытие фестиваля провели в главном концертном зале Есенинского края – зале Рязанской областной филармонии. И торжество получилось красочным, многоплановым. Среди большого количества официальных приветствий отметили напутственное слово ректора Рязанского ГМУ профессора Романа Калинина, который пожелал участникам (а их нынче собралось около тысячи) ярких выступлений, компе-

тентного жюри, доброжелательных зрителей и аплодисментов.

Затем на сцене выступили детские коллективы Рязани. Они радушно преподнесли старшим собратям по самодеятельному творчеству хлеб-соль...

Солисты, многократные лауреаты предыдущих фестивалей Георгий Вакулин (Тверь) и Антон Минаев (Рязань), финалистка телешоу «Голос» Элла Хрусталёва, вокалисты из Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета Андрей Кириллов и Эдуард Шалютин...

(Окончание на стр. 3.)

Новости

Весенний праздник

В колледже Омского государственного медицинского университета провели первое в тёплую пору нынешнего года праздничное мероприятие – весенний бал.

Это событие в специализированном среднем учебном заведении давно уже стало традиционным. В нём участвуют не только студенты медколледжа. На бал всегда приглашаются их сверстники из лётно-технического училища, автобронетанкового инженерного института, института водного транспорта и др. И они не просто приглашаются, а активно участвуют в бале, выступая с заранее подготовленными программами, в числе которых и целевые – классические и народные танцы. В перерывах между танцами проводятся разнообразные конкурсы, лотереи, игры.

Нынешний весенний бал, считают его организаторы, стал самым удачным из всех ему предшествующих. «Всем праздникам праздник!» – отмечают они, не сговариваясь.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Автопоезд «Здоровье» готовится к паводку

Созданный более 5 лет назад по инициативе губернатора Алтайского края Александра Карлина автопоезд «Здоровье», уже сейчас выезжает в регионы, которые в половодье могут оказаться отрезаны от большой земли.

Так, недавно врачи ведущих краевых медицинских учреждений работали на протяжении двух дней и осмотрели почти 230 человек.

«Состав автопоезда теперь формируется исходя из результатов массового скрининга на первом этапе, поэтому в населённый пункт приезжают именно те специалисты, которые востребованы в данной конкретной территории. Если пациент нуждается в дообследовании – он направляется в диагностический центр. При необходимости на третьем уровне происходит маршрутизация в профильное краевое лечебное учреждение», – пояснил главный врач Диагностического центра Владимир Захаров.

В результате осмотров более 30 пациентов с подозрением на ту или иную патологию направлены на дообследование по месту жительства, трое – в краевую больницу, одна из жительниц – на госпитализацию.

За 5 лет автопоезд «Здоровье» объехал около 1,5 тыс. населённых пунктов, на дообследование в краевые лечебные учреждения было направлено около 35 тыс. пациентов, на госпитализацию в краевые лечебные учреждения – более 4 тыс. человек.

Елена ОСТАПОВА.

Алтайский край.

Лучшие по мнению фонда ОМС

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга назвал лучшие ЛПУ по итогам работы в системе ОМС за прошлый год. Выбирало некоммерческое финансово-кредитное учреждение по 3 победителя в каждой из 7 номинаций: «детский стационар», «стационар для взрослых», «детская поликлиника», «поликлиника для взрослых», «родильный дом», «женская консультация» и «стоматологическая поликлиника». Верхние строчки в списках расставленных по «ранжиру» медицинских организаций заняли детская городская больница № 19 им. К.А.Раухфуса, городская больница № 40, детское поликлиническое отделение № 77 городской поликлиники № 111 Приморского района, городская поликлиника № 32 Петроградского района, родильный дом № 17, женская консультация № 44 Пушкинского района и стоматологическая поликлиника № 16 Адмиралтейского района.

Как сообщили «Медицинской газете» в территориальном фонде ОМС Санкт-Петербурга, специалисты оценивали деятельность учреждений с учётом рекомендаций Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в частности рассматривались показатели доступности и качества медицинской помощи, исполнение «дорожной карты» и эффективность реализации территориальной программы ОМС. Лучшим учреждениями здравоохранения, согласно сложившейся ежегодной традиции, были вручены почётные грамоты.

Одновременно территориальный фонд ОМС Санкт-Петербурга подвёл черту работе страховых медицинских организаций в 2016 г., назвав не только победителей, но и лауреатов конкурса по реализации социально значимых для петербуржцев проектов.

Владимир КЛЫШНИКОВ.

Санкт-Петербург.

Красота потребовала жертву

Трагедия произошла в Институте пластической хирургии и косметологии в Красносельском районе столицы.

Пациентка 48 лет почувствовала резкое ухудшение состояния здоровья на следующий день после пластической операции. Её незамедлительно поместили в реанимацию, однако спасти женщину не удалось. Несмотря на усилия врачей, она скончалась. По предварительным данным, пациентка умерла из-за нарушения работы сердечно-сосудистой системы.

Яна ГЛАЗКОВА.

Московская область.

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

Работают мастера

В их руках – хрупкая жизнь

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Внутриутробное переливание плоду универсальной, совместимой донорской крови, проведённое через пуповину под контролем УЗИ, потребовало высочайшей точности манипуляций. С помощью уникальных технологий медики продлили срок ожидания ребёнка, чтобы малыш появился на свет более зрелым и жизнеспособным. Позже женщина была родоразрешена путём кесарева сечения. Жизнь ребёнка сохранена, девочка растёт и развивается.

– На внедрении внутриутробной гемотрансфузии мы не будем останавливаться, – отмечает заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи Оренбургской областной клинической больницы № 2 Игорь Веккер. – Планируем развивать внутриутробную хирургию при врождённой патологии почек, мочевыводящих путей, лёгких.

Наталья ЧЕПУРГИНА,
внест. корр. «МГ».

Фото Олега РУКАВИЦЫНА.



Врач высшей категории Альфия Сидорова навещает маленькую Настю, которой было проведено внутриутробное переливание крови

События

Новые технологии на деле

С ними ознакомились в Чеченской Республике

Медицинская наука, конечно, не стоит на месте. Не обошла она и службу скорой помощи с заболеваниями. Именно этому и была посвящена V научно-практическая конференция «Актуальные вопросы внедрения инновационных технологий в практику скорой медицинской помощи», которая прошла на днях в Грозном.

В течение двух дней было заслушано более 30 докладов, посвящённых вопросам новых подходов в развитии службы экстренной медицинской помощи, состоялись лекции, проведены мастер-классы по применению портативных технических средств на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи. Кроме того, участники форума посетили ряд лечебных учреждений столицы Чеченской Республики, чтобы воочию убедиться, как всё это работает на деле.

Вот что сказал по этому поводу министр здравоохранения республики Эльхан Сулейманов: «Конференция такого масштаба у нас проводится впервые, и она имеет существенное значение: мы получили возможность узнать много нового и интересного о современных инновационных технологиях, внедрение которых поможет спасти десятки тысяч жизней».



Э.Сулейманову и С.Багненко было о чём поговорить

Со специалистами из НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского во главе с академиком РАН Моголи Хубутией достигнута договорённость о внедрении в Чеченской Республике ряда оперативных вмешательств, также обсуждались вопросы родственного донорства.

По итогам посещения участниками форума Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи им У.И.Ханбиева состоялась встреча Э.Сулейманова с гостями из северной столицы: ректором Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, главным специалистом по СМП Минздрава России, академиком РАН Сергеем Багненко.

Участники встречи обсуждали вопросы дальнейшего совершенствования служб экстренной медицинской помощи в республике, формирования стационарных отделений и улучшения уровня технического оснащения. В ходе встречи С.Багненко подчеркнул, что анализ деятельности лечебных учреждений Грозного позволяет сделать вывод о больших перспективах развития в республике всех 3 уровней медицинского обслуживания населения и особенно служб «скорой». По его мнению, на базе приёмного отделения республиканской клинической больницы можно создать современное стационарное отделение по оказанию экстренной помощи самым сложным больным, лишь усовершенствовав его. При этом С.Багненко считает, что оптимально будут загружены высокотехнологичное оборудование и специалисты, при этом Республиканская клиническая больница скорой помощи будет работать в обычном напряжённом ритме, развивая также и специализированную помощь. Участники пришли к выводу, что все эти технологии можно внедрить за 2-3 года.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Чеченская Республика.



Демонстрационный показ техники ССМП Грозного

Решения

В виде исключения...

Члены Совета Федерации РФ выступили с очередной инициативой. Так, сенаторы предложили закупать незарегистрированные в нашей стране лекарства для пациентов, которым они жизненно необходимы, за счёт бюджета. Соответствующий проект закона планируется внести в Государственную Думу РФ в течение весенней сессии.

По словам одного из авторов законопроекта, члена верхней палаты российского парламента по социальной политике Владимира Круглого, выделять деньги на закупку этих препаратов будет либо федеральный, либо региональные бюджеты. Пока пациенты вынуж-

дены покупать такие лекарства за свои средства.

«На то, чтобы собрать на препарат деньги через благотворительный фонд, может уйти и полгода, и год. А речь, напомню, идёт о препарате, который необходим человеку по жизненно важным показаниям», – пояснил В.Круглый, добавив, что формировать список лекарств, закупаемых по новой схеме, будет федеральный Минздрав.

Министерство здравоохранения РФ, что характерно, уже разработало механизм оформления разрешения на ввоз в страну конкретной партии незарегистрированных лекарств для каждого конкретного пациента, однако у россиян возникают трудности с

поиском компаний, которые могут привезти лекарства в страну. В некоторых российских регионах таких компаний нет. Альтернативные варианты оформления заказа в виде интернет-аптек или международных почтовых служб запрещены. Единственный вариант для таких пациентов – самостоятельно привозить необходимые лекарства из-за границы.

В связи с этим депутат Госдумы Ольга Епифанова направила главе Минздрава России Веронике Скворцовой письмо с просьбой привлечь российских фармдистрибуторов к закупке и ввозу в РФ незарегистрированных лекарств по просьбе тяжело больных пациентов на основании выданных высшим отраслевым ведомством разрешений.

Матвей ШЕВЛЯГИН,
МИА Сіто!

Начало

В тестовом режиме

С 1 марта в тестовом режиме заработала информационно-аналитическая система мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных средств для обеспечения государственных и муниципальных нужд, разработанная государственной корпорацией «Ростех» совместно с Минздравом России и Росздравнадзором.

Как сообщает пресс-служба Минздрава, данная система создана с целью контроля закупочных цен на лекарственные средства на госторгах. Пользователями системы станут государственные и муниципальные органы, организации, осуществляющие закупки, а также уполномоченные органы, контролирующие данную сферу.

Система должна позволить не только унифицировать расчёты максимальных закупочных цен на лекарства, но и автоматически контролировать случаи их превышения. Внедрение её также

обеспечит унификацию самого описания объекта закупки – лекарственного препарата – внутри типового контракта, что будет способствовать рационализации закупок лекарств.

Принципиально важно, что внедрение системы приведёт к тому, что уже в 2018 г., по прогнозам экспертов, разброс закупочных цен вокруг средневзвешенных рыночных цен существенно сократится. Это позволит высвободить дополнительные бюджетные ресурсы для увеличения охвата населения жизненно необходимыми лекарственными препаратами.

Минздравом России совместно с государственной корпорацией «Ростех» и заинтересованными федеральными органами исполнительной власти проведены тестовые испытания работоспособности информационно-аналитической системы и её взаимодействия с единой информационной системой в сфере закупок. Кроме того, разработан единый структуриро-

ванный справочник-классификатор лекарственных препаратов для медицинского применения.

В период тестовой эксплуатации информационно-аналитической системы в первом полугодии 2017 г. будет проводиться отработка механизмов взаимодействия участников процесса закупки лекарственных препаратов, наполнение информационно-аналитической системы данными о заключённых и исполненных контрактах из единой информационной системы в сфере закупок участниками закупок лекарственных препаратов, апробация методики расчёта средневзвешенной цены накупаемые лекарственные препараты и доработка обеспечивающих информационных ресурсов.

Информационно-аналитическая система будет запущена в промышленную эксплуатацию в соответствии с поручением Президента РФ уже с 1 января 2018 г.

Соб. инф.

Профилактика

Отсрочить жизнь в темноте

В Москве есть место, где каждый может представить себе, каково самостоятельно принимать пищу незрячему человеку. В полной темноте даже абсолютно здоровых людей охватывает чувство растерянности и беспомощности.

А участникам образовательного семинара, приуроченного к Всемирной неделе борьбы с глаукомой, было предложено посмотреть на мир глазами страдающего этим недугом. Для этого им выдали специальные очки, имитирующие дефект зрения. Ощущение оказалось не самым приятным.

Как объяснил собравшимся ведущий кафедрой офтальмологии им. А.П.Нестерова и ЦНИИ глаукомы и дистрофических заболеваний глаза Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, президент Российского глаукомного общества, доктор медицинских наук, профессор Евгений Егоров, глаукома – это хроническое прогрессирующее заболевание глаз, в результате которого пациент полностью или частично теряет зрение из-за постоянного или периодиче-

ского повышения внутриглазного давления. При этом важную роль играет также состояние сосудов, свойства оболочек глазного яблока и другие факторы. В результате происходит гибель нервных клеток внутренней поверхности оболочки глаза, формирующих зрительный нерв.

Усугубляет ситуацию то, что заболевание протекает бессимптомно, не вызывает жалоб и обычно выявляется случайно при обследовании у офтальмолога.

Лечение глаукомы направлено на замедление прогрессирования заболевания, но полное возвращение потерянного зрения в настоящее время невозможно. Поэтому важно как можно раньше выявить заболевание и начать лечение.

По словам Е.Егорова, это как раз и является одной из самых серьёзных проблем. Рост числа новых случаев связан именно с поздней диагностикой. Если раньше каждый человек старше 40 лет должен был раз в два года измерять внутриглазное давление, то сейчас в стране этого требования нет (а самосознание у нас пока далеко не на должном уровне!), поэтому 60-80% случаев глаукомы диагностируется на поздних стадиях.

Беспокоит специалистов и то, что в России до сих пор не существует специальных федеральных программ по борьбе с заболеваниями органов зрения. Её разработкой сейчас занимаются члены Российского глаукомного общества.

«Лечение глаукомы носит пожизненный характер, но сегодня у пациента есть возможность сохранять зрение, а значит, независимость и социальную активность на протяжении многих лет, – говорит начальник офтальмологического отделения Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка Министерства обороны РФ, профессор кафедры офтальмологии им. А.П.Нестерова РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Александр Куроедов. – Нынешний уровень диагностики в сочетании с наличием эффективных медикаментозных препаратов и хирургических методик для лечения заболевания позволяют говорить о глаукоме как диагнозе, но не приговоре».

Одним из значимых аспектов при этом является приверженность лечению. Если её нет, какие бы современные препараты ни назначались, эффекта не будет. Это подчеркнул в своём выступлении участник семинара доктор Кришнан Раманатан. Поэтому столь ценен опыт работы созданных в последние годы в России специализированных глаукомных школ.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Праздники

Рязань: хлеб-соль – фестивалю!



(Окончание. Начало на стр. 1.)

Ну, и какая же Рязань без десантников! Для благодарной аудитории пел знаменитый ансамбль «Крылатая пехота»...

Затем проходили конкурсы оригинального жанра, вокальный и инструментальный, далее начнётся хореографический, потом будут состязаться вокально-инструментальные ансамбли,

продолжатся хореографический и инструментальный конкурсы. Гостей фестиваля ожидает день экскурсий по старинному городу и репетиций к параду закрытия... Победителей творческого форума медицинской отрасли страны ждут награды и Гала-концерт лауреатов...

Владимир КОРОЛЁВ,
Александр ХУДАСОВ (фото),
специальные корреспонденты «МГ».

Инициатива

«Уличный» тест на ВИЧ



В Кемерово стартовала первая «уличная» акция добровольного тестирования на ВИЧ.

Сдать экспресс-тесты и в течение 15 минут узнать их результат горожане и гости города могут, обратившись на передвижной пункт Кемеровского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Каждый четверг в течение марта – апреля он принимает всех желающих на «бойкой» площади между центральным универсамом города и стадионом «Химик» – бесплатно, а по желанию граждан ещё и анонимно. Здесь же специалисты центра проводят с ними до- и послетестовое консультирование и отвечают на любые вопросы по теме ВИЧ/СПИДа.

Акция потихоньку набирает обороты: если в первый четверг

экспресс-тест прошли только 12 человек, то через неделю – уже 34.

В настоящее время кузбассовцы, живущие с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, составляют 1,5% всего населения Кемеровской области. Однако специалисты напоминают, что официально зарегистрированные случаи отражают лишь часть реального количества таких людей. Сегодня в эпидпроцесс вовлечены все социальные и возрастные группы населения. Больше всего ВИЧ-положительных граждан зарегистрировано среди лиц трудоспособного возраста 15-49 лет (на их долю приходится 91% от всех выявленных в Кузбассе случаев заболевания).

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

В Российской академии наук прошёл III Всероссийский эндокринологический конгресс с международным участием «Инновационные технологии в эндокринологии».

В работе конгресса приняли участие 3,6 тыс. участников и 4 тыс. заочных слушателей. В эти дни обсуждались последние достижения в области эндокринологии, были продемонстрированы новейшие методы диагностики и лечения эндокринных заболеваний. Ведущие отечественные и зарубежные эксперты провели тематические пленарные лекции, симпозиумы, научно-практические школы и мастер-классы, на которых разбирали сложные клинические случаи.

Профилактику – на первое место

На открытии конгресса с приветственной речью выступил президент Российской ассоциации эндокринологов академик РАН И.Дедов. В качестве приоритетных задач на ближайшие годы он назвал профилактику осложнений сахарного диабета, болезни щитовидной железы, вызванных дефицитом йода, и детской эндокринной патологии. Академик рассказал о широком внедрении предимплантационной диагностики, позволяющей исключить у эмбриона генетические заболевания.

В рамках конгресса была проведена акция по ранней диагностике одного из самых распространённых заболеваний эндокринной системы – гиперпаратиреоза: специалисты Центра патологии околощитовидных желёз Эндокринологического научного центра определяли уровень кальция в крови у всех желающих за одну минуту. Скрининг был проведён среди двухсот желающих: по результатам исследований, у 2% обследованных была выявлена гиперкальциемия. С помощью акции врачи ЭНЦ хотели привлечь внимание врачей и органов здравоохранения к необходимости включения анализа на

Деловые встречи

Всё лучшее – в практику

Это наглядно демонстрируют эндокринологи

кальций в общетерапевтический биохимический анализ крови. Обычный россиянин в течение жизни ни разу не определяет уровень кальция в крови, даже если проходит ежегодные диспансеризации. А между тем именно этот недорогой анализ позволяет уже на ранних этапах ещё до развития клинических осложнений выявить биохимические нарушения в 90% случаев. Ранее выявление первичного гиперпаратиреоза позволяет предотвратить тяжёлые нарушения почек, костей, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и сэкономить огромные средства в бюджете страны, а пациентам как можно дольше сохранить здоровье.

В три раза дешевле

Детская эндокринология являлась одной из центральных тем

эндокринологии ЭНЦ, показали, что заместительная терапия гормоном роста обходится государству в три раза дешевле, чем пожизненное социальное обеспечение инвалидов с маленьким ростом и составляет 437,5 тыс. руб. против 1228,6 тыс. руб. Важно, что лечение в РФ обойдётся почти в 12 раз дешевле, чем аналогичная терапия в Европе. «Все дети без исключения в любом уголке нашей страны бесплатно получают высококачественный гормон роста отечественного производства», – напомнила академик В.Петеркова.

Йодирование соли – на государственный уровень

Несколько заседаний конгресса были посвящены заболеваниям, связанным с дефицитом йода. Закон о повсеместном

йодировании соли, принятие которого в РФ эндокринологи добиваются уже более 10 лет, позволил 110 странам значительно или полностью сократить количество заболеваний щитовидной железы. Специалисты ЭНЦ ведут активную работу в данном направлении, ведь причиной 65% случаев заболеваний

ведь основная причина смертности пациентов с диабетом 2-го типа – это сердечно-сосудистые заболевания, в первую очередь инфаркты и инсульты.

«Сегодня мы имеем в наличии уникальное лечение, которое одновременно воздействует и на диабет, снижая сахар крови, и на сердечно-сосудистую пато-

логию, уменьшая смертность», – прокомментировала ситуацию с лекарственным обеспечением таких пациентов директор Института диабета ЭНЦ академик РАН М.Шестакова.

Программа конгресса была составлена таким образом, что выступления учёных вызвали интерес специалистов различных областей: взрослых и детских эндокринологов, хирургов, нейрохирургов, педиатров, нефрологов, гинекологов, урологов, андрологов, офтальмологов, травматологов, ортопедов и др. В работе конгресса приняли участие врачи и учёные со всего мира – Италии, Австрии, Германии, Японии, Израиля, Великобритании, Швейцарии, Бельгии, Белоруссии.

Подготовила
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Москва.

Далекое-близкое

В городе, носящем имя первого космонавта планеты Юрия Гагарина, завершили свою работу традиционные, уже 44-е Гагаринские международные общественно-научные чтения, посвящённые 83-й годовщине со дня рождения любимца всей Земли.

Чтения продолжались 4 дня, в них приняли участие делегации Звёздного городка, ракетно-космической корпорации «Энергия»



Вспомнили, каким он парнем был...

Медики продолжают получать уроки первого космического полёта

им. С.П.Королёва, конструкторского бюро «Салют» Государственного космического научно-производственного центра им. М.В.Хруничева и ещё 20 научно-исследовательских институтов, центров и музеев, занимающихся развитием и историей космонавтики, а также представители 28 городов России и Белоруссии.

Медицинские векторы науки в космической отрасли на чтениях представляли учёные из Института медико-биологических проблем РАН, Федерального медицинского биофизического центра им. А.И.Бурназяна, Научно-ис-



следовательского испытательного центра авиационно-космической медицины и военной эргономики центрального НИИ ВКС Минобороны РФ и НИИ экспериментальной биологии и медицины Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко.

Как сообщил корреспонденту «Медицинской газеты» председатель оргкомитета чтений дважды Герой Советского Союза лётчик-космонавт СССР Алексей Леонов,

в ходе форума было сделано 103 доклада и сообщения, 17 стендовых докладов, состоялся телемост Гагарин – США. А молодые представители центра подготовки космонавтов, ещё только готовящиеся к работе на орбите, посетили дом-музей семьи Гагариных в деревне Клушино, где, конечно же, (добрая примета перед полётом!) испили воды из колодца, стоящего во дворе дома-музея.

В Музее первого полёта состоялось подписание межре-



гионального договора между департаментами по культуре и туризму Калужской и Смоленской областей о включении города Гагарина и Гагаринского района в туристический кластер «Россия – родина космонавтики». Ранее в этот проект, разработанный калужанами, вошли Москва, Санкт-Петербург и Ярославль.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленская область.

Фото автора.

Помимо прочего, «Медицинская газета» постоянно публикует материалы, посвященные формированию здорового образа жизни. Как показывает опыт, именно эта тема наиболее злободневна и вызывает отклик у читателей. Подтверждение тому – письмо от нашей читательницы Веры КОРНИЕНКО, заместителя редактора газеты «Майкопские ведомости». Вот что она рассказывает:

– Я человек, далёкий от медицины, однако с недавних пор читаю «МГ» регулярно и на её страницах нахожу для себя немало полезного и интересного. В первую очередь это касается темы ЗОЖ и превентивной медицины.

С большим интересом прочла в одном из последних выпусков («МГ» № 13 от 22.02.2017) интервью с профессором кафедры диетологии и нутрициологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, доктором медицинских наук, заслуженным деятелем науки РФ, заслуженным врачом РФ Валерием Максимовым. Его взгляды на процессы старения человека, правильное питание, применение методов разгрузочно-диетической терапии (РДТ) в оздоровлении, а также перспективы развития данного направления очень актуальны. А предложение включить РДТ в страховую медицину – просто революционно.

Умение и, главное, желание разумно поддерживать жизнеспособность организма, не дожидаясь пока эта дарованная природой совершенная система начнёт давать сбои, – это то, о чём сегодня нужно говорить. Говорить везде и всюду. Невероятно важно пробудить у человека желание быть здоровым.

Главное на этом пути – активно использовать существующий опыт. К примеру, почему бы не обратить внимание на Финляндию, десятки лет на государственном уровне внедряющую здоровый образ жизни повсеместно в различных сферах. Но если до такого развития событий нам ещё нужно дорасти, то можно использовать наработки энтузиастов в различных регионах России. И ведь действительно, как отмечает профессор В.Максимов, в нашей стране накоплен опыт, аналогов

Продолжаем разговор

Пробудите желание быть здоровым!

Это можно, если взяться всем сообща

которому в мире нет. Вот только один пример.

Мне повезло. Судьба и профессия свели меня с доктором Юрием Даутовым – основателем уже много лет успешно функционирующей в Адыгее специализированной клиники лечебного голодания и оздоровительного питания, известной ещё как Народная академия доктора Даутова. Да-да, именно академия, потому что то, что пациенты получают в этом медицинском учреждении, отнюдь не ограничивается сведениями о правильном питании и возможностью потерять несколько лишних килограммов. Учение доктора Даутова – это целая философия, приняв которую можно изменить не только свой образ жизни, но и образ мышления.

Для справки: клиника функционирует с 1983 г. Известный профессор Юрий Николаев, впервые в 1948 г. применивший лечебное голодание при лечении больных шизофренией, читал лекции майкопским врачам. Семья Николаевых жила некоторое время в пригороде Майкопа – станице Ханской.

В своей книге «Голод не тётка, а мать родная, или Как оздоравливает сама природа» Юрий Сергеевич писал: «Воспоминания уносят меня к годам нашей юности. Я вижу Майкоп – провинциальный городок на Северном Кавказе, благоухающий весной от цветения вишен, акации, каштанов и абрикосов. Вижу одноэтажные и двухэтажные домики, окружённые фруктовыми садами, улицы, затённые летом разросшимися акациями. Слышу скрип арб, нагруженных корзинами яблок, слив, винограда, говор торгующих около груды помидоров, шум городского базара. Зимой за плотными ставнями рано зажигались лампы. В этот час в наших домах обсуждались многие

интересные проблемы. В частности, идеи лечебного голодания».

Позднее профессор Ю.Николаев неоднократно приезжал в Майкоп, чтобы посетить могилу отца, и непременно находил время для встреч с местными врачами. «Каждый приезд Юрия Сергеевича, – вспоминает Ю.Даутов, – был для нас событием. Встречались втроём – я, врач Ф.Тешев и Юрий Сергеевич, обсуждали вопросы внедрения лечебного голодания. Это было начало использования РДТ в Адыгее».

Впоследствии все эти события привели к созданию клиники оздоровительного питания. Юрий Николаев периодически бывал здесь, чтобы посмотреть, как развивается учреждение «в нашей родной Адыгее», обсуждал с Юрием Даутовым проблемы и перспективы развития центра РДТ. На сегодняшний день на базе клиники прошли оздоровление более 20 тыс. пациентов, здесь работают 3 доктора медицинских наук, по материалам клиники защищены 2 докторские диссертации и 6 кандидатских.

Лечебное голодание занимает важное место в программе центра. Поэтому вышеупомянутое интервью с профессором В.Максимовым анализировали всем коллективом, высоко оценив мнение одного из старейших сподвижников РДТ. Это программное направление для фундаментального (малозатратного) оздоровления населения России, считает Ю.Даутов. Кстати, насколько мне известно, Юрий Юнусович, будучи директором Майкопского мединститута, включил в региональный компонент программу о ЗОЖ, которую теперь изучают наши студенты.

Пишу это, не руководствуясь желанием приукрасить и прокламировать, нет. Из чистого любопытства походила на лекции

Юрия Юнусовича. Коротко скажу, что для себя почерпнула много интересного в плане здоровья. Но главное, что меня заинтересовало как журналиста, – это трансформация восприятия людьми получаемой информации – от занятия к занятию, от беседы к беседе, от начала курса к финалу.

Прислушиваясь к разговорам знакомящихся между собой пациентов, старалась понять, что движет ими, приезжающими в Адыгею из разных регионов страны, стран СНГ и даже из-за рубежа. Многие из тех, кого я там увидела, посещали центр во второй, третий, пятый раз, иногда целыми семьями... Одна пациентка, не поверите, приезжает в клинику 20 лет подряд каждый год! А ведь как абсолютно верно заметила в материале о превентивной медицине «Осмысливая новое» («МГ» № 11 от 15.02.2017) профессор доктор медицинских наук Альбина Симонова, человек не пойдёт в коммерческую клинику, если его плохо лечат. Но люди едут к Ю.Даутову не только за тем, чтобы поправить своё физическое здоровье или похудеть на 5-10 кг. Это душевная потребность! Человек хочет быть здоров – и физически, и духовно. Хочет, чтобы его этому научили. Хочет побыть в окружении единомышленников, в окружении тех, кто даст ему понять: «Ты нужен. Ты важен. Ты любим. Ты должен любить – и себя, и тех, кто тебя окружает. Это должно стать твоей потребностью. Ты должен быть здоров. Должен прежде всего самому себе»...

Доктору Ю.Даутову удаётся общаться со своими пациентами именно на этом уровне. Надо сказать, что Юрий Юнусович как раз из числа тех врачей, которые готовы делиться своими познаниями в области ЗОЖ. И не просто готовы – это их духовная потребность. В результате на-

шего общения родилась серия материалов, направленных на мотивацию населения к здоровому образу жизни, которые были опубликованы в нескольких местных изданиях. И, работая с материалами, предоставленными доктором Ю.Даутовым, особенно с теми, которые обобщают опыт по проекту «Северная Карелия», я то и дело возвращалась к мысли: почему мы сегодня не можем воспользоваться этими наработками? Хотя бы для начала в рамках отдельно взятого региона. А впоследствии это естественно – мы волнами распространится на близлежащие территории.

Смена подхода просто необходима. Как говорилось в вышеупомянутой статье «Осмысливая новое», пора переходить от пассивно-потребительского к активно-вовлечённому пациенту. Но такого пациента нужно воспитать. Кстати говоря, в Майкопе существует клуб здорового образа жизни «Родник», и в этом году он отмечает 30-летие. А образовался он спонтанно. И опять же благодаря клинике доктора Ю.Даутова. Просто пациенты, а правильнее было бы сказать его ученики, по окончании курса поняли, что жить по-другому уже не хотят. Сегодня самому возрастному участнику клуба перевалило за 90. С детьми, внуками и такими же поборниками здорового образа жизни они каждое воскресенье, в любую погоду отправляются в пешие походы. Даже через горы к морю ходили. Разве это не яркий пример действенности методики и правильности выбранного направления?

Подытоживая всё вышеизложенное, хотелось бы сказать, что меня наверняка поддержат коллеги из других регионов, которые готовы оказывать информационную поддержку аналогичным проектам, тиражировать позитивный опыт и тем самым вносить посильный вклад в формирование здорового образа жизни в нашей стране.

Майкоп,
Адыгея.

ОТ РЕДАКЦИИ. К продолжению разговора на затронутую актуальную тему мы приглашаем как врачей, так и представителей министерств, ведомств, общественных и благотворительных организаций, и, конечно же, безразличных коллег-журналистов. Ждём ваших откликов!

Наши коллеги

На днях молодой мужчина Денис Степанов отметит четвёртую годовщину начала своей второй жизни, которую в 2013 г. ему подарил врач скорой помощи. Жизни, когда появилась семья – жена и сын Матвей.

...Так случилось, что найти и отблагодарить врача за спасение Денис смог недавно. Встретившись, они крепко обнялись и сели друг напротив друга. Медику было радостно видеть своего пациента в добром здравии, им было о чём поговорить, что вспомнить. Четыре года назад врач общепрофильной бригады скорой помощи Владимир Удалов заставил остановившееся сердце Дениса заработать снова.

«В тот день на работе я почувствовал себя плохо, но не придавал этому значения, списав всё на недосып, – начал рассказывать Д.Степанов. – Отправившись на машине по делам, с трудом вернулся обратно на работу. Сначала у меня онемела рука, затем стало тяжело дышать. А что было дальше – не помню».

Сердце забилось ВНОВЬ... Закономерная история чудесного спасения



Д.Степанов (справа) сфотографировался на память со своим спасителем В.Удаловым

В архиве Тюменской областной станции скорой медицинской помощи до сих пор хранится электронная карта вызова. В ней отмечено, что звонок по поводу боли в сердце у 23-летнего мужчины поступил на пульт диспетчера скорой в 9:27 утра. До прибытия бригады фельдшер медпункта железнодорожного вокзала в течение 15 минут оказывал первую помощь потерпевшему сознание пациенту. «Диагноз для такого молодого возраста был неутешительным – острый инфаркт миокарда, а чуть позже проблема стала намного серьезнее – пациент впал в состояние клинической смерти. Началась долгая борьба за жизнь», – вспоминает В.Удалов.

Пытаясь выдернуть пациента у смерти, врач В.Удалов постоянно с ним говорил: «Я прошу мужчину помочь мне его спасти.

Реанимация длилась 20 минут, мы сделали всё, что от нас зависит. Проводили искусственную вентиляцию лёгких, непрямой массаж сердца, дефибрилляцию. У нас был шанс, и мы его не упустили. В областную клинику пациента в стабильном тяжёлом состоянии».

Степанов пролежал в коме 21 день. Когда он пришёл в сознание, то не мог говорить, не узнавал родственников, был прикован к постели. «В больнице я провёл 2 месяца, ещё полгода восстанавливался в родительском доме. Память возвращалась постепенно. Я заново учился ходить, читать, писать», – говорит Денис.

За 14 лет в профессии у врача В.Удалова была не одна успешная реанимация. Но, по его мнению, этот случай – уникальный. Пациент восстановился и вернулся к полноценной жизни после длительной реанимации и комы.

Ирина БЕРДЮГИНА,
сотрудник областной станции скорой
медицинской помощи.

Тюмень.

В ходе него руководство ФОМС, члены Совета Федерации, депутаты Государственной Думы РФ, представители Минздрава России и крупнейших страховых медицинских организаций ознакомились с подготовкой и работой страховых представителей компании «СОГАЗ-Мед».

Заместитель председателя Федерального фонда ОМС Елена Сучкова, открывая заседание, констатировала, что внедрение института страховых представителей началось в июле 2016 г. в рамках реализации поручений Президента и Правительства РФ по формированию пациентоориентированной модели здравоохранения. «Это новый шаг на пути расширения полномочий страховых медицинских компаний (СМО) и приближение их к застрахованным лицам», – подчеркнула она. С января 2017 г. стартовала реализация второго этапа – в работу включились страховые поверенные 2-го уровня, напомнила в своём вступительном слове Е.Сучкова.

Относительно функционала работы этого института дала пояснения начальник Управления организации ОМС ФОМС Светлана Кравчук. Она отметила, что специалисты 1-го уровня – это работники контакт-центров, которые дают застрахованным первичную информацию: о получении полисов, о графиках работы медицинских организаций, о профиле оказания помощи в различных клиниках и тому подобное. «Для устранения проблем в организации медицинской помощи включается специалист 2-го уровня, который имеет медицинское образование», – уточнила она.

Заместитель руководителя ФОМС Е.Сучкова заметила, что каждая СМО имеет свои особенности при подготовке страховых представителей и при дальнейшем выстраивании работы этих специалистов. «Первое выездное заседание ФОМС прошло в страховой компании РОСНО, сегодня есть возможность по-

ОМС: реальность и перспективы

Больше, чем информирование

Очередное выездное заседание по внедрению института страховых представителей провело руководство ФОМС

знакомиться с работой СОГАЗ», – сказала она, предоставляя слово генеральному директору компании Дмитрию Толстову.

«Приоритетными задачами нашей деятельности являются создание и оптимизация синергии между нашей компанией и медицинскими организациями, а также активная работа по развитию института страховых представителей», – заверил глава «СОГАЗ-Мед».

По данным руководителя корпоративного учебного центра «СОГАЗ-Мед» Валерия Дударева, для работы с застрахованными компания постоянно увеличивает численность страховых представителей. По состоянию на март 2017 г. подготовлено 764 страховых представителей 1-го уровня и 417 – 2-го. Кроме того, компанией проводятся бесплатные тренинги для медицинских работников почты в половине регионов страны, что позволяет повысить эффективность работы регистратур, устранить некорректное отношение к пациентам и снизить конфликтность. Если до проведения тренингов на работников медрегистратур поступало порядка 7-9 жалоб в месяц, то после – максимум одна, заверил В.Дударев участников совещания.

«Что касается результатов деятельности участия работы СМО по профилактике неинфекционных заболеваний, то в нашей компании в 2017 г. 4,5 млн застрахованных должны пройти диспансеризацию. По состоянию на текущую дату уже охвачено индивидуальным информированием около миллиона застрахованных. По оперативным данным, примерно 40-50% от числа приглашённых уже прошли диспансеризацию. Если сравнивать объёмы прошед-

ших диспансеризацию в январе-феврале 2017 г. с аналогичным периодом 2016 г., то эта численность увеличилась в среднем на 14%. Сейчас мы повсеместно налаживаем обратную связь с медицинскими организациями, чтобы вовремя иметь информацию о результате нашего информирования и оперативно на неё реагировать», – сказала исполнительный директор по экспертизе и защите прав застрахованных компании «СОГАЗ-Мед» Татьяна Серебрякова.

«Мы проанализировали ход диспансеризации: охват населения в январе 2017 г. вырос на 13% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года», – обобщила данные начальник Управления организации ОМС С.Кравчук, добавив, что это важный показатель работы страховых представителей, которые как индивидуально, так и публично ведут активную работу с населением.

Член Комитета Совета Федерации по социальной политике Владимир Круглый поблагодарил за постановление на диспансерное наблюдение больных с острым коронарным синдромом миокарда и инсульта. Но призвал к взаимодействию страховых представителей 2-го уровня и медицинских организаций при постановке на аналогичное наблюдение пациентов с артериальной гипертензией. «Если больных с инсультами и инфарктами порядка 600 тыс. в год, то больных с артериальной гипертензией – 42 млн. Из них на диспансерное наблюдение примерно 30% – это видно через механизм выписки льготных препаратов», – сказал сенатор.

Показатели результативности взаимодействия медорганизаций

со страховщиками подтвердили в ходе онлайн-включения главные врачи больниц Ярославской области и Республики Башкортостан. Они отмечали и необходимость проводимых тренингов с персоналом, и высвобождение времени медиков за счёт подключения к процессу организации диспансерного осмотра и пропаганды здорового образа жизни страховых представителей.

«Если ранее информирование проводилось силами самих медицинских организаций, которые и без того зачастую испытывают финансовый дефицит, то теперь накладные расходы по изготовлению информационных материалов, организации смс-оповещения или почтовой рассылки взяли на себя СМО. С внедрением этой новации появилось больше возможностей для индивидуального оповещения пациентов», – подтвердила заместитель председателя ФОМС Е.Сучкова.

Со своей стороны заместитель генерального директора «СОГАЗ-Мед» Сергей Плехов добавил, что за невыполнение обязанностей по информированию граждан о диспансеризации в отношении СМО применяются штрафные санкции – 3 тыс. руб. за каждый выявленный случай. «Поэтому мы стараемся не просто обеспечить информирование, но даже несколько раз оповестить застрахованного, чтобы был результат – чтобы человек пришёл на диспансеризацию», – заверил он.

Также он заметил, что благодаря функционированию института страховых поверенных выполняется поручение Президента РФ по повышению качества работы СМО, по защите прав застрахованных, в том числе через широкое информирование о ви-

дах и условиях предоставления медицинской помощи.

«Мы видим в этом направлении большие возможности для наращивания позитивного сотрудничества в интересах застрахованных с медицинскими организациями и с органами управления здравоохранения. Здесь у нас с медицинскими работниками полностью совпали интересы и задачи», – резюмировал С.Плехов.

Член Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Юрий Кобзев заявил о значимости профилактической работы страховых представителей, заметив, что «чем меньше застрахованный болеет, тем это выгоднее страховщику». Ещё один представитель думского Комитета по охране здоровья Нина Черняева выделила необходимость взаимодействия всех структур – и государственных, и коммерческих – в целях обеспечения граждан квалифицированной медицинской помощью, ориентации здравоохранения на профилактику и оздоровление нации.

Завершая выездное заседание, заместитель председателя ФОМС Елена Сучкова подчеркнула важность такого формата взаимодействия – для получения обратной связи, для объективной оценки эффективности предпринимаемых шагов, для обмена опытом по защите прав застрахованных граждан.

В ходе мероприятия участники заседания посетили контакт-центр и познакомились с организацией работы страховых представителей компании.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Перемены

Космический размах, уникальные технологии, отсутствие аналогов вплоть до Урала – такими понятиями характеризуют новое лечебное учреждение, которое появилось на карте Амурской области. В церемонии открытия поликлиники Федерального медико-биологического агентства приняли участие вице-премьер российского правительства Дмитрий Rogozin, глава Роскосмоса Игорь Комаров, губернатор Приамурья Александр Козлов. Территориально и административно учреждение находится в городе Циолковском, однако по просьбе главы Приамурья космическая медпомощь будет доступна всем амурчанам.

Поликлиники ФМБА – это многопрофильное медицинское учреждение, которое ориентируется как на взрослое население, так и на детей. Оно укомплектовано мощным диагностическим оборудованием, некоторые экземпляры которого являются единственными на территории от Урала до Владивостока.

– Благодаря данному оборудованию можно выявлять онкологию на начальных стадиях. Также имеется полномасштабный травматологический комплекс, укомплектованные по последнему слову техники стоматологическое и хирургическое отделения и т.д. Отделение дневного стационара соответствует европейским стан-

Космическая медицина стала доступна

Она ориентируется на взрослых и детей



В ходе торжественного открытия центра

дартам, – поделился руководитель ФМБА Владимир Уйба. – Могут сказать, что таким образом введена в эксплуатацию первая очередь целого комплекса медико-санитарной части для космодрома «Восточный».

В ходе открытия поликлиники Д.Рогозин пообщался с медицинским персоналом. Сегодня костяк коллектива составляют специалисты из лечебных учреждений бывшего Углегорска. Однако уже сейчас ощущается приток молодых

врачей из других регионов страны и выпускников Амурской государственной медицинской академии.

Как отмечают в руководстве ФМБА, в поликлинике ведут приём 20 специалистов по 16 врачебным специальностям, в том числе кардиолог, травматолог-ортопед, оториноларинголог, офтальмолог и другие.

В рентгенологическом кабинете работает телеуправляемая цифровая рентгенологическая система «Омега». Она позволяет проводить рентгенографию и рентгеноскопию в объёмном 3D-изображении. Маммограф выявляет патологии молочных желёз у женщин и в первую очередь онкопатологию за счёт изменения сосудистого рисунка. Аппарат в отделении лучевой диагностики обладает редкими характеристиками: он может проводить ангиографию всех сосудов человеческого организма. Благодаря этому можно выявлять на начальной стадии заболевания мозга, бронхолегочной системы, желудочно-кишечного тракта и т.д.

Операционная в дневном стационаре оснащена современной высокочастотной и низкочастотной аппаратурой, позволяющей снижать кровопотерю и послеоперационные осложнения.

– Самое главное – мы договорились о том, что здесь не будет разделения на жителей Циолковского, строителей космодрома и других жителей Приамурья. В случае необходимости в поликлинике смогут получать высокотехнологичную помощь все амурчане, – подчеркнул глава региона А.Козлов. – Такое решение особенно важно для нас с учётом социального и промышленного развития региона. В качестве примера могу привести строительство газоперерабатывающего комплекса в Свободном. Планируется привлечь порядка 5 тыс. рабочих и обслуживающего персонала. До Циолковского около 50 км, поэтому поликлиника станет хорошим подспорьем в деле оказания медицинского обслуживания. То же касается жителей ближайших населённых пунктов, да и всех амурчан.

В ходе строительства второй очереди медицинского комплекса в Циолковском рядом с поликлиникой появятся полноценный стационар, перинатальный центр, патологоанатомическое отделение и многое другое.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Амурская область.

Проблемы и решения

С тоской по вытрезвителям

Тема не теряет актуальности

В Московской городской думе состоялось обсуждение проблемы: «Возвращение вытрезвителей: шаг назад или шаг вперёд?», в дискуссии которой принимали участие депутаты думы, руководители профильных департаментов столичного правительства, руководители правоохранительных органов, представители федеральных ведомств и законодательных собраний ряда российских регионов.

Член комиссии думы по законодательству, регламенту, правилам и процедурам, президент Московской торгово-промышленной палаты Владимир Платонов придерживается точки зрения, что в Москву нужно вернуть вытрезвители, и тогда нападений на медицинских работников станет меньше. Сейчас нетрезвых везут в больницу, хотя оказать всю необходимую помощь им смогут и в вытрезвителях.

Кроме того, В.Платонов напомнил, что 7 лет назад учреждения были исключены из системы органов внутренних дел, но в ведение министерства здравоохранения они так и не были переданы. «Если человек находится в состоянии алкогольного опьянения в общественном месте, полиция вызывает «03», которая доставляет гражданина в ближайшее медучреждение. В большинстве случаев такие люди ведут себя неадекватно, и медицинские учреждения становятся дополнительной конфликтной зоной, зоной напряжения, - заметил В.Платонов. - Полагаю,

нам нужно создать новую систему вытрезвителей. Считаю, что это должно быть при медучреждениях в отдельных помещениях и с обязательной соответствующей охраной», - добавил он.

Председатель Московской городской думы Алексей Шапошников тоже высказался по этому поводу, подчеркнув, что это давно назревавшая проблема, и нужно её решать путём конструктивного диалога. «Для меня вполне очевидно, что вытрезвители возвращать нужно. Существует три основных подхода к организации обновлённой системы этих учреждений, которые мы будем прорабатывать с учётом опыта других регионов. Это организация вытрезвителей на базе органов социальной защиты, в структуре органов здравоохранения или в рамках государственно-частного партнёрства, - сказал он. - Для внесения изменений в законодательство необходим компромисс между различными ветвями и структурами власти. Нам предстоит обсудить все моменты и прийти к общему мнению, по какому пути двигаться к итоговому варианту».

Заместитель начальника Управления организации социального обслуживания Департамента труда и социальной защиты населения Москвы Андрей Бештанько в свою очередь рассказал о нынешней системе социальной защиты населения мобильной службой, которая отчасти компенсирует отсутствие вытрезвителей, акцентировав внимание коллег на необходимости комплексного решения проблемы.

Глава комиссии Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова тоже высказалась за возвращение вытрезвителей. «Необходимо это сделать при наркологических диспансерах, где гражданам в опьянении могут оказать специализированную помощь», - заявила она.

Член комиссии Московской городской думы по здравоохранению и охране общественного здоровья Ольга Шарапова в своём выступлении отметила, что это проблема скорее социального характера. «После вступления в силу закона о полиции и вывода вытрезвителей из системы МВД в наших больницах появились проблемы. В Москве их пытаются решить через наркодиспансеры. Конечно, скорая помощь не будет свозить пьяных со всей Москвы в один или два центра. Необходима система подобных учреждений. Эта проблема носит не столько медицинский характер, сколько социальный. Поэтому нужно внести изменения в законодательную базу. Москва может выступить инициатором изменений в федеральное законодательство», - полагает О.Шарапова.

На том и сошлись. После проведения «круглого стола» депутаты будут собирать от экспертов предложения по организации новой системы вытрезвителей, а затем обсудят их на совместном заседании профильных комиссий Мосгордумы.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Инициатива

Губернатор зовёт медицину на эксперимент

Он опирается на общественное мнение

Один из стационаров сети государственных медицинских учреждений, находящихся в ведении Комитета по здравоохранению Ленинградской области передадут в экспериментальном порядке в оперативное управление коммерческой компании.

Попробовать и посмотреть, что из этого получится, настоял в ходе недавнего заседания областного правительства губернатор Александр Дрозденко. Глава региона считает, что факт «разгосударствления» администрирования в многопрофильной больнице, в результате чего она обретёт настоящего хозяина, пойдёт на пользу как пациентам в Тосненском районе (предварительно именно он выбран площадкой эксперимента), так и организаторам здравоохранения из ряда других районов, которые будут равняться на частника и «подтягиваться» за ним.

Дал это поручение, а также потребовал разработать механизм субсидирования медицинских организаций в малонаселённых муниципальных образованиях ленинградский губернатор в ходе обсуждения стратегии развития здравоохранения на период до 2025 г. Он расставил приоритеты: мол, под модернизацией отрасли подразумевается не только повышение качества оказания медицинской помощи, развитие существующих и строительство новых поликлиник, амбулаторий,

фельдшерско-акушерских пунктов (к 2020 г. таковых объектов планируется возвести 36), но и разворот в сторону общественного мнения, мониторинг «улиц»: а как оценивают уровень медицинских услуг в конкретном взятом ЛПУ местные жители?

По горькому признанию А.Дрозденко, тема здравоохранения в возглавляемом им регионе вышла в топ: «Даже ЖКХ опустилась и уступила пальму первенства. Постоянно идут перебои с элементарными показателями: простынями, бахилами, питанием. Давайте проведём эксперимент, чего мы боимся? Я знаю: если есть рачительный хозяин в больнице, то она будет прибыльной. В Гатчине открыли несколько частных неврологических отделений. Это космос - начиная от гардероба до оборудования. Уверен, будет порядок и с больницей, через 3 года её не узнаете!».

Как сообщили «Медицинской газете» в администрации области, вопрос закрытия проблемных медицинских учреждений отнюдь не стоит, но при этом на прошедшем заседании регионального правительства была сформулирована чёткая цель - наладить систему дополнительного финансирования больниц в отдалённых муниципальных районах, качественно улучшить на «периферии» медицинское обслуживание.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Ленинградская область.

Проекты

Вопрос о необходимости обеспечения пациентов с паллиативными состояниями аппаратами искусственной вентиляции лёгких поднимался в ходе «прямой линии» с главой государства Владимиром Путиным в 2015 г. В итоге был разработан пилотный проект «ИВЛ в домашних условиях».

ИВЛ на дому

Это становится реальностью

Для реализации пилотного проекта «ИВЛ в домашних условиях» выбрали 6 регионов Российской Федерации — республики Башкортостан, Бурятия, Чувашская Республика, Ханты-Мансийский автономный округ, Новосибирская и Свердловская области. Их отличает наличие выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям, в составе которой есть анестезиолог-реаниматолог, и есть опыт сопровождения детей на аппаратах ИВЛ в домашних условиях.

Его целью является повышение качества жизни тяжелобольных детей, находящихся на длительной респираторной поддержке в условиях реанимационных палат, путём перевода его в домашние условия. При обязательном условии, что ребёнок стабилен по состоянию, родители обучены, проинструктированы пользованию аппаратом и уверены в своих навыках по уходу за малышом. Обязательным требованием для перевода в домашние условия также является наличие сопровождения специалистами выездной патронажной паллиативной помощи.

Пилотный проект стартовал в Екатеринбурге с подписанием договора между благотворительным фондом спасения тяжелобольных детей и ОДКБ № 1 на приобретение аппаратов искусственной вентиляции лёгких и необходимых комплектующих к нему на год.

«На сегодняшний день паллиативная медицинская помощь детям развивается очень динамично, и это искренне радует. Потребность в этом виде помощи растёт, и она должна быть высокопрофессиональной и доступной для всех, кто в ней нуждается», - так обозначила основные направления в работе заведующая отделением выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями ОДКБ № 1 Лариса Шукшина.

В ближайшее время благодаря фонду ОДКБ № 1 закупит 6 аппаратов с расходными и комплектующими материалами, которые будут переданы нуждающимся детям.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Екатеринбург.

Деловые встречи

Найти ключ к миру женщины

Им даётся время на обдумывание



В Южно-Сахалинске состоялся трёхдневный семинар-тренинг для специалистов, осуществляющих консультирование женщин в ситуациях репродуктивного выбора. Для Сахалинской области эта проблема чрезвычайно актуальна: количество аборт в регионе превышает средний показатель по стране в 1,5 раза.

В государственных учреждениях здравоохранения практика доабортного консультирования существует с 2007 г. К сожалению, этого направления практически не придерживаются специалисты частной системы здравоохранения. Желание пациентки прервать беременность зачастую не встречает отказа со стороны врача.

Женщины, обратившиеся с намерением прервать беременность в государственное медицинское учреждение, сначала проходят консультирование у психолога, им даётся время на обдумывание, дальше они направляются на процедуру УЗИ-диагностики, на которой видят зародившуюся жизнь, движения плода. Такая работа даёт свои положительные результаты - по статистике, в прошлом году 10,7% женщин, обратившихся в госклинику для проведения аборта, впоследствии поменяли своё решение, встали на учёт и прошли все пренатальные диагностические и лечебные процедуры, необходимые для успешного родоразрешения.

В рамках семинара акушеры-гинекологи и психологи обрабатывали различные ситуации, возникающие

на приёме. На тренинг с участием психолога, исполнительного директора НП «Ассоциация психологов женских консультаций», члена Профессиональной психотерапевтической лиги и Общественного совета при уполномоченном при Президенте РФ по правам ребёнка Елены Рагулиной приехали специалисты почти со всех районов островного региона.

По словам эксперта, основная задача методик по доабортному консультированию - найти ключ к внутреннему миру женщины для выработки дальнейших решений. В частности, пример использования метафорических ассоциативных карт.

- Метафорические карты - это набор психологических картинок, которые сформированы определённым образом. Они предназначены для женщин, в первую очередь помогают вскрыть установки, полученные ещё в детстве. Технология позволяет снять внутренние проблемы, найти истинные причины в мотивации женщины. На фоне этого специалист возвращает дальнейшее консультирование, - поясняет Е.Рагулина.

По отзывам специалистов, знания, полученные во время таких занятий, находят применение в ежедневной практике, помогают выбрать верную тактику работы с пациентками.

Николай ИГНАТОВ.

Южно-Сахалинск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 22 (2052)

(Окончание. Начало в № 21 от 29.03.2017.)

● антитела к Ro/SS-A и La/SS-B ядерным антигенам при использовании иммуноферментного метода выявляются у 85-100% больных. Одновременное обнаружение Ro и La антител наиболее специфично для БШ, но наблюдается у 40-50% больных, в остальных случаях обнаруживаются только Ro и крайне редко только La антитела. Ro антитела часто выявляются у больных с различными вариантами СШ (РА, СКВ, ССД, ПБЦ, ХАГ), что затрудняет дифференциальную диагностику и требует дополнительных методов исследования. La антитела более специфичны для заболевания;

● криоглобулины выявляются у трети больных БШ, и у 40% из них определяется II тип криоглобулинемии (смешанная моноклональная криоглобулинемия). В отличие от больных с криоглобулинемическим васкулитом, ассоциированным с HCV инфекцией, у больных БШ отсутствует связь с вирусами гепатита В и С;

● снижение С4 компонента комплемента является прогностически неблагоприятным признаком, влияющим на выживаемость больных при этом заболевании, и отражает активное течение криоглобулинемического васкулита, также как и является предиктором возможного развития лимфопролиферативного заболевания;

● поликлональная гипергаммаглобулинемия, преимущественно за счёт увеличения IgG и IgA, реже IgM, встречается у 50-60% больных. Моноклональные иммуноглобулины, чаще М класса, в сыворотке крови и их лёгкие цепи в моче (белок Бенс – Джонса) выявляются у 20% больных БШ. У 50-60% больных при обнаружении моноклональной секретиции иммуноглобулинов удаётся диагностировать НХЛ.

Диагностика БШ основана на выявлении у больных одновременного поражения глаз и слюнных желёз, а также лабораторных признаков аутоиммунного заболевания (ревматоидный/антиядерный фактор, антитела к Ro/La ядерным антигенам).

Отечественные критерии диагноза БШ (ФГБУ НИИР РАМН, 2001)

I. Сухой кератоконъюнктивит
1) снижение слёзовыделения по тесту Ширмера < 10 мм за 5 минут;
2) окрашивание эпителия роговицы/конъюнктивы флуоресцеином (I-III ст.);
3) снижение времени разрыва прерорнальной слёзной плёнки < 10 секунд.

II. Паренхиматозный сиаладенит
1) сиалометрия стимулированная < 2,5 мл за 5 минут;
2) сиалография – обнаружение полостей > 1 мм;

3) очагово-диффузная лимфогистиоцитарная инфильтрация в биоптатах; малых слюнных желёз (≥ 2 фокусов* в 4 мм²).

III. Лабораторные признаки аутоиммунного заболевания

1) положительный РФ или
2) положительный АНФ или
3) наличие анти-SSA/Ro и (или) анти-SSB/La антиядерных антител.

* Фокус – скопление не менее 50 лимфоидных клеток в 4 мм² поверхности слюнной железы. Средний фокус оценивается по 4 малым слюнным железам.

Диагноз определённой БШ может быть поставлен при наличии первых двух критериев (I, II) и не менее одного признака из III критерия при исключении СКВ, ССД, РА и аутоиммунных гепатобилиарных заболеваний. СШ может быть поставлен при наличии чётко верифицированного аутоиммунного заболевания и одного из первых двух критериев.

Классификационные критерии синдрома Шёгрена (Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance = SICCA, 2012)

1. Наличие анти-SSA/Ro и (или) анти-SSB/La антиядерных антител или позитивный РФ и АНФ.

2. В биоптате малых слюнных желёз – очаговая лимфоцитарная инфильтрация (≥ 1 фокус в 4 мм²).

3. Сухой кератоконъюнктивит – ≥ 3 балла по шкале окраски глазного эпителия флуоресцеином и лиссаминовым зелёным (исключить антиглаукомные глазные капли, угнетающие продукцию внутриглазной жидкости, операции на роговице и блефаропластику).

Заболевание может быть классифицировано как синдром Шёгрена при соответствии двум из трёх пунктов критериев при исключении: облучения головы и шеи, HCV-инфекции, ВИЧ-инфекции, саркоидоза, амилоидоза, IgG4-связанного заболевания, РА, СКВ, ССД и других аутоиммунных заболеваний.

Дифференциальная диагностика
● Наиболее часто в ревматологической практике необходимо проводить дифференциальную диагностику между БШ и СШ в сочетании с РА, ССД, СКВ, аутоиммунным гепатитом, первичным билиарным циррозом печени.

Диагностика и лечение болезни Шёгрена. Федеральные клинические рекомендации

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, напрямую применённые к целевой популяции, и демонстрирующий устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающих результаты исследований, напрямую применимые к целевой популяции, и демонстрирующих общую устойчивость результатов
C	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средней вероятностью причинной взаимосвязи
D	Небольшие пилотные исследования, описание случаев, мнение экспертов

● Помимо БШ сухость глаз и полости рта может быть следствием многих причин.

Сухость глаз
1) структурные нарушения слёзной плёнки:
– дефицит водного слоя (сухой кератоконъюнктивит)

– дефицит муцина (гиповитаминоз А, пемфигус, химические ожоги, синдром Стивена-Джонса)
– дефицит жирового слоя (блефарит).

2) роговичная эпителиопатия (поражение V черепного нерва, ношение контактных линз).
3) дисфункция век.

Дефицит слёз
1. Заболевания слёзных желёз
Первичные
– врождённая алакримия
– приобретённая алакримия
– первичное заболевание слёзных желёз.

Вторичные
– саркоидоз
– ВИЧ
– реакция трансплантат против хозяина
– ксерофтальмия.

2. Слёзная обструкция
– трахома
– офтальмологическая рубцовая пузырчатка

– синдром Стивена – Джонса
– ожоги.

3. Рефлекторные нарушения
– нейропатический кератит
– контактные линзы
– паралич лицевого нерва.

Сухость рта
♦ Лекарственные препараты (диуретики, антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы, седативные, антихолинергические, антигистаминные)
♦ Психогенные факторы (тревожное состояние, депрессия)

♦ Системные заболевания (саркоидоз, туберкулёз, амилоидоз, сахарный диабет, панкреатит, IgG4 склерозирующий сиаладенит, лимфомы)
♦ Дегидратация
♦ Вирусные инфекции

♦ Аплазия или недоразвитие слюнных желёз (редко)
♦ Облучение
♦ Постменопауза
♦ Белковое голодание

Увеличение слюнных и/или слёзных желёз, характерное для многих заболеваний, входя-

щих в круг дифференциальной диагностики БШ, может быть одно- или двухсторонним.

Увеличение слёзных желёз
Двухстороннее:

бактериальный/вирусный дакриоаденит
гранулематозные поражения (туберкулёз, саркоидоз)

лимфопролиферативные заболевания
идиопатическое воспалительное заболевание орбиты
доброкачественная лимфоидная гиперплазия (MALT-дакриоаденит)

IgG4-связанные заболевания (IgG4-связанный псевдотумор орбит и склерозирующий дакриоаденит)

гистиоцитозы (ювенильная ксантогранулёма, ретикулогистиоцитоз).

Одностороннее:

бактериальный/вирусный дакриоаденит
лимфопролиферативные заболевания с поражением слёзных желёз
первичные опухоли:

эпителиальные (аденома, аденокарцинома)
смешанные (ангиома, меланома).

ческие антидепрессанты, бета-блокаторы, антигистаминные), и определённых раздражающих веществ (кофе, алкоголь, никотин).

3. Частое употребление небольших количеств воды или не содержащей сахара жидкости облегчает симптомы сухости рта. Полезна вкусовая и механическая стимуляция саливации с использованием жевательной резинки и леденцов без сахара.

4. Скрупулёзная гигиена полости рта, использование зубной пасты и ополаскивателей с фторидами, тщательный уход за зубными протезами, регулярное посещение стоматолога обязательно с профилактической целью относительно прогрессирующего кариеса и периодонтита.

5. Терапевтические контактные линзы могут служить дополнительной протекцией эпителия роговицы, однако их ношение должно сопровождаться адекватным увлажнением и профилактической инстилляцией антибиотиков.

6. Применение точечной окклюзии входных отверстий носослёзного канала: временной (силиконовые или коллагеновые пробки)

или чаще перманентной (прижигание или хирургическое вмешательство).

Лечение железистых проявлений БШ

1. Для лечения железистых проявлений используют локальную терапию сухого синдрома (увлажняющие замесители, иммуномодулирующие препараты), стимуляторы эндогенной секреции слюнных и слёзных желёз.

Для улучшения саливации и терапии сухого кератоконъюнктивита возможно применение препаратов системного действия (малые дозы ГК и лейкерана (С), ритуксимаб (РТМ) (А)).

2. Для замещения объёма слезы пациентам следует 3-4 и более раз в день использовать искусственные слёзы, содержащие 0,1-0,4%-ный гиалуронат натрия, 0,5-1%-ный гидроксипропилметилцеллюлозу, 0,5-1%-ный карбоксиметилцеллюлозу, 0,1-3%-ный декстран 70. При необходимости интервал между закапыванием слёз может быть сокращён до 1 часа. Препараты без консервантов позволяют избежать раздражения глаз. Для пролонгирования эффекта возможно использование препаратов искусственной слезы большей вязкости. Такие препараты лучше применять на ночь из-за возникновения эффекта помутнения зрения (В).

3. Глазные капли на основе сыворотки крови применимы для пациентов с переносимостью искусственных слёз или тяжёлым, резистентным к лечению сухим кератоконъюнктивитом. Обязательно чередование с антибактериальными каплями (В).

4. Использование препаратов-заместителей слюны на основе муцина и карбоксиметилцеллюлозы восполняет её смазывающие и увлажняющие функции, особенно во время ночного сна (Oral balance гель, Biotene ополаскиватель, Salivart, Xialine) (В).

5. Учитывая высокую частоту развития кандидозной инфекции при наличии сухого синдрома, показано локальное и системное противогрибковое лечение (нистатин, клотримазол, флуконазол) (D).

6. У пациентов со значительным увеличением околушных, поднижнечелюстных слюнных и слёзных желёз рецидивирующим характером паренхиматозного сиаладенита противопоказана их рентгенотерапия ввиду значительного нарастания сухости и увеличения риска развития лимфом (С).

7. Офтальмологическая эмульсия циклоспорина А (Restasis) рекомендуется для лечения сухого кератоконъюнктивита. Считается оптимальным назначение 0,05%-ных глазных капель 2 раза в день в течение 6-12 месяцев (В).

8. Локальное применение НПВП (0,1%-ный индометацин, 0,1%-ный диклофенак) уменьшает дискомфортные ощущения в глазах, однако может провоцировать повреждение роговицы (С).

9. Приемлемым считается локальное применение ГК короткими курсами (до 2 недель) при обострении сухого кератоконъюнктивита (С). Потенциальные побочные эффекты, повышение внутриглазного давления, развитие катаракты ограничивают длительность применения ГК. Для локального применения

лучше подходят лотепреднол (Lotemax) и римексолон (Vexol), не обладающие типичными побочными эффектами.

10. Для стимуляции остаточной секреции слюнных и слезных желез системно применяются агонисты M1 и M3 мускариновых рецепторов: пилокарпин (Salagen) 5 мг 4 раза в день или Цевимелин (Evohas) 30 мг 3 раза в день (А).

11. Диквафозол, агонист пуриновых P2Y2 рецепторов, стимулирует нежелательную секрецию водного, муцинового и липидного компонента слезной пленки. Используется локально 2%-ный раствор (В).

12. 2%-ная офтальмологическая эмульсия ребамипида, повышающего количество муциноподобных веществ и слезной жидкости, улучшает повреждения роговицы и конъюнктивы (В). Пероральный приём ребамипида (Мукоген) по 100 мг 3 раза в день улучшает симптомы сухости рта (А).

13. Облегчение сухости верхних дыхательных путей (ринит, синусит, ларингит, бронхит) достигается при приёме бромгексина или ацетилцистеина в терапевтических дозах (С).

14. При диспареунии, обусловленной недостаточной лубрификацией, помимо местного использования лубрикантов, в постменопаузальном периоде показано локальное и системное применение эстрогенов (D).

Лечение внежелезистых системных проявлений БШ

Для лечения системных внежелезистых проявлений БШ используются ГК, алкилирующие цитостатические (лейкеран, циклофосфан), биологические (ритуксимаб) препараты.

1. Больным с рецидивирующими сиаладенитами и минимальными системными проявлениями, такими как суставной синдром, назначают ГК в малых дозах (преднизолон 5 мг в день или через день) либо НПВП (С).

2. При значительном увеличении больших слюнных желез (после исключения лимфомы), диффузной инфильтрации малых слюнных желез, отсутствии признаков тяжёлых системных проявлений, умеренных и значительных сдвигах показателей лабораторной активности необходимо назначение малых доз ГК в сочетании с лейкераном 2-4 мг/сут в течение года, затем 6-14 мг/неделю в течение нескольких лет (С).

3. При лечении васкулита (криоглобулинемический гломерулонефрит, поражение периферической и центральной нервной системы, рецидивирующая пурпура и язвенно-некротическое поражение кожи) назначается циклофосфан. В комбинации с малыми дозами ГК циклофосфан в дозе 200 мг/неделю в течение 3 месяцев с последующим переходом на 400 мг/месяц применяется при не угрожающих жизни системных проявлениях заболевания (рецидивирующая криоглобулинемическая пурпура, смешанная моноклональная криоглобулинемия, сенсорно-моторная полинейропатия) (С).

4. Тяжёлые системные проявления БШ, такие как криоглобулинемический и интерстициальный нефрит, язвенно-некротический васкулит, сенсорно-моторная нейропатия аксонально-демиелинизирующего и демиелинизирующего типа, мононеврит, полиневрит, энцефаломиелополирадикулоневрит, миозит, интерстициальный пневмонит, генерализованная лимфаденопатия, аутоиммунная гемолитическая анемия и тромбоцитопения, а также MALT-лимфома слюнных желез, требуют более высоких доз преднизолона (20-60 мг/сут) и цитостатических средств (лейкеран 6-10 мг/сут, циклофосфан 0,8-3,0 г/месяц) в сочетании с интенсивными методами терапии (С).

5. Длительный приём малых доз ГК в комбинации с лейкераном или циклофосфаном не только снижает частоту рецидивов паротита, приводит к нормализации размеров слюнных желез, уменьшает показатели лабораторной активности, улучшает клиническую симптоматику и замедляет прогрессирование многих системных проявлений заболевания, но и достоверно повышает саливацию, уменьшает частоту развития лимфом и увеличивает выживаемость больных БШ (С).

6. Внутривенный иммуноглобулин применяется в лечении агранулоцитоза, аутоиммунной тромбоцитопении, гемолитической анемии при БШ, а также у отдельных больных с выраженной сенсорной нейропатией при резистентности к терапии (D).

Интенсивная терапия (пульс-терапия ГК, комбинированная пульс-терапия ГК и циклофосфаном, эфферентные методы терапии – криоаферез, плазмаферез, двойная фильтрация плазмы в сочетании с комбинированной пульс-терапией) должна использоваться при тяжёлых и угрожающих жизни проявлениях БШ с целью купирования высокой иммуновоспалительной активности, изменения характера течения и улучшения прогноза заболевания (D).

Показания к проведению пульс-терапии (D):

- выпотной серозит
- тяжёлые лекарственные аллергические реакции
- аутоиммунная гемолитическая анемия и тромбоцитопения
- при наличии противопоказаний для проведения комбинированной пульс-терапии.

Пульс-терапия позволяет снизить дозу пероральных ГК и уменьшить частоту их побочных проявлений (D).

Показания к комбинированной пульс-терапии (D):

- острый криоглобулинемический гломерулонефрит, гломерулонефрит с быстро прогрессирующей почечной недостаточностью
- язвенно-некротический васкулит
- аутоиммунная панцитопения
- интерстициальный пневмонит
- мононеврит, полиневрит, энцефаломиелополирадикулоневрит, поперечный и восходящий миелит, цереброваскулит.

После достижения клинического эффекта и нормализации иммуновоспалительной активности заболевания больные переводятся на поддерживающие дозы ГК и алкилирующих цитостатических препаратов (С).

Показания к проведению экстракорпоральной терапии (D):

- **Абсолютные**
- язвенно-некротический васкулит
- криоглобулинемический гломерулонефрит
- энцефаломиелополирадикулоневрит, демиелинизирующая миелопатия, полиневрит
- ишемия верхних и нижних конечностей вследствие криоглобулинемического васкулита
- синдром гипервязкости крови.
- **Относительные**
- гипергаммаглобулинемическая пурпура
- мононеврит
- лекарственный дерматит, отёк Квинке, феномен Артюса
- интерстициальный пневмонит
- гемолитическая анемия, тромбоцитическая тромбоцитопеническая пурпура.

В случаях аллергических реакций, интерстициального нефрита с признаками хронической почечной недостаточности, при низких цифрах общего белка в сыворотке крови, тяжёлых офтальмологических проявлениях (буллезно-нитчатый кератит, язвы роговицы) предпочтительно использование гемосорбции, криоафереза. При остальных системных проявлениях более эффективным является плазмаферез, криоаферез и двойная фильтрация плазмы. Последние два метода наиболее эффективны при смешанной моноклональной криоглобулинемии.

Обычно процедуры проводятся с 2-5-дневным интервалом с введением после каждой процедуры 250-1000 мг метилпреднизолона и 200-1000 мг циклофосфана в зависимости от тяжести системных проявлений и иммуновоспалительной активности заболевания. Для больных с нормальным или низким общим белком сыворотки крови предпочтительно применять двойную фильтрацию плазмы, криоаферез с гепаринокриофракционированием плазменных белков. Всего проводится 3-5 процедур при наличии гипергаммаглобулинемической пурпуры и 5-8 процедур при криоглобулинемической пурпуре. При васкулите, обусловленном смешанной моноклональной криоглобулинемией, целесообразно использовать программный плазмаферез в течение года до достижения стойкой клинико-лабораторной ремиссии (D).

Применение генно-инженерных биологических препаратов

Применение анти-В-клеточной терапии РТМ позволяет контролировать системные внежелезистые проявления БШ и уменьшать функциональную железистую недостаточность. РТМ улучшает клиническое течение БШ без увеличения частоты побочных эффектов.

● РТМ назначается больным БШ с тяжёлыми системными проявлениями (криоглобулинемический васкулит, гломерулонефрит, энцефаломиелополирадикулоневрит, интерстициальный пневмонит, аутоиммунная панцитопения), а также в случаях резистентности или недостаточной эффективности традиционного лечения ГК и цитостатическими препаратами. С целью усиления эффективности РТМ показана комбинированная терапия с циклофосфаном (D).

● У больных с небольшой длительностью БШ и сохранённой остаточной секрецией слюнных и слезных желез монотерапия РТМ приводит к увеличению саливации и улучшению офтальмологических проявлений (А).

● РТМ назначается при БШ, осложнённой лимфомой низкой степени злокачественности MALT-типа: локализованной экстранодальной лимфомой слюнных, слезных желез или лёгких, без поражения костного мозга. Проводится как монотерапия РТМ, так и комбинированная терапия РТМ и циклофосфаном (D).

На протяжении всего периода терапии должен осуществляться клинико-лабораторный мониторинг основных параметров БШ. При использовании цитостатических препаратов общий анализ крови делается не реже 1 раза в месяц, а при применении комбинированной пульс-терапии – через 12 дней после каждого введения циклофосфана (для исключения развития тяжёлой супрессии костного мозга) (D).

Профилактика
Первичная профилактика невозможна ввиду неясной этиологии заболевания. Вторичная профилактика направлена на предупреждение обострения, прогрессирования заболевания и своевременное выявление развивающихся лимфом. Она предусматривает раннюю диагностику и своевременно начатую адекватную терапию. Некоторые больные нуждаются в ограничении нагрузки на органы зрения, голосовые связки и исключении аллергизирующих факторов. Больным противопоказана вакцинация, лучевая терапия и нервные перегрузки. С большой осторожностью должны применяться электропроцедуры.

Обучение пациентов
Так как больные БШ имеют хроническое заболевание с неуклонной прогрессией на протяжении всей жизни, необходимо наладить тесный контакт с больными. Только при полном доверии пациента к врачу он будет соблюдать рекомендуемую терапию. Необходимо научить пациента как можно раньше улавливать возможные побочные проявления назначаемых препаратов и знать основные признаки обострения заболевания.

Под редакцией главного
ревматолога Минздрава России
академика РАН
Евгения НАСОНОВА.

Оказание скорой медицинской помощи при тахикардиях и тахиаритмиях. Клинические рекомендации

Тахикардия – нарушения сердечного ритма с частотой сердечных сокращений свыше 90 ударов в минуту.

Код по МКБ – 10	Нозологическая форма
I47.1	Наджелудочковая тахикардия
I47.2	Желудочковая тахикардия
I48	Фибрилляция и трепетание предсердий

Классификация

1. Синусовая тахикардия.
2. Наджелудочковые тахикардии:
 - 2.1 Пароксизмальные наджелудочковые тахикардии.
 - 2.2 Непароксизмальные наджелудочковые тахикардии.
3. Мерцание или трепетание предсердий.
4. Желудочковые тахикардии.

Синусовая тахикардия

Синусовая тахикардия обусловлена нарушением функции автоматизма синусового узла. Характеризуется частотой сердечных сокращений более 90 ударов в минуту.

Причинами синусовой тахикардии чаще являются вегетативные влияния, связанные с повышением тонуса симпатической нервной системы или уменьшением тонуса блуждающего нерва. Она нередко бывает при физическом или эмоциональном напряжении, при гневе или страхе, при перемене положения тела. Синусовая тахикардия может появляться при поражении центральной

нервной системы или при гиперкинетическом синдроме, тиреотоксикозе.

При лихорадке частота ритма увеличивается на 8-10 ударов при повышении температуры тела на 1°C. Данная тахикардия может сопровождать патологические состояния, такие как инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, миокардиты, перикардиты, лёгочное сердце. В этих случаях прогностическое значение синусовой тахикардии может быть достаточно серьёзным, поскольку она отражает реакцию сердечно-сосудистой системы на снижение фракции выброса или клинически значимые нарушения внутрисердечной гемодинамики. Нередко она выявляется при анемиях, кровопотерях, интоксикациях, воспалительных заболеваниях, фармакологических и токсических влияниях, при злоупотреблении крепким кофе, чаем, алкоголем, курении. Описаны случаи врождённой семейной синусовой тахикардии.

Клинические признаки: могут быть слабость, головокружение, колющие боли в грудной клетке, ощущение сердцебиения, сочетающиеся с симптомами основного заболевания.

ЭКГ признаки:

О синусовых аритмиях говорят в тех случаях, когда водителем ритма является синусовый узел. Ритм правильный и частота его превышает 90 ударов в минуту. Распространение импульса из синусового узла по предсердиям, атриовентрикулярно-му соединению, желудочкам не изменено,

поэтому зубцы ЭКГ: P и T, интервалы PQ и QRS обычно не отличаются от нормы. Расстояние R-R укороченное, одинаковое. Иногда при выраженной тахикардии значительно укорачивается интервал TP, зубец P может наслаиваться на зубец T предшествующего комплекса, что нередко затрудняет выявление зубца P.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при синусовой тахикардии

Диагностическое обследование

- собрать анамнез,
- осмотреть пациента,
- измерить пульс и артериальное давление,
- снять ЭКГ для выявления возможной причины синусовой тахикардии.

Лечение и дальнейшая тактика ведения пациента

Как правило, в непосредственном медикаментозном влиянии на синусовую тахикардию нет необходимости. При злоупотреблении кофе, чаем, курением рекомендовано исключить вредный фактор, при необходимости использовать валокордин, корвалол или седативные препараты (возможно в таблетках: фенотепам 0,01 рассосать во рту) (С, 2++). При отсутствии расстройств гемодинамики госпитализации не требуется.

Вопрос о госпитализации и тактики ведения пациента решается на основании алгоритма того заболевания, которое со-

провождается синусовой тахикардией. При нестабильной гемодинамике пациент доставляется в стационар и госпитализируется в отделение реанимации и интенсивной терапии. Помните о том, что тахикардия может быть первым и до определённого момента единственным признаком шока, кровопотери, острой ишемии миокарда, ТЭЛА и некоторых других опасных для пациента состояний.

Прогноз

При вегетативном влиянии прогноз благоприятный. В других случаях прогноз зависит от того заболевания, которое сопровождается синусовой тахикардией.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП) при синусовой тахикардии

Диагностическое обследование

- собрать анамнез
- осмотреть пациента
- измерить пульс и артериальное давление
- снять ЭКГ
- клинический и биохимический анализы крови
- общий анализ мочи
- сделать исследования, которые входят в алгоритм тактики ведения пациента того заболевания, которое сопровождается синусовой тахикардией.

(Продолжение следует.)

– Владимир Александрович, как вас свела судьба с Институтом им. А.В.Вишневого?

– Окончив с отличием Киевский медицинский институт им. А.А.Богомольца, я уехал работать хирургом в небольшой шахтёрский город в Луганской области. Причём так получилось, что уже через 3 года после прихода в больницу я стал главным хирургом, потому что врачи старшего поколения ушли один за другим по состоянию здоровья. Остались только молодые хирурги, а нагрузка была немалая – 2 тыс. операций в год. «Пахать» приходилось так, что у меня не было ни свободного времени, ни личной жизни. И ночью, и в выходные дни в любую минуту могли вызвать в больницу.

Там я отработал 6 лет. Набирался опыта и все эти годы думал о занятиях наукой. Кстати, при том, что я был отличником, в киевском медицинском институте не смог попасть ни в ординатуру, ни в аспирантуру.

– Такой высокий был конкурс?

– Были кандидаты более «достойные». Правда, через много лет оказалось, что большинство из них так и не состоялись ни в науке, ни в хирургии.

Так волею судеб в 1966 г. я поехал в Москву, поступать в аспирантуру в Институт хирургии им. А.В.Вишневого. Моим учителем стал выдающийся хирург Владимир Владимирович Виноградов, который получил очень хорошую подготовку в разных странах мира. Он из знаменитой династии Виноградовых. Его отец – терапевт-кардиолог академик АМН СССР Владимир Никитич Виноградов был заведующим кафедрой Первого Московского медицинского института и лечащим врачом Сталина. «Благодаря» последнему факту жизнь моего наставника складывалась не самым лучшим образом. Когда разразилось известное «дело врачей», Владимир Владимирович вместе своего отца, уже очень пожилого человека, был отправлен отбывать наказание в Тобольск, лагерным врачом.

До заключения он работал в клинике А.Н.Бакулева, уже имел учёную степень, был автором ряда книг по абдоминальной хирургии. Но по возвращении из Тобольска в Москву вернуться в свою клинику он не смог: ему отказали. Зато его взял на работу в Институт хирургии Александр Александрович Вишневский. Генерал-полковник, смелый и решительный человек, он не побоялся того, что у Виноградова столь неприятный эпизод в его прошлом. И не просчитался, пригласив его в институт, потому что Виноградов привнёс в советскую хирургию печени, желчных путей и поджелудочной железы многие западные разработки, то есть осовременил её. Став аспирантом Виноградова, я с 1966 г. и по сей день продолжаю заниматься этим же разделом хирургии.

– Ваше имя связывают с началом новой эры хирургии печени и поджелудочной железы в нашей стране. Когда именно эта эра началась, и как выглядела абдоминальная хирургия до того?

– Было бы большим лукавством с моей стороны согласиться с тем, что именно я создал эту хирургию. Как я уже сказал, и до меня были люди, которые этим занимались. Просто на определённом этапе нужны были некоторые новые идеи, реализация которых позволила бы отечественной гепатопанкреатобилиарной хирургии подняться на более высокий, современный уровень. И нам с коллегами это удалось сделать.

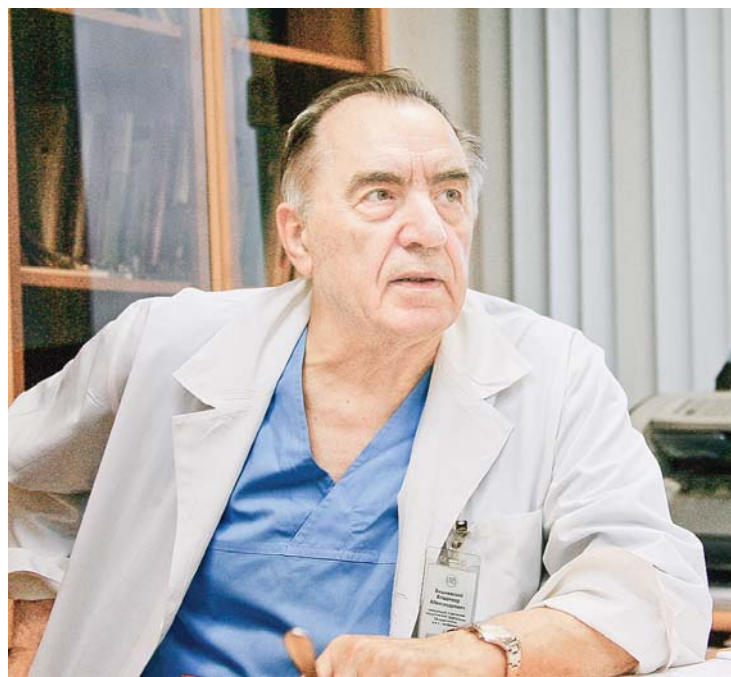
К середине 70-х годов стало очевидно, что хирургия печени – слабое звено в советской хирургии. Оперировали многие, и не только в Москве, но и во Владивостоке, Кирове, Ленинграде. Однако результаты были не очень хорошие: высокая летальность и осложнения, в частности кровотечения. Нужно было внедрять новые технологии, чтобы резекция печени стала бескровной, малотравматичной. А кроме того, необходимо было чётко очертить показания и противопоказания к таким вмешательствам. Мы предложили такую идеологию, соединив новые хирургические технологии и новые до-

Наше интервью

Владимир ВИШНЕВСКИЙ:

Теоретик хирургии не может стать Пироговым

Развитие медицины – это всегда результат усилий врачей и учёных



стижения в анестезиологии. Уже к середине 80-х годов сформированная нами современная концепция хирургического лечения больных с заболеваниями печени стала доступна всем хирургам в СССР.

Академик М.Кузин, который пришёл на смену А.Вишневскому и стал директором института, был к тому же главным хирургом Минздрава СССР. Это обстоятельство очень помогало нам в продвижении новых хирургических подходов по стране. Михаил Ильич был прежде всего хирургом, а уже потом – чиновником, поэтому мы легко находили с ним общий язык. Я приходил к нему и говорил, что для апробации новой технологии нужно такое-то оборудование, к примеру, интраоперационный ультразвуковой аппарат, о котором тогда в нашей стране ещё вообще ничего не слышали, да и за границей такое оборудование было лишь в единицах клиник. В итоге мы этот аппарат заполучили.

Другая история: нам очень нужен был малотравматичный рассекатель паренхимы. Мы пальцами разжимали структуры печени, чтобы найти участок для лигирования, который мог быть источником кровотечения. Это было грубо. И вот на одной из медицинских выставок в Москве я увидел японский рассекатель. На него тогда никто не обратил внимания, кроме меня. Кстати, японцы тогда предложили нам купить по льготной цене выставочный образец, чтобы не тратить время на отправку другого такого же из Японии. Я опять – к Михаилу Ильичу.

– Он охотно шёл на это? Деньги на новое оборудование всегда находились?

– Как ему удавалось решать финансовые вопросы, не знаю. Но он их решал успешно. Как главный хирург Советского союза он прекрасно понимал, что хирургия печени у нас никуда не годится, она буксует.

И всё-таки не наличие денег, а наличие единомышленников было главным фактором развития гепатопанкреатобилиарной хирургии. Мне приходилось много работать с инженерами по доводке инструментария. К примеру, чтобы внедрить технологию микрохирургии желчевыводящих путей, нужны были специальные удлиненные инструменты. Поехал в Казань, где тогда был завод медицинского

оборудования, объяснил нашу проблему, и инженеры всё сделали так, как я просил.

Как только мы сдвинули с места хирургию печени, пошёл аналогичный процесс по совершенствованию подходов в хирургии поджелудочной железы.

– Прогресс в каком из разделов хирургии шёл быстрее – печени или поджелудочной железы? И чем это объясняется?

– Хирургия поджелудочной железы в принципе была освоена в СССР раньше, чем хирургия печени. Но рамки её применения были очень узкими.

Если профессор В.Виноградов в Москве и профессор А.Шалимов в Киеве уже выполняли панкреатодуоденальную, дистальные и срединные резекции при опухолях поджелудочной железы, то в онкологических центрах страны в это время проводили только паллиативные операции.

В 1975 г. ваш покорный слуга выполнил первую в нашей стране операцию тотальной панкреатэктомии. Вместе со мной у операционного стола работал директор института академик М.Кузин. Это было событие огромной важности: мы в тот день впервые выполняли не просто радикальную, а суперрадикальную операцию с высокой вероятностью интра- и послеоперационных осложнений. Михаил Ильич был не просто моим ассистентом – он был модератором всего этого нового процесса, потому что он был за границей, присутствовал на таких операциях и как человек, прекрасно владевший тремя иностранными языками, легко общался с зарубежными коллегами. То есть не просто видел картинку, но и постигал теорию, которую затем преподносил нам.

Итак, с нашей подачи и онкологи, и абдоминальные хирурги начали выполнять радикальные вмешательства. Следующим этапом академик С.Готье были внедрены технологии трансплантации поджелудочной железы и печени, где собственно принципы вмешательства предложили хирурги, а онкологи дополнили их своими знаниями.

– Владимир Александрович, сегодня хирурги охотно берутся оперировать поджелудочную железу, или всё ещё есть страх перед этим органом?

Они просто однофамильцы – не более. Руководитель отделения хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы Института хирургии им. А.В.Вишневого, президент Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ, доктор медицинских наук, профессор Владимир Вишневский не имеет отношения к известнейшей врачебной династии, именем одного из членов которой назван институт.

По признанию самого Владимира Александровича, он никогда в жизни не получал никаких преференций от этого совпадения фамилий. Напротив, всегда было подспудное желание доказать, что он всего добивается сам, без ссылок на такой, казалось бы, приятный подарок судьбы: ведь многие ошибочно считали его родственником выдающихся советских хирургов. А доказать это можно было только одним способом – самому стать известным хирургом. И он им стал.

Профессором В.Вишневским создана одна из ведущих школ отечественной хирургической гепатологии, получившая широкую известность в стране. В отделении, возглавляемом Владимиром Александровичем, накоплен уникальный опыт лечения ряда заболеваний, которые до сих пор вызывают трудности у многих специализированных клиник, в том числе зарубежных: хирургия осложнённых форм опухоли Клацкина, повторные операции у пациентов с очаговыми образованиями печени, реконструктивные операции по поводу посттравматических и воспалительных стриктур желчевыводящих протоков.

Отметивший недавно своё 80-летие, мэтр российской гепатопанкреатобилиарной хирургии Владимир Вишневский в интервью «Медицинской газете» рассказал, с чего начиналось становление этого раздела медицины в нашей стране, каких высот он достиг к сегодняшнему дню и какими видятся перспективы его дальнейшего развития.

– Есть. Даже несмотря на то, что мы досконально знаем строение и функции железы, что разработаны различные варианты хирургического доступа вплоть до мининвазивных, что сформулированы правила профилактики осложнений.

Что же мешает хирургам? Страх неудачи. Любая операция может быть травматичной, сопровождаться большой кровопотерей, но это всё поправимо, пациент это перенесёт. А вот осложнения, которые возникают в послеоперационном периоде после панкреатодуоденальной резекции – либо несостоятельность панкреатодигестивных анастомозов, что провоцирует перитонит и кровотечение, либо воспаление в культе поджелудочной железы, что приводит к панкреанекрозу, – заранее вызывают у врачей чувство бессилия и заставляют опускать руки.

– Разве это непреодолимые препятствия? Ведь есть клиники, где такие операции выполняют если не без осложнений вообще, то далеко не со стопроцентным показателем осложнений.

– Эти препятствия преодолимы при очень тонкой работе и при большом, постоянном опыте выполнения таких операций. Мы сейчас от Ассоциации хирургов-гепатологов разрабатываем такое решение: если в данной клинике выполняется меньше 10 панкреатодигестивных операций в год, она не может и не должна этим заниматься в принципе.

– Но решения общественной организации, пусть даже профессиональной, имеют лишь рекомендательный характер...

– Вы правы, и это нас не устраивает. Профессиональная ассоциация должна иметь совсем иной статус. В Европе и США такие врачебные объединения имеют большой вес: они занимаются профилированием медицинских организаций, могут участвовать в оценке их деятельности, в аттестации врачей, в проведении экспертизы в случаях «врачебных ошибок» и т.д. В России ассоциации таких полномочий не имеют, но готовы их получить и реализовать.

Пока этого не произошло, мы предоставили Министерству здравоохранения РФ список из 12 клиник в стране, которые по уровню сложности выполняемых операций и показателям своей работы действительно имеют право называться

гепатопанкреатобилиарными центрами. Другое дело, что страна огромная, и 12 центров явно недостаточно, надо формировать новые. А для этого необходимо целенаправленно обучать хирургов. Удаление желчного пузыря, удаление кисты печени или поджелудочной железы – с этим общие хирурги справятся. Но есть сложные объёмные вмешательства – резекция печени, реконструктивная хирургия желчевыводящих путей, удаление поджелудочной железы – выполнять которые должны именно гепатопанкреатобилиарные хирурги, прошедшие специальную подготовку и имеющие навыки.

Мы готовы учить всех. Нынешний директор Института им. А.В.Вишневого академик Амиран Шотаевич Ревизишвили очень приветствует, когда к нам приезжают коллеги из других клиник и других регионов. Он считает, что институт должен оставаться методологическим центром по хирургии вообще и гепатопанкреатобилиарной в частности.

– По-вашему, с чем связано дальнейшее развитие данной области хирургии в России: с появлением новых технологий и нового оборудования или всё-таки с энтузиазмом хирургов?

– Энтузиазм – очень важный, если не главный фактор. К примеру, Южная Корея: страна меньше Крыма, а количество выполняемых в год трансплантаций печени там превышает количество всех пересадок, которые были выполнены всеми центрами трансплантологии России за 10 лет. Разве корейские хирурги придумали что-то особенное в этой сфере? Нет. Они просто взяли дружно и довели трансплантологию до совершенства.

Что касается вероятности появления новых технологий, отвечу так: в хирургии стать Пироговым, придумать какую-то операцию, сидя за столом в кабинете, невозможно. Новые идеи рождаются только в практике. Развитие хирургии – это результат огромной работы, комбинации усилий зрелого врача, молодого хирурга с горящими глазами и талантливых учёных. Если же такого симбиоза нет, ничего не будет происходить.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

В психиатрической практике это редко выявляемый синдром, однако имеющий ключевое значение в уяснении синдромологии и стереотипа развития так называемой нервной анорексии (НА).

В чём его эвристическое значение? Во-первых, он свидетельствует о необязательности патопсихологических мотивов дисморфобии (дисморфомании) и, следовательно, о неправомерности постулата отождествления НА с «особым вариантом дисморфомании», утверждаемого в классической монографии М.Коркиной, М.Цивилько, В.Марилловым (М., 1986) на основании 30-летнего изучения НА кафедрой психиатрии Российского университета дружбы народов. Во-вторых, в нём очевидна реальность проявления логики бредового процесса ментальной анорексии в абсолютно чистом виде – без каких-либо клинических проявлений НА. Этот факт и послужил основанием для определения данного синдрома как «нервной анорексии без нервной анорексии». По аналогии с психиатрической традицией подобных определений, например маскированной депрессии как «депрессии без депрессии», или несуществующей конституциональной шизофрении Ганнушкина как «шизофрении без шизофрении».

Данный синдром наблюдается в стадии ремиссии НА после тяжёлых обострений, потребовавших неотложной реанимационной помощи по витальным показаниям (кахекия). Ведущее место в нём занимают стойкие убеждения пациентов, будто они по-прежнему страдают НА, и тревожные опасения рецидива. Таковы же мотивы добровольного обращения за психиатрической помощью. Но парадокс как раз и заключается в наличии «нервной анорексии без нервной анорексии», ибо на этой стадии типичного для НА психосоматического симптомокомплекса уже нет. Нет объективных симптомов расстройств пищевого поведения, снижения аппетита и самоограничения в пище. Общее питание и вес удовлетворительны и стабильны. Нет и соответствующих НА субъективных симптомов и жалоб. И самими пациентами эти показатели в целом адекватно оцениваются как здоровые. Несмотря на это, отмеченный парадокс наличия «нервной анорексии без нервной анорексии» рациональной критике не доступен.

Вместе с тем в настоящем глоссарии сохранён и прежний синдром «нервная анорексия пограничного типа». Термин позапрошлого века (anorexia nervosa, 1868), конечно же, вводит в заблуждение, указывая на невропатологию, что неверно, или на патологию «невроз», которых нет. Тем не менее для прежнего синдрома он оставлен как дань традиции в его классическом смысле и с целью разграничения с новым. В отличие от прежнего

новый синдром назван ментальной анорексией, что вернее указывает на её психическую (а не неврологическую или рефлекторную и т.п.) природу и подчёркивает высокий эволюционно-биологический уровень расстройства ума.

Целесообразность включения этого синдрома обоснована сложностями исследования психосомати-

скую версию НА будто самостоятельной нозологической единицы.

Также очевидно и «школьное» недоразумение трёх авторов о сути синестезии и её идиопатических расстройств, нарушений схемы (образа) тела и кинестезии, трактуемых будто вторичные по отношению к НА соматогенные нарушения. И в результате – неиз-

ясная цель указывается модной позой дамского «Х»-стояния с безошибочной точкой пересечения, где всё анатомически ясно.

Повсеместное копирование индустрии телемоделей «звёзд», не только их одежды, но и стили поведения, походки, движений и статических малоустойчивых поз покоя (например, стояние у края

здоровья. Тогда как красота девушки, невесты, матери – это прежде всего цветущее здоровье. Однако российские дизайнеры и депутаты Госдумы РФ выступают против законов психогигиены, защищающих здоровье юного поколения. Синдром ментальной анорексии важен для разьяснения бредовой психиатрической сути

Точка зрения

Ментальная анорексия и мода

Они срослись почти неразделимо

тической проблемы НА, особенно в сочетании с нарастающей социально-культуральной актуальностью анорексичной моды. Об этих сложностях НА говорят опубликованные в упомянутой монографии итоги её 30-летнего исследования. Но эти же результаты свидетельствуют о недостаточной глубине проникновения в синдромологию НА и, следовательно, в нозологическую диагностику. Ведь НА прямо отождествляется с «особым вариантом синдрома дисморфомании с бредовыми или сверхценными идеями недовольства собственной внешностью», который в действительности носит акцидентальный (хотя настолько частый, что кажется обязательным), но не сущностный актуальный характер.

Последнее и позволяет уяснить синдром ментальной анорексии, который не относится к так называемым школьным случаям НА (по выражению профессора Р.Наджарова). И, естественно, его нет и в посвящённой НА классической монографии, и во «внешних» диагностических рубриках МКБ-10-ВОЗ среди «Поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами», включая типичную «нервную анорексию F.50.0» и «атипичную нервную анорексию F.50.1».

Методологические минусы указанной монографии заключаются как раз в забвении заветов великих учителей, отчеканенных в эпиграфе Анри Эйя. В ней очевидно доминирование этиопатогенетических гипотез в ущерб клинико-психопатологическому методу синдромологии, преобладание патопсихологического стремления как можно теснее связать НА с мотивами дисморфобии и дисморфомании, как будто бы неразделимыми и составляющими одно и то же целое как «особый вариант синдрома дисморфомании». А в итоге – раздробление единого синдромологического стереотипа НА почти по всем разделам частной психиатрии, включая архетипиче-

бежно ошибочная диагностика НА при так называемых пограничных состояниях, установленная более чем в половине наблюдений клинического материала монографии (у 271 из 507 больных НА), в том числе при «неврозах» и «психопатиях», которых давно нет.

Но психосоматическая проблема НА, относящаяся к сложной диагностической категории, усугубляется теперь «духом века сего» с его массовыми расстройками сознания и половой анорексичной моды женской худобы, граничащей с клиническими формами истощения НА. Этот модерн ориентирован также и на гендерное упразднение пола во всём – в одежде, порой с демонстративной неаккуратностью, неряшливостью, будто бездомностью, эпидемическом женском курении, автомобильном образе жизни и чахом невнятном образе женского тела. Но и эта ориентация моды анорексична. В итоге: модный призрак анорексии, способствуя распространённости НА, увеличивает трудности отграничения НА от состояний здоровья.

А с точки зрения культурологии, (в противоположность, например, искусству возвышения красоты человеческого тела в Ренессансе, вплоть до её обожествления в человекобожии, до идентификации с образами Спасителя и Мадонны), современная мода нацелена на снижение, опускание человеческого образа и обезличивание его и в лице, и в фигуре. Ни глаз, ни лица, ни личности. Она кинично (по-собачьи) направляет внимание на зоологизацию экстерьера и фигуры человека, подчёркивая её тугим обтягиванием штанов независимо от эстетичности фигуры, её образа или безобразия (как в экстерьере пород собак, стройных или, напротив, намеренно породисто-уродливых), и также, указывая своей геометрией на первичные половые признаки. Например, геометрией горизонтальных линий, разделяющих одежду строго на уровне промежности. Геометри-

железнодорожной платформы, метро или на автобусных остановках) на скрещенных в форме «Х» нижних конечностях говорит о глубоком проникновении моды не только на уровне представлений массового сознания, но и в чувственный психомоторный и вегетативный (по Аристотелю) слой образа собственного тела и его мышечного чувства (кинестезии) (см. авторскую статью «Схема (образ) тела», БРЭ, т. 31, 2016 г., с. 490).

В конечном итоге все эти тенденции анорексичной моды противны репродуктивной природе женщины как невесты, матери, кормилицы и вечной природе рода Homo sapiens как человека разумного.

Не напрасно введён Международный день борьбы с анорексией (с 16 ноября 2005 г.). А в государствах, запрещающие рекламную анорексическую индустрию и работу манекенщиц и моделей с болезненной худобой (в Израиле с 2012 г.). На ряд европейских стран, играющих особую роль в определении мировой моды (Италия, Франция, Испания и др.), оказывается давление с целью выработки мер защиты юного поколения от рекламной индустрии вредных и патогенных стандартов «красоты».

Для наших целей постижения бредовой сути НА важно понять ещё и иное с точки зрения уничтоженной психогигиены. Эта суть заключается в присутствии всякой рекламной индустрии лжи, которая в данном случае должна быть раскрыта, во-первых, как абсолютная ложь, во-вторых, как противоестественная природе рода человеческого ложь, и, наконец, как ложь патогенная. Ведь насмотревшись на анорексичных моделей, подростки и юные девушки позволяют внушить себе, будто это истинный идеал женской красоты, а не рыночный стандарт индустрии моды. И потому доводят себя до болезненного истоще-

ния здоровья. Тогда как красота девушки, невесты, матери – это прежде всего цветущее здоровье. Однако российские дизайнеры и депутаты Госдумы РФ выступают против законов психогигиены, защищающих здоровье юного поколения. Синдром ментальной анорексии важен для разьяснения бредовой психиатрической сути

Для наших же целей важно подчеркнуть, что диагностические синдромологические трудности усугубляются модой захудалого девичьего тела.

Поэтому при уяснении сути анорексической убеждённости методом дифференциальной диагностики о её сверхценной либо бредовой структуре (или, по К.Ясперсу, «развитие или процесс?») желательнее уточнить несколько субъективных и объективных моментов. К ним относятся, например, следующие. 1. Отсутствие критики к наличию психического заболевания как такового (психиатрическая анозогнозия), несмотря на убеждённую в страдании нервной анорексией. 2. Убеждённая в наличии НА при отсутствии её актуальности и соответствующих ей объективных симптомов питания и похудения. 3. Уяснение, что так называемая нервная анорексия как самостоятельная болезнь не существует. 4. Нервная анорексия – это акцидентальный синдром основного психиатрического заболевания, в отношении которого имеется анозогнозия.

В этом синдроме также важно выявление идиопатических расстройств общего чувства (см. глоссарий, сенестопатический синдром, код), мышечной чувствительности (кинестезии), нарушений образа тела, симптомов деперсонализации и дереализации. Наличие этих симптомов, указывающих на первичные процессуальные признаки, исключает альтернативную версию патологического развития (в смысле К.Ясперса), подтверждающая бредовую природу синдрома.

Виктор ОСТРОГЛАЗОВ,
доктор медицинских наук.

Москва.

Идеи

В реабилитационную практику Тюменской областной клинической больницы № 1 ввели новые оздоровительно-восстановительные процедуры с использованием уникальной по составу негорючей нафталановой нефти. Эффективность нафталанотерапии подтверждена результатами научных исследований, диссертаций и монографий. Теперь лечить с помощью специальной нефти будут и в тюменском регионе.

«Лечение нафталаном – это мощная эффективная терапия многих заболеваний, среди которых болезни костно-мышечной и нервной систем, кожи, сосудов, гинекологические и урологические заболевания. Благодаря его уникальным лечебным свойствам

В Тюмени лечат нефтью



Лечение в самом разгаре

рассасываются воспалительные процессы, уменьшаются боли, улучшается кровообращение и обменные процессы. В нашей больнице мы используем нафталанотерапию в виде аппликаций и ультрафиолетового введения», – поясняет заведующая центром реабилитации ОКБ № 1 Юлия Николаева.

О целебных свойствах нафталан в медицине знают более 600 лет. Нафталан в отличие от других видов нефти не содержит лёгких фракций, бензина, лигроина и керосина. В нём отсутствует парафин и имеется небольшое количество нефтяных кислот. Нафталан содержит высокий процент

нефтяных углеводородов, происходящих из ископаемых рыб. Очищенный дистиллят нафталановой нефти, освобождённый от нежелательных субстанций, с повышенной концентрацией целебных компонентов используется в нафталанотерапии. При аппликации этого целебного вещества противопоказания, а также побочные явления практически сведены до минимума.

В 2016 г. в центре реабилитации ОКБ № 1 пациенты получили более 72 тыс. сеансов восстановительного лечения. Всего в центре реабилитации проводят около 50 видов физиотерапевтических процедур.

Юлия ДЕМИНОВА,
сотрудник ОКБ № 1.

Тюмень.

Имя академика РАН Виктора Тутельяна, научного руководителя Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи, академика-секретаря отделения медицинских наук РАН, заслуженного деятеля науки РФ, хорошо известно всем тем, кто занимается проблемами здорового образа жизни, организации правильного питания. Он – признанный авторитет в этой важной области медицины. В советах видного учёного, его наставлениях нуждаются миллионы людей, порой плохо представляющих себе, что такое правильное питание и как оно влияет на нашу жизнь. Об этом и о многом другом идёт речь в предлагаемом читателям интервью «МГ» с В. Тутельяном.

– Виктор Александрович, прежде чем мы начнём разговор о проблемах здорового питания, хотелось бы узнать, как вы пришли к своей профессии, почему именно на неё пал ваш выбор?

– Непростой вопрос. Может быть, воспоминания о трудном детстве сыграли свою роль. Отца своего я, к сожалению, в живых не застал. К тому времени, когда я родился (шёл февраль 1942 г.), он был уже на фронте, откуда так и не вернулся – погиб. Пришлось маме (она работала на картонажной фабрике) воспитывать меня одной. Время было очень тяжёлое, военное, голодное, жили в маленькой коммуналке, нуждались. Родился я слабеньким, весом всего 2,3 кг, думали даже, что не выживу, и чтобы выводить меня, получить дополнительные продовольственные карточки, мама и её сестра, которая была окулистом, пошли в доноры, сдавали кровь. Мама сдала 17(!) л, а тётя – 15,5. Полученными продуктами кормили меня, и я быстро стал набирать вес. Уже через полгода поправился настолько, что превратился в «карапуза», и, как рассказывала мама, меня в шутку стали называть «черчиллем», имея в виду внушительную комплекцию тогдашнего британского премьера, нашего союзника в годы войны.

Когда я окончил школу, то решил стать врачом и поступил в Первый Московский мединститут. Именно здесь я всерьёз увлёкся проблемами питания, ну и стал в итоге тем, кем стал. Вот уже полвека занимаюсь интересным и очень нужным людям делом. Ведь от правильного, полноценного питания и зависит, по существу, наше здоровье. И надо точно знать, чем ты питаешься, насколько твоя пища полезна и необходима.

– Проблемой питания занимается ведь и ваша жена – Лидия Васильевна?

– Да. Она – ведущий сотрудник того самого института питания, в котором работаю и я. А вот мой сын Алексей, став медиком, избрал другое направление работы. Он – профессор кафедры эпидемиологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, заведует лабораторией Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора.

– Помните, в детстве, было это в начале 50-х годов, у нас дома появилась замечательная книга – прекрасно изданная, красочная, отлично иллюстрированная. Называлась она «Книга о вкусной и здоровой пище». В ней были фотографии таких манящих, аппетитных блюд, продуктов, от которых трудно было отвести взгляд. Мама нередко заглядывала в эту книгу, чтобы приготовить по её рецептам то или иное блюдо. И получалось очень вкусно...

– Да, вы правы. Это была действительно замечательная книга, изданная в 1952 г. Строго говоря, это был первый массовый тираж книги о здоровом питании и «здоровой» кулинарии. Появилась она по инициативе тогдашнего министра пищевой промышленности СССР Анастаса Микояна, много сделавшего для организации правильного питания в стране. Люди старшего поколения помнят, конечно, знаменитые «микояновские» котлеты-полуфабрикаты – вкусные и дешёвые. Микоян был инициатором внедрения интересного зарубежного опыта,

платными посещениями бассейнов, теннисных кортов, различных спортплощадок), прогулках на свежем воздухе, которые просто необходимы для здоровья. И теперь расплачиваемся за полученные удобства. А расплата такова: мы снизили свои энергозатраты примерно на 30%. Это и есть отличительная характеристика нашего времени. Сейчас женщина тратит

в числе самых консервативных, трудноизменяемых. Пищевые вкусы начинают складываться чуть ли не в материнской утробе. А потом, с годами, эти едва намечившиеся вкусы закрепляются. Наверняка для большинства из нас самые лучшие, необыкновенно вкусные котлеты – те, которые готовила мама, и борщ тоже лучше неё никто не готовил, и голубцы, и кашу

газин, не буду смотреть, имеется ли ГМО в составе выбранного мной продукта. Раз он допущен в продажу разрешён государством, то можно не волноваться. У нас в России самая строгая в мире система защиты и контроля за использованием генно-модифицированных источников пищи.

– Сейчас многие в нашей стране озабочены антироссийскими санкциями, которые ввели Евросоюз и США. Есть много людей, привыкших использовать, скажем, финское или новозеландское масло, французский или немецкий сыр, испанские цитрусовые. Как им быть, что посоветовать?

– Никакого особого беспокойства введённые санкции у нашего рядового потребителя не должны вызывать, да россияне уже в целом и приспособились к ним. Качество отечественной пищевой продукции никогда не уступало зарубежным образцам, напротив, чаще всего превосходило их. Это касается и колбас, и сливочного масла, и сыров. Многие до сих пор вспоминают незабываемый вкус таких выпускавшихся в СССР сыров, как «голландский», «швейцарский», «советский», продаются они и сейчас, надо лишь увеличить их производство и вернуться к забытым почему-то подлинным рецептам их изготовления. А что, неужели лучше покупать за границей замороженное мясо или кур, уже потерявших при длительной транспортировке и хранении значительную часть полезных веществ, чем использовать нашу аналогичную продукцию – свежую и, безусловно, более качественную? История с так называемыми ножками Буша, завалившими прилавки наших магазинов в 90-х годах, должна была нас кое-чему научить. Россия всегда славилась своей картошкой – липецкой, рязанской, тамбовской – так что же, мы не обойдёмся без польской, которую стали почему-то покупать? И яблоки польские нам не нужны, у нас есть свои замечательные сорта. Подтверждением тому являются безусловные достижения учёных наукограда Мичуринска, где создано широкое разнообразие плодовых, косточковых, ягодных и иных культур.

Говоря о бытующем ещё увлечении заморской продукцией, хочется вспомнить «Одноэтажную Америку» Ильфа и Петрова, которые ещё в 30-х годах писали, что «американцы едят ослепительно белый, но совершенно безвкусный хлеб, мороженое мясо, солёное масло, консервы и недозревшие помидоры». И ещё одна цитата из этой же книги: «Они не едят, а заправляются едой, как мотор бензином». У нас, мне кажется, совсем другое по традиции отношение к питанию. Поэтому надо ориентироваться на свою продукцию, всячески поддерживать отечественного производителя и прежде всего фермерские хозяйства, которые и вырастят заботливо всё, что нужно, – хлеб, овощи, фрукты, – и соберут вовремя урожай, и сохранят его, и донесут в должном виде до потребителя. Словом, сумеют накормить страну, но им нужно, конечно, помочь. Мы сами в этом заинтересованы, каждый из нас.

– В заключение вернёмся ещё раз к формуле здоровья...

– Я хочу подчеркнуть, что самый мощный, самый эффективный рычаг сохранения здоровья – это правильное питание. И культуре питания необходимо учиться. Учиться и самостоятельно с помощью специальной литературы, учиться в центрах здоровья, а их в стране уже 700, в центрах здорового питания. Каждый должен понимать, что путь к здоровью лежит не через количество принимаемой пищи, а через её качество, через правильно выбранный с помощью диетолога рацион питания. Приятного аппетита, дорогие читатели!

Валерий АСРИЯН,
внешт. корр. «МГ».

Авторитетное мнение

Академик РАН Виктор ТУТЕЛЬЯН:

Культуре питания надо учиться



новых технологий в нашу пищевую индустрию, и недаром вот уже 80 лет его имя носит известный московский мясокомбинат. Возвращаясь к книге, о которой мы заговорили, отмечу, что в ней рассказывалось об основах рационального питания (в том числе детского и лечебного), излагались сведения о пищевых товарах, производимых в СССР, приводились рецепты изготовления разных блюд, советы диетологов. Книга была написана опытными кулинарами-практиками совместно со специалистами отраслевых институтов и учёными НИИ питания АМН СССР. Она пользовалась огромной популярностью, неоднократно переиздавалась, и её общий тираж с 1952 по 1999 г. составил почти 8 млн экземпляров. Нужна она, несколько осовремененная, и сейчас.

– Насколько актуальны сегодня проблемы правильного питания?

– За последние десятилетия произошли очень серьёзные изменения в отношении к питанию, потому что резко изменился образ жизни людей, у большинства населения повысилось его качество. Мы получили большие блага в виде автомобилей, разнообразной бытовой техники – стиральных и посудомоечных машин, кухонных комбайнов, мобильных телефонов, компьютеров и многих других облегчающих жизнь удобств. Но при этом перешли на сидячий образ жизни, минимизировали все свои физические нагрузки, забыли о физкультуре и спорте (нам помогли об этом «забыть», сделал

в сутки 1800–1900 ккал, а мужчина – от 2200 до 2300. Конечно, это очень мало. Зато мы уже привыкли есть на 2800 ккал, нас соблазняют в магазинах разные вкусности, которые далеко не всегда полезны. Вывод прост – пусть пищи будет меньше, зато она должна быть полезнее. Это первый закон питания.

Есть и второй закон. Он заключается в обязательном соотношении химического состава рациона нашим физиологическим потребностям в пищевых и биологически активных веществах. Существует более 150 химических соединений, которые ежедневно должен потреблять каждый человек, причём половину из них – обязательно. И если мы их недополучаем, то расплачиваемся потерей здоровья. Но есть и другой крен – в сторону избыточного питания по калорийности. Как следствие – 55% населения имеют избыточную массу тела, 26% страдают ожирением, которое ведёт к атеросклерозу, ишемической болезни сердца, инфаркту миокарда, инсульту, сахарному диабету. Причём частота этих заболеваний растёт. Значит, надо есть меньше, но в то же время получать все необходимые витамины, минеральные и биологически активные вещества. В этом правильном совмещении и заключается формула здорового питания.

– Порой человеку трудно действовать по этой формуле, переделать себя, отказаться от каких-то нередко вредных привычек...

– Дело в том, что привычки, связанные с питанием, вероятно,

гречневую или рисовую, и многое другое, неповторимое в её, маминим, исполнении. Случается, это даже приводит к семейным драмам: молодой муж требует от молодой жены только те самые, маминим, котлеты и никакие другие его не устраивают. В ответ – обида, и дело иногда заканчивается не только ссорой или скандалом, но даже разводом. Да, да, бывало и так – развод на «пищевой» почве. Наши привычки – почти на генетическом уровне. Очень часто они идут вразрез с физиологическими потребностями организма. А современная наука о здоровом питании требует обязательного учёта этих потребностей. И во имя сохранения здоровья нередко надо переломить то, что заложено родителями, обществом.

Для нормальной жизни нам нужны белки, аминокислоты, определённые жиры, 12 витаминов, десяток микроэлементов, минеральных веществ, ряд биологически активных веществ. Из чего мы их получим – значения не имеет. Картошка, морковь, кабачки, капуста, салаты, любые ягоды, яблоки, груши – всё это доступно рядовому потребителю. А от дорогих заморских фруктов типа авокадо или ананасов можно совершенно безболезненно отказаться. Как и от икры, дорогих сортов рыбы. Нам необходим белок. Как его получить? Конечно, с помощью мяса или птицы. Лучше брать мясо не в виде сосисок или колбасы, особенно сырокопчёной, а натуральное. Его желательнее отваривать или тушить, но не жарить. Других поставщиков белка – любая доступная рыба, любые молочные продукты, которых мы едим, к сожалению, очень мало. Поэтому дефицит кальция наблюдается почти у половины населения

– А какой хлеб лучше использовать?

– Я предпочитаю чёрный. В нём примерно столько же калорий, что и в белом. Однако в чёрном хлебе и в хлебе из муки грубого помола много пищевых волокон. Они не перевариваются, но зато очень нужны для нормальной деятельности желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы, желчного пузыря, способствуют поддержанию полезной микрофлоры кишечника.

– В последнее время много говорят о генетически модифицированных продуктах – так называемых генно-модифицированных организмах (ГМО)...

– Качественные ГМО необходимы, чтобы слегка «осовременить» природу, чтобы она шла на одном уровне с нашей эволюцией. И тем самым заставить живые организмы, которые служат продовольственным сырьём, синтезировать то, что нам нужно по химическому составу. Я, например, зайдя в ма-

Почему бы и нет?

МАТа недостаточно

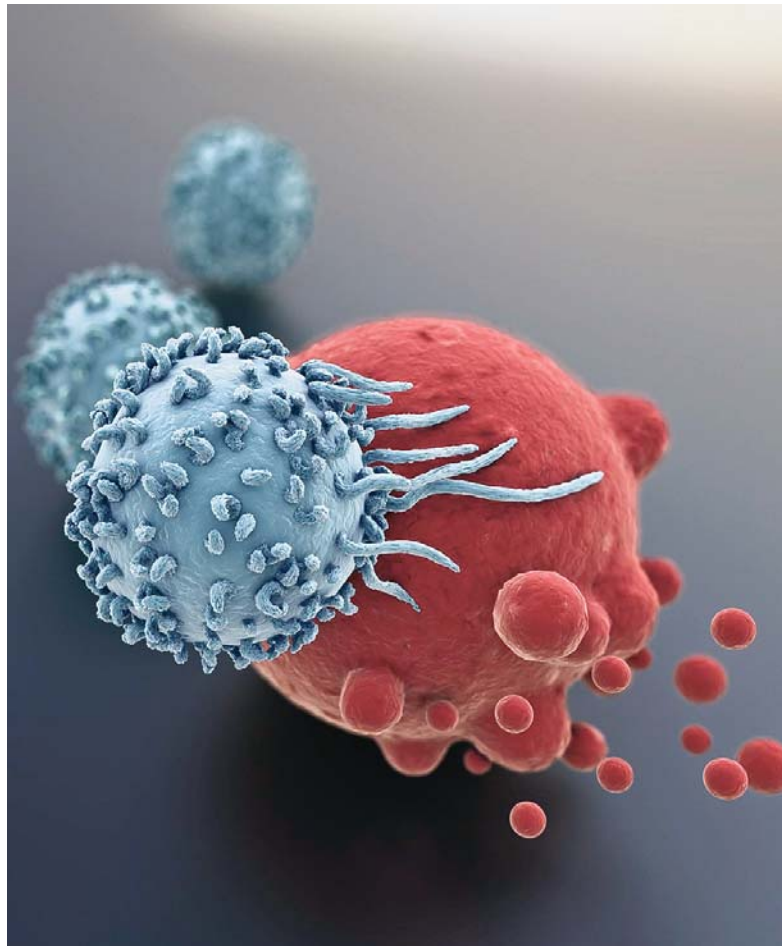
Беременность у женщин, в матке которых развивается плод, генетически наполовину ей чужеродный, представляет собой пример физиологически приобретённого иммунодефицита. В геномах женщины и плода для нормального его развития заложены механизмы сдерживания лимфоцитарной агрессии, носящие более привычное название толерантность. Она проявляется в «изымании»-элиминации Т-клеток, которые потенциально могут «нападать» на собственный организм. Нестабильность генома трансформированных клеток приводит к сдерживанию реакции иммунной системы, благодаря чему опухолевые клетки выходят из-под её бдительного контроля (Immune Surveillance). Повысить контроль призваны моноклональные антитела (МАТ), относительно давно созданные молекулярными фармацевтами и биотехнологами.

Учёных, занимающихся ВИЧ, в своё время поразило тот факт, что на поверхности иммунных клеток есть протеин, помогающий вирусу проникнуть в них. Оказалось, что этот белок иммунных клеток является хеморецептором воспаления, задействованного и в опухолевом процессе. Дело в том, что раковая клетка белком своей мембраны-оболочки подавляет функцию этого и других «помощников», тем самым выходя из указанного выше надзора. Решение родилось само собой в виде моноклональных антител (МАТ), блокирующих взаимодействие раковых и иммунных протеинов, действие которых было с успехом продемонстрировано на мышиных моделях человеческих опухолей (опухоли сморщивались, и продолжительность жизни мышей увеличивалась).

В конце сентября 2016 г. пришло первое сообщение об успехе наших биотехнологов из одной фирмы Красногорского района Московской области, создавшей МАТ против меланомы. Новость была повторена в конце декабря, а в первый рабочий день 2017 г. о ней сообщала министр здравоохранения. В пресс-релизе и интервью правительственной газете говорилось, что на клинические испытания препарата потребуется от 100 до 180 млн руб., и его доступность для пациентов возможна уже в 2018 г. Подчерки-

валось, что наши МАТ излечивают и на поздних стадиях развития опухоли с метастазами. В других изданиях указывалось, что МАТ подобного действия уже есть, но у нас они не сертифицированы, поэтому недоступны врачам и их пациентам. Приводились данные испытания МАТ на 418 пациентах с метастатическими меланомами, выживаемость которых в течение года была отмечена у 73% (против 42 при классической терапии). К этому можно добавить, что испытания МАТ у людей с раком лёгких не дали и такого увеличения в силу того, что под действием антител количество лимфоцитов-«резидентов» опухоли (туморинфильтрирующих), на которые делалась ставка, колебалось от 20 до 80%. Из этого учёные сделали вывод, что МАТ не слишком были «нацелены» на опухоль. О сложности генома раковых клеток писал недавно Science.

Что и подтвердилось в середине марта 2017 г., когда были опубликованы данные, касающиеся белка миезина (moesin – membrane-organizing). Он известен давно как «организатор» подмембранных протеинов – актина, анкирина и др., – которые поддерживают клеточную форму и в то же время участвуют в образовании её выростов, движении и делении. Делают они это с помощью белка, получившего название трансформирующий



Иммунная клетка (слева), атакующая опухолевую

фактор роста (TGF – Transforming Growth Factor), мутации которого приводят к клеточной трансформации. Ростовый фактор соединяется со своим белковым рецептором в клеточной мембране-оболочке, в результате чего в Т-клетку и её геном передаётся соответствующий сигнал. Передача осуществляется ферментом (металлопротеиназой), изменения которого ведут к росту меланомы.

Сотрудники Медицинского университета Южной Каролины (США) показали на мышах, что гораздо большим потенциалом подавления опухолевой толерантности обладает воздействие на миезин

а миезин станет более надёжной целью подавления опухолевой толерантности.

Газета сообщила об очередном успехе учёных Физтеха, создавших программу «Гирскоп», позволяющую быстро и эффективно выявлять потенциальные геропротекторы, защищающие клетки от старения. В качестве примера приводится ген фермента, который необходим для клеточного роста и деления, но он может и ускорять старение вследствие «изношенности» того же гена устойчивости к стрессу. Клетка «ест» и дышит, что приводит к образованию свободных радикалов, которые вызывают повреждения в ДНК (DNA-damage). Физтеховец сказал, что «по рекомендации компьютера мы отобрали несколько геропротекторов и проверили их в экспериментах на клетках человека». Его коллега указал на то, что более 90% продуктов фарминдустрии, хорошо зарекомендовавшие себя у мышей, так до человека и не доходят, что приводит к большим расходам и неоправданным потерям.

Оба специалиста не подчеркнули, решив обойти вопрос, что «молодильные» гены (выражение газеты) опасны своими мутациями, приводящими к аномальному клеточному омоложению и нежелательной трансформации. Такие клетки постоянно возникают в организме, но элиминируются нормально функционирующими Т-лимфоцитами. Отклонения в развитии последних безо всякого преувеличения в некоторых случаях жизненно опасны, в других же – ухудшают качество жизни. Речь идёт об аутологических, или собственных клетках иммунной системы, реакция которых на собственные ткани приводит к аутоиммунным состояниям. На одном конце их спектра банальная сенная лихорадка, на другом же – анафилактический шок.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Journal of Clinical Investigation,
Science, Science Signaling.

Исследования

Чем раньше – тем лучше

Учёные Университета штата Аризона (США) разработали новый анализ крови, который может обнаружить рак поджелудочной железы на ранних стадиях и тем самым существенно снизить смертность от заболевания.

Рак поджелудочной железы по праву называют «тихим убийцей»: его весьма сложно диагностировать на ранней стадии. Причиной тому – топография поджелудочной железы. Это приводит к тому, что только 5% пациентов с этим диагнозом выживают в первые 5 лет после начала болезни. Единственный способ лечения рака поджелудочной железы, – её полное удаление, прежде чем появятся метастазы. Новый тест крови может обнаружить рак до того, как он распространится по организму.

В пилотном исследовании принял участие 591 человек, больной раком. Новый тест обнаружил ранние стадии заболевания более чем в 90% случаев. В исследовании также приняли участие 48 здоровых людей и 48 человек с панкреатитом – воспалительным заболеванием, которое трудно отличить от рака поджелудочной железы, используя современные методы тестирования, например ультразвук. Новый анализ безошибочно отличил одно заболевание от другого.

Тест построен на способности клеток организма секретировать небольшие везикулы, внеклеточные пузырьки, которые попадают

в кровь. Онкологические клетки поджелудочной железы производят свой особый тип внеклеточных пузырьков. Эти пузырьки могут избирательно связываться с наночастицами золота, которые при этом меняют свои светоизлучающие свойства, что свидетельствует о наличии рака поджелудочной железы. По словам учёных, для безошибочного теста достаточно всего 0,001 мл плазмы крови.

Теперь учёные планируют провести более крупные клинические исследования. Если тест будет одобрен, он станет единственным дешёвым и быстрым методом безошибочного определения рака поджелудочной железы. Исследователи надеются, что этот тест может быть использован для широкомасштабного популяционного скрининга, как маммография для рака молочной железы и мазки Папаниколау для рака шейки матки.

По словам клиницистов, данный тест может быть адаптирован к другим заболеваниям, которые секретируют уникальные внеклеточные везикулы. «В настоящее время мы работаем над тестом рака лёгких и лимфомы и уже имеем положительные результаты, – отметил автор исследования Тони Ху. – Кроме того, мы начали проект по диагностике туберкулёза – впрочем, теоретически этот тест может быть применён к любому типу заболевания».

Герман АКОДИС.
По информации CNN.

Дословно

Диоксид титана, пищевой краситель, который широко используется в зубных пастах, может вызывать онкологические заболевания. Об этом сообщили учёные из Международного агентства по изучению рака.

У 40% крыс, которым в ходе лабораторных экспериментов подмешивали это вещество в воду, были обнаружены предраковые образования. Кроме того, у них ускорилось развитие опухолей, которые не являются злокачественными, но впоследствии могут перейти в опасные раковые заболевания.

Предраковые новообразования у крыс были обнаружены в кишечнике и толстой кишке, при этом

Онкологическая гигиена

ни одна из крыс, которым давали простую воду, раком не заболела.

Кроме зубных паст, диоксид титана (или добавка E171) широко используется в конфетах, шоколаде, печеньях и жевательных резинках для отбеливания продуктов.

Ранее исследователи сообщили, что вдыхание диоксида титана, который используется в красках, также может вызвать рак, но теперь выяснилось, что онкологические заболевания могут появиться при употреблении добавки с продуктами питания. Как пояснили учёные, E171, всасываясь в кишечник, попадает в кровь, после чего рас-

пространяется по всем организму. Неясно, вызовет диоксид титана такой же эффект у людей, однако учёные не исключают этого.

В связи с этим французское правительство приказало немедленно начать исследование по изучению безопасности E171 в рамках более широкого исследования воздействия наноматериалов на здоровье. Результаты этой работы будут опубликованы к лету нынешнего года.

Ян РИЦКИЙ.
По информации Reuters.

Версии

С заботой о сильном поле

Результаты клинических испытаний, проведённых специалистами из Университетского колледжа Лондона (Великобритания), показали эффективность нового метода лечения рака предстательной железы на ранних стадиях.

Разработанный метод предполагает введение в кровотоки светочувствительного препарата, изготовленного на основе глубоководных бактерий, и его последующую активацию с помощью лазера. При попадании света луча лазера на опухоль бактерии активизиру-

ются и убивают раковые клетки, оставляя при этом здоровой предстательную железу.

Новая методика лечения была протестирована на 413 мужчинах с раком простаты на ранней стадии, и, как показали результаты испытаний, спустя 2 года почти у половины из них не осталось следов рака. Кроме того, у испытуемых не было выявлено побочных эффектов. Эректильная дисфункция и недержание мочи, которые вызывают хирургическое вмешательство и лучевая терапия, зачастую становятся причиной того, что многие мужчины на ранней стадии развития рака

простаты предпочитают отложить лечение до агрессивного развития опухоли. По словам учёных, новый метод, который в настоящее время тестируется в Европе, позволит изменить ситуацию.

Исследователи надеются, что такой вид лечения будет эффективен и против других видов онкозаболеваний, в том числе рака молочной железы и рака печени.

Алина КРАЗУЗЕ.
По информации
The Lancet Oncology.

Выводы

Нет стресса — нет инфекции?

В Бергенском университете (Норвегия) соискатель учёной степени Роджер Экеберг Хенриксен представил научную работу, посвящённую беременным женщинам и новорождённым детям. Выводы, которые он сделал на основе собиравшихся с 1999 г. данных матерей и их детей, позволяют предположить, что неудовлетворённость беременных женщин отношениями с их партнёром влияет на риск заразиться инфекционным заболеванием. При этом шанс заболеть выше не только у самой женщины, ждущей ребёнка, но и у младенца первого года жизни.

Всего в распоряжении Роджера Хенриксена была информация более чем по 67 тыс. беременных женщин и более чем по 100 тыс. детей из 91 тыс. семей. Женщины, заполняя опросники, указывали не только данные о своём здоровье и здоровье детей, но также и отмечали пункты, касающиеся взаимоотношений в семье. Например, они выражали согласие (или несогласие) с утверждениями вида «мне повезло с партнёром», «я думаю о разводе» или «у нас близкие отношения».

По итогам этих ответов числялся средний показатель, на который автор исследования обращал внимания при подготовке. Обнаружилось, что если сравнивать наименее довольных браком будущих мам с наиболее довольными, то у первой группы шанс заболеть чем-либо был более чем вдвое выше, чем у второй. Такая же зависимость наблюдалась у детей — те малыши, чьи матери не были счастливы в своём партнёрстве, чаще «подхватывали» самые разные болезни — от отита до кишечного гриппа.

Кратковременный стресс заставляет организм мобилизовать все силы, бросив их на борьбу с опасностью. Но что, если в стрессовом состоянии человек находится длительное время? В некоторых случаях отношения с партнёром могут стать бомбой замедленного действия. Постоянное беспокойство угнетает иммунную систему организма, и человек становится более уязвим в том числе и для инфекционных болезней. Это справедливо и для беременных женщин — в их случае страдает не только их иммунитет, но и будущего ребёнка. Хенриксен пояснил, что именно этот механизм находился в основе его работы.

Автор исследования подчеркнул, что не хотел бы заставлять беременных женщин дополнительно нервничать. Однако, по его мнению, персонал медицинских учреждений должен принимать во внимание важность фактора стресса.

Однако

Учёные из Великобритании и Австралии сообщили, что расстройства психики, такие как депрессия и тревожность, могут увеличивать вероятность заболевания некоторыми видами рака. Исследование вели специалисты из Университетского колледжа в Лондоне, Эдинбургского и Сиднейского университетов. Прямой причинно-следственной связи они не нашли, однако отметили, что результаты их работы подтверждают популярное мнение о существовании психосоматики — влияния психологического состояния человека на физическое.

От психики — к соматике

Чтобы проверить, влияют ли расстройства психики на предрасположенность к определённым видам рака, исследователи проанализировали данные 16 научных работ, опубликованных в 1994–2008 гг.: 13 исследований состоялись в Англии и ещё 3 — в Шотландии. Всего участников (мужчин и женщин старше 16 лет, не страдавших от рака на начало исследования) было более 163 тыс. Каждый из них заполнил опросник, в котором содержались в том числе данные о его/её психологическом состоянии. После заполнения за респондентами наблюдали в среднем на протяжении 9,5 лет, за это время 4353 человека скончались от рака.

Затем учёные сравнили, насколько выше вероятность смерти от рака была среди пациентов с высоким уровнем психологического дистресса (депрессией, тревожным расстройством) по сравнению с теми, чья психика была полностью здорова. Во внимание также были приняты такие факторы влияния, как возраст, пол, образование, социально-экономический статус, индекс массы тела, приверженность к курению и употреблению алкоголя.

Выяснилось, что у пациентов с самыми серьёзными расстройствами психики смертность была выше по нескольким направлениям — они чаще умирали от рака кишечника, поджелудочной железы, простаты, пищевода, а также лейкоза.

Авторы исследования отметили, что, возможно, на самом деле причину и следствие нужно

поменять местами — есть вероятность, что это болезнь вызывала беспокойство и психологический дискомфорт. Специалисты провели повторный анализ, исключив из исследования пациентов, скончавшихся от рака в первые 5 лет после заполнения опросника, однако выводы не изменились, таким образом, скорее всего, расстройства психики развивались раньше, чем рак.

Депрессия, как известно, — достаточно распространённое заболевание. Например, во время беременности им страдает каждая седьмая женщина, причём её состояние отражается и на будущем ребёнке — он может родиться с меньшим весом. Сотрудники Университета Огайо (США) выяснили, что у будущих мам в крови меняется уровень белка — нейротрофического фактора мозга.

Пониженная концентрация этого белка, согласно ранее опубликованным научным работам, ассоциируется с депрессией на различных стадиях. Учёные взяли образцы сыворотки крови у 139 женщин разных рас во время и после беременности и выявили падение уровня нейротрофического фактора мозга в течение всех триместров беременности, а затем подъём — уже после родов.

У темнокожих женщин, что характерно, уровень белка был значительно выше. Специалисты предложили в случае депрессии у беременных женщин использовать либо медикаментозное лечение, если это возможно, либо умеренные физические нагрузки.

Случай

С новой почкой в новую жизнь

Два года назад 39-летний гражданин Великобритании обратился к врачу с жалобой на частые головные боли. Через 3 недели ему поставили диагноз, который поразил его. Оказалось, что мужчина страдал от почечной недостаточности. Мужчина рассказал, что был абсолютно шокирован — он не пил, не курил, не употреблял наркотиков, и болезнь для него была как гром среди ясного неба.

В последующие месяцы пациенту становилось всё хуже и хуже. В конечном итоге ему приходилось проводить на диализе больше 8 часов в день, и, несмотря на это, он всё же старался жить прежней жизнью и даже получил удостоверение перевозчика 1-го класса. Однако его почки работали не более чем на 5% («Каждый день был как день сурка», — прокоммен-

тировал больной), и стало ясно, что трансплантации не избежать.

Подходящего донора можно было прождать несколько лет, и его 49-летняя супруга Лесли прошла необходимые обследования, чтобы узнать, сможет ли она стать донором для мужа. Через 8 месяцев супружеская пара получила положительный ответ — при этом шансы того, что почка человека, не находящегося в кровном родстве с тем, кому нужно её пересадить, может подойти только в одном случае из 100 тыс.

Кевину и Лесли выпал счастливый билет. На тот момент мужчина был в листе ожидания трансплантации уже 13 месяцев и ни разу не получил ни одного звонка.

Лесли призналась, что долго размышляла перед операцией — её дочери Софи было 22 года, а внуку Деклану — 5 лет, и она беспокоилась, что оставит их на произвол судьбы, так как отец

Софи умер много лет назад. Но потом, по словам Лесли, она подумала, что если не поможет Кевину, то вряд ли когда-нибудь простит это себе.

Вмешательство состоялось в Королевском университетском госпитале Ливерпуля (Великобритания) и окончилось успешно.

Кевин и Лесли, которые официально женаты уже 4 года, планируют в ближайшее время отпраздновать 17-летие совместной жизни. Мужчина рассказал, что теперь может выйти погулять с собакой или просто пройтись, он очень рад, что больше не привязан к дому. Ему до сих пор необходимо регулярно ездить на обследования, но жизнь, по его словам, стала намного лучше. Супруги сообщили, что они хотят теперь рассказать как можно большему количеству людей о том, как можно помочь больным, став донорами, и как это важно.

Мнения

Люди, регулярно пьющие кофе, живут дольше и реже умирают от сердечно-сосудистых заболеваний. Об этом сообщили исследователи Стэнфордского Института иммунитета, трансплантации и инфекции (США). По их словам, кофеин и его метаболиты могут противостоять действию циркулирующих нуклеиновых кислот — неиспользованных блоков для построения хромосом, которые, распространяясь по крови, провоцируют воспалительные процессы — факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и преждевременной смерти.

Зёрна долголетия?

Механизм негативного воздействия остатков нуклеотидов на клетки оказался одним из фундаментальных воспалительных механизмов, связанных со старением и сопутствующими хроническими заболеваниями. Учёные обнаружили его, исследовав образцы крови из медицинских карт более чем 100 пациентов. По словам доцента института Дэвида Фурмана, более 90% всех неинфекционных заболеваний связаны с хроническим воспалением. Оно способствует возникновению многих видов рака, болезни Альцгеймера, заболеваний органов кровообращения, остеоартрита и даже депрессии.

При этом учёные отметили, что воспалительный механизм активен не у всех пожилых участников исследования. Те, у кого не было ярко выраженных воспалений, как правило, увлекались кофе или просто

напитками с кофеином. Проведя соответствующие анализы, учёные выяснили, что в крови с высоким содержанием кофеина обнаруживалось весьма малое содержание нуклеиновых кислот. Такой же эффект наблюдался при высоком содержании в крови метаболитов теофиллина, который находится в чае, и теобромона, входящего в состав шоколада.

«Многим пожилым людям нравится пить кофе», — отметил директор Стэнфордского института иммунитета Марк Девис. — «Теперь мы знаем, что это ещё и полезно, — продукты распада кофеина предотвращают клетки от разрушения нуклеотидами и оказывают мощное противовоспалительное действие. Это открытие было для нас весьма неожиданным, однако строгие лабораторные эксперименты доказывают, что всё именно так».

Ну и ну!

Органы в обмен на деньги

В Египте раскрыли деятельность группировки, которая нелегально торговала человеческими органами в международных масштабах. Задержано по крайней мере 25 человек, среди которых есть врачи и медсёстры. Также были найдены крупные денежные суммы в долларах и слитках золота.

Официально торговля органами в стране запрещена, однако представители беднейших слоёв населения тем не менее пользуются услугами преступников, чтобы взамен на почку или часть печени получить возможность отдать часть долгов или хотя бы просто купить еды.

Власти Египта заявили, что группировка состояла из египтян и арабов, которые, пользуясь бедственным положением некоторых граждан, скупали их органы и перепродавали их за большие суммы денег. Расследование, в которое оказалось вовлечено и местное министерство здравоохранения, велось в нескольких частных медицинских центрах и больницах, как имеющих лицензию, так и не имеющих. В этих учреждениях проходили изъятие и трансплантация органов.



Из 10 центров изъяли компьютеры и документацию.

Арестам предшествовала многолетняя работа. Ещё в 2010 г. Египет вошёл в пятёрку стран, где была наиболее развита нелегальная торговля человеческими органами. В 2012 г. появилась информация о том, что в одном из регионов страны было убито несколько мигрантов с целью продажи их органов, а

также — уже в 2016 г. — один из контрабандистов рассказал итальянским прокурорам, что людей, которые не могли уплатить свои долги, продавали нелегальным торговцам. Официально эти данные подтверждены, впрочем, не были.

На сайте правительства Египта преступную группировку назвали самой большой международной сетью по продаже органов.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Medical Xpress, BBC, dailymail.co.uk, Eurek Alert!, CNN.

Главными героями картин английского художника и скульптора Эдвина Генри Ландсира стали четвероногие питомцы его соотечественников.

Это было давно. Имя Мухаммед ещё не стало самым популярным мужским именем в Великобритании. Кресты на англиканских церквях ещё не спиливались в угоду новым гражданам этой страны, а ближайшая к Лондону мечеть находилась в Испании. Английские судьи ещё носили парики и восседали на мешках с овечьей шерстью, а разговор о погоде составлял основную часть светских бесед. И англичане ещё так искренне любили собак, что эта особенность считалась важной национальной чертой характера, граничащей с теми чудачествами, которыми истинные жители островного государства всегда отличались от материковой Европы.

Больше, чем животное

Собака в Англии была больше, чем животное. Она была другом английского джентльмена. И очень часто – единственным другом, с которым можно было быть самим собой, не надевая чопорную маску человека «с неподвижной верхней губой». Когда англичанин возвращался в свой дом, в свою огороженную и защищённую от посторонних крепость, его встречала собака. Радостный стук её хвоста, колотящего по полу в самоотверженной готовности оторваться и улететь прочь, был аккомпанементом к эмоции счастья, испытываемой обоими – и псом, и человеком.

Собака была средством психотерапии для интроверсивных островитян, каналом реализации их эмоций, обычно упрятанных под фрак респектабельности и находящихся за оградой приватности. Между истинным лицом англичанина и собакой ставился знак равенства: «Любишь меня, люби и мою собаку», – говорят в Англии, и совершенно понятно, что речь здесь идёт о человеке, о его тайных сокрытых слабостях и привычках, невольно перенятых собакой, становящейся похожей на своего хозяина, которого с этих сторон знает только она, провожающая влюблённым взглядом каждое его движение. Любовь англичан к собакам верифицируется и количеством пород (более полусотни), выведенных в этой стране. Собака стала одним из важных средств воспитания английского ребёнка, последовательно оказываясь его нянькой, компаньоном, сторожем, соратником и всегда оставаясь другом. Человек стал для собаки божеством – великим, всемогущим, всеобъемлющим. Но и собака была для человека всепрощающим милосердным Богом. Не случайно же английские слова «God» и «dog» являются анаграммами. И никого из англичан не шокировала фраза Стивенсона: «Вы думаете, собаки не попадают в рай? Я уверяю: они будут там раньше каждого из нас». Удивительно ли то, что искусство империи охотно и признательно-ласково говорило о собаках (можно вспомнить хотя бы чудесных псов из книг Дж.Голсуорси: спаниели Джон, пекинес Тинг-а-Линг, серебристый бульдог Миранда...), не считая жанр анималистики низким и вспомогательным?

В романах Голсуорси иногда упоминается имя художника Ландсира, бывшего в период правления королевы Виктории модным и дорогим живописцем. Его полотна на стенах домов свидетельствовали о достатке хозяев и их вкусе, отвечавшем эстетическим пристрастиям королевы: Ландсир был её любимым художником.

Психическое расстройство изменило стиль

Эдвин Генри Ландсир был младшим сыном гравёра по меди. Семья имела наследственные традиции: живописцами стали двое детей гравёра. Эстетические взгляды Ландсира сформировались под влиянием романтизма, чему способствовала громкая и скандальная слава Байрона. Поэт был кумиром молодых, а Ландсиру было 22 года, когда самый романтичный поэт романтики погиб в романтической стране, куда уехал в романтическом порыве, став национальным героем Греции. «...байронизм сделал пунктом помешательства для прекрасных душ», – написал Белинский, и это – тот редкий случай,

Имена и судьбы

Он предпочёл собак людям

И стал представителем отряда чудаков

когда с ним можно согласиться. Многие сохранили верность этой эстетике навсегда. А В.Скотт ещё на протяжении десятка лет продолжал романтический литературный тренд, сохраняя его влияние и популярность. Словом, живопись Ландсира явила собой безусловный романтизм. Его пейзажи были подобающе сумрачными, его животные были патетичными, почти антропоморфными в своих эмоциональных порывах, подобных человеческим страстям.

Ландсир обучался живописи у своего отца и у Б.Хейдона. В 1814 г. он впервые выставился в Королевской академии искусств, а уже в 1815 г. поступил в школу при академии. В 1824 г. художник впервые побывал в горной Шотландии и с тех пор часто приезжал сюда на этюды. Здесь он написал много работ, хранящихся в крупнейших музеях Великобритании. В 1826 г. Ландсир стал членом-корреспондентом Королевской академии искусств, в 1831 г. – полным академиком, а затем – придворным художником королевы Виктории и её мужа, принца-консорта Альберта.

Он писал, главным образом, животных и пейзажи. Попадались среди его работ портреты и шаржи, в которых люди уподоблялись животным, чаще всего, разумеется, – собакам. Его произведения тиражировались в виде литографий, создав Ландсиру популярность не только в Великобритании, но и в Европе. В некоторых из его картин животные (обычно собаки) уподоблялись людям: мизансцены были скомпонованы таким образом, чтобы аналогия между человеком и псом была очевидна, а название усиливало эффект антропоморфности. Но во всех этих картинах присутствовал какой-то китч, подобный тому, который бросается в глаза, когда мы видим детей, одетых как взрослые: от неестественности вида галстука-бабочки, надетого на 3-летнего ребёнка, слегка коробит.

Но на каком-то этапе жизни Ландсир понял, что животное в своей естественности, которая была недоступна многим англичанам, куда более прекрасно и гармонично. Это изменение концепции произошло вскоре после того, как художник сначала заболел психическим расстройством, случившимся у него в 38-летнем возрасте, а потом выздоровел, хотя после этого клинического эпизода в течение почти всей жизни страдал периодическими депрессиями. Впрочем, это не мешало ему продолжать рисовать до старости. Но теперь, когда Ландсир рисовал животных, он уже не уподоблял их людям. Олени, львы и, главным образом, собаки существовали на его картинах и в рисунках как таковые. И это оказалось гораздо более выразительным эстетическим и эмоциональным приёмом. Он продолжал писать и портреты, но если в картине оказывалась собака (а это происходило часто: в Англии собака была членом семьи), то она неминуемо становилась её главным персонажем, оттесняя на второй план кого угодно – кре-

стьян, детей, вельмож, дам в кринолинах... На полотнах Ландсира люди нередко выглядели более кукольными, чем собаки, всегда остававшиеся живыми, искренними и естественными. И художник всё чаще и чаще рисовал собак, теперь уже без ненужного антуража в виде фигурки хозяина, нарисованной блестяще, но формально, тогда как собачьи портреты неизменно выходили у Ландсира с любовью и нежностью. Теперь человек в его

нальную дистанцию между собой и остальными, очерчивая вокруг себя волшебный круг демаркации в стилистике философии И.Фихте: «Я» – «не Я». Обособление нужно ему для удовлетворения потребности в независимости. Всё, что напоминает о принуждении и обязательствах (подписание контракта, договора, заключение брака и пр.), сопряжено с сензитивностью и ранимостью. Невротик избегает ситуаций, в которых чувствует себя управляемым,

До тех пор, пока дистанция сохраняется, он чувствует себя в относительной безопасности; но если замкнутый волшебный круг разрывается, возникает угроза безопасности, растёт паника. В такой ситуации невротик не способен ни успокоиться, ни бороться, он беззащитен как животное, которое может только убежать и спрятаться. Функция обособления состоит в том, чтобы минимизировать конфликты при помощи ограничения



Одна из картин художника

работах всё чаще появлялся в виде вспомогательной фигуры статиста, позволяющей лучше рассказать именно о собаке (это его полотна со спасёнными из пучины детьми, разбившимися охотниками...). На фоне романтически бурного моря или романтически же скал возник сюжет, который неожиданно оказывался сродни прозе современника Ландсира – Ч.Диккенса, чьи книги пришли на смену романтической литературе. Сентиментальность этого романиста, одарившая благородством, наивностью, искренностью и добропорядочностью всех положительных персонажей его многочисленных книг, оказалась близка живописи Ландсира, сохранившей романтизм исключительно в качестве антуража, не имеющего самостоятельного значения: вся живописная история была не о бурном море – о благородстве собаки.

Не то, чтобы Ландсир разочаровался в людях, он просто перестал интересоваться ими. Собаки были понятнее, честнее, благороднее и красивее, чем homo sapiens. И, как кажется, именно живопись и собаки стали той терапией, которая сохранила художника Ландсира от прогрессирующего психического расстройства, возвращавшегося иногда, но не возымевшего фатальных последствий.

Дезинтеграция личности

Концепция американского психолога К.Хорни о развитии психической девиации невротической личности: «к людям», «от людей» или «против людей» словно комментирует биографию Ландсира, попутно объясняя клинические и психологические детали.

Движение «от людей» – не обычное желание немного посидеть в одиночестве, периодически возникающее у любого человека. Отчуждение от людей – признак общей дезорганизации отношений как таковых. Одиночество невротика становится привычным способом его бегства от общения, особенно если коммуникация генерирует напряжение. Столкновение с миром усиливает тревожность, поэтому невротик устанавливает эмоцио-

должным, обываемым. Любые расписания и регламенты несут для него угрозу. Поступать в соответствии с канонами – неприятная обязанность. Даже необходимость пунктуальности воспринимается им как принуждение; поэтому привычка опаздывать на работу ровно на 2 минуты становится способом поддержания иллюзии свободы. Дабы избежать напряжения, невротик соглашается с правилами лишь формально, внутренне отвергая их. Совет со стороны воспринимается им как попытка влияния, встречая сопротивление даже в том случае, если совпадает с желанием невротика, который стремится ни в ком не нуждаться и не позволяет вторгаться в его жизнь. Угроза зависимости заставляет его ограничивать проявление эмоций. Нарушение эмоциональной дистанции между ним и другими приводит к тревожащей близости с «не Я». Каждая такая ситуация рассматривается с точки зрения возможной потери свободы. Любое желание, которое могло бы сделать личность зависимой, подавляется. Дефиниция Г.Салливена: «машина по поддержанию дистанции» точно обозначает дискурсивное функционирование психики такого человека. Все его потребности направлены на удовлетворение стремления не быть вовлечённым. Отсюда – его склонность к уединению.

Обособление – внутреннее принуждение, оптимальный способ существования для невротика. В социуме, где царят фарисейство, ложь, двусмысленность и алчность, его личность страдает. Вступая в контакт с другими, невротик может получить нервный срыв. (Хорни подразумевает под этим термином широкий круг расстройств: от функциональных нарушений, алкоголизма и депрессии до эпизодов психоза). Удержание дистанции помогает сохранить целостность его психики. Он устанавливает вокруг себя полосу отчуждения. Нуждаясь в самодостаточности, невротик осознанно или бессознательно ограничивает свои потребности, стараясь ни к чему и ни к кому не привязываться, иначе тщательно преследуемое одиночество оказывается под угрозой.

Будучи важным невротическим способом достижения искусственной гармонии, обособление является попыткой разрешения проблем путём уклонения от них. Но спокойствие и свобода при этом не достигаются, ибо множество противоречивых догм продолжают оказывать разрушающее действие на психику больного.

Иногда клиническая картина напоминает уже не панику, а психотическую дезинтеграцию личности. У пациента возникает страх утраты обособленности, появляется опасение потери индивидуальности, что оказывается для него синонимичным сумасшествию: формируется такой симптом, как «боязнь сойти с ума». Это прямое выражение страха быть «расколотым на части», став беззащитным перед внешним воздействием, когда волшебный защитный круг стал проницаемым, и из образовавшихся отверстий сквозит экзистенциальный холод неизбежности угрожающих контактов.

Такой человек обречён на постепенную потерю связи и с самой собой, его эмоциональная жизнь неминуемо блёкнет – даже в случае относительно удачного обустройства в башне из слоновой кости. Вариантом спасения может быть искусство, действие которого сопоставимо с эффектом терапии. Творчество позволяет вести более организованную, в том числе и в отношении функционирования психики, жизнь. Обособление, сопровождаемое ощущением самодостаточности, дарованной творчеством, обеспечивает путь к покою, позволяя оригинально мыслить в надёжном убежище, способствуя развитию и выражению таланта.

Собаки улеглись на страже уединённой башни Ландсира и не пропустили внутрь двойные стандарты вероломного социума. Его личность обрела цельность во взаимодействии не с людьми – с собаками.

В 1850 г. художник был возведён королевой в рыцари, в 1866 г. был избран президентом Королевской академии искусств, но отказался от должности: к чему все эти обременительные функции и тягостные контакты? Ландсир продолжал рисовать портреты собак богатых англичан, предпочитая общению с людьми контакт с животными. В его честь была названа одна из пород собак (пятнистая разновидность ньюфаундленда). Кто станет отрицать их внешнее сходство? Живописец стал собакой. Что может быть лучше для человека?

...Через пару десятилетий, наблюдая за вооружённым конфликтом шиитов Шеффилда и суннитов Суффолка, никто и не вспомнит о том, что любовь к собакам была одной из отличительных черт жителей Британии: ислам называет этих животных «наджис» (змеи) – «нечистыми», считая их оскверняющими человека, его еду и одежду.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Трубку мобильного телефона приложил к уху в ответ на звонок.

– Да, Александра Фроловна!

Хорошо, что в Питере такое же качество сотовой связи, как и в Москве. А то бы тёща не дозволилась. И не узнал бы, что Алёну увезли в роддом.

– Когда? Воды? Отошли? Так рано же... Куда? Точно в семнадцатый? Да, сегодня еду. Уже собрался. Прямо сейчас. Да, скорым. Сидячим.

Алёна... Как же так? Всего три дня отсутствовал. А ведь когда уезжал, то специально вместе пересчитывали сроки. Получалось, ещё неделя в запасе. Казалось, куча времени. Ну и где она, неделя?

– Вы не волнуйтесь, Александра Фроловна! Всё будет нормально. Главное – в нужный роддом положили. Да, хороший. Нет, стафилококка там нет. Проверили. И врачи опытные. Кричала? Не переживайте! Я вечером уже буду дома... Конечно. Слушайте, какая еда может быть? Ну, ладно, ладно не плачьте... Да, селёдку под шубой с удовольствием. У вас она прекрасно получается. Спасибо! Тороплюсь, тороплюсь. Пора на вокзал. До свидания!

Надо же! Дочь в роддом увезли, а она об ужине для зятя думает! И чего я так резок был? Надо бы помягче, Фроловна тоже переживает. Ладно, если успею, то в Москве розы куплю.

* * *

Хорошо, что сидячий вагон заполнен на треть. Свободно. Впереди и рядом никого нет. Только сзади. Словно один еду. Надо успокоиться, надо взять себя в руки...

Эх, Алёна, Алёна! Ведь даже не знаем, кто будет – мальчик или девочка? В консультации объяснили, что в редких случаях нельзя по УЗИ определить пол ребёнка. Ха, и у нас именно «редкий» случай! Предложили сделать прокол в животике и по жидкости определить. Но мы с Алёной отказались. А вдруг инфекция? От сегодняшней медицины можно чего угодно ждать...

Всё будет нормально! Надо успокоиться.

* * *

– Где-то в 1972 г. моя мама, а твоя прабабушка была командирована в Англию.

– Наша баба Нина?

– А? Говори сюда.

– Это сказка или правда?

– А? Правда.

– Дед, а я хотел сказку!

– Не перебивай! Я тебе уже все сказки пересказал. Слушай теперь историю про свою прабабушку, меня и деда Андрея.

Что ж так громко? Где-то было зеркальце. Ага, вот оно. Посмотри украдкой...

Сзади седой мужчина лет пятидесяти и мальчик. У деда слуховой аппарат. Всё ясно! Придётся слушать всю дорогу стариковские байки. На максимальной громкости. Хотя, быть может, успокоюсь? Да и привыкать уже надо к отцовству. Опыта развращения детей набираться. Успокоиться, закрыть глаза и слушать, слушать.

* * *

В то советское и странное время было очень трудно получить разрешение на заграничную командировку в капстрану. Мы жили за «железным занавесом» в закрытой стране. Однако твоей прабабушке повезло, её доклад приняли на престижную

На литературный конкурс

Подарок для Беллы



научную конференцию. А о престиже советской науки тогда очень заботились!

В общем, та командировка должна была продлиться всего лишь неделю. Но и это была большая удача! Шутка ли, своими глазами увидеть Лондон и Белфаст, о которых все мы знали только из передач телевидения и радио. Ради этого можно было и потерпеть многочисленные собеседования: на учёном совете, в парткоме института, в райкоме КПСС, на комиссии горкома...

В самолёте вместе с делегацией советских учёных, в которую вошла баба Нина, летел и сам Булат Шалвович Окуджава.

Нет, правильно не Окуджава, а Окуджава. Запомни.

Кто это? Как бы попонятней объяснить? Он певец был, песни сочинял, стихи писал.

Тимати? Это тот, что ли, дёрганый весь? Ну, наверное, похожи. И Окуджава в одном и том же пиджаке ходил, и Тимати твой всегда с татуировками. Только рэп не исполнял, а так, под гитару про Смоленскую дорогу, виноградную косточку, комиссаров, пыльные шлемы и ещё книжки интересные писал.

В общем, баба Нина познакомилась в салоне с известным поэтом и певцом. Весь полёт болтали о том, о сём, а, в общем-то, ни о чём. Когда самолёт приземлился, Окуджава спросил, долго ли она пробудет в Англии?

– О, всего неделю. Три дня продлится конференция, а потом нам разрешили посетить Белфаст.

– А мы здесь будем почти месяц. У нас с московскими писателями целый круиз по Англии и Ирландии. И просят дать несколько концертов.

Не знаю, соглашаться ли? Опять какие-нибудь проблемы начнутся.

Прабабушкина командировка заканчивалась в Белфасте. Весь город был заклеен афишами с портретами Окуджавы. В конце ко-

мандировки она получила записку. «Нина Васильевна! Нам очень надо встретиться. Окуджава».

В записке было указано время. Они встретились.

– Пожалуйста, Нина Васильевна, когда вернётесь в Москву, передайте это. А цветы вам.

– Спасибо. Конечно, передам. А кому?

– Дайте, пожалуйста, ваш домашний телефон. Позвонят.

Твоя прабабушка тогда написала номер телефона на какой-то бумажке, взяла свёрток и цветы, после чего они расстались.

* * *

Поехали. Ну, наконец-то! Не могу в окно смотреть. Подташнивает. Мелькает всё быстро, надо шторку закрыть.

Да уж! Раньше врачи-то были лучше. Конечно, аппаратура у них была аховая, но зато умом брали. Вон, вчера компаньон историю рассказал про питерского акушера, который в середине XX века без всякого УЗИ пол ребёнка безошибочно определял. Как там было? Сейчас вспомню... Ага...

Приходит к тому акушеру дама на последних неделях и спрашивает про пол будущего ребёнка. Доктор смотрит на неё внимательно, говорит отчётливо «мальчик» и что-то пишет в записной книжке. Дама уходит успокоенная и через некоторое время рождает девочку. «Вы ошиблись, доктор!» – упрекает она акушера при следующей встрече. «Не может быть! Это вы, наверное, перепутали. Давайте посмотрим, что в записной книжке написано», – смотрят, а там против фамилии женщины написано «девочка». Вот так и не ошибался знаток женской психологии!

А сейчас? XXI век, суперскорый поезд «Питер – Москва», жена в лучшем московском роддоме, а я не знаю, наследник или наследница?

Надо успокоиться. Мысли всё время вокруг Алёны вертятся. За-

крыть глаза, попробовать вздремнуть.

* * *

Когда баба Нина вернулась в Москву, то положила этот свёрток на шкаф и строго-настроено наказала нам с братом... да, да, извини, дедом Андреем... не трогать посылку.

Помню, было очень интересно, что же там?

Свёрток пролежал на серванте почти три дня. Да...

Это были трудные три дня. Но мы с дедом Андреем честно не прикасались к чужой вещи, мы отработывали силу воли...

Однажды, когда я был один в доме, раздался телефонный звонок.

А? Нет, тогда мобильных ещё не было. Это был большой чёрный аппарат с диском.

А? Чего смеёшься? Диск? Да, на тех телефонах были круглые диски с дырочками по краю. Надо было вставлять палец в дырочку над нужной цифрой и крутить диск. Так набирали нужный номер. Никаких кнопок. Правда!

Ну, конечно, можно было застрять пальцем! Если палец толстый.

Всё, всё, хватит смеяться. Слушай дальше.

В общем, я взял тогда трубку.

– Здравствуйте. Я знакомая Булата Окуджавы. Вы знаете, он должен был передать свёрток, – произнёс очень знакомый женский голос.

ОБ АВТОРЕ. Василий ЛОГИНОВ – профессор кафедры экологической и экстремальной медицины факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, доктор медицинских наук. Окончил Второй Московский государственный медицинский институт им. Н.И.Пирогова (1980), заочное отделение Литературного института им. М.Горького (1999), стажировался в Университете им. братьев Гумбольдт (1992-1993, Германия). Автор и соавтор более 100 научных, методических и учебных трудов, двух изобретений. Художественные произведения публиковались в журналах, центральных газетах, интернете, а также выходили отдельными изданиями.

Василий ЛОГИНОВ

– Да, конечно, приезжайте, – я назвал адрес.

– Это недалеко. Сейчас приеду.

Я ждал, думая о том, почему же этот тембр, интонации такие знакомые? Слова при произношении немного растягивались, придавая речи характерную мелодичность и певучесть.

Где же мог слышать этот неповторимый голос? Будущая гостья так и не представилась.

Раздался звонок. Я распахнул дверь. На пороге стояла симпатичная черноволосая женщина.

– Добрый день. Меня зовут Белла Ахмадулина...

И я вспомнил. Совсем недавно в кино...

А? Какой Аймакс? Какое тридцать? Тогда большинство фильмов чёрно-белыми были. Даже на афишах помечали «цв», если фильм цветной был.

В общем, совсем незадолго до этой встречи я смотрел фильм «Живёт такой парень», а женщина, которая стояла передо мной, играла в нём журналистку. Вот почему голос был так знаком! У неё был очень характерный голос. Запоминающийся.

А ещё было необычно видеть на фоне синеватых стен подъезда персонажа фильма! Было полное ощущение, что сказка стала явью, что богиня спустилась с небес.

А? Семнадцать. А деду Андрею девять. Как ты сейчас. Да, я старше на восемь лет.

А? Дальше? Дальше-то всё было просто. Белла взяла свёрток. Тут же распаквала его, чем полностью удовлетворила моё любопытство.

– Ах, какой Булатик молодец! Всё это мне очень пригодится!

А вечером меня пытал брат. Правильно, дед Андрей.

– Вася! Скажи всё-таки, негодяй, что же там было в свёртке?

Помню, я минут двадцать мучил брата, но потом сдался.

Там был шикарный набор косметики. Мазики, кремики, разноцветные тени и много-много разных щёточек...

* * *

Да, Александра Фроловна! Да, приехал. На вокзале. Только с поездом. Иду такси ловить. Как «не торопиться»? Как «уже родила»? Не может быть! Кто? Девочка? Вот... Сколько? Три с половиной? Рост пятьдесят? Большая какая... Как Алёна? Хорошо. А вы как хотите? Ольгой? Нет, мне не нравится... Мне-то? Думаю. Мы ещё посоветуемся с Алёной, но мне очень нравится имя Белла.

Москва.

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 – В.ЗАЙЦЕВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-02-00350 Тираж 23 907 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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