

# Медицинская

29 марта 2017 г.  
среда  
№ 21 (7739)

# Газета®

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

## События

# Первые тройняшки — повод для гордости

## И врачей, и молодых родителей



В Астрахани, в областном перинатальном центре, состоялась торжественная выписка первых в этом году тройняшек. Малыши появились на свет в один из первых дней весны. Девочка весом 1940 г и два мальчика-близнеца – 1930 и 2200 г. Имена для новорожденных были приготовлены родителями заранее – Андрей, Алексей и Виктория.

Прибавление случилось в семье Владимира и Ольги Барабулиных. Это их первые дети. «Новость о тройняшках приняла радостно, – поделилась Ольга. – Мы очень хотели детей, а тут сразу трое! Всё прошло

### Вот оно, прибавление!

хорошо – большое спасибо врачам и всему персоналу роддома».

Поздравить счастливых родителей пришли министр социального развития и труда Астраханской области Олег Петелин, первый заместитель министра регионального здравоохранения Светлана Смирнова, представители администрации города и Приволжской железной дороги. Семье Барабулиных вручили цветы и подарки, которые обязательно пригодятся новоиспечённым родителям в уходе за малышами.

«Такая беременность всегда очень сложная, это тройная нагрузка на

организм женщины. В Астраханской области медики успешно справляются с нелёгкими ситуациями, используя базу областного перинатального центра и современные технологии, – отметила Светлана Смирнова. – Рождение троих малышей – это в первую очередь большая радость для семьи. А для нас, медиков, – всегда особый случай и гордость».

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Астраханская область.



**Елена БОГОРОДСКАЯ,**  
главный фтизиатр Департамента  
здравоохранения Москвы,  
доктор медицинских наук:

Будущее диагностики туберкулёза, с моей точки зрения, – за более точными методами.

Стр. 4-5

**Михаил ГУРЕВИЧ,**  
профессор кафедры терапии МОНКИ  
им. М.Ф.Владимирского:

При комбинации сартанов с диуретиками осуществляется воздействие на основные механизмы артериальной гипертензии.

Стр. 10



**Марина САМУШИЯ,**  
проректор ЦГМА по научной работе,  
доктор медицинских наук:

У пациентов, страдающих психической патологией, нарушается комплаентность.

Стр. 11

## Профилактика

# Диспансерная суббота

В недавнюю субботу во всех муниципальных образованиях Южного Урала прошёл единый «День открытых дверей» для диспансеризации. Своё здоровье в рамках областной акции проверили порядка 3 тыс. человек.

Диспансерная суббота проводилась специально для работающего населения, у которого не хватает времени пройти комплексное медицинское обследование.

«Подобное мероприятие – это первый опыт проведения единого дня на территории всей Челябинской области, поэтому мы были рады получить такой отклик от населения, – рассказала главный специалист по профилактической медицине Министерства здравоохранения Челябинской области, главный врач Челябинского областного центра медицинской профилактики Ольга Агеева. – Во многих медицинских организациях количество посетителей пре-

высило средний показатель в четыре раза. Исходя из этого, мы пришли к выводу, что диспансерные субботы нужно сделать регулярными. Также мы проработаем вопрос с выводом дополнительных специалистов в этот день, чтобы в будущем избежать очередей и сократить время прохождения обследования».

Медицинские организации заранее готовились к проведению диспансерного дня. Во многих поликлиниках накануне прошли крупные информационные кампании, в день акции открылись дополнительные кабинеты для прохождения обследования. Некоторые медицинские организации ввели практику электронного тестирования и вывели на работу сотрудников лабораторий, которые в течение часа выдавали результаты общего анализа крови.

Мария ХВОРОСТОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

## Сотрудничество

# Всё для детских урологов

В Кемерово прошёл мастер-класс для детских хирургов Сибирского региона, посвящённый инновационным технологиям в детской урологии.

По традиции инициатором его проведения выступила областная детская клиническая больница (бывшая детская многопрофильная больница № 5). Уже четвёртый год подряд в начале весны учреждение организует на своей базе обучение своих врачей и коллег из других регионов Сибири у ведущих специалистов России и ближнего зарубежья.

В этот раз поделиться опытом приехали главный детский уролог

Минздрава Республики Беларусь Виталий Дубров и главный детский уролог-андролог Минздрава Республики Коми Илья Каганцов. Они прочли ряд лекций о совершенствовании хирургии врождённых урологических пороков развития и о повышении доступности высокотехнологичной помощи детям, прооперировали 4 пациентов ОДКБ с врождёнными пороками мочевого пузыря и проконсультировали ещё нескольких серьёзных больных.

Непосредственное участие в работе мастер-класса приняли 42

детских хирурга из ведущих детских клиник Сибири. Поскольку размеры операционной ограничены, ход операции транслировался в конференц-зал больницы, и все желающие могли задать мэтрам вопросы. Параллельно шла онлайн-трансляция через сайт учреждения. Это дало возможность познакомиться с нюансами работы ведущих специалистов даже тем докторам, которые не смогли приехать в Кемерово.

Валентина АКИМОВА,  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

**DIXION** | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА  
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ** | Хирургические аспираторы



- Низкий уровень шума, высокий уровень разрежения
- Широкий модельный ряд отсасывателей для различных нужд
- Безопасность, надёжность и долговечность в работе
- Не требует постоянного технического обслуживания

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

## Новости

## Весеннее обострение

В Московской школе управления Сколково состоялась ежегодная междисциплинарная информационная встреча с международным участием «Современный взгляд на решение проблемы заболеваний верхних и нижних дыхательных путей». В его работе приняли участие более 600 специалистов в области оториноларингологии, аллергологии, пульмонологии и педиатрии.

По данным экспертов, распространённость аллергического ринита в России сегодня может составлять до 25% населения, бронхиальной астмы – 5% у взрослых и до 10% у детей. Столь высокая заболеваемость является причиной высокого интереса врачей и учёных к этой проблеме, заставляет научное сообщество искать пути её решения.

«Обсуждение вопросов диагностики и врачебной помощи пациентам с аллергическим ринитом как никогда актуально в преддверии сезона цветения», — отметила Ольга Карнеева, профессор, заместитель директора по научной работе Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России.

В ходе дискуссии ведущие российские и зарубежные учёные обсудили широкий круг вопросов, касающихся диагностики и лечения аллергических и воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.

Анастасия КЛИМОВА.

Москва.

## Приглашает новый ФАП

Фельдшерско-акушерский пункт открылся в селе Коренево Тарского, самого северного района Прииртышья.

Новому ФАПу сельчане рады, теперь они будут получать медицинскую помощь в нормальных условиях. Здание после реконструкции преобразилось: провели капитальный ремонт крыши, утепление и облицовку стен, установили пластиковые окна и новые двери. Внутри установили полы с подогревом, заменили потолки, электро- и сантехническое оборудование. И, разумеется, обновилась внутренняя «начинка» мини-больнички. Сюда завезли новую медицинскую мебель и оборудование.

Все эти работы были выполнены в рамках реализации долгосрочной целевой программы «Развитие сельского хозяйства и регулирование рынков сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия Омской области». На эти цели из средств областного и федерального бюджетов направлено более 1,7 млн руб. Реконструкция позволила привести помещения фельдшерско-акушерского пункта в соответствие со всеми современными требованиями и стандартами. Теперь в нём созданы все условия для оказания качественной и своевременной первичной доврачебной и неотложной помощи жителям села. В новом ФАПе оборудован прививочный и смотровой кабинеты, организован забор анализов и реализация лекарственных препаратов через аптечный пункт.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

В гости к детям пришла...  
районная больница

Мобильная бригада врачей Сунженской центральной районной больницы в составе детского невропатолога, хирурга, окулиста и педиатра посетила дома нетранспортабельных детей районного центра. Визит был плановым и проходил в рамках проведения профосмотров детского населения.

Маленьким пациентам сделаны соответствующие назначения и даны рекомендации по дальнейшему наблюдению.

Всего в Сунженской больнице на учёте состоят 12 детей-колясочников и 69 детей больных ДЦП. Врачи детской консультации начали проводить осмотр нетранспортабельных детей на дому бригадами в составе детского невролога, ортопеда, педиатра, лаборанта.

Пока что врачи детской консультации осмотрели семерых детей, проживающих в городе Сунжа. Такие акции планируется проводить далее.

Роман НАЗАРОВ.

Республика Ингушетия.

## За решёткой — лишь инфекция

Более 64 тыс. российских заключённых ВИЧ-инфицированы, более 22 тыс. — больны туберкулёзом. Об этом сообщил начальник Управления организации медико-санитарного обеспечения Федеральной службы исполнения наказаний России Александр Приклонский.

«Если 15 лет назад (в 2002 г.) количество больных туберкулёзом составляло 79 431 человек (находящихся в местах лишения свободы), то по состоянию на 1 января этого года таких было 22 596 человек. Первоочередной проблемой, однако, для нас является ВИЧ-инфекция, заболеваемость которой растёт каждый год».

При этом А.Приклонский отметил, что в минувшем году сократилось число больных туберкулёзом, поступающих в следственные изоляторы. «Это говорит о результативной работе по профилактике и диагностике туберкулёза на уровне гражданского сегмента здравоохранения», — добавив, что за последние 3 года число заключённых, инфицированных ВИЧ и одновременно болеющих туберкулёзом, выросло на 11,9%.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Москва.

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

## Тенденции

## Ближе к людям

Так настроены работать медики Ставрополя



Софья Чадова ведёт приём пациентов

На днях в посёлке Дёмино, рядом со Ставрополем, открылся медпункт, что сделало первичную медицинскую помощь более доступной для всех 1800 жителей этого пригорода. Медпункт, расположенный на первом этаже «хрущёвки», был там и раньше, но много лет находился в «законсервированном» состоянии.

Эта проблема настолько волновала местных жителей, что со временем она превратилась в наказ избирателей. Перед очередными выборами в законодательные органы города и края жители посёлка обратились с просьбой о возобновлении работы медпункта и тогдашние кандидаты, а ныне — депутаты думы Ставропольского края

Валентина Муравьёва и Ставрополя Елена Иванова выполнили своё обещание.

На «реинкарнацию» медпункта потребовалось полгода, за это время помещение было переведено в разряд нежилых, там прошла реконструкция с устройством двух отдельных входов, обустройство пандусов и т.д.

На церемонии торжественного открытия также присутствовали министр здравоохранения Ставропольского края Виктор Мажаров и глава Ставрополя Андрей Джатдоев. Гостей встречала врач общей практики Софья Чадова.

«Микрорайон № 32» (так именуется в соответствующих бумагах посёлок Дёмино) территориально прикреплён к поликлинике № 6

Ставрополя. Главный врач этой поликлиники Андрей Шетогубов пояснил, что открытие медпункта приближает медицинскую помощь непосредственно к людям и делает её более доступной. Министр здравоохранения Ставропольского края В.Мажаров подчеркнул, что кабинеты общей практики будут открываться и в самом краевом центре в районах новостроек, что позволит разгрузить поликлиники города.

В.Мажаров и А.Джатдоев пообщались с жителями посёлка и дали им поручение — не болеть!

Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

## Итоги

## ВМП становится привычной

Высокие технологии врачи всё чаще предлагают своим пациентам

Почти 3 тыс. пациентов получили высокотехнологичную медицинскую помощь в лечебных учреждениях Ульяновской области в 2016 г. На эти цели направили около 413 млн руб. из средств обязательного медицинского страхования. Такие цифры из недавних отчётов о работе медиков региона в прошлом году.

Здесь важно напомнить, что по поручению губернатора Сергея Морозова в Ульяновской области ежегодно наращиваются объёмы ВМП.

«За последние 4 года более чем в 12 раз выросло число пациентов, которые получили данный вид помощи, не выезжая за пределы региона. За короткий промежуток времени удалось значительно расширить количество лечебных учреждений, в которых оказываются такие услуги. Если в 2012 г. пролечены чуть более 200 человек, то по итогам 2016 г. — уже свыше 2,7 тыс. пациентов. В этом году планируется на треть увеличить объёмы высокотехнологичной медицинской помощи в лечебных учреждениях региона, на эти цели в бюджете отрасли заложено 700 млн руб. из разных источников», — отметил министр здравоохранения, семьи и социального благопо-



Хирурги Ульяновской области сегодня уверенно работают с самой современной аппаратурой

лучия Ульяновской области Павел Дегтярь.

В настоящее время ВМП оказывается в 9 лечебных учреждениях региона, в том числе областной и детской областной клинических больницах, центре специализированных видов медицинской помощи, онкологическом и кожно-венерологическом диспансерах, центре рентгеноэндovasкулярных технологий, центральной городской клинической больнице Ульяновска, центральной клинической медико-санитарной части, городской клинической больнице № 1.

Не выезжая за пределы субъекта, ульяновцы могут получить услуги по абдоминальной хирургии, акушерству и гинекологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, нейрохирургии, неонатологии, онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, ревматологии, сердечно-сосудистой, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, урологии, эндокринологии, хирургии новорождённых.

Виктория ГУРСКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Статистика

# Чего ожидать от импортозамещения

**Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение врачей в 45 регионах России к идее полной замены импортных лекарств на отечественные.**

46% назначаемых врачами наименований препаратов – это препараты отечественного производства, 54% – импортные, из которых более половины – 58% – незаменимы чисто технически, так как отечественного аналога не существует. А если говорить о полноценной замене с аналогичными клиническими свойствами, незаменимыми являются 87% наименований импортных препаратов.

Соответственно, к идее полного перехода на импортозамещение лекарственных препаратов 8 из 10 опрошенных относятся отрицательно или крайне отрицательно. Такую позицию врачи объясняют

тем, что отечественные аналоги уступают по эффективности – 45%, они токсичны и плохо переносятся – 22%, у некоторых препаратов нет аналогов – 16%, нет технологического обеспечения и производственной базы – 4%, отсутствие конкуренции повлияет на повышение цен – 4%, необходимые исследования не проводятся – 4%.

В пользу импортозамещения (21% докторов) многие высказываются с оговоркой: 35% отмечают, что это возможно при условии повышения качества производства аналогов; четверть опрошенных считают, что это улучшит доступность препаратов, пятая часть считает, что нужно развивать отечественный фармацевтический рынок.

Прогнозируя возможность полного замещения импортных лекарственных препаратов в России через 15-20 лет, только треть вра-

чей считает, что это вполне вероятно. Они объясняют свой прогноз тем, что наука и фарминдустрия развиваются, идёт работа по созданию препаратов – 31%, на это настроена государственная политика – 15%, необходимо развивать отечественную фармацевтическую промышленность – 11%.

Те, кто не верит в полное импортозамещение в далёкой перспективе, полагают, что на внутреннем рынке сильно отстают технологии, слабо развита фармацевтическая промышленность и низкий научный потенциал – 26%, мало хороших полноценных аналогов – 35%, низкое финансирование и потребуются огромные капиталовложения – 9%.

Алексей МАРИНИН.

МИА Сити!

Москва.

Дословно

# Альтернатива пробе Манту

**Уполномоченный при Президенте РФ по правам ребёнка Анна Кузнецова обратилась в Минздрав России с предложением предоставить родителям право отказываться от пробы Манту.**

По её словам, сегодня рассматриваются вопросы о предоставлении родителям альтернативы в вопросах проверки детей на туберкулёз.

Детский омбудсмен напомнила, что в настоящее время детей, если родители не отвели их в поли-

клинику и не сделали эту пробу, не берут в сад и не принимают в школу. Это несправедливо, каждый волен поступать «исходя из собственных познаний, убеждений». В качестве альтернативы, как сообщает ряд информационных агентств, рассматриваются тест Т-Спот.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

МИА Сити!

Москва.

Комментарий

**Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай прокомментировал заявление уполномоченного по правам ребёнка при Президенте РФ Анны Кузнецовой относительно пробы Манту.**

Два дня назад Всероссийским обществом фтизиатров были приняты рекомендации по проведе-

# Три теста

нию тестирования на туберкулёз. Специалисты утвердили несколько возможных вариантов тестирования, включая не только пробу Манту, но и тестирование с использованием Диаскин-теста и Т-теста. Результаты каждого из

этих тестов будут признаваться достаточными для приёма ребёнка в дошкольное учреждение.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Акценты

# Глобальная министерская конференция

**24 марта отмечался Всемирный день борьбы с туберкулёзом. Туберкулёз остаётся одним из смертельно опасных инфекционных заболеваний, ежегодно уносящих более 1,8 млн жизней во всём мире. Наиболее уязвимыми являются лица с ВИЧ-инфекцией, хроническими неинфекционными заболеваниями, ослабляющими иммунитет. Более 20% случаев заболевания туберкулёзом в мире связано с курением.**

Об эпидемической ситуации в России и в мире, задачах, глобальных и страновых планах по элиминации туберкулёза и подготовке к I Глобальной министерской конференции ВОЗ «Остановить туберкулёз в эпоху устойчивого развития: много-секторальный подход» рассказали в преддверии этого дня статс-секретарь – заместитель

министра здравоохранения РФ Дмитрий Костеников, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного министерства Тереза Касаева, главный фтизиатр министерства Ирина Васильева, начальник Управления организации медико-санитарной помощи Федеральной службы исполнения наказаний России Александр Приклонский и глава офиса ВОЗ в России Мелита Вуйнович.

Как подчеркнул статс-секретарь – заместитель министра, установленный указом Президента РФ показатель снижения смертности от туберкулёза до 11,8 случая на 100 тыс. населения к 2018 г. был досрочно достигнут в 2013 г. и продолжает неуклонно снижаться.

«В последние годы в России отмечается обнадёживающий прогресс в снижении заболеваемо-

сти и смертности от туберкулёза. Заболеваемость туберкулёзом в Российской Федерации за последние 8 лет снизилась на 37%, а смертность от него – более чем на 65%. Только за последний год смертность от туберкулёза снилась более чем на 16%», – сказал Д.Костеников.

Для эффективной борьбы с туберкулёзом требуется консолидация усилий многих стран и вовлечение специалистов различных отраслей и сфер экономики. В этой связи Министерство здравоохранения РФ выступило с инициативой о проведении в Москве совместно с ВОЗ в 2017 г. I глобальной Министерской конференции по проблеме туберкулёза в контексте глобального здравоохранения и целей развития тысячелетия.

Алексей ПАПЫРИН,  
корр. «МГ».

Москва.

Решения

# За вклад в развитие здравоохранения

**Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова единогласно номинирована на пост председателя 70-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.**

Всемирная ассамблея здравоохранения является высшим руководящим органом ВОЗ и самым значительным международным событием года в отрасли, когда встречаются министры и делегации из 194 государств-членов ВОЗ для принятия решений по наиболее важным вопросам общественного здоровья и здравоохранения в мире. Согласно правилам процедур ВОЗ и сложившейся практике, каждый из 6 регионов ВОЗ поочередно предлагает кандидатуру, в этом году очередь Европейского региона.

Единогласным решением Европейского региона была номинирована В.Скворцова. В письме директора Европейского регионального бюро ВОЗ Жужанны Якаб отмечается, что решение о номинации профессора В.Скворцовой было мотивировано её большой известностью и вкладом в национальное и международное здравоохранение и лидирующей ролью России во многих направлениях здравоохранения в Европейском регионе и мире.

По сообщению Минздрава России, последний раз только в 1962 г. представитель нашей страны избирался в качестве председателя ассамблеи. В этом году ассамблея имеет особое, историческое значение, так как ей также предстоит выбрать нового генерального директора ВОЗ.

Соб. инф.

Перемены

# Медсправки в режиме одного окна

**Уже более 14 тыс. москвичей получили медицинские справки для ГИБДД с помощью сервиса, который оперативно работает в городской поликлинике № 180.**

Служба одного окна действует там без перебоев. Пройти обследование и получить справку необходимой формы в медучреждении можно всего за 1,5 часа. Медкомиссия доступна всем жителям столицы независимо от места проживания. Нужна только постоянная регистрация в Москве.

Водитель может пройти обследование в удобное для него время по предварительной записи. Во врачебную комиссию входят 7 специалистов: терапевт, офтальмолог, невролог, оториноларинголог, нарколог и психиатр, так что не потребуется дополнительно посещать наркологический и психоневрологический диспансеры.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Ситуация

# Врачи покупали лекарства больным?



**Минздрав России поручил Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) провести проверку в Верхнепышминской городской больнице Свердловской области.**

Ранее в средствах массовой информации сообщалось, что врачам Верхнепышминской городской больницы якобы приходится самим, на свои деньги покупать необходимые лекарства для больных.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Сити!

**Главный фтизиатр Департамента здравоохранения Москвы доктор медицинских наук Елена Богородская возглавляет Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом (МГНПЦБТ) с 2012 г. В преддверии Всемирного дня борьбы с туберкулезом она рассказала корреспонденту «МГ» о достижениях в этой области за последние 5 лет. Вначале Елена Михайловна привела статистические данные, противоречащие распространенным утверждениям о якобы имеющейся у нас эпидемии туберкулеза.**

– Москва заняла четвертое место по эпидемическому благополучию по туберкулезу среди субъектов РФ, уступив Белгородской области, которая всегда была первой, Ненецкому автономному округу, население которого составляет всего 43 тыс. человек, и Чеченской Республике, – сказала она.

**– Насколько достоверна эта статистика?**

– Она очень достоверна. Рейтинг составлен Федеральным центром мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ при Центральном НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, который суммирует все показатели. Это огромная таблица. Всё делается независимо.

**– В Москве эпидемии туберкулеза нет, а в стране в целом?**

– За последние несколько лет здесь ситуация также значительно улучшилась: заболеваемость снижается, смертность тоже.

**– Что считать эпидемией?**

– Эпидемией считают ситуацию, когда эндемическая заболеваемость вдруг увеличивается в три и более раз за короткое время. В стране с 2000-х годов заболеваемость падает, особенно в Москве.

**– То есть это относительный, а не абсолютный показатель?**

– Конечно. Наверное, вы слышали об орфанных заболеваниях. К ним относятся те, распространенность которых меньше 10 случаев на 100 тыс. населения. В Москве распространенность туберкулеза у детей составляет 6,5 на 100 тыс., то есть детский туберкулез может быть приравнен к орфанным заболеваниям. Считается, что при заболеваемости выше 30 на 100 тыс. ситуация становится менее благополучной. Эксперты ВОЗ пороговым счи-

тают значение 25 на 100 тыс. населения (см. рис.). Если в 2015 г. в Москве этот показатель составлял для постоянного населения 14,5, то сейчас он снизился до 12,8. То есть уже в 2015 г. заболеваемость москвичей была приравнена к группе стран, наиболее благополучных по этому показателю. Но если взять всё население Москвы, включая приезжих (мигрантов, жителей других регионов России, бомжей и т.д.), то мы попадаем во вторую груп-

пу по классификации ВОЗ (заболеваемость от 25 до 99 случаев на 100 тыс. населения), а РФ оказывается в середине этой градации. Таким образом, Москва сейчас – наиболее благополучный субъект РФ по заболеваемости туберкулезом. В этом году произошел перекедрст абсолютных показателей. Число заболевших туберкулезом среди постоянного населения снизилось на 12%, составив 1589 случаев, а среди приезжих, наоборот, возросло до 1826 случаев.

## Наше интервью

# В кругу третьем

Туберкулеза в Москве с каждым годом становится всё меньше и меньше

**– А сколько в Москве приезжих?**

– У нас нет точной статистики, поскольку приезжают не только мигранты из многих стран ближнего и дальнего зарубежья, но и жители других субъектов РФ (в прошлом году мы выявили туберкулез у жителей из 67 регионов). Некоторые приезжают каждый день на работу (маятниковая миграция).

**– Как вы добились успеха? Что изменилось за те 5 лет, которые вы возглавляете МГНПЦБТ?**

– За эти годы улучшились все показатели. Например, число заболевших туберкулезом москвичей за 5 лет уменьшилось

на 1258 человек в абсолютном выражении (т.е. на 26%).

**– Так что всё-таки снижается – заболеваемость или выявляемость?**

– Конечно, заболеваемость, а выявляемость заболевших сохраняется высокой. Основа нашего успеха – не только прохождение всего столичного населения через скрининговые осмотры с помощью флюорографии, но и внедрение методов, позволяющих ставить диагноз туберкулеза



беркулеза сохраняется в окружающей среде долгое время, если помещение не подвергается дезинфекции или инсоляции. Например, под плинтусом она может жить годами, в почве сохраняется до 3 лет. Поднимаясь в воздух с частичками пыли, микобактерия может заразить человека, который никогда не контактировал с больным туберкулезом, а просто находился в помещении, которое никогда не подвергалось санитарной обработке. Конечно, риск заражения при этом намного меньше, но он есть. Если в 2012 г. на одного больного обследовалось 4 контактировавших, то теперь их 38. Это лучший показатель в стране. Только в Москве так широко работают в очагах.

**– В первом круге фигурируют сослуживцы, а в третьем – место работы. Разве это не одно и то же?**

– Это совершенно разные вещи. Как известно, микобактерия ту-

беркулеза сохраняется в окружающей среде долгое время, если помещение не подвергается дезинфекции или инсоляции. Например, под плинтусом она может жить годами, в почве сохраняется до 3 лет. Поднимаясь в воздух с частичками пыли, микобактерия может заразить человека, который никогда не контактировал с больным туберкулезом, а просто находился в помещении, которое никогда не подвергалось санитарной обработке. Конечно, риск заражения при этом намного меньше, но он есть. Если в 2012 г. на одного больного обследовалось 4 контактировавших, то теперь их 38. Это лучший показатель в стране. Только в Москве так широко работают в очагах.

**– Каким образом вы их обследуете?**

– Мы их вызываем на флюорографию – либо сами, либо привлекаем поликлинику. Обследование обязательно включает пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР). Детей вызывает детская поликлиника либо детский фтизиатр. Если в 2012 г. в очагах заболело 38 человек, то в 2016 г. – всего 5.

**– А какое было общее число обследованных в очагах?**

– Около 50 тыс. человек на конец года. Из них заболели единицы. Это очень маленькая цифра. Заболеваемость в очагах в 2012 г. составила 458 на 100 тыс., а в 2016 г. – 11 на 100 тыс., то есть меньше территориального показателя в городе. Это одно из наших ключевых достижений. Если очаг попал в поле зрения фтизиатра, то он (очаг) сразу же «гаснет». То есть мы настолько отработали алгоритм взаимодействия с попавшими в очаг людьми, что предотвращаем значительное число заболеваний.

**– Но ведь нужно, чтобы контактировавшие пожелали обследоваться...**

– Конечно, далеко не каждый горит желанием прийти в противотуберкулезный диспансер и подвергнуться обследованию. Но когда людям разъясняешь, что риск заболевания у них выше, чем в популяции, они идут на обследование. Насильно мы никого не заставляем и не можем заставить. Вся наша работа строится исключительно на убеждении.

**– Если тест на туберкулез положителен, человека надо сразу лечить?**

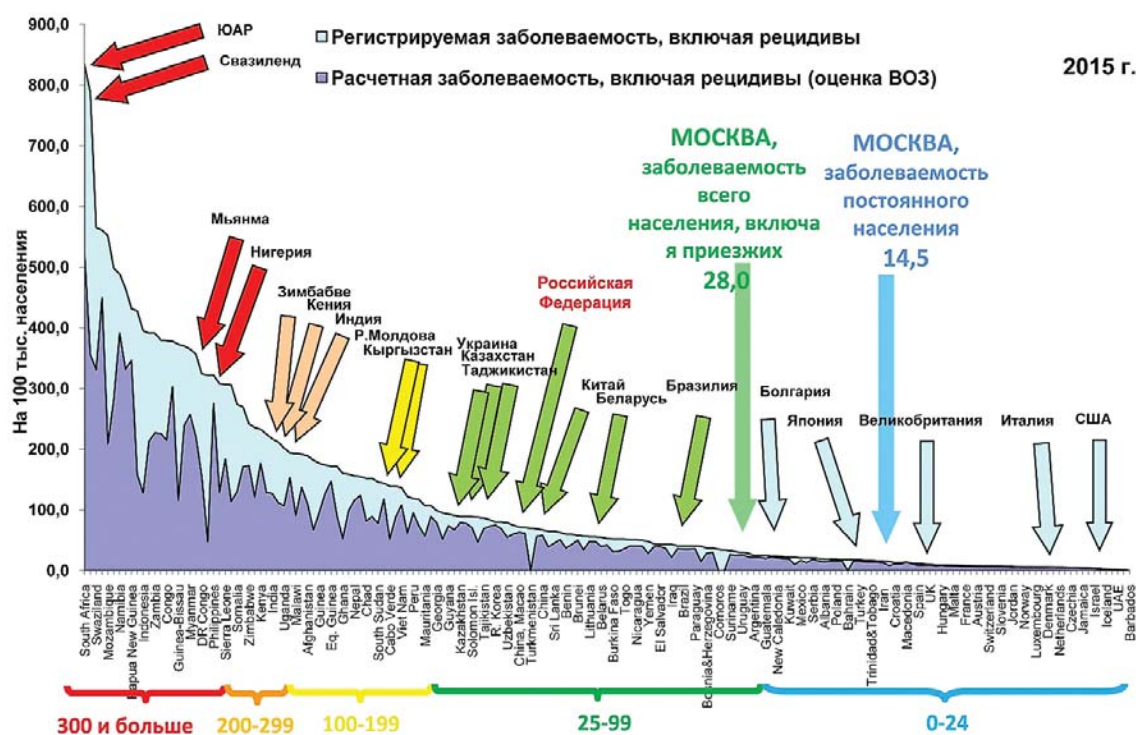
– Нет, конечно. Мы оцениваем ситуацию, состояние иммунитета, питание, образ жизни, анамнез. Необходимость лечения решается на врачебной комиссии. Большая часть таких людей, конечно, подвергается химиопрофилактике, потому что она способна в три раза снизить показатель заболеваемости туберкулезом в группе риска за очень короткий срок. Человеку разъясняют, что, если он пройдет 2-3-месячный курс лечения 1-2 противотуберкулезными препаратами и не заболеет, это будет гораздо проще, чем если он заболеет и будет лечиться не менее полугода 4-6 препаратами.

**– Насколько достоверны результаты иммунологического тестирования? Много ли ложноположительных и ложноотрицательных тестов?**

– Ложноположительных результатов не бывает. Я не видела ни одного. Если тест с АТР (кожная проба) или какой-либо лабораторный тест (например, IGRA) положителен или сомнителен, то, во-первых, может быть заболевание туберкулезом в одном или нескольких органах (локальная форма), или, во-вторых, может быть латентная инфекция (предболезнь). Локальная форма выявляется с помощью пробы и на компьютерной томографии. Может быть сочетание латентной инфекции с какой-то другой болезнью. Например, с пневмонией, с опухолью лёгких. А если человек когда-то перенёс туберкулез, положительный тест с АТР может сохраняться у него длительное время (так называемая иммунная память). Если тест отрицательный, то, скорее всего, туберкулеза нет (с вероятностью 90%). Медицина – это искусство, где ничего нельзя утверждать со стопроцентной уверенностью. Любой диагноз является вероятностным. Около 10% больных с латентной инфекцией не дают положительного ответа, потому что этот ответ ещё не сформировался, потому что не хватает времени и объёма патогена. Или же он не сформировался из-за ареактивности иммунной системы (так называемая отрицательная анергия). Десять процентов ложноотрицательных результатов – это совсем немного, если сравнить с другими пробами.

**– Например, с туберкулиновой?**

– А я даже не хочу их сравнивать, потому что они показывают совершенно разные вещи. Туберкулиновая проба (проба Манту) показывает, что человек вакцинирован в первую очередь вакциной БЦЖ, и только потом, если проба гиперергическая, может показывать наличие латентной инфекции или локальной формы заболевания. Проба Манту лишь свидетельствует, что человек инфицирован микобактерией, а вот какой – мы не знаем: она может быть микобактерией туберкулеза, может быть вакцинным штаммом (m.bovis), а может быть нетуберкулезной микобактерией (микобактериоз). У подавляющего большинства людей с положительной пробой



Показатели заболеваемости туберкулезом в Москве (на 100 тыс. населения) по сравнению со странами мира (данные ВОЗ за 2015 г.)

Манту нет болезни и нет латентной инфекции. Кожная проба с АТР и лабораторные тесты IGRA более чувствительны и более специфичны.

**– Но ведь туберкулиновая проба широко применялась...**

– Потому что не было ничего другого. Плёночная флюорография тоже была единственным методом лучевой диагностики, пока не изобрели компьютерную томографию. Сегодня цифровая флюорография осталась как метод скрининга, а тест с АТР внедрён в Москве в группах риска. Мы применяем его с 2010 г. Если сначала обследовались только группы риска туберкулёзного диспансера, то сейчас – все группы риска (поликлинические, медицинские и социальные). Обследовать с помощью этого метода всё население бессмысленно. Это лишняя трата денег.

**– Кто входит в группы риска?**

– Посмотрите приказ Департамента здравоохранения Москвы № 308 от 17.04.2015 «О применении кожной пробы с аллергеном туберкулёзным рекомбинантным в стандартном разведении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы при обследовании групп риска по туберкулёзу». Там всё написано. Это и медицинские работники, и лица, страдающие хроническими заболеваниями, ВИЧ-инфицированные, бомжи и т.д. Обследование этих групп риска сейчас проводится в городских поликлиниках и стационарах. Будущее диагностики туберкулёза, с моей точки зрения, – за более точными методами.

Например, раньше выявляли бактериовыделение с помощью микроскопии мокроты на кислотоустойчивые микобактерии, сейчас мы получили более совершенные молекулярно-генетические методы, которые позволяют в течение 3 часов дать ответ, есть ли в мокроте больного ДНК микобактерии туберкулёза. Ответ о лекарственной устойчивости, который раньше нужно было ждать 3 месяца, мы получаем теперь за несколько дней. Это первый этап – выявление бактериовыделителей. Второй этап – исследование на латентную инфекцию (уже упомянутые иммунологические пробы). Тех, у кого они положительные, необходимо направлять на компьютерную томографию (третий этап). Будущее за этими тремя методиками – молекулярно-генетическими, иммунологическими и компьютерно-томографическими. Надо сказать, что в Москве все эти методики уже внедрены.

**– Нужна ли в таком случае флюорография?**

– Конечно, нужна – для скрининга населения, и мы её всячески пропагандируем, так как угроза «завозного» туберкулёза в столицу сохраняется. Но в Москве приказами Департамента здравоохранения внедрены современные методики диагностики туберкулёза. Изданный в феврале этого года приказ № 85 регламентировал молекулярно-генетические методы (ПЦР) выявления туберкулёза в московских стационарах. Приказ № 70, также принятый в феврале, усовершенствовал профилактическое скрининговое обследование на туберкулёз лиц групп медицинского и социального риска, передав часть функций МГНПЦБТ. Раньше скринингом занималась общая лечебная сеть, а мы занимались только теми, кто состоит на учёте в противотуберкулёзном диспансере.

**– С чем связано это перераспределение функций?**

– Поскольку число больных туберкулёзом постоянных жите-

лей в Москве уменьшилось, то появилась возможность шире и качественнее обследовать группы риска. Третий приказ – № 49 от 01.02.2017 – реализует пилотный проект «Низкодозная компьютерная томография грудной клетки как скрининговый метод диагностики рака лёгкого и других заболеваний органов грудной клетки». Это первая ласточка, свидетельствующая о возможном скором массовом внедрении компьютерной томографии как скринингового метода в практику нашего здравоохранения. Сейчас московские врачи обследуют этим методом только одну группу риска – лиц старше 55 лет, выкуривавших более 30 пачко-лет (т.е. они курили по пачке сигарет в день на протяжении 30 лет). Все они будут подвергаться скринингу на рак лёгкого и туберкулёз с помощью КТ. Так что Москва опережает остальные субъекты РФ по внедрению инновационных методов обследования.

**– Наверное, это связано с экономическим благополучием столицы?**

– Вы знаете, экономически благополучных регионов у нас немало. Департамент здравоохранения Москвы имеет во всех отношениях прогрессивное мышление. Есть понимание, что мы достигнем гораздо большего результата при использовании более точных и современных методов выявления и рака лёгкого, и туберкулёза, к которым относится низкодозная компьютерная томография. Если врачи раньше начали лечить пациентов от выявленного на ранних стадиях онкологического заболевания или от туберкулёза, то процесс лечения будет более коротким, а эффект от лечения более положительным, что выгодно и пациенту, и системе здравоохранения. Потому что стационарная койка достаточно дорогая, и чем короче срок пребывания на ней, тем здравоохранению выгодней.

Приведу в качестве примера длительность нахождения больного на койке при обнаружении туберкулёза. Если рано выявить туберкулёз, то стационарный этап продлится не более 2 месяцев, а если болезнь выявить поздно, да ещё обнаружится множественная или широкая лекарственная устойчивость возбудителя, то длительность пребывания в стационаре многократно увеличивается, а в некоторых случаях может продлиться и более года. Экономические преимущества раннего выявления представляются тут очевидными.

В течение года мы вылечиваем около 80-85% больных с впервые выявленным туберкулёзом, а если болезнь будет выявлена на ранней стадии, то частота излечения в первый год может превысить 90%. А лучше всего болезнь предупредить, выявляя латентную инфекцию с помощью теста с АТР, не давая шанса развиваться локальной форме туберкулёза. Тогда никаких стационарных этапов лечения вообще не будет, потому что человек туберкулёзом не болеет. И работы в очагах тоже не будет, потому что не будет заболевших и контактов с ними. И на инвалидность никто не выйдет, потому что болезни не будет.

**– Но разве положительный тест с АТР не говорит о наличии заболевания?**

– Не факт. Это может быть латентная инфекция, которая не является болезнью, а отражает состояние борьбы иммунной системы с начинающей по каким-то причинам размножаться микобактерией туберкулёза. У человека с латентной инфекцией нет никаких ограничений трудоспособности.

**– Каково соотношение латентных и активных форм туберкулёза?**

– В Москве в группах риска распространённость латентной туберкулёзной инфекции составляет около 5%, или 5 тыс. на 100 тыс. соответствующей группы. Среди постоянного населения в целом распространённость латентной инфекции не превышает 1%, а заболеваемость составляет 12,5 на 100 тыс. Кстати, некоторые наши западные коллеги почему-то уверены, что в России распространённость латентной инфекции составляет 20% и более, хотя никаких исследований по этому вопросу не проводили. Однако по нашим данным это совсем не так.

Число источников инфекции среди населения постоянно уменьшается, поскольку все бактериовыделители (больные с открытыми формами туберкулёза) стационарируются. Именно поэтому заболеваемость среди постоянного населения неуклонно снижается. Это как чаша. Когда в ней много воды, она напоминает море. Сейчас мы это море почти вычерпали. Остались отдельные лужицы (группы риска), в которых пока появляется определённое число больных туберкулёзом, но мы их тоже выявляем с помощью наших трёх методик.

**– Туберкулёз может сочетаться с ВИЧ-инфекцией (ВИЧ/ТБ). Как обстоят дела в этой группе риска?**

– Среди постоянного населения Москвы распространённость и заболеваемость ВИЧ/ТБ неуклонно снижается, а смертность остаётся на очень низком уровне (1,2 на 100 тыс. – данные за 2016 г.), который в разы ниже, чем в среднем по стране. Мы внедрились в эту группу риска и исследуем ВИЧ-инфицированных на латентную инфекцию. Всем тем, у кого проба с АТР положительна, назначается химиофилактика.

**– Очень радужная картина получается...**

– Как работаем, такая и картина.

**– В вашем пилотном проекте выявляется не только туберкулёз, но и рак лёгкого. Вы кооперируетесь с онкологами?**

– Безусловно. И с онкологами, и с рентгенологами, с инфекционистами, ревматологами, пульмонологами, терапевтами, акушерами-гинекологами, врачами других специальностей. В борьбе с туберкулёзом нужен мультидисциплинарный подход.

**– Много ли сейчас случаев туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью?**

– Проблема резистентных форм туберкулёза возникает при отсутствии лекарств, так как в этом случае требуются более дорогостоящие препараты. Слава богу, нас Департамент здравоохранения Москвы лекарствами обеспечивает в полном объёме. Поэтому если выявляется случай лекарственной устойчивости, то мы найдём те лекарства, которым его можно вылечить. С каждым годом число лиц с лекарственной устойчивостью в Москве уменьшается, а в стране, к сожалению, ещё нет. Например, сейчас у нас состоит на учёте 418 человек (постоянных жителей) с лекарственной устойчивостью. Год назад их было 428, два года назад – 481 человек. Это уменьшение числа связано тем, что мы таких больных вылечиваем. Как только мы их выявляем, то сразу ставим на учёт и начинаем лечение теми лекарствами, к которым сохранена чувствительность возбудителя.

**– А какова выявляемость?**

– Ни одна страна мира не может выявить сразу всех больных туберкулёзом. Мы стараемся

выявить более 85% заболевших на территории города. Есть такие эпидемиологические показатели, которые позволяют нам быть уверенными в том, что мы выявляем подавляющее число заболевших, и невыявленные больные не накапливаются в популяции. Один из них – частота выявления больных с фиброзно-кавернозным туберкулёзом среди впервые выявленных пациентов. Если человек заболел туберкулёзом и не прошёл флюорографическое обследование, то фтизиатры о его болезни какое-то время не знают. В результате, когда он обращается к врачам с развёрнутой клинической картиной заболевания, то может у него диагностироваться фиброзно-кавернозный туберкулёз (чтобы у человека развилась эта форма туберкулёза, как правило, необходимо болеть более 2 лет).

На протяжении нескольких последних лет в Москве доля больных с фиброзно-кавернозным туберкулёзом среди впервые выявленных пациентов составляет менее 1% (0,5-0,6% от общего числа впервые выявленных больных). И это также очень низкий показатель, который постоянно контролируется противотуберкулёзной службой. В самом худшем случае, если человек болен и длительно не обращается к врачу по каким-то причинам или обращается слишком поздно, когда медицина уже бессильна, то при прогрессировании процесса возможен летальный исход. Но диагноз всё равно будет установлен, однако уже, к сожалению, посмертно. Посмертно выявленные случаи, где причиной смерти является туберкулёз, среди постоянного населения тоже ежегодно уменьшаются и составляют около 20 на многомилионный город.

**– Как известно, рассадники туберкулёза являются переполненные российские тюрьмы. Представляют ли осведомлённые заключённые угрозу здоровью москвичей?**

– В Москве не такие высокие показатели заболеваемости туберкулёзом даже в тюрьмах. Гораздо большую опасность представляют мигранты. Угроза завозного туберкулёза возрастает.

**– Где и как выявляют туберкулёз у мигрантов?**

– В миграционном центре. Там работает целая группа фтизиатров, являющихся сотрудниками филиала Центра дерматовенерологии. Проводится скрининговое обследование на туберкулёз, а при необходимости на дообследование мигрантов направляют к нам. Если диагноз туберкулёза подтверждается, то эти люди лишаются возможности получить разрешение на работу и вид на жительство.

**– От чего же всё-таки в первую очередь зависят успехи в борьбе с туберкулёзом?**

– Всё зависит от эпидемиологической ситуации. Если идёт подъём заболеваемости туберкулёзом, как было в стране в 1990-х годах, то тогда, конечно, не до прицельных методов диагностики. Нужно было обеспечить всех стандартными методами лечения, как требует ВОЗ. На подъёме заболеваемости и смертности нужно «сбить волну» путём наращивания рутинных скрининговых осмотров и исследованием микроскопии мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (она менее затратна, чем молекулярно-генетические методы исследования, но и на порядок менее точна), применением стандартного (краткосрочные курсы) лечения лекарственными препаратами первого ряда под непосредственным наблюдением медперсонала, наиболее дешёвыми и доступ-

ными (DOTS) и госпитализации заразных больных с развёртыванием коек. Когда начинается спад заболеваемости и смертности от туберкулёза, улучшается уровень жизни населения, появляется социальная стабильность, то главной становится задача предотвращения хронизации заболевания с помощью индивидуализированного лечения, в том числе лекарствами второго и третьего ряда. В том же случае, когда достигается минимальный уровень жизни населения (меньше 10 на 100 тыс. населения), то на первое место выходит профилактика, индивидуализированная работа с группами риска, прицельное выявление больных на ранних стадиях заболевания более точными и, как правило, более дорогостоящими методиками, широкое профилактическое лечение, препятствование ввозу инфекции и т.д.

**– Система DOTS у нас жёстко критиковалась...**

– Как профессор кафедры фтизиатрии Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования считаю, что шаблоны хороши там, где нет врачей. Если врачи есть, шаблоны нужны в тех случаях, когда они не могут обеспечить лечение всех больных. Врачи дают рекомендации, а лечение проводят проинструктированные волонтеры. Россия всё-таки обеспечена фтизиатрами, несмотря даже на некоторый кадровый голод. Поэтому российские фтизиатры проводят индивидуализированное лечение больных, основанное на лекарственной чувствительности возбудителя туберкулёза, переносимости препаратов, сопутствующих заболеваний у пациента, а не используют простые стандартные схемы. Это, кстати, отражено в федеральных клинических рекомендациях, дающих возможность подобрать правильный режим лечения каждому пациенту.

**– Туберкулёз называют социальной болезнью...**

– Так и есть. Она концентрируется в группах риска. Но поскольку путь передачи инфекции воздушно-капельный, то если к группе риска приблизился другой человек, он тоже может заболеть. Если люди начинают плохо питаться, если снижается качество жизни, то вероятность заболеть туберкулёзом увеличивается. То, что в стране уменьшается заболеваемость, однозначно свидетельствует о социально-экономическом благополучии населения и эффективности усилий федерального Минздрава, направленных на предотвращение туберкулёза.

**– Каковы, на ваш взгляд, перспективы развития фтизиатрической службы Москвы?**

– Наши перспективы – продолжать работу в обозначенных направлениях: скрининговое обследование населения с помощью флюорографии с учётом наличия угрозы завозного туберкулёза, выявление латентной инфекции в группах риска с помощью иммунологических проб (АТР) с целью последующего предотвращения развития локальной формы туберкулёза, ранняя диагностика бактериовыделения у заболевших с помощью молекулярно-генетических методов исследования мокроты или другого патологического отделяемого, применение метода компьютерной томографии с целью дифференциальной диагностики, ну и, конечно же, работа в очагах инфекции с применением картографического метода. А лечить больных московские фтизиатры умеют хорошо.

Беседу вёл  
**Болеслав ЛИХТЕРМАН**,  
корр. «МГ».

Москва.

– Наиль Салахович, вас считают образцом руководителя медицинской кадровой службы. Оказывается, вы можете назвать фамилии и послужной список большинства главных врачей, ведущих специалистов лечебных учреждений территории, не прибегая к помощи компьютера?

– Я много лет участвовал в подготовке кадров для лечебных учреждений республики. Поэтому действительно знаю многих. Когда руководители считают, что назначение на ответственные должности связано с проведением конкурса среди только квалифицированных специалистов, значимость работы с кадрами трудно переоценить. В Татарстане всегда сильной считалась медицинская школа, которая не может существовать без развития и следования традициям и воспитания учеников, уважения к наставникам.

– А за что в республике присваивается звание «Почётный ветеран здравоохранения»?

– Мы начали с того, что стали организовывать встречи министра здравоохранения республики Айрата Фаррахова (ныне депутат Госдумы РФ) с ветеранами отрасли. Они не только рассказывали первому лицу о своей былой работе, обращались с просьбами, но и ставили жизненные вопросы. На следующей встрече коллеги уже делились с министром, удалось ли решить их проблемы. Позже, на очередном заседании Республиканского совета ветеранов здравоохранения родилось такое предложение. Министр поддержал эту идею. Он утвердил специальный знак и удостоверение. Считаю, получилась хорошая награда. О её присуждении ходатайствует коллектив, где трудился ветеран, а вручение проходит в торжественной обстановке. У нас уже 125 заслуженных медиков стали обладателями этой ведомственной награды.

В Международный день пожилых человека мы находим спонсоров и делаем подарки коллегам. Следим, чтобы и главные врачи не забывали о ветеранах своих лечебных учреждений. Наш неформальный совет старейших собирается 2 раза в год в актовом зале медицинского колледжа (его в своё время строил Н.Садыков – ред.). В данном мероприятии в прошлом году участвовали 160 человек.

Для ветеранов крайне важно внимание. С удовольствием они принимают предложение приехать и познакомиться с работой ведущих медицинских центров. Например, недавно группа бывших главных врачей побывала в онкологическом центре. Нам рассказали о последних достижениях в диагностике и лечении рака. Как говорится, бывших врачей не бывает. Всем интересно было узнать о новшествах в медицине. Как представляли старшего поколения они также извлекли пользу для своего здоровья, посмотрев, как проводится выявление рака на ранних стадиях. Ещё одна такая «экскурсия» – в Межрегиональный клинично-диагностический центр. Современные возможности его просто поражают, ещё десятилетия назад многое, что было показано, казалось фантастикой. Организуем мы и проведение диспансеризации для ветеранов-медиков.

– Вы вместе с министром здравоохранения Татарстана А.Вафиным и членом Республиканского совета ветеранов здравоохранения республики Г.Галлямовым являетесь авторами-составителями Книги Памяти «Во имя Победы», которая рассказывала об участии медицинских работников Татарстана в Великой Отечественной войне. Как она оказалась? Чем вы объясните её сегодняшний успех?

Более 50 лет назад Наиль Садыков окончил Казанский государственный медицинский институт. Но свою трудовую деятельность он начал во время обучения санитаром скорой помощи. Его по праву называют легендой медицины Татарстана. Где бы он ни трудился, он проявлял удивительные организаторские способности, требовательность к себе и окружающим и в то же время скромность и гуманность. Послужной список Н.Садыкова трудно привести полностью. Ограничимся лишь тем, что он много лет возглавлял крупнейшее медучилище республики, а в 1989 г. его назначили заместителем министра здравоохра-

## Авторитетное мнение

# Легенда татарской медицины

Именно в такой номинации два года назад стал победителем республиканского конкурса «Лучший врач года» Наиль Садыков, один из создателей книги о фронтовых дорогах врачей



– Во время войны в Татарстане было размещено 69 эвакуационных госпиталей. Они сумели вернуть в строй приблизительно 25 дивизий. В те страшные годы военные врачи вылечивали и вернули в строй 73% раненых. Таких результатов не смогли достигнуть ни в одной другой стране мира. А сколько медиков-земляков погибло на полях сражений! Мы поставили цель, чтобы о каждом из них знали спасённые поколения, как и о достижениях военной медицины нашей страны. Именно поэтому в преддверии 70-летия Победы родилась идея создать книгу, где приводились бы биографии медиков, рассказывалось об их работе в военные годы. Её поддержал нынешний министр здравоохранения республики Адель Вафин. Мы отправили официальные письма всем главным врачам республики. Весь медицинский актив региона 3 года собирал материалы. Кроме того, написали письма и побывали в военкоматах, в поволжских, центральных архивах. Узнали огромное количество ценных сведений о военных врачах, медицинских сёстрах, которые прошли огненными дорогами войны. В результате была создана эта книга памяти.

Расскажу только о двух её героях. Среди 378 уроженцев Татарстана, удостоенных звания Героя Советского Союза, есть и санструктор 7-го кавалерийского корпуса 61-й армии Центрального фронта Калимулла Якупов (он родился в селе Иштиряково Челнинского района). Особенно отличился он во время наступления и переправы через Днепр, искал раненых на поле боя, перевозил их на другой берег, а обратно в его лодку загружали ящики с патронами и снарядами. К.Якупов 27 раз за ту ночь – туда и обратно пересекал широкий Днепр. В один из таких опасных рейсов борт лодки, на которой находились ра-

неньные, пробил осколок снаряда, и в пробоину хлынула вода. Якупов не растерялся. Свернув плащ-палатку, закрыл дыру и доставил товарищей на берег. В ту ночь он спас жизни 74 гвардейцам. За этот бой 8 человек получили звание Героя Советского Союза, в том числе и К.Якупов.

Высокое звание Героя Советского Союза ему присвоили 15 января 1944 г. Тогда молодому офицеру было всего лишь 22 года. Многие по-хорошему завидовали ему – и подвиг совершил, и со смертью разминуслся. Но холодная днепроовская вода тяжело аукнулась смельчаку: на следующий день после переправы он был госпитализирован с тяжелейшей пневмонией. Полгода провёл на больничной койке, причём долго находился в коме. Но сильный организм победил и позволил вновь вернуться в строй. После окончания войны Якупов работал в Набережных Челнах, строил завод.

Ещё один очень известный ветеран войны в Татарстане, кавалер орденов Красной Звезды, Отечественной войны II степени, обладательница многих медалей, почётный ветеран здравоохранения Республики Татарстан, отличник здравоохранения СССР, врач высшей категории, «легенда здравоохранения РТ», лауреат многих конкурсов – Татьяна Емелина, недавно отметившая своё 96-летие. По её словам, война словно смерч разрушила все планы студентов-медиков. Ежедневно они работали по 8-10 часов в госпитале под руководством преподавателей института и опытных врачей. В институте слушали лекции, а вечерами будущие врачи дежурили в госпиталях, на железнодорожном вокзале и в речном порту, принимая раненых и тяжелообльных, измощённых детей из блокадного Ленинграда. Получив диплом врача, Татьяна Андреевна сразу уехала на фронт, спасала сотни раненых бойцов. После войны вернулась в Татарстан и здесь трудилась на разных врачебных должностях. Восемь лет была заместителем министра здравоохранения ТАССР.

**ОТ РЕДАКЦИИ.** Мы с большим вниманием ознакомились с содержанием Книги Памяти «Во имя Победы» и многочисленными отзывами о ней в средствах массовой информации. Действительно, эта книга является прекрасным научно-информационным изданием. В ней рассказано, каким образом и насколько эффективно советское здравоохранение решало сложные и нестандартные проблемы, возникающие в экстремальных военных условиях. Кроме того, показана уникальность этого опыта и его непреходящая важность для мировой медицинской науки и практики. Дана оценка вкладу отечественной медицинской отрасли, в том числе здравоохранения Татарии, в Победу.

В ней приводятся нигде не публиковавшиеся ранее данные о представителях всех категорий

Республики Татарстан по кадровым вопросам. Его вклад в развитие системы здравоохранения неоднократно отмечался высокими наградами и званиями.

Сегодня Н.Садыков возглавляет комиссию по медицинскому и лекарственному обеспечению ветеранов Татарстана, является организатором и председателем ветеранской организации Минздрава республики. К старшему поколению в регионе относятся с особым уважением. О ветеранской общественной работе – наш разговор с заслуженным врачом РФ Наилем Садыковым.

И таких героев было тысячи, ушедших на фронт и беззаветно защищавших Отечество от врага. Книга «Во имя Победы» получилась яркой и запоминающейся. Сегодня она есть в лечебных учреждениях, библиотеках медицинских училищ и вузов Республики Татарстан. Хочу отметить, что она способствовала нашему университету 9 мая выйти с акцией «Бессмертный медицинский полк», а также дала значительный толчок всем медицинским учреждениям к общему ходу данного шествия.

– Наиль Салахович, это не первая книга, которая издана с вашим участием?

– В своё время мы подготовили книгу к 80-летию здравоохранения Татарстана. Была ещё одна книга «История медицины в лицах». Более того, я достаточно долго был редактором газеты «Медик», которая публиковала новости о здравоохранении республики на русском и татарском языках. На моих глазах шло развитие медицины Татарстана, поэтому я с удовольствием принимаю участие в таких проектах.

Тем более что ветераны у нас – народ активный. Помню, как во время одной из встреч генерал армии Махмут Гареев сетовал, что и недостатки были в работе медицинской службы во время войны. И в качестве примера привёл себя. Ему хирург хотел ампутировать руку после ранения. Но медсестра посоветовала дождаться следующего эшелона и сделать рентген. Вдруг кость всё-таки целая? Когда сделали снимок, хирург понял, что кость не сильно задета, и отменил ампутацию. Но ошибки только подтверждают правила. При массовом поступлении раненых, нехватки медицинского оборудования сортировку тем не менее надо было проводить быстро, нередко и под огнём противника.

Я прожил очень интересную жизнь, мне нравится помогать коллегам. Это касается и написания книг, и обращений к власти о выделении дополнительных лимитов ветеранам на проведение исследований по компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

медицинского персонала Татарии, принимавших участие в Великой Отечественной войне. По полноте этих данных книга на сегодняшний день не имеет аналогов, и таким образом соблюден принцип «никто не забыт и ничто не забыто». Информация, содержащаяся в издании, успешно используется для патриотического воспитания новых поколений медицинских работников, проведения массовых общественных акций патриотической направленности.

Учитывая большую общественную значимость издания, мы считаем, что Книга Памяти «Во имя Победы» достойна поощрения, и рекомендуем подать заявку для участия в конкурсе на соискание республиканской Премии Татарстана.

Сейчас они предлагают написать коллективное письмо в правительство республики, чтобы были приняты дополнительные меры по снижению цен на лекарства.

– Вы долгое время занимались подготовкой средних медицинских работников. В Советское время значительная часть из них становилась врачами...

– Сегодня многое изменилось в образовании. Приняты стандарты третьего поколения, которые так и называются – практикоориентированные. А раньше действительно можно было с уверенностью сказать, что из фельдшеров получатся хорошие, компетентные врачи. Всё дело в том, что они поступали в медицинские вузы, окончив медучилища, то есть имели представление и соответствующую подготовку по специальности. А бывшие школьники часто инфантильны. Мама сказала: поступай в медицинский вуз – сын пошёл и сдал экзамены. Говорить об осознанном выборе профессии в таком случае не приходится.

А если смотреть с точки зрения профессии, современный врач должен очень многое знать и уметь, чтобы быть профессионалом своего дела. Поэтому траекторию образования надо выбирать как можно раньше.

– Наиль Салахович, что помогает вам поддерживать себя в такой прекрасной физической форме?

– Прежде всего оптимизм. Моим хобби всегда была работа. Когда человек увлечён своим делом, он преодолевает возникшие проблемы конструктивно, без паники и отчаяния. У меня и сегодня почти каждый день посвящён работе. В этом секрет бодрости и активности. Молодым же врачам хочу напомнить, что специалист обязан всю жизнь учиться, повышать своё мастерство. Для этого в Татарстане создаются все условия.

Беседу вел  
Алексей ПАПЫРИН,  
заместитель главного редактора  
«Медицинской газеты»,  
член Этического комитета  
Минздрава России.

Необычные гости посетили на днях Иркутский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова. Пятнадцать французских туристов, половина из которых – люди с ограниченными возможностями по зрению, – совершили поход по Приангарью. В течение 8-дневного пребывания в регионе они преодолели более 70 км на лыжах по льду озера Байкал и хребту Хамар-Дабан, покорили пик Черского, поднявшись на высоту 2090 м, а в завершение путешествия по Восточной Сибири выразили желание познакомиться с возможностями современной российской офтальмологии.

Директор Иркутского филиала «Микрохирургия глаза» профессор Андрей Щуко рассказал французским путешественникам, как устроена диагностическая линия, провёл их в операционную со знаменитой фёдоровской «ромашкой». Визитёры стали очевидцами рефракционной операции, выполненной по технологии «Smile», и, когда хирург Олеся Писаревская завершила работу, раздались аплодисменты: зарубежные гости

## Сотрудничество

# Аплодисменты в операционной

## Их заслужили иркутские офтальмологи



Наши и французские офтальмологи нашли много тем для общения

поблагодарили российского врача, вернувшего пациенту зрение. Как отметили офтальмологи, это было неожиданно и очень приятно, ведь никогда прежде в операци-

онной клиники не звучали аплодисменты.

К слову, на эту встречу также были приглашены представители Иркутского областного общества

слепых, и общение российских и французских инвалидов по зрению оказалось весьма полезным. Присутствовавший здесь же министр здравоохранения Иркутской области Олег Ярошенко подчеркнул, что мужество и позитивный настрой участников французской экспедиции достойны восхищения: «Считаем, что ваш пример вдохновит людей с ограниченными возможностями всех стран мира, в том числе России. Очень важно жить полной жизнью и не ставить перед собой преград».

Что же касается самих незрячих россиян, больше всего они были поражены тем, что их французские собратья пользуются для передвижения не обычными «палками», как наши, а тростями с GPS-навигатором. Надо ли говорить, насколько сильно такой гаджет облегчает жизнь слепому человеку?

И, конечно, как российские, так и французские инвалиды по зрению были ошеломлены сообщением о том, что учёные Института зрения Национального центра научных исследований (Париж, Франция) близки к созданию устройства, с помощью которого незрячий человек сможет видеть пиксельную проекцию объектов, которые его окружают. Подробно об этой сложнейшей технологии рассказал профессор парижского Института зрения Серж Пико, который специально прилетел в Иркутск, чтобы познакомиться с научной и клинической деятельностью иркутских офтальмологов и принять участие в этой уникальной встрече врачей и пациентов из двух стран.

Елена БУШ,  
собр. корр. «МГ».

Иркутск.

## Ориентиры

# Глаза в глаза

Таким способом эффективно реализуется медицинская профилактика

Министерство здравоохранения Свердловской области при поддержке аппарата полномочного представителя Президента РФ в Уральском федеральном округе провело окружное совещание главных специалистов по медицинской профилактике УрФО. В его рамках в режиме видеоконференции состоялось совещание экспертного совета профильной Комиссии по медицинской профилактике Минздрава России, на котором главный специалист по медицинской профилактике Минздрава Сергей Бойцов отметил достойную работу всех уральских специалистов.

Одно из подтверждений лидерских позиций службы медицинской профилактики в УрФО – победа во Всероссийском конкурсе на звание «Лучший центр медицинской профилактики» сразу трёх учреждений данного профиля – Свердловского областного, Городского центра Екатеринбургского и Центра медицинской профилактики Ямало-Ненецкого автономного округа.

Основным принципом работы в 6 регионах Урала является взаимодействие межведомственных координационных советов по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, реализация комплексных планов по формированию ЗОЖ с оценкой эффективности. В 2016 г. практически все показатели эффективности плана были достигнуты.

Не случайно губернатор Евгений Куйвашев указывал в области дополнительные праздники – День пожилого человека (в последнее воскресенье августа) и День здоровья (в первую субботу сентября). В эти дни проводится большое количество мероприятий, массовых акций профилактической направленности.

В Тюменской области успешно реализуется проект «Волонтеры с опытом». Он объединил активных волонтеров «золотого возраста», которые обращаются в городские поликлиники не столько за медицинской помощью, сколько за приобретением навыков самопомощи при жизнеугрожающих состояниях, за знаниями по профилактике заболеваний и факторах риска их вызывающих. Сейчас все волонтеры снабжены информационными пособиями, а также листовками и плакатами, которые могут раздавать соседям, размещают в своих домах и подъездах. Вскоре у них появится своя фирменная атрибутика и набор полезных для здоровья инструментов: тонометры, глюкометры и т.д.

Ямало-Ненецкий автономный округ отличается обширной территорией и низкой плотностью населения, сложной транспортной инфраструктурой. Охватить профилактическими осмотрами тундровое население практически невозможно. Например, такой шанс выпадает во время проведения в Надыме традиционных соревнований оленеводов на Кубок губернатора ЯНАО.

Для участия в грандиозном национальном празднике только на 2 дня в город съезжа-

ются кочевники со всего региона, и специалисты центра медицинской профилактики не упускают возможности провести социально-профилактическую акцию «Будь здоров, тундровик!», в ходе которой в передвижном диагностическом комплексе «Мобильный центр здоровья» коренные жители проходят обследование.

Губернатор Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Наталья Комарова в ходе ежегодного Обращения к жителям ХМАО – Югры объявила 2017 г. Годом здоровья. Будет проведено более 500 мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни. Организаторами мероприятий выступают не только бюджетные организации, а также общественные движения и частные предприятия. Особое внимание будет уделено информационному сопровождению мероприятий.

В 2016 г. Министерством здравоохранения Челябинской области совместно с Челябинским областным ЦМП была организована работа площадок «Территория здоровья» в рамках чемпионата России по фигурному катанию. Каждый участник и гость соревнований смог бесплатно проверить своё здоровье, а также пройти экспресс-тестирование на ВИЧ. Всего за время проведения чемпионата обследование прошли более тысячи человек.

Челябинский ЦМП в 2016 г. получил грант второй степени в молодёжном форуме Уральского федерального округа «Утро» в направлении «Здоровьесберегающие технологии».

В Курганской области с каждым годом увеличивается количество проводимых массовых акций профилактической направленности, растёт тираж издаваемой печатной продукции для населения. На протяжении 20 лет активно ведётся работа по воспитанию ответственного родительства, семейных ценностей у учащихся учебно-образовательных учреждений. В прошлом году создана специальная программа «Шаги взросления», которая способствует сохранению репродуктивного здоровья, формированию ценностей и установок на здоровый образ жизни подростков.

Одно из значимых событий УрФО – Уральский конгресс по здоровому образу жизни – пройдёт нынче в 9-й раз в мае совместно с Всероссийским форумом «Здоровье или табак». В рамках этого мероприятия в УрФО начинается реализация межрегионального проекта «Мама, не кури!», направленного на сокращение табакокурения среди женщин фертильного возраста.

Участники совещания понимают: перед службой медицинской профилактики в новом году стоит немало задач. Главные из них: привлечь пациентов к профилактическим технологиям, сделать информационные кампании наиболее эффективными, повысить качество жизни уральцев, повысить знания врачей и навыки общения с пациентами.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Екатеринбург.

## Перспективы

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова объявляет о старте кампании по ребрендингу, направленной на создание нового корпоративного стиля, отражающего инновационные подходы к стратегическим направлениям развития университета.

# Новый логотип, новые подходы

Старейший медицинский вуз страны претерпевает изменения

По сообщению пресс-службы Первого Меда, в марте 2017 г. Сеченовский университет переходит на новый фирменный стиль, который подчёркивает глобальные изменения вуза, международное позиционирование, основанное на новом бренде, понятном и привлекательном для мировой аудитории.

«Сеченовский университет находится на новом витке своего развития, старейший медицинский вуз страны претерпевает логичные трансформационные изменения. Стратегической целью развития Первого Меда на ближайшие годы является укрепление своего интеллектуального лидерства в российской системе здравоохранения и создание инновационного исследовательского центра мирового уровня. Пришло время отразить все эти изменения в новом позиционировании! В результате на международном рынке появляется бренд с уже известным именем «Сеченовский университет», но с новым логотипом и с качественно другим внутренним содержанием», – отметил ректор Пётр Глыбочко.

Сеченовский университет в 2016 г. вышел за пределы Российской Федерации, став равноправным партнёром ведущих международных научно-образовательных центров, задающих вектор формирования сдвига и социальным инновациям. Транслируя накопленный за 260 лет своего существования научный, педагогический, медицинский, системообразующий опыт во внешнюю среду, Сеченовский университет должен не только внутренне соответствовать высоким международным стандартам, но и иметь интуитивно угадываемую, легко узнаваемую визуальную концепцию, опирающуюся на соответствующую идеологию. Для того, чтобы соответствовать статусу ведущего российского медицинского университета, достойно представляющего страну в международном научно-образовательном сообществе, входящего в элитарный клуб ключевых вузов, необходимо соответствовать стандартам. В том числе по форме позиционирования бренда.

Новый бренд отражает ключевые изменения, произошедшие в университете с выходом его на международную арену в свете актуализации стратегии развития вуза.

Университет – центр притяжения для талантливой молодёжи, высокопрофес-



сиональных специалистов и преподавателей, эталон качества подготовки медицинских кадров будущего. Вуз является ядром новой интеллектуальной генерации, обучая и формируя научную, образовательную, исследовательскую элиту. Университет выступает в качестве основной площадки для реализации самых передовых, инновационных проектов и изобретений, адаптируя их под потребности общества и государства, что станет местом высокоэффективной капитализации уникальных научных достижений, создаваемых в вузовских лабораториях лучшими отечественными учёными совместно с лидерами мировой фундаментальной науки.

Обновлённый образ университета – это квинтэссенция связанных с деятельностью вуза идей и смыслов, выраженная графически и визуально. Создание нового логотипа стало финальным этапом ребрендинга.

Ключевым посланием для аудитории выступает коммуникационный императив, заключённый в символическом девизе университета: «Чтобы развиваться и расти, необходимо держаться своих корней».

В основе логотипа лежит идея дерева как символа жизни, роста, развития, мудрости. Дерево олицетворяет собой одновременно развитие и прочный базис традиций.

В представленном варианте логотипа центральное место отведено знаку «S», в основе которого лежит идея нити ДНК как основы жизни и одного из основных объектов изучения и сферы преломления интересов медицины будущего. Спираль ДНК представлена в форме буквы латинского алфавита S, являющейся первой буквой в англоязычном (международном) названии Сеченовского университета (Sechenov University). Одновременно круги или шары, составляющие в знаке S единую фигуру, символизируют собой многочисленные подразделения университета, которые органично соединены друг с другом и именно вместе формируют единое целое.

Новый логотип университета – это кристаллизация ключевой идеи: «Сохраняя традиции российской медицинской школы, вуз устремлён в будущее».

Алексей ЛЕОНИДОВ,  
МИА Сито!

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 21 (2051)

(Окончание.

Начало в № 20 от 24.03.2017.)

Рекомендуется проведение биопсии печени в дебюте болезни всем больным как для постановки диагноза, так и для принятия решения о проведении терапии. В случае острого дебюта отсутствие гистологических данных не должно быть препятствием для начала терапии. Основным гистологическим признаком АИГ является межзачаточный (перипортальный, interface) гепатит, к типичным признакам также относят лимфоплазматитарную инфильтрацию. Необходимо отметить, что специфических гистологических признаков АИГ не существует, и отсутствие плазматитарной инфильтрации не исключает диагноз. В инфильтрате могут присутствовать эозинофилы; наблюдаются ступенчатые, мостовидные, мультилобулярные некрозы. Портальные повреждения обычно не затрагивают желчные протоки, гранулёмы встречаются редко. Иногда встречаются центролобулярные (в 3-й зоне ацинуса) повреждения. При всех формах заболевания присутствует выраженный в той или иной степени фиброз.

У части больных имеются гистологические признаки как АИГ, так и других заболеваний, таких как ПБЦ, ПСХ или аутоиммунный холангит. Определённые гистологические данные, такие как дуктопение или деструктивный холангит, могут указывать на наличие синдромов «аутоиммунного перекрёста». Признаки стеатоза или перегрузки железом могут свидетельствовать об альтернативном или дополнительном диагнозе: неалкогольном стеатогепатите, болезни Вильсона, хроническом гепатите С, лекарственном поражении печени, наследственном гемахроматозе.

## Серологическая оценка

Антиядерные аутоантитела (ANA), антигладкомышечные аутоантитела (SMA), антитела к микросомам печени и почек 1-го типа (анти-LKM-1) и антитела к печёночно-цитозольному антигену (анти-LC1) являются основными серологическими маркерами диагностики АИГ. У 96% взрослых пациентов с АИГ определяются ANA, SMA или оба маркера, у 4% имеются анти-LKM-1 или анти-LC1. Обычно при наличии анти-LKM-1 аутоантител ANA и SMA отрицательные.

Аутоантитела неспецифичны для АИГ, и их образование зависит от особенностей течения болезни. Низкий титр аутоантител не исключает диагноз АИГ, также как только их высокий титр при отсутствии других признаков не подтверждает этот диагноз. У серонегативных пациентов выработка аутоантител может манифестировать позднее, по мере прогрессирования заболевания. У взрослых титр аутоантител слабо коррелирует с активностью, характером течения болезни и ответом на проводимую терапию.

## Классификация

На основании профиля серологических маркеров различают 2 типа АИГ. Выделение 3-го типа АИГ большинством специалистов не поддерживается, так как его серологический маркер (анти-SLA) встречается как при АИГ 1-го типа, так и при АИГ 2-го типа.

При АИГ 1-го типа встречаются ANA и SMA или оба вида аутоантител; 80% всех случаев АИГ относятся к 1-му типу. 70% пациентов – женщины, пик заболеваемости приходится на возраст от 16 до 30 лет. 50% пациентов старше 30 лет, 23% старше 60 лет. Часто (15-34% случаев) встречаются ассоциации с другими аутоиммунными заболеваниями, такими как аутоиммунный тиреодит, ревматоидный артрит, целиакия, язвенный колит и др. На момент установления диагноза цирротическая стадия болезни констатируется у 24%.

АИГ 2-го типа характеризуется положительными анти-LKM-1 и/или анти-LC1 и/или анти-LC3 аутоантителами. Подавляющее большинство (80-96%) больных АИГ 2-го типа – дети. Данный тип характеризуется высокой частотой сопутствующих иммуноопосредованных заболеваний, нередко острым дебютом и быстрым прогрессированием до стадии цирроза.

## Показания к лечению

### Абсолютные

Три РКИ продемонстрировали, что у пациентов с активностью АСТ выше нормы в 10 раз или у пациентов с повышением АСТ бо-

лее чем в 5 раз в сочетании с повышением уровня  $\gamma$ -глобулинов в 2 раза в отсутствие адекватного лечения смертность достигает 60% в течение 6 месяцев. Наличие в дебюте гистологических признаков в виде мостовидных некрозов или мультилобулярных некрозов приводит к прогрессированию в цирроз у 82% нелеченых пациентов и ассоциированы с 45-процентной смертностью в течение 5 лет. Данные лабораторные и гистологические признаки активности болезни в дебюте служат абсолютным показанием для лечения глюкокортикостероидами (ГКС). Системные проявления АИГ, такие как выраженная слабость и артралгия, также являются абсолютным показанием к лечению, вне зависимости от других показателей (уровень А).

иммуносупрессивную терапию, 10-летняя выживаемость ниже, чем у аналогичных пациентов на фоне лечения (67 и 98% соответственно). При рассмотрении вопроса о проведении терапии необходимо принимать во внимание побочные эффекты, связанные с приёмом иммуносупрессоров. Таким образом, учитывая, что у бессимптомных больных с лёгким течением АИГ может наблюдаться прогрессирование заболевания, назначение иммуносупрессоров обосновано. В первую очередь это относится к молодым пациентам, которые хорошо переносят лечение. Более сдержанная тактика целесообразна в отношении больных с неактивным циррозом, постменопаузальной остеопенией, выраженной эмоциональной лабильностью или психическими расстройствами, плохо контролируемой артериальной гипертензией, декомпенсированным диабетом.

### Лечение не показано

Иммуносупрессивная терапия эффективна только у больных с клиническими, лабораторными или гистологическими признаками активного воспаления в печени. У пациентов с неактивным циррозом эффект от терапии сомнителен (уровень С). При этом у них имеется повышенный риск развития побочных

лечается азатиоприн, представляющий собой производное 6-меркаптопурина и обладающий антипролиферативной активностью (табл. 5). В случае недостаточной эффективности стандартных схем иммуносупрессии возможно повышение дозы азатиоприна до 150 мг в сутки, что не сопровождается существенным увеличением частоты побочных эффектов.

Обе схемы лечения продемонстрировали одинаковую эффективность: 5- и 10-летняя выживаемость больных на фоне адекватной иммуносупрессии составляет 94 и 90% соответственно (уровень В). Однако полное исчезновение биохимических, серологических и гистологических признаков заболевания, позволяющее ставить вопрос об отмене препаратов, наблюдается лишь у 31%. Морфологическая ремиссия АИГ запаздывает на 3-6 месяцев по отношению к биохимической, поэтому перед отменой иммуносупрессоров обязательно выполнение биопсии печени для констатации исчезновения гистологических признаков активности АИГ.

Результаты стандартной иммуносупрессии могут быть представлены 4 вариантами: ремиссией, рецидивом, резистентностью и стабилизацией.

# Диагностика и лечение аутоиммунного гепатита

## Федеральные клинические рекомендации

Таблица 4

Показания к проведению иммуносупрессивной терапии

Абсолютные	Относительные	Лечение не показано (динамическое наблюдение)
Сывороточная АСТ $\geq 10$ норм	Умеренно выраженные симптомы (астенизация, артралгия, желтуха)	Бессимптомное течение с нормальными или субнормальными показателями сывороточной АСТ и уровня $\gamma$ -глобулинов
Сывороточная АСТ $\geq 5$ норм и $\gamma$ -глобулины $\geq 2$ норм	Сывороточная АЛТ и $\gamma$ -глобулины меньше чем в абсолютных показателях	Компрессионные переломы, психоз, декомпенсированный диабет, неконтролируемая артериальная гипертензия, непереносимость азатиоприна
Мостовидные или мультилобулярные некрозы	Перипортальный гепатит	Неактивный цирроз или портальный гепатит
Выраженные симптомы	Остеопения, эмоциональная лабильность, гипертензия, диабет или цитопения (лейкоциты $\leq 2,5 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоциты $\leq 50 \times 10^9/\text{л}$ )	Выраженная цитопения (лейкоциты $< 2,5 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоциты $< 50 \times 10^9/\text{л}$ )

Схемы лечения аутоиммунного гепатита

Таблица 5

Преднизолон, суточная доза	Преднизолон и азатиоприн, суточная доза
Преднизолон: 60 мг – 1-я нед 40 мг – 2-я нед 30 мг – 3-я нед 20 мг – 4-я нед Затем снижение дозы на 2,5-5 мг/нед до поддерживающей 2,5-10 мг Относительные противопоказания: постменопауза остеопороз диабет артериальная гипертензия кушингоид	Преднизолон: 30 мг – 1-я нед 20 мг – 2-я нед Затем снижение дозы на 2,5-5 мг/нед до поддерживающей 2,5-10 мг Азатиоприн – 50 мг постоянно после 1-ой нед Противопоказания: беременность цитопения злокачественная опухоль непереносимость азатиоприна

### Относительные

Естественное течение АИГ у пациентов со слабовыраженными симптомами и с незначительными лабораторными и гистологическими изменениями неизвестно. Проспективные РКИ у этой категории больных не проводились, поэтому показания к лечению чётко не определены и рассматриваются в каждом случае отдельно (уровень С). У бессимптомных больных с неактивным циррозом продемонстрирована хорошая выживаемость без иммуносупрессоров. Также у пациентов с неактивным гепатитом без цирроза печени 10-летняя выживаемость без лечения составила 80%. Не существует рекомендаций, по которым можно было бы определить эту группу пациентов с «безопасной» болезнью, которым не нужна терапия. В группе бессимптомных пациентов с низкой активностью заболевания возможна спонтанная ремиссия, однако она отмечается гораздо реже (12 и 63% соответственно) и развивается более медленно по сравнению с пациентами, получающими лечение. Более того, у бессимптомных пациентов с низкой активностью заболевания, не получающих

эффектов: гипопальбуциемия и портосистемное шунтирование крови могут повлиять на связывание преднизолона с белками крови и распределение свободного преднизолона. У пациентов с декомпенсированным сахарным диабетом, остеопенией, психическими расстройствами или выраженным остеопорозом надо тщательно обосновать необходимость назначения ГКС. Азатиоприн не следует назначать больным с выраженной цитопенией (лейкоциты ниже  $2,5 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоциты ниже  $50 \times 10^9/\text{л}$ ) или с известной непереносимостью препарата (табл. 4).

## Схемы лечения

### Базисная терапия

Препаратами выбора служат преднизолон или метилпреднизолон; применение последнего может быть сопряжено с меньшими побочными эффектами ввиду практически отсутствующей минералокортикоидной активности. С целью повышения эффективности иммуносупрессии и уменьшения дозы и, соответственно, побочного действия кортикостероидов к терапии нередко добав-

Ремиссия представляет собой полную нормализацию всех параметров, отражающих активность гепатита, включая гистологические. В связи с невозможностью с патогенетической позиции достижения полного выздоровления от АИГ, данный исход является оптимальным вне зависимости от режима терапии и ассоциирован с наилучшим отдалённым прогнозом. Через 24 месяца лечения ремиссия констатируется у 65-75% больных.

Неполная ремиссия, иногда обозначаемая как «стабилизация», подразумевает остановку прогрессирования болезни без достижения полной ремиссии. Хотя у 90% таких больных удаётся достигнуть ремиссии в течение 3 лет стандартной терапии, такой вариант ответа должен служить основанием для возможного пересмотра лечебной тактики, а также поиска дополнительных причин поражения печени, в том числе таких как перекрёстные аутоиммунные синдромы.

Рецидив констатируется по повышению активности аминотрансфераз, с клинической симптоматикой либо без неё, во время лечения, в период снижения доз иммуносупрессоров или на фоне полной отмены препаратов. По обобщённым литературным, а также нашим собственным данным, рецидив наблюдается у 50% пациентов в течение 6 месяцев после прекращения терапии и у 80% через 3 года. Он ассоциирован с формированием цирроза у 38% больных и развитием печёночной недостаточности у 14%. Рецидив нередко требует возвращения к иницирующим дозам преднизолона и азатиоприна, либо, по крайней мере, их повышения по сравнению с исходными.

Резистентность характеризуется прогрессированием клинических, биохимических и гистологических проявлений болезни на фоне адекватной иммуносупрессивной терапии. Данный вариант наблюдается у 10% больных и требует тщательной ревизии первоначального диагноза, предусматривающей исключение других причин острого



или хронического гепатита. Если диагноз АИГ подтверждается, такой пациент рассматривается в качестве кандидата на альтернативные методы терапии, либо, в случае неуклонного прогрессирования, на трансплантацию печени.

**Альтернативная терапия**

**Будесонид.** Синтетический ГКС, характеризующийся активным печёночным метаболизмом, высокой аффинностью к глюкокортикоидным рецепторам и низкой частотой системных побочных эффектов. При пероральном приёме препарат на 90% задерживается печенью, где в высоких концентрациях воздействует на патогенные лимфоциты. Исследования продемонстрировали неоднозначные результаты относительно частоты достижения ремиссии АИГ. Формирование портосистемных шунтов увеличивает системную концентрацию препарата. По-видимому, основное преимущество будесонида перед преднизолоном заключается в возможности длительной поддерживающей терапии у больных на доцирротической стадии с рано проявляющимся побочным действием системных стероидов (уровень С).

**Микофенолат мофетила.** Конкурентный ингибитор инозин-монофосфат-дегидрогеназы, необходимый для синтеза пуриновых нуклеотидов. Действие микофенолата ограничено активированными Т- и В-лимфоцитами, что обуславливает ограничение нежелательной системной иммуносупрессии. Ретроспективный анализ 37 пациентов, не ответивших или не переносивших лечение азатиоприном, установил, что ответ на микофенолат наблюдался лишь у половины, а в случае отсутствия эффекта от азатиоприна терапия микофенолатом не привела к желаемому результату в 75% случаев. Дозировка – 2 г/сут (уровень С).

**Циклоспорин А.** Липофильный циклический 11-аминокислотный пептид, продуцируемый *Toxoplasma gondii*. Механизм его действия определяется влиянием на Ca<sup>2+</sup>-зависимую передачу внутриклеточного сигнала и следующим за этим подавлением Т-клеточного звена иммунного ответа посредством репрессии гена, кодирующего интерлейкин-2. В ряде исследований продемонстрирована индукция стойкой ремиссии АИГ на фоне лечения циклоспорином как у детей, так и взрослых. Дозировка – 2,5-5 мг/кг/сут. Широкое применение циклоспорина в

**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

качестве препарата первой линии ограничено серьёзными нежелательными явлениями, такими как артериальная гипертензия, нефропатия, гиперлипидемия, инфекционные осложнения и др. (уровень С).

**Такролимус.** Макролидное лактоновое соединение, имеющее аналогичный циклоспорину механизм действия, но более выраженный и опосредованный связыванием с другим иммуофилином. Пилотные исследования продемонстрировали возможность достижения биохимической ремиссии на фоне длительного применения такролимуса, в том числе у стероидорезистентных больных АИГ. Дозировка – 0,05-0,1 мг/кг/сут. Из нежелательных явлений чаще всего отмечается умеренное повышение креатинина и азота мочевины (уровень С).

**Циклофосфамид.** Назначается вместе с преднизолоном в дозе 1-1,5 мг/кг/сут, как правило, у пациентов с переносимостью азатиоприна. У некоторых больных возможен альтернирующий приём (50 мг через день). Длительное лечение нежелательно ввиду риска гематологических побочных эффектов (уровень С).

Другие альтернативные стратегии лечения АИГ включают назначение метотрексата, 6-тиогуанина, инфликсимаба (анти-TNFα) и ритуксимаба (анти-CD20), однако клинических данных на сегодняшний день недостаточно для оценки профиля эффективности и безопасности.

Возможность отмены иммуносупрессоров рассматривается у пациентов не ранее чем через 6 месяцев после достижения полной клинической, биохимической и иммунологической ремиссии. Перед отменой целесообразно выполнение биопсии печени для констатации отсутствия некроспа-

лительных изменений. Учитывая высокую частоту рецидива заболевания, обязательно динамическое наблюдение за пациентом с исследованием биохимических показателей (АЛТ, АСТ) 1 раз в 3 месяца, иммунологических (γ-глобулинов, IgG) – 1 раз в 6 месяцев.

**Трансплантация печени**

Приблизительно у 10% больных АИГ трансплантация печени является единственным способом ликвидации непосредственной угрозы жизни. Обычно основанием для включения в лист ожидания служит появление признаков декомпенсации цирроза или кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Однако явная резистентность к проводимой терапии и неуклонное прогрессирование заболевания позволяют рассматривать в качестве кандидатов на пересадку печени больных на доцирротической стадии. В этих случаях показания определяются как множественными рецидивами на фоне применения стандартных и альтернативных схем медикаментозной иммуносупрессии, так и выраженными побочными эффектами стероидной и цитостатической терапии: остеопорозом, артериальной гипертензией, изъязвлениями пищеварительного тракта, диабетом, лейкопенией. В качестве признаков угрожающей печёночной недостаточности рассматриваются: нарастающая гипербилирубинемия и мультисфокальные некрозы в биоптате.

Прогноз трансплантации благоприятный: 5-летняя выживаемость превышает 90%. Вместе с тем следует учитывать возможность рецидива, частота которого составляет в среднем 10-35%. Риск рецидива выше у HLA DR3-позитивных больных при

наличии анти-LKM-1, дискордантности донора и реципиента по HLA, ранней отмене кортикостероидов, применении такролимуса в посттрансплантационном периоде. Он также возрастает по мере увеличения срока после трансплантации. С другой стороны, фульминантная печёночная недостаточность в дебюте болезни снижает вероятность её повторной манифестации. Рецидив АИГ сопряжён с существенным риском гибели трансплантата. В то же время посттрансплантационная иммуносупрессия, в первую очередь ГКС, не только предотвращает отторжение, но и позволяют купировать рецидивы.

**Естественное течение и прогноз**

Данные по естественному течению заболевания без лечения получены преимущественно из исследований, опубликованных до широкого применения иммуносупрессоров при лечении АИГ и до открытия вируса гепатита С. Из этих исследований следовало, что до 40% пациентов с тяжёлым течением заболевания без лечения умирали в течение 6 месяцев от момента установления диагноза. У выживших с высокой частотой развивался цирроз с прогрессированием печёночной недостаточности и портальной гипертензии.

Нелеченый АИГ имеет плохой прогноз: 5-летняя выживаемость составляет 50%, 10-летняя – 10%. В среднем у 30% взрослых пациентов на момент установления диагноза имеются гистологические признаки цирроза. Цирроз формируется через 5 лет только у 17% больных с перипортальным гепатитом по данным первой биопсии, но при наличии мостовидных или мультилобулярных некрозов такой исход вероятен у 82%. Цирротическая трансформация в случае адекватного лечения, по-видимому, не снижает 10-летнюю выживаемость, что определяет обоснованность агрессивной терапевтической тактики у этих пациентов (уровень С). Применение современных схем иммуносупрессии позволяет эффективно контролировать течение заболевания. Так, по данным 1990-х годов, 20-летняя выживаемость больных АИГ на фоне терапии превышает 80%.

Под редакцией главного гастроэнтеролога Минздрава России академика РАН Владимира ИВАШКИНА.

# Диагностика и лечение болезни Шёгрена. Федеральные клинические рекомендации

**Болезнь Шёгрена (БШ)** – системное заболевание неизвестной этиологии, характерной чертой которого является хронический аутоиммунный и лимфопродлиферативный процесс в секретирующих эпителиальных железах с развитием паренхиматозного сиаладенита с ксеростомией и сухого кератоконъюнктивита с гипокриемией.

**Синдром Шёгрена (СШ)** – аналогичное болезни Шёгрена поражение слюнных и слёзных желёз, развивающееся у 5-25% больных с системными заболеваниями соединительной ткани, чаще ревматоидным артритом, у 50-75% больных с хроническими аутоиммунными поражениями печени (хронический аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз печени) и реже при других аутоиммунных заболеваниях.

**Код по МКБ-10** M.35.0 Системная красная волчанка.

**Эпидемиология**

Заболеваемость БШ колеблется от 4 до 250 случаев на 100 тыс. населения. Пик заболеваемости приходится на 35-50 лет. Женщины страдают в 8-10 раз чаще мужчин. Смертность при БШ в 3 раза выше, чем в популяции.

**Профилактика**

Этиология неизвестна, профилактика не проводится.

**Скрининг**

Не проводится.

**Диагностика**

Диагноз БШ устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных, клинико-лабораторного и инструментального обследования пациента при исключении других заболеваний.

**Клинические признаки, повышающие вероятность диагноза БШ**

**Поражение секретирующих эпителиальных желёз (аутоиммунный эпителиит)**

– слюнные железы поражаются у всех больных по типу рецидивирующего паренхиматозного сиаладенита (чаще паротита), реже субмаксиллит в сочетании с сиалодохитом у четверти больных, или наблюдается постепенное увеличение околоушных/поднижнечелюстных слюнных желёз, крайне редко малых слюнных желёз слизистой полости рта;

– различной степени тяжести сухой конъюнктивит/кератоконъюнктивит (снижение слёзовыделения по стимулированному тесту Ширмера < 10мм/ за 5 минут, дистрофия эпителия конъюнктивы и роговицы I-III степени, нитчатый кератит, ксероз роговицы) присутствует у всех больных в зависимости от длительности течения и определяемой стадии развития заболевания. Язва с возможной перфорацией роговицы является серьёзным осложнением текущего сухого кератоконъюнктивита;

– хейлит, рецидивирующий афтозный/грибковый стоматит, сухой субатрофический/атрофический ринофаринголарингит являются основными проявлениями поражений слизистой оболочки полости рта;

– поражение эпителия желчевыводящих путей и канальцевого аппарата почек с формированием билиарного поражения печени и канальцевого ацидоза.

**Внежелезистые системные проявления**

– артралгии наблюдаются у 70% больных. У трети больных встречается рецидивирующий неэрозивный артрит, преимущественно мелких суставов кистей;

– гипергаммаглобулинемическая пурпура, являющаяся клиническим признаком лимфоцитарного васкулита, и криоглобулинемическая пурпура как проявление лейкоцитокластического (нейтрофильного, деструктивного) васкулита наблюдаются у трети больных. При втором типе васкулита нередко образуются язвы, преимущественно на голенях, реже на верхних конечностях и слизистой оболочке полости рта;

– интерстициальный нефрит, значительно реже наблюдается гломерулонефрит мезангиопродлиферативного, мембранопродлиферативного типа с развитием в некоторых случаях нефротического синдрома;

– поражение периферической нервной системы (сенсорная, сенсорно-моторная полинейропатия, множественная мононевропатия, мононевроит, радикулоневропатия, (редко) туннельная невропатия) наблюдается у трети больных с длительным течением заболевания и генерализованным васкулитом.

**Методы диагностики**  
**Для диагностики паренхиматозного сиаладенита используют:**

– сиалографию околоушной слюнной железы с омнипаком (обнаружение полостей > 1 мм в диаметре характерно для паренхиматозного паротита);

– биопсию малых слюнных желёз нижней губы (обнаружение 100 и более клеток в поле зрения в среднем при просмотре не менее 4 малых слюнных желёз является диагностичным);

– биопсию увеличенных околоушных/поднижнечелюстных слюнных желёз (с целью диагностики MALT-лимфомы);

– сиалометрию (снижение стимулированной секреции слюны < 2,5 мл/5 мин используют для объективизации степени ксеростомии);

– УЗИ и МРТ слюнных желёз (для оценки структуры, размеров и локализации внутрижелезистых лимфоузлов и паренхимы желёз);

**Для диагностики сухого кератоконъюнктивита используют:**

– тест Ширмера (снижение слёзовыделения после стимуляции нашатырным спиртом менее 10 мм за 5 минут свидетельствует о гипофункции слёзных желёз);

– окрашивание эпителия конъюнктивы и роговицы флуоресцеином и лиссаминовым зелёным (позволяет диагностировать

повреждение эпителия конъюнктивы и роговицы);

– определение стабильности слёзной плёнки по времени образования «сухих пятен» на роговице (в норме составляет более 10 секунд). Время разрыва слёзной плёнки – это временной интервал между последним морганием и появлением первого «сухого пятна» разрыва в слёзной плёнке, окрашенной 0,1%-ным раствором флуоресцеина.

**Лабораторные исследования**

– лейкопения является характерным признаком заболевания, часто ассоциирована с высокой иммунологической активностью и наличием антилейкоцитарных антител в крови;

– высокие цифры СОЭ выявляются у половины больных и, как правило, связаны с диспротеинемическими нарушениями (высокими цифрами общего белка и гипергаммаглобулинемией). Воспалительный характер СОЭ может быть следствием генерализованного васкулита, серозита, развития лимфом или присоединения вторичной инфекции;

– увеличение СРБ не характерно для БШ. Высокие цифры наблюдаются только при выпотном серозите, гломерулонефрите, деструктивном васкулите с развитием язвенно-некротических поражений, демиелинизирующей невропатии и агрессивных лимфом;

– ревматоидный и антинуклеарный фактор определяются у 95-100% больных БШ. Высокие цифры РФ характерны для больных, имеющих криоглобулинемический васкулит и морфологические признаки формирования MALT-ткани в слюнных/слёзных железах и лёгких. Наиболее характерным типом свечения АНФ является крапчатый, реже выявляется гомогенный и периферический типы, антицентромерный, и крайне редко встречается тип свечения NUMA;

(Окончание следует.)

**Блокаторы рецепторов ангиотензина (сартаны) оказывают действие через специфические рецепторы – наиболее изучены функции 3 типов рецепторов AT II. Они оказывают альтернативный путь воздействия через ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС) на рецепторном уровне, селективно действуют только на AT1-рецепторы, блокируя негативные эффекты AT II.**

**Показания к применению блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА)**

- при наличии артериальной гипертонии (АГ);
- с признаками гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ);
- в сочетании с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) или бессимптомной дисфункцией ЛЖ;
- в сочетании с микроальбуминурией (МАУ) (диабетического и недиабетического генеза);
- с признаками нарушения функции почек (снижение клиренса креатинина < 60 мл/мин);
- у больных с постинфарктным кардиосклерозом;
- у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП);
- у больных с метаболическим синдромом;
- у больных сахарным диабетом (СД);
- ХСН у больных с непереносимостью ИАПФ.

#### На тканевом уровне

В крупном метаанализе 80 двойных слепых клинических исследований показано, что наибольшая степень снижения массы миокарда ЛЖ имеется у БРА – 13%, антагонистов кальция пролонгированного действия – 11%, ИАПФ – 10%, диуретиков – 8%, β-адреноблокаторов (БАБ) – 6%.

БРА приводят к высокой активации ангиотензиновых рецепторов 1-го типа в процессе развития гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ). Кандесартан при длительном применении вызывает обратное развитие ГМЛЖ, что сопровождается улучшением диастолической функции.

Убедительные доказательства антидиабетогенного действия БРА были получены в рандомизированных исследованиях ALPINE, SCOPE, CHARM, в которых оценивались длительные эффекты кандесартана. В частности, он способен предотвращать развитие СД (и, возможно, его прогрессирование). Поэтому препарат может считаться показанным для длительного лечения АГ у больных с метаболическим синдромом или СД 2-го типа.

При комбинации сартанов с диуретиками осуществляется воздействие на два основных патофизиологических механизма АГ: задержку натрия и воды, активацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Сартаны наряду с выраженным антигипертензивным действием обладают органопротективными свойствами – обратное развитие ГМЛЖ, нефропротекция, антидиабетогенное действие, предупреждение мозгового инсульта. Данный препарат отличается высокой эффективностью,

хорошим спектром безопасности у разных категорий больных АГ, СД, ХСН, ожирением.

**Принципиальные отличия БРА от ИАПФ**

- дают альтернативный путь воздействия на РААС на рецепторном уровне;
- не влияют на систему брадикинина и других пептидов;
- селективно воздействуют только на AT1-рецепторы и тем самым блокируют негативные эффекты AT II, не подавляя функции AT2-рецепторов. Прямой механизм антигипертензивного действия БРА связан с блокадой AT1 рецепторов, а косвенно

логической группы обладают более длительным антигипертензивным действием – до 36-48 часов. Максимальный антигипертензивный эффект большинства БРА достигается через 4-8 недель.

При длительном применении БРА вызывают обратное развитие ГЛЖ у больных АГ, увеличивают почечный плазмоток, не оказывают существенного влияния на скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Они уменьшают экскрецию альбуминов с мочой у больных АГ при диабетической нефропатии. БРА не оказывают неблагоприятного влияния на обмен пуринов, метаболизм

БРА влияние на рецепторы AT II и отсутствие влияния на брадикининую систему.

Отсутствие влияния на брадикининую систему является причиной несколько меньшей антигипертензивной эффективности БРА, отсутствие влияния на метаболизм брадикинина способствует отсутствию специфического побочного эффекта ИАПФ – сухого надсадного кашля.

#### Эффективно и безопасно

Класс БРА обладает хорошим профилем безопасности и пере-

#### В клиниках и лабораториях

# Альтернативный путь воздействия

Применение блокаторов ангиотензина в кардиологической практике



– со стимуляцией AT2-рецепторов. Фармакодинамические эффекты БРА;

- системная вазодилатация;
- снижение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС);
- натрийуретический эффект;
- антипролиферативное действие;
- органопротективный эффект.

#### И соло, и дуэт

Приблизительно одинаковая антигипертензивная эффективность – в среднем 56-70% при монотерапии – возрастает до 80-85% при комбинировании с другими антигипертензивными препаратами (АГП) (чаще с диуретиками). Блокаторы кальциевых каналов (БКК) также потенцируют антигипертензивное действие БРА. Сартаны по антигипертензивной эффективности не уступают диуретикам, БАБ, БКК и ИАПФ.

Все БРА при приеме 1 раз/сутки равномерно снижают АД на протяжении 24 часов. Большинство представителей данной фармако-

глюкозы и липиды крови.

БРА улучшают в первую очередь выживаемость больных АГ осложненно-го течения с выраженной гипертрофией миокарда ЛЖ, нарушением почечной функции, СД, СН, цереброваскулярным поражением. Показана эф-

фективность БРА у больных с различными формами ХСН и острым инфарктом миокарда (ИМ). Лечение диуретиками и БАБ ассоциировалось со значительно большей частотой развития СД. Ассоциация АГП с риском развития СД самая низкая для БРА и ИАПФ. Принципиальные отличия БРА от ИАПФ заключаются в том, что они оказывают альтернативный путь воздействия на РААС на рецепторном уровне, не влияют на систему брадикинина и других пептидов; селективно воздействуют только на AT1-рецепторы, тем самым блокируют негативные эффекты AT II, не подавляя функции AT2-рецепторов.

Общим для этих классов препаратов является антигипертензивное действие и органопротективные эффекты, уменьшение продукции альдостерона корой надпочечников, уменьшение выработки адреналина и норадреналина. Имеются и отличия: для ИАПФ показательно подавление активности АПФ, снижение содержания AT II и повышение содержания брадикинина и простагландин в плазме крови, для

носимости. Частота развития побочных эффектов примерно соответствует использованию плацебо. Сухой кашель при приеме БРА возникает у 0,5-0,8% больных, БРА обычно не вызывают клинически значимой задержки калия (развитие гиперкалиемии < 1,5%).

БРА показаны больным ХСН при наличии АГ и ГЛЖ. Дозу удваивают через 3-5 дней при отсутствии осложнений и хорошей переносимости. Возможно присоединение БРА к ИАПФ при лечении больных с ХСН и частыми декомпенсациями для снижения частоты повторных госпитализаций. Сартаны доказали свою эффективность при осложнённых формах АГ. Кроме того, они с несомненным клиническим эффектом применяются при целом ряде ургентных состояний в кардиологии и нефрологии.

Этот класс медикаментов используется у больных с инфарктом миокарда, дисфункцией ЛЖ, ГЛЖ, ХСН. Чрезвычайно ценно их применение при СД 2-го типа с нефропатией и протеинурией другой этиологии, риском ССО, снижением возникновения инсульта при АГ и ГЛЖ.

Таким образом, сартаны показали значительную эффективность при осложнённых вариантах артериальной гипертонии. БРА со значительным позитивным результатом применяются при целом ряде неотложных состояний в кардиологии и нефрологии – у больных ИМ, дисфункцией и гипертрофией ЛЖ, ХСН при СД 2-го типа с нефропатией.

**Михаил ГУРЕВИЧ,  
доктор медицинских наук,  
профессор.**

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

#### Деловые встречи

## Эпидемиологи совещаются в прямом режиме

**В зале учёного совета Алтайского государственного медицинского университета прошла научно-практическая конференция «Менингококковая инфекция: вчера, сегодня, завтра». Одним из докладчиков стал главный эпидемиолог Минздрава России, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, заслуженный деятель науки РФ Николай Брико.**

Открывая конференцию, ректор АГМУ Игорь Салдан рассказал о взаимодействии медико-профилактического факультета и вуза в целом с практическим здравоохранением.

Центральным докладом конференции стало выступление Н.Брико «Перспективы совершенствования Национального календаря профилактических прививок. Внедрение региональных программ вакцинации профилактики как возможность расширения календаря по эпидемиологическим показаниям».

Профессор кафедры эпидемиологии, микробиологии и вирусологии АГМУ заслуженный врач РФ Наталья Лукьяненко рассказала о состоянии заболеваемости и мерах профилактики инфекционных заболеваний, управляемых иммунопрофилактикой в Алтайском крае. А также подробно остановилась на перспективах совершенствования календаря прививок РФ.

Большой интерес участников конференции вызвал доклад профессора кафедры инфекционных болезней Новосибирского ГМУ Ирины Извековой о проблемах гнойных бактериальных менингитов и современных возможностях профилактики заболевания.

Что интересно: конференция прошла в особом формате – для специалистов всех медицинских организаций края велась прямая трансляция. В зале присутствовали 130 человек, а представители еще 70 медицинских организаций участвовали в мероприятии, не покидая своих рабочих мест.

**Алёна ОСТАПОВА.**

**МИА Сити!**

Барнаул.

#### Идеи

**Учёные Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова планируют научиться замедлять процесс старения человека. Об этом сообщает пресс-служба вуза со ссылкой на декана факультета биоинженерии и биоинформатики МГУ Владимира Скулачёва после проведения соответствующих исследований.**

«Я считаю, нам удалось доказать, что биологическая эволюция двух социально высокоорганизованных существ – людей и «голых землекопов» (вид африканского грызуна – прим. ред.) – привела к замедлению работы программы старения посредством продления

# Увеличить период молодости

Известный учёный предлагает наконец применить достижения технического прогресса против старения

периода молодости. Но коль скоро старение – программа, то его можно замедлить, и такая возможность уже частично реализована с помощью естественного отбора. Но мы, люди, уже давно не полагаемся на «черепашью» скорость эволюции. Мы используем достижения технического прогресса для решения своих задач, и пришла пора применить его против старения», – сказал учёный.

Пресс-служба уточняет, что

В.Скулачёв планирует замедлить программу старения с помощью митохондриально-адресованных антиоксидантов. Отмечается, что в зарубежной печати уже вышла соответствующая статья группы биологов и математиков МГУ под руководством В.Скулачёва и ректора вуза – академика РАН Виктора Садовниченко в соавторстве с немецкими зоологами из Берлина. В ней объясняется феномен замедления старения африканского

грызуна «голового землекопа». Отмечается, что старение у этого животного и у человека запрограммировано генетически и не связано с «накоплением с возрастом каких-то поломок».

«Согласно гипотезе, эти животные сумели так замедлить процесс своего индивидуального развития, что многократно продлили период молодости, и это привело к резкому замедлению процесса старения. Математический анализ данных

продолжительности жизни, периода способности к деторождению и других признаков показывает, что, подобно «голому землекопу», человек уже начал замедлять работу своих «больших биологических часов», причём это замедление прогрессирует от века к веку и приводит к увеличению периода молодости», – говорится в сообщении.

**Герман КОЛЧИНСКИЙ.**

**МИА Сити!**

В Москве состоялась ежегодная научно-практическая конференция, посвящённая персонализированному подходу к лечению и профилактике социально значимых заболеваний в терапевтической и общей врачебной практике. На ней был рассмотрен очень широкий спектр вопросов, тесно связанных с наиболее распространёнными заболеваниями, встречающимися в практике врача первичного звена.

Наряду с клиническим «ущербом» эти болезни ассоциируются ещё и с достаточно большими финансовыми расходами на лечение, реабилитацию и профилактику. Именно в этой связи для российской медицины профилактическое направление является приоритетным. В рамках данного мероприятия был рассмотрен широкий круг вопросов, касающихся сердечно-сосудистых и респираторных патологий, заболеваний ЖКТ, костно-мышечной и эндокринной систем, а также психических расстройств, которые, как известно, часто ассоциируются с соматическими заболеваниями.

### Её величество – гипертония

– Несмотря на некоторые успехи, мы занимаем второе место в ряду прочих развитых стран по смертности от этой группы болезней. Очевидно, что сердечно-сосудистая смертность в России в разы выше по сравнению с большинством экономически развитых стран. Ещё один печальный факт, который необходимо отметить: средний возраст от болезней систем кровообращения в РФ и у мужчин, и у женщин гораздо ниже, чем на Западе. Другими словами, наши пациенты, погибающие от заболеваний сердца и сосудов, умирают в значительно более молодом возрасте, – с такой печальной ноты начала своё выступление Галина Барышникова, профессор кафедры семейной медицины с курсом клинической лабораторной диагностики Центральной государственной медицинской академии (ЦГМА) Управления делами Президента РФ.

Важнейший из факторов риска развития ССЗ – это артериальная гипертония, её «вклад» в сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность весьма велик. АГ отличается способностью вызывать поражения органов-мишеней. Среди них – сердце с присущей ему гипертрофией левого желудочка, которая является самостоятельным прогностически неблагоприятным фактором риска развития нарушения ритма, хронической сердечной недостаточности. Нелеченая АГ может завершиться для пациента терминальной почечной недостаточностью. Кроме того, страдают сосуды сердца, почек и мозга, а также аорта и периферические артерии. А финалом являются такие тяжёлые осложнения, как инсульт и инфаркт миокарда.

– Неудивительно, что главная цель при лечении гипертонии – это максимальное снижение риска сердечно-сосудистых осложнений с увеличением продолжительности жизни пациента, – добавила Г.Барышникова. – В этом единодушны кардиологи всего мира. Первоочередная задача, которую необходимо решить для достижения данной цели, – это, конечно же, снижение уровня артериального давления до целевого. Необходимо корректировать другие факторы риска, а это значит, что нужно будет бороться с курением и, вероятно, назначать антиагреганты и гиполлипидемические препараты.

Безусловно, необходимо лечить сопутствующие АГ заболевания. При этом важно помнить, что некоторые препараты могут быть полезными при сопутствующих заболеваниях, как, например, β-блокаторы при ишемической болезни сердца, ингибиторы АПФ и β-блокаторы при хронической сердечной недостаточности. С другой стороны, сопутствующие заболевания могут, наоборот, ограничивать возможности по применению противогипертензивных препаратов, например, β-блокаторы при бронхиальной астме, диуретики при подагре совершенно не показаны.

К сожалению, нельзя говорить о том, что в нашей стране АГ эффективно лечится, несмотря на то, что почти 10 лет реализовывалась программа борьбы с этим тяжёлым заболеванием. Резуль-

вольно-таки большую популяцию. Его результаты подтвердили, что именно данная категория факторов ассоциируется с увеличением риска инфаркта миокарда (у женщин – в 3,5 раза, у мужчин – в 2,3).

Что касается современных представлений и взглядов на профилактику, то, по данным европейских рекомендаций по профилактике ССЗ, эти факторы риска представлены психосоциальным стрессом, депрессией, тревожно-фобическими расстройствами и социальной изоляцией. Их выделяют как значимые факторы

психосоматический параллелизм (как только пациенту становится легче соматически, у него снижается проявление депрессивной симптоматики). Основные проявления в структуре депрессивного синдрома – это астенический симптомокомплекс и выраженные когнитивные нарушения.

Вторым после соматогенных стоит такой тип депрессий, как нозогенные. Они обусловлены семантикой диагноза, тяжестью проявлений и течением соматического заболевания, а также структурой личности. Симптоматика пред-

интернистам, не имеющим опыта ведения и наблюдения таких больных, довольно-таки непросто выявить эту депрессию, вовремя диагностировать её и начать эффективное адекватное лечение.

### Nota bene!

С таким видом психического расстройства, как кардионевроз, очень часто сталкиваются врачи общей практики. Распространённость этого расстройства достаточно высока. В 57% случаев кардионевротические расстройства коррелируются с реально имеющейся сердечно-сосудистой патологией, они встречаются при ИБС, гипертонической болезни, при нарушении ритма, пролапсе митрального клапана.

Органый невроз бывает двух типов: конверсионный и вегетативный. При первом нет только одного проявления, пациент «жонглирует» жалобами (то боль в сердце, то учащённое мочеиспускание и пр.). Если говорить о вегетативном неврозе, то страдает лишь один орган: либо сердце, либо присутствует синдром раздражённой толстой кишки, либо синдром раздражённого мочевого пузыря и пр.

В заключение М.Самушия отметила, что ведение таких пациентов – довольно-таки сложная проблема. Академиком РАН Анатолием Смуглиным, известным психиатром, был предложен принцип модели «встречного движения», заключающийся в двусторонней направленности медицинской помощи, глобализации и профулизиации психосоматической службы и организации методических центров при одном из головных специализированных учреждений.

### Всеобщая патология

Ещё одна важная тема была рассмотрена в рамках доклада «Рецидивирующий хронический вирусный цистит. Междисциплинарная проблема», которую представил профессор кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии Ростовского государственного медицинского университета доктор медицинских наук Халид Ибишев.

– Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей (РИНМП) – это междисциплинарная проблема, решение которой требует совместных усилий урологов, гинекологов, терапевтов, – подчеркнул Х.Ибишев. – По лечению и диагностике данного заболевания существует ряд концепций, однако, к сожалению, единого подхода на данный момент нет, и результат лечения таких заболеваний, как правило, не достигается.

Этиологическая структура РИНМП выглядит следующим образом: цитомегаловирусная, папилломавирусная и герпесвирусные инфекции, а также вторичные иммунодефицитные состояния на фоне инфекционных заболеваний и/или других состояний (микст-инфекция). У пациентов с вирусным циститом симптомы аналогичны бактериальному циститу (дизурия, гематурия, учащение мочеиспускания и др.). Диагноз вирусного цистита ставится с исключением позитивной бактериальной культуры при культуральном исследовании с учётом аэробной и анаэробной методик культивирования.

В заключение Х.Ибишев представил методы диагностики вирусной инфекции, а именно: исследование белка Е7, молекулярная технология, цистоскопия и биопсия мочевого пузыря, масс-спектрометрия, а также отметил, что в качестве лечения предлагаются антивирусная и противовоспалительная терапия, фитотерапия, а также терапия иммуноактивными препаратами.

Диана БУЙНОВСКАЯ,  
корр. «МГ».

### Ориентиры

# С акцентом на профилактику

## Роль терапевта в диагностике и лечении социально значимых заболеваний



таты скромны: успех в борьбе с патологией отмечается примерно у 1 из 5 гипертоников. Это значит, что у 4 пациентов с АГ целевые уровни, увы, не достигаются. А в Европе достигается контроль над уровнем артериального давления почти у половины гипертоников.

### Душой и телом

Следующий доклад был посвящён одному из самых востребованных направлений психосоматической медицины – психокоррекции, и представила его проректор по научной работе ЦГМА, старший научный сотрудник Научного центра психического здоровья, доктор медицинских наук Марина Самушия.

– Ни для кого не секрет, что роль ССЗ в структуре социально значимых болезней высока. Эта группа заболеваний является одной из основных причин смерти в большинстве развитых стран мира, в том числе и в России. И, конечно же, профилактика этих заболеваний, выявление факторов риска развития и факторов, влияющих на утяжеление течения являются одними из приоритетных задач, которые поддерживаются и международными, и нашими отечественными специалистами, – такими словами начала своё выступление М.Самушия.

Первые исследования в направлении коморбидности психических расстройств и ССЗ были проведены ещё в начале прошлого столетия. Американские учёные, изучая пациентов с инволюционной меланхолией, коморбидной ишемической болезнью сердца, заметили в этой группе пациентов существенное увеличение смертности, таким образом впервые выявив ассоциацию депрессии со смертностью у пациентов с ИБС.

Одно из последних исследований было проведено в минувшем году в 52 странах и охватило до-

риска развития и утяжеления течения ССЗ.

Исследования показывают, что у части пациентов депрессия коморбидна с такими заболеваниями, как инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения и хроническая сердечная недостаточность. Что характерно, имеется ряд механизмов воздействия и влияния депрессии на повышение рисков развития сердечно-сосудистых патологий, а именно: активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (гиперкортизолемиа), в частности нарушения у пациентов с депрессией функции эндотелия, дислипидемия, приводящие к атерогенезу.

– Помимо биологических механизмов влияния депрессии на течение ССЗ, существуют так называемые поведенческие, – отметила М.Самушия. – Зачастую у пациентов, страдающих психической патологией, в том числе депрессией, нарушается комплаентность. Они реже придерживаются здорового образа жизни, чаще нарушают рекомендации по медикаментозной терапии, отказываются от проведения реабилитации и мероприятий по вторичной профилактике, хуже выполняют врачебные рекомендации по соблюдению диеты, реже отказываются от курения и употребления алкоголя, пренебрегают физической активностью.

### Депрессия – какая она?

Соматогенные депрессии полностью подчинены ритму основного соматического заболевания и непосредственно связаны с тяжёлой патологией внутренних органов, а также органическим поражением ЦНС. Выраженность аффективных расстройств депрессивных проявлений очень чётко коррелирует с тяжестью соматического состояния, наблюдается так называемый

ставлена в виде тревожных или ипохондрических состояний, то есть пациенты фиксированы на своих соматических ощущениях, у них наблюдается подавленность, пессимистическое восприятие болезни, гипертрофированная оценка её последствий, тревожные опасения повторного приступа, страх смерти или инвалидности, обострённое самонаблюдение в сочетании с массой жалоб. Очень часто это дополняется истероконверсивными симптомами (ком в горле, тремор, онемение конечностей по типу перчаток, парестезия). Соматовегетативные симптомы представлены тахикардией, диспноэ, инсомнией.

Ещё одна группа депрессий является смешанной – это так называемые эндогенные депрессии. Начальные признаки данного типа сопоставимы с нозогенной, однако видоизменяются через 1-2 недели, превалируют экспрессивные, яркие, образные субъективные описания гипотомии наряду со склонностью к драматизации (истерическая дисфория). При этом клинические проявления очень серьёзно подчинены циркадианному ритму, характерному для эндогенных депрессий, то есть пик плохого самочувствия приходится на утро, а к вечеру наблюдается значительное ослабление симптоматики.

Кроме того, существует такой тип депрессий, как ятрогенные. Их причиной могут быть два фактора: психогенное расстройство и медикаментозно спровоцированные депрессивные расстройства.

### Лечить – не запустить

– Медикаменты, обладающие депрессогенными свойствами, – это нейролептики и целая группа соматотропных средств, используемых в кардиологической практике, – отметила М.Самушия. – Также депрессогенными свойствами обладают и гипотензивные препараты, антиаритмические средства, гиполлипидемические препараты, целый ряд антибиотиков, гормональные средства, в том числе глюкокортикоиды, анаболики, оральные контрацептивы, а также химиотерапевтические препараты.

Существует такая серьёзная проблема, как «загрязнение» критериев депрессии. В общей практике зачастую это очень сложно выявить, потому что и у депрессии, и у соматического состояния есть некие общие симптомы, такие как астения, бессонница, снижение веса, отсутствие аппетита, психомоторная заторможенность, поэтому, конечно же, врачам-

**Со следующего года Псковская область, на территории которой наблюдается один из самых низких в стране показатель обеспеченности врачами (28 на 10 тыс. населения) присоединится к субъектам РФ, имеющим «домашние» медицинские вузы или медицинские факультеты. В Псковском государственном университете будет открыта подготовка по специальности «лечебное дело».**

Ходатайство областной администрации о лицензировании на днях ушло в Федеральную службу по надзору в сфере образования и науки. При этом решение региона приступить к образовательной деятельности по названной специальности уже получило поддержку на межведомственном совещании в начале марта в Москве, где под председательством помощника Президента РФ Андрея Фурсенко обсуждалось, как исполняется поручение главы государства обеспечить Псковщину медицинскими кадрами. Оно было дано в июне прошлого года.

В разговоре участвовали министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, министр образования и науки РФ Ольга Васильева и губернатор области Андрей Турчак. Последний доложил о проделанных мерах по сокращению кадрового голода в лечебно-профилактических учреждениях, в частности, о наличии социального пакета для медиков, целевой подготовке специалистов в ведущих российских медресах, а также в ПсковГУ, где в 2013 и 2015 гг. впервые были открыты программы медицинского образования по направлениям «медицинская кибернетика» и «медицинская биохимия». Подтвердив, что регион приложил немало усердия к снятию остроты проблемы, руководитель Минздрава объявила о готовности подписать соглашение о создании базовой кафедры Северо-Западного государственного медицинского универси-

тета им. И.И.Мечникова (Санкт-Петербург) в стенах Псковской областной клинической больницы, а руководитель Минобрнауки пообещала оказать поддержку в приобретении для формируемого медицинского факультета учебного оборудования, в том

та по здравоохранению и фармации Псковской области Юрий Скрипин, в регионе потребность в медицинских кадрах с высшим образованием нынче составляет 776 физических лиц (по методике подсчёта, рекомендованной Минздра-

условии прибытия в область не менее 125 выпускников медицинских вузов каждый год, начиная с 2017 г. Между тем пока что ПсковГУ для обучения по новой специальности «лечебное дело» Минобрнауки выделено 20 бюджетных мест.

должность декана медицинского факультета не вызывает сомнений, считает, что небольшие пока контрольные цифры по приёму студентов ни в коей мере не помешают старту: лиха беда начало! Уже сегодня в университете обучаются 105

Кадр

# «Домашняя» учёба

## Додипломная подготовка врачей теперь будет и в Пскове



Проректор Н.Иванова (третья слева) и преподаватель Т.Командресова в микробиологической лаборатории со студентами

числе для организации симуляционного центра.

Как сообщил «Медицинской газете» начальник отдела кадров Государственного комите-

том). Эксперты смоделировали ситуацию, при которой приток молодых специалистов покроет дефицит и убыль врачей из отрасли к 2025 г. лишь при

Проректор, профессор кафедры фундаментальной медицины и биохимии, доктор медицинских наук Наталья Иванова, чьё назначение на

студентов-медиков. Тиражирование выпуска по специальностям «медицинская кибернетика» и «медицинская биохимия» позволит в перспективе (к 2025 г.) закрыть до 19% позиций областного списка врачебных вакансий по клинической лабораторной диагностике, функциональной диагностике, УЗИ, рентгенологии, бактериологии и т.д. Что же касается потребности в специалистах других профилей, прежде всего участковых терапевтов и линейных врачей скорой медицинской помощи (20% областного списка врачебных вакансий), то она может быть в значительной степени удовлетворена как раз за счёт подготовки студентов по программе высшего образования «лечебное дело» в стенах ПсковГУ.

Учебный процесс для «лечебников» планируется организовать силами имеющихся в университете социально-гуманитарных, естественно-научных и медицинских кафедр с привлечением не только Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, но и других медрес-партнёров.

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Псков.

Медицина и искусство

# Фильм о болезни и сострадании

## Деменция – это тяжёлый крест, который может ожидать каждого

**В Москве прошёл закрытый показ фильма Тиль Швайгера «Мёд в голове».**

Сказать, что это фильм о жизни пациента с болезнью Альцгеймера, – слишком мало. Да, главный герой (его блестяще сыграл один из старейшин немецкого кино Дитер Халлефворден) действительно болен, и его состояние ухудшается с каждым днём, «мёд в голове» растекается, поступки страдающего становятся всё более странными и нелепыми, нанося душевные раны близким. И фильм скорее для близких, которым необходимы такие качества, как любовь и терпение, умение поддерживать и прощать. Ещё это целый ряд уроков для тех, кто пытается вернуть к жизненным реалиям оказавшихся в объятиях тяжёлой болезни.

«Болезнь Альцгеймера, вероятно, – худшее заболевание

как для самого человека, так и для его близких, – отметил известный немецкий актёр и режиссёр Тиль Швайгер в одном интервью. – Увы, эта тема до сих пор остаётся табуированной: немногие о ней говорят, при этом все знают, что в ближайшем будущем деменция станет гораздо более серьёзной проблемой и для общества, и для системы здравоохранения. Я надеюсь, мы сможем внести свой вклад в обсуждение этой проблемы, чтобы многим людям было проще справиться с проявлениями болезни».

Одиннадцатилетнюю девочку, сражающуюся за дедушку даже с родителями и до последнего дня его не оставляющую, с удивительной нежностью и искренностью сыграла дочь режиссёра Эмма. А сам Тиль Швайгер исполнил роль сына героя.

История получилась вдвойне убедительной, поскольку она

в целом автобиографична: дед Тиль Швайгера страдал болезнью Альцгеймера. Поэтому многие ситуации не придуманы, а действительно пережиты и прочувствованы ребёнком.

Те сцены, где каждый встречный пытается помочь девочке с больным дедушкой, свидетельствуют: к такому явлению, как старческое слабоумие, в западных странах относятся с сочувствием и пониманием. Это, помимо всего прочего, итог многолетней работы пациентских и врачебных сообществ.

Проведённый у нас в стране «Мониторинг деменции» показал: данное заболевание волнует чуть менее половины жителей, причём почти все они не имеют представления о его симптомах.

«Часто мы воспринимаем нарушения памяти у пожилых людей как обычное следствие старения, а к врачу родственни-

ки пациента приходят уже лишь в случае его недееспособности, – подчёркивает заведующая лабораторией нейрогеронтологии и когнитивных нарушений кандидат медицинских наук Элен Мхитарян. – Хотя этого можно избежать или сильно отсрочить при своевременном обращении к специалисту».

При этом сегодня, по разным оценкам, в России деменцией страдают около 1,8 млн человек. Из них более 700 тыс. имеют умеренную и тяжёлую формы заболевания и нуждаются в уходе.

И самое главное: учитывая общее старение населения планеты, рост числа людей с «мёдом в голове» неизбежен.

«Уже 8 лет мы занимаемся распространением информации о проблемах деменции, о современных методах её диагностики и лечения, о профилактике возрастных нарушений памяти

и мышления, – рассказывает доктор психологии Александр Сонин. – За эти годы мы не раз убеждались, что лучший способ привлечь внимание к проблеме – это донести до человека позитивную эмоцию. И как мне кажется, фильм «Мёд в голове» прекрасно с этой задачей справляется».

А создаётся этот позитив с помощью необыкновенного юмора, пронизывающего всю картину. И даже в тех ситуациях, когда не знаешь, то ли плакать, то ли смеяться, зритель выбирает последнее. Поэтому, в сущности, тяжёлая и необратимая ситуация, лежащая в основе сюжета, оказывается лишённой трагизма и оставляет в душе светлый след.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

Выводы

# Ошибки в геномах

Сотрудники одной из геномных компаний штата Массачусетс (США) указывают на большое число ошибок в двух базах данных – «1000 Геномов» и «Атлас раковых геномов» (41 и 73% соответственно). Ошибки представляют собой технологические «мутации», поэтому авторы предлагают после «дробления» ДНК добавлять к ней ферменты её починки-репарации, чтобы восстановить исходные последовательности. Недаром они назвали свою статью «Повреждение ДНК как причина возникновения ошибок, осложняющих идентификацию (геномных) вариантов».

«Светить всегда, светить везде» – писал другой классик, и сейчас это могло быть лозунгом клеточной биологии. Сегодня никого не удивляют яркие картинки клеток и их белков, получаемые с помощью светящихся, или флуоресцентных протеинов. Точно так же нынешний прогресс в чтении геномов обусловлен «окрашиванием» букв ДНК, что позволяет автоматизировать процесс. Но специалисты Северо-Западного университета штата Иллинойс (США) смогли высветить ДНК хромосом без красителей, что они и показали в Бостоне на встрече Ассоциации содействия науке, причём с разрешением 6 нанометров. Новый метод поможет детальнее изучать важные процессы, протекающие в клетках. Новый метод получил название оптической наноскопии, использующей контрастную фотонную локализацию».

Благодаря усилиям сотрудников Университета штата Юта (США) удалось в прямом смысле слова пролить свет на механизм, регулирующий деление клеток и поддержания их численного баланса. Известно, что пьезокристалл реагирует на изменение его сжатия-плотности. Неудивительно, что учёные также назвали белок, улавливающий механическое «сжатие» клеток. Клетки, выполнившие свою функцию или

изменённые-мутантные, «вытаскиваются и гибнут (подвергаются апоптозу). Возникающий дефицит восполняется делением стволовых клеток, в результате чего плотность популяции увеличивается, что приводит к накоплению «пьеzo»-протеина, подавляющего деление по достижении порога в 1,6 оптимального числа клеток. Данные были подтверждены в культуре клеток слизистой, перерождение которых приводит к опухолям толстого кишечника (наиболее часто убивающим американских мужчин).

Никто не спорит о том, что виды диверсифицируют, или расходятся, никто правда не знает, как это происходит. В конце декабря 2016 г. исследователи Университета в Монпелье (Франция), где в своё время учились Мишель Нострадамус и писатель Ф.Рабле, определили «серую зону» перехода к двум видам, в которой происходит разделение геномов. В феврале 2017 г. приложение Nature опубликовало статью учёных Университета Юты (США), которые прочитали геномы более тысячи гусениц одного из паразитов растений, названную «Переход между фазами геномных различий (дифференцировки)». Одновременно с этим журнал Европейской организации молекулярной биологии привёл данные, указывающие на 26 участков ДНК, активность которых проводит «размежевание» здоровых и опухолевых клеток. Это приводит к изменению хромосом – числа и размеры, – а также к «перескокам»-транслокациям участка одной на другую. Первая такая хромосома – «филадельфийская» – более полувек назад была обнаружена у ребёнка с лейкемией.

Теоретические и лабораторные изыскания уже приносят свои плоды. Так, у мышей сотрудники Университета Оттавы (Канада) применение иммунотерапии и лекарств, блокирующих митохондрии, привело к существенному сокращению перевитой опухоли

мозга у мышей. Успех позволил двум фармкомпаниям начать клинические испытания комбинации блокатора бирапапанта (Birinapant) и новых антител ICI, что позволяет надеяться на скорое использование её в клиниках.

В онкологии считается, что если опухоль не «возвращается» в течение 5 лет, то можно говорить об излечении. О подобном успехе сообщили учёные Йельского университета (США), у которых 55-летняя женщина живёт с опухолью мозга вот уже 5 лет. Причину успеха врачи видят в постоянном чтении опухолевого генома, который меняется под воздействием лечения. О сложности случая говорит то, что число мутаций в опухолевых клетках в 30 раз больше, чем в нормальных. Анализ 110 других опухолей мозга подтвердил геномные изменения в ходе лечения. По мнению авторов, динамическая геномика повышает точность-таргетность лечения и вносит коррективы в используемые терапии.

Классик уверял, что «все врут календари», но сегодня пальму первенства у них перехватывают хранилища данных, полученных в ходе секвенирования, или чтения геномов. По крайней мере, так говорят специалисты одной из геномных форм со штаб-квартирой в штате Массачусетс, опубликовавшие статью в Science. Они обращают внимание и на источник ошибок, связанный с «сонификацией», или обработки ДНК перед началом «чтения» её последовательности с помощью ультразвука. Следствием этого становится окисление одной из букв ген-кода, в результате чего «окисел» начинает вести себя как другая. В качестве примера можно привести историческое «аканье» москвичей, в результате чего писавшиеся в петровские времена «оптека» и «Оральское» море стали писаться по-новому.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам Nature, Genome  
Medicine, Science.

Исследования

**Люди, обращающиеся за медицинской помощью вследствие обострения всевозможных расстройств психики, сталкиваются с тройным риском инсульта. Вероятность того, что у таких пациентов произойдёт кровоизлияние в мозг, значительно увеличивается в первые 30 дней и потом постепенно снижается, однако всё ещё остаётся более высокой, чем у здоровых людей. Даже спустя год после обострения заболевания психики риск инсульта у больного человека выше в два раза.**

увеличивался более чем втрое, затем немного снижался, но всё ещё оставался очень высоким. Спустя 12 месяцев после госпитализации вероятность инсульта всё ещё была выше «нормальной» более чем вдвое. Причинно-следственной связи специалисты не нашли, но подчеркнули, что ассоциации прослеживались явно.

Научная группа выдвинула несколько гипотез на тему того, что может лежать в основе связи психических расстройств и инсульта. Во-первых, возможно, при серьёзном психическом расстрой-

# Ментальные происки

Ранее, что характерно, уже проводились исследования, которые показали связь между инсультом и расстройствами психики, такими как психоз или депрессия. Однако в этих научных работах инсульт рассматривался как первичное состояние, а расстройство – как вторичное. Об этом рассказал Джона Цуфлахт из Колумбийского университета (США), который заинтересовался тем, нет ли обратной зависимости между этими состояниями, то есть не ведут ли депрессия, тревожные состояния, посттравматическое стрессовое расстройство к острым нарушениям мозгового кровообращения.

Студент и его коллеги изучили более 52 тыс. историй болезни пациентов с инсультами за 2007-2009 гг. Среди всех этих больных более 3300 (6,3%) за год или менее до инсульта были госпитализированы по поводу расстройства психики, в основном это были женщины. Лечение после инсульта такие пациенты проходили дольше, чем те люди, кто до кровоизлияния в мозг не имел расстройств психики.

В первые 15 дней после обращения к врачу из-за обострения расстройства риск инсульта у людей

стве организм испытывает стресс, который влияет на кровяное давление, и происходит кровоизлияние. Во-вторых, может быть, из-за расстройства пациенты забывают принимать медикаменты, которые им были прописаны для профилактики инсульта. В любом случае, подчеркнул Дж.Цуфлахт, пациенты, которые были госпитализированы из-за расстройства психики, находятся в группе риска.

Ещё одно исследование, также проведённое в США, показало, что болезнь Паркинсона также ассоциирована с повышенным риском того, что в мозг пациента произойдёт кровоизлияние. У людей, страдавших этим заболеванием, удваивалась вероятность наступления ишемического инсульта. Наблюдалась также и обратная связь – у людей, перенёвших инсульт, в два раза чаще развивалась болезнь Паркинсона, и не только она. Болезнь Альцгеймера также чаще поражала тех, у кого был хотя бы один ишемический инсульт. Разница была существенной – 3,5 против 1% у тех, у кого инсульта не было.

Алина КРАУЗЕ.

По информации Medical Xpress.

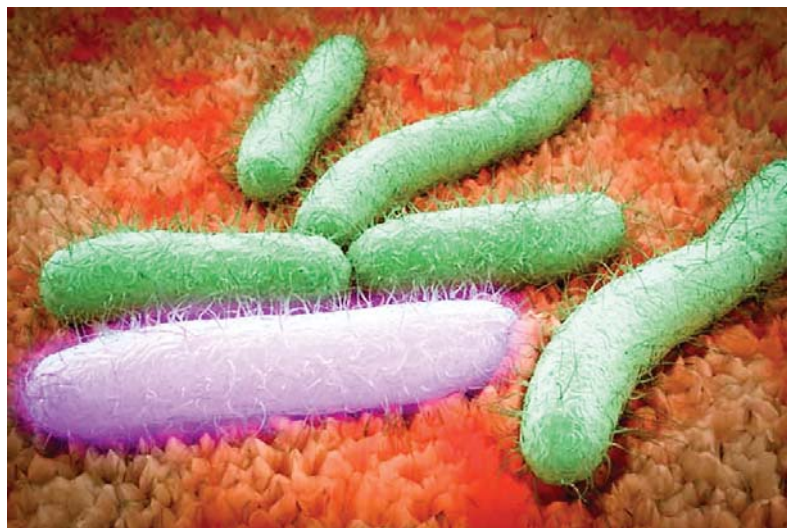
Гипотезы

**Клеточная оболочка, как известно, «покоится» на цитоскелете из белковых нитей-фибрилл, удерживающих форму той же кишечной палочки E.coli.**

Сотрудники Массачусетского технологического института (МИТ, США) создали протеиновый переключатель, позволяющий переводить «стрелки» с одного обменного пути на другой. Они исходили из того, что главным источником энергии для клеток является глюкоза, «сжигание» которой даёт АТФ, являющейся основной энерговалютой клеток. Однако на другом пути синтезируется кислота (glucaric), являющаяся основой для производства нейлона и моющих средств-детергентов. Созданный в МИТ переключатель позволил подавить излишний синтез АТФ и «наладить» производство кислоты, концентрация которой достигала чуть ли не грамма в литре (жидкой культуры) – без перевода стрелок кислота практически не обнаруживалась. Поэтому учёные хотят теперь обратиться к синтезу лекарств и, в частности, вещества под названием сикимат (shikimate).

Он назван по кислоте, выделенной из цветков священного анисового дерева, почитаемого в Японии, откуда не совсем обычное название. Химически сикимат является производным бензола и исходным соединением в синтезе различных лекарств, в частности всем известного тамифлю (Tamiflu).

# Бактериальные сенсоры-детекторы



Клетки кишечной палочки E.coli на подложке МИТ

Включение молекулярного переключателя позволило блокировать дальнейшее использование сикимата и накопление его в клетках. Свою статью учёные назвали «Динамическая регуляция обмена в ген-модифицированных бактериях путём использования «встроенного» сенсора».

Использование вещества, в состав которого входят железо и сера, легко принимающие и отдающие электроны, позволило

исследователям Калифорнийского университета в Санта-Барбаре (США) получить с помощью микроорганизмов электроток. Следует отметить, что основой соединения является ферроцен, у которого атом железа удерживается пи-связями (как в бензоле) между двумя циклами (ферроцен давно используется в качестве термостабилизатора полиэтилена и некоторых синтетических каучуков). Получение тока основано на кле-

точном дыхании, в ходе которого сжигается глюкоза с высвобождением электронов. Растущие в культуре бактерии образуют колонии на поверхности металлических электродов, с помощью которых и осуществляется «сбор» электрогенного урожая. Преимуществом биоэлектричества является то, что для его генерации подходят разные микроорганизмы, в том числе и те, которые находят источник питания в сточных водах.

Перспективы использования микробов на службе человечеству ограничиваются нашим неполным пониманием того, как микробы делятся. Луч исследовательского прожектора, а эту проблему направили учёные Гарвардского университета и Университета штата Индиана (США), которые использовали для этого «подсветку» с помощью так называемых радужных красителей. Молекулы красителей «крепятся», или осаждаются на разных белках, в результате чего они становятся различимыми. Благодаря этому учёные увидели, что главную роль в разделении бактериальных клеток играют белки, связывающие пенициллин, и протеины подоболочечного цитоскелета. Действие первого и других антибиотиков связано с блокированием фермента, необходимого для строительства клеточной стенки. Выявление роли

белковых фибрилл цитоскелета открывает перспективные создания новых лекарств для борьбы с микроорганизмами, устойчивыми к действию нынешних антибиотиков, например MERS, стафилококка, который вызывает воспаление лёгких на Ближнем Востоке.

В том же МИТ создали микроб, который начинает светиться в присутствии тех или иных веществ, что позволило создать перчатки для работы в агрессивных средах. Эластичный материал создан на основе гидрогеля, широко используемого в детских памперсах. Гидрогель позволяет «подавать» микробам питательные вещества, например ту же глюкозу и воду. Для увеличения «присутственных мест» микроорганизмов в материале были сделаны спиральные и извитые каналы, ярко светящиеся при появлении веществ, на которые реагируют запрограммированные микробы. Статья «Растяжимые биосовместимые материалы, образующие гибриды ген-модифицированных микробов с эластомером гидрогеля» опубликована в журнале «Труды Национальной академии наук США».

Иван ЛАРИН.

По материалам  
Chem, Nature Biotechnology.

## Идеи

Привычное мясо, жирное молоко и сладости могут серьёзно навредить мужскому здоровью. Именно насыщенные жиры серьёзно усугубляют диагностированный рак предстательной железы, выяснили учёные. «Диета с высоким содержанием насыщенных жиров способствует повышению уровня холестерина в крови, который уже связали с прогрессирующими видами рака простаты», – заключила автор исследования Эмма Эллотт из Университета Северной Каролины (США).

больше калорий и холестерина, а также получают более высокую долю калорий из жира в своём рационе. Среди мужчин с более агрессивным раком простаты доля насыщенных жиров в общих потребляемых ими жирах была выше, а полиненасыщенных – ниже, чем у мужчин с менее агрессивными случаями.

Диеты с самым высоким содержанием насыщенных жиров были связаны с 51% повышением риска чрезвычайно агрессивного рака по сравнению с диетами, в которых процент насыщенных жиров

жирные молочные продукты, а также готовить на растительных маслах и употреблять их в салатах, – добавили специалисты. – Предотвратить рак простаты поможет отказ от курения, нормальный индекс массы тела, высокая физическая активность. В рацион же следует добавить много томатов и тёмной рыбы (тунец, скумбрия, лосось, сардины и др.), а также значительно снизить потребление переработанного мяса».

Эти меры также могут помочь предотвратить другие заболева-

## На страже мужского здоровья

Для изучения взаимосвязи между раком простаты и жирами в рационе исследовательская группа использовала данные 1854 мужчин с недавно диагностированным раком простаты, в том числе 321 случай (или 17%) «очень агрессивного» рака.

В рамках проекта по изучению рака простаты в Северной Каролине – Луизиане эти мужчины ответили на вопросы о своих пищевых привычках, принимаемых лекарственных препаратах, а также демографических факторах и образе жизни, таких как возраст и род деятельности.

Учёные подсчитали уровень насыщенных жиров в рационе каждого человека, а также количество моно- и полиненасыщенных жиров – полезных жиров, которые, в свою очередь, снижают уровень плохого холестерина в крови. Они содержатся в растительных маслах и рыбе.

Выяснилось, что пациенты с более агрессивным раком простаты ежедневно потребляют

был минимальным. Потребление холестерина также было независимо связано с повышением риска более агрессивного рака.

Авторы исследования не только показали, что у мышей высокое потребление животных жиров (свиного жира) запускает процесс распространения клеток опухоли по организму – метастазирование, но и изучили механизмы этого явления. Для мужчин, не принимавших статины, риск агрессивного рака увеличился на 71% при диетах с самым высоким содержанием насыщенных жиров. Для тех, кто принимал статины, риск вырос только на 16%.

«Словосочетание «здоровое питание» уже набило оскомину и у многих вызывает только улыбку, а зря. На сегодняшний день это самый эффективный метод профилактики для мужчин с заболеваниями. Но оно не должно восприниматься как диета – нужен именно полноценный рацион, в рамках которого следует выбирать постные части и обез-

ния, такие как болезни сердца и диабет. «Если на тарелке нет мяса, то это не еда, – говорят большинство мужчин в России. Рыба воспринимается как неадекватная замена куску мяса, а овощи только как гарнир, но никак не основное блюдо. Это приводит к значительному превышению потребления насыщенных жиров – по данным Росстата, 95% населения значительно превышает рекомендуемые нормы. Это не может не сказаться на здоровье», – резюмировали учёные.

В России, что характерно, рак простаты имеет тенденцию к более широкому распространению, так как мужское население потребляет большое количество насыщенных жиров. Традиционное мясо и мясные продукты три раза в день, жирное молоко и молочные продукты, сливочное масло, сладкое в большом количестве – таков, по выводам отечественных диетологов, основной рацион большинства мужчин в нашей стране.

## Дословно

## Особенности недоношенности

Дети, появившиеся на свет в результате преждевременных родов, отличаются от доношенных детей. Рождение раньше срока часто сопровождается различными патологиями, таким малышам делают операции, чтобы сохранить их жизнь, применяют аппараты искусственной вентиляции лёгких, чтобы «раздышать» младенцев, проводят другие процедуры, которые могут быть болезненными для детей, даже если их обезболивают. В это время новорождённые обычно лежат отдельно от родителей. В результате этого мозг недоношенного ребёнка реагирует на лёгкие прикосновения не так, как мозг доношенного, который рос и развивался в матке до положенного срока.

Ребекка Слейтер из Оксфордского университета (Великобритания) пояснила, что учёным уже известно, что перенесённая в младенчестве боль влияет на развитие мозга ребёнка. Но как доношенные и недоношенные дети реагируют на нежные прикосновения?

Сотрудники Национальной детской больницы в городе Колумбус (США) провели исследование с участием 125 детей, часть из которых родилась на сроке в 24-36 недель, а другая – в 38-42. Все малыши уже готовились к выписке, гестационный возраст доношенных детей в среднем составлял 40 недель, а недоношенных – 36. Каждому из них на голову прикрепили 128 электродов, а затем записали, как мозг каждого ребёнка отзывается на лёгкое дуновение воздуха по коже.

Оказалось, что дети, родившиеся раньше срока, реагируют на такие лёгкие прикосновения слабее, чем те, кто появился вовремя. Одна из исследовательниц, Натали Мэтр, прокомментировала, что активация рецепторов кожи ещё не означает того, что мозг обрабатывает ответ. Ещё один факт, отмеченный учёными, – чем больше неприятных процедур перенёс ребёнок к моменту исследования вне зависимости от применения обезболивающих, тем менее интенсивной была реакция. Однако у некоторых детей мозг был активнее в момент воздействия, чем у других, – такие дети, как выяснилось, во время пребывания в палате интенсивной терапии чаще находились в физическом контакте со своими родителями или персоналом медицинского центра.

Ранее было доказано, что лёгкие прикосновения жизненно важны для развития. Они активируют нервные волокна тактильной чувствительности, которые, в свою очередь, участвуют в формировании социального поведения. Недостаток таких прикосновений оказывал влияние на развитие детёнышей крыс – те из них, кого родители не вылизывали, вырастали более агрессивными и испытывали стресс. Что касается людей – возможно, мозг у пациентов с аутизмом иначе обрабатывает осязательные ощущения. Недавнее исследование показало, что среди детей, родившихся до 27-й недели беременности, аутизм страдает каждый четвёртый, а среди доношенных малышей – только 1%. Пока нет информации о том, связано ли это каким-либо образом с данными, полученными специалистами из Колумбуса.

Н.Мэтр подчеркнула, что самым важным результатом работы научной группы стало доказательство того, что прикосновения действительно помогают недоношенным детям развиваться. По её словам, в отделении реанимации или интенсивной терапии отец или мать могут быть в отчаянии, считая, что от них ничего не зависит. На самом деле, прокомментировала научный сотрудник, это не так – важно каждое прикосновение. Это подтверждают и другие исследования – в результате постоянного контакта «кожа-к-коже» родившиеся преждевременно дети лучше набирали вес, у них приходила в норму частота сердечных сокращений.

## Однако

## В тиши живёшь – умнее будешь

Люди, живущие рядом с оживлённой дорогой, имеют повышенный риск развития слабоумия. Об этом сообщили учёные из Департамента общественного здравоохранения Онтарио (Канада). По оценкам специалистов, примерно 1 из 10 случаев болезни Альцгеймера в городских районах может быть связан с проживанием в условиях интенсивного трафика.

Исследование показало, что люди, живущие недалеко от главных транспортных магистралей, на 12% больше рискуют потерять к старости способность ясно мыслить. В работе, которая заняла более 10 лет, приняли участие примерно 6,6 млн человек. За этот период более чем у 243 тыс. человек развилось слабоумие, 31,5 тыс. получили синдром Паркинсона, а у 9,25 тыс. развился рассеянный склероз. Специалисты отмечают, что, несмотря на некоторое повышение риска деменции, никакой связи между оживлённой автодорогой и болезнью Паркинсона или рассеянным склерозом не обнаружено.

Впрочем, и риск слабоумия оказался невысоким. Повышение вероятности деменции на 12% наблюдалось только у тех, кто десятилетиями живёт в крупных городах, не далее чем в 50 м от главной дороги. У тех, кто жил в 50 м от менее оживлённых трасс, риск повышался на 7%, те, кого

от дороги отделяли 50-100 м, рисковали всего на 4%, а при жизни на расстоянии 100-200 м от трассы вероятность риска повышалась всего на 2%. За пределами 200 м от дороги увеличения риска деменции не наблюдалось.

Кроме того, учёным так и не удалось определить, что именно влияет на развитие заболевания. Наиболее вероятной причиной ослабления мозговой деятельности специалисты называют высокий уровень выхлопа. Причём если ранее учёные считали, что загрязнение воздуха и уличный шум снижают плотность соединительной мозговой ткани, то теперь выяснилось, что магнитные наночастицы загрязнений попадают непосредственно в ткань мозга.

Повышенный риск деменции может быть вызван нездоровым образом жизни в условиях мегаполиса или с факторами, связанными с массовыми городскими застройками. Так или иначе, по словам профессора геронтопсихиатрии университетского колледжа Лондона (Великобритания) Роба Ховарда, эта работа так и не ответила на вопрос, влияет ли напрямую оживлённое движение на развитие слабоумия.

«Однако независимо от причинно-следственной связи, повышенная вероятность деменции является серьёзной причиной задуматься, не пора ли почистить воздух в наших городах», – добавил Ховард.

## Мнения

## Спи, моя астма, усни



Риск развития бронхиальной астмы втрое выше у людей, страдающих хроническими нарушениями сна. К такому выводу пришли учёные из Норвежского университета естественных и технических наук.

Для изучения связи между бессонницей и риском развития астмы исследователи использовали данные непрерывного мониторинга состояния здоровья взрослого населения в графстве Нур-Тренделаг в Центральной Норвегии. В общей сложности были проанализированы данные почти 18 тыс. человек от 20 до 65 лет. Участники исследования сообщали, насколько часто у них возникают проблемы со сном, в том числе нарушения засыпания и поддержания сна наряду с любыми симптомами бронхиальной астмы.

Результаты показали, что у респондентов, сообщивших о нарушениях засыпания как «часто»

или «почти каждую ночь» за последний месяц, риск развития астмы в течение следующих 11 лет увеличился на 65 и 108% соответственно.

У участников, которым «часто» или «почти каждую ночь» трудно снова заснуть, вероятность развития этого заболевания повышалась на 92 и 36%, а среди отметивших низкое качество сна «чаще, чем раз в неделю» – на 94%.

Когда исследователи проанализировали данные пациентов с хроническими нарушениями сна – тех, кто сообщил о различных симптомах бессонницы в начале исследования и спустя 10 лет, они обнаружили, что в этом случае риск развития астмы увеличился втрое.

В мире, как известно, более 300 млн человек так или иначе страдают от бронхиальной астмы, развитию которой способствуют такие факторы, как курение, ожирение и загрязнение воздуха.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам New Scientist, Medical Xpress, European Respiratory Journal, The Lancet.

Болезни великих

# Радуга Сергея Дягилева

Исполняется 145 лет со дня рождения человека, открывшего Европе русский балет

Всю жизнь у Сергея Дягилева странным образом сочетались жизнелюбие, гедонизм и куча всяческих фобий и предрассудков. Но проявлялись они как-то странно и избирательно: каждый раз он протирал носовым платком телефонную трубку, боясь что-нибудь «подцепить», разговаривал с больным тифом хореографом В. Нижинским через дверь гостиничного номера, боясь сунуть туда нос. При этом едва ли не обмывал тело умершего от холеры композитора П. Чайковского, ухаживал за больным дифтерией братом Юрием. Вот в таких случаях опасность заразиться по тем временам крайне опасными или даже смертельными болезнями была куда как велика. Он панически боялся воды и верил в приметы. Не был верующим, а вакуум веры всегда очень хорошо заполняется суевериями.

## Властный и застенчивый

Сексуальные предпочтения Дягилева определились в достаточно молодом возрасте по детской считалочке: «В радуге есть цвет любой – я выбираю голубой!»

После создания русского балета Дягилев получил широкую возможность выбирать красивых и талантливых любовников. Его сексуальные пристрастия были жёсткие, он увлекался только очень молодыми людьми (эротофоб!). Многие пришли к нему 18-летними. Например, композитор и дирижёр Игорь Маркевич – в 16 лет.

Властный, нетерпимый и в то же время застенчивый, он стеснялся своего тела и никогда не раздевался на пляже. Дягилев не тратил времени на ухаживание. Пригласив подающего надежды юношу к себе в гостиницу, он сразу же очаровывал его властными манерами, богатством обстановки и перспективой блестящей карьеры.

Как выяснилось позже, В. Нижинский страдал шизофренией, и разрыв с Дягилевым привёл к обострению болезни. Хотя он прожил долго, в конце концов впал в слабоумие и умер в 1950 г. в лондонской психиатрической клинике.

Примечательно, что наставник и проводник Дягилева в мире испанского танца Ф. Фернандес-Гарсия, который должен был заменить Нижинского, тоже внезапно заболел психически: полиция обнаружила его совершенно голым, лежавшим на алтаре церкви Святого Мартина (на Трафальгарской площади в Лондоне). Он был госпитализирован в психиатрическую больницу, где и умер спустя 20 лет.

Дягилев быстро стал «королём» петербургских ценителей однополый любви. Но не был «подарком» и для своего окружения вообще, и для интимных друзей в частности: он требовал безоговорочного подчинения, грубил на людях, ревновал и к мужчинам, и к женщинам. Он давал им первые роли, возил в Италию, таскал по театрам и музеям, формировал художественный вкус и талант, дарил драгоценности.

## Первые симптомы

Незадолго до смерти Дягилев впервые за свою жизнь снял квартиру в Париже: ему стало негде сохранять свою коллекцию библиографических редкостей. Квартира ему, увы, не подошла... Первые зловещие «звон-

ки» страшной болезни прозвучали для него в середине 1910-х годов. Давно не видевший Дягилева С. Прокофьев отметил, как сильно он располнел. Неясно где – в Англии или Франции – Дягилеву был поставлен диагноз «сахарный диабет 2-го типа». Основным методом лечения тогда была диета, которую 50-летний Дягилев не соблюдал, а единственный известный тогда заменитель сахара – сахарин – имел очень неприятное горькое послевкусие. Вернее, Сергей соблюдал диету, но очень недолго. Он то худел, то полнел, что вовсе не способствовало компенсации недуга. Начиная с 1927 г., у него возник фурункулёз



В. Серов. Портрет Сергея Дягилева

и даже появились карбункулы – в доинсулиновую эпоху частые спутники диабета (и сегодня до 20% больных диабетом имеют гнойные осложнения). Примечательно при этом, что всю жизнь Дягилев панически боялся бактерий и инфекций. Он наверняка не забыл, как в 1913 г. погиб от сепсиса, вызванного карбункулом верхней губы, 42-летний «отец цветомузыки» А. Скрябин.

Летом 1928 г. Дягилев активно общался со своим лечащим врачом в Париже, известным профессором Р. Далимье. Этот доктор вообще был популярен среди людей искусства, в частности пытался вылечить от опиумной зависимости близкого друга Дягилева Ж. Кокто, который выкуривал в то время по 60 трубок в день! Далимье, вероятно, увидел обострение болезни и предупредил об этом Дягилева. Однако его рекомендации соблюдать диету и больше отдыхать остались без внимания.

Наступал 22-й сезон «Русских балетов», последний в жизни Сергея Дягилева... Он посетил Германию и Англию. В Мюнхене у Дягилева появилась интенсивная боль в спине, природу которой доктора не понимали, относя всё к «ревматизму». Лондонский врач советовал ему нанять медицинскую сестру для обработки фурункулов, но допустить женщину до своего тела Дягилев не мог, и Б. Кохно должен был ежедневно выдавливать у него гной и делать перевязки. Лондонские друзья ужасались тем, как он плохо выглядит, а Дягилев продолжал давать интервью и пить шампанское. Так что утверждение И. Чайковской о том, что Дягилев «умер неожиданно», – явное преувеличение. Он болел 8 лет. За это время диабет без лечения, как известно, легко может привести к слепоте, сосудистым и неврологическим осложнениям. Одно осложнение диабета у Дягилева проявилось вполне: за несколько лет мастер потерял почти все зубы и носил съёмный протез – вставную челюсть.

После утомительного путешествия по Германии со своим новым протезом, юным Игорем Маркевичем, Дягилев приехал

в Венецию – отдохнуть, а как оказалось, умирать. Здесь его осматривал доктор Бидали. Он обследовал сердце и лёгкие, но ничего серьёзного не нашёл и порекомендовал долечить гнойники, сделать массаж ног. Дягилев приехал уже тяжелобольным, с несомненной декомпенсацией диабета, которую гнойная инфекция только усилила. Была крайняя слабость, он не мог встать с постели без помощи и самостоятельно одеться...

Последнее ухудшение состояния Дягилева продолжалось 12 дней, в течение недели с постели он уже не поднимался. Это, несомненно, была кома, и, скорее всего, гиперосмолярная (была лихорадка, которая развивалась постепенно: 37,6°C 12 августа и 41,1°C 19 августа). Частые визиты доктора Бидали и приглашение на консультацию профессора Виттоли мало что изменили. Врачи, между прочим, думали о тифе и несколько раз исследовали кровь, но ничего не обнаружили. 16 августа у Дягилева на фоне лихорадки возник приступ аритмии. После консультации немецкого доктора Мартина врачи отправили телеграмму профессору Далимье с просьбой прислать противотифозную сыворотку (в Венеции её нельзя было достать). Из американского госпиталя пригласили медицинскую сестру для производства инъекции (врачи назначили камфору в связи с падением сердечной деятельности). У Дягилева возник симптом, неоспоримо свидетельствующий о наличии диабетической комы: у него появилось «большое», шумное дыхание Куссмауля. Развитию комы, бесспорно, способствовала лихорадка и обезвоживание, а пить он самостоятельно не мог). Шансов у больного не было никаких.

В то время понятия «интенсивная терапия коматозных состояний» не существовало, и после развития комы ни применение инсулина, ни питье раствора соды спасти уже не могли.

Что знали врачи того времени о сахарном диабете? Утверждалось, что «диабет – болезнь высших классов». Выделялся «жирный» и «тощий» диабет. Дягилев, конечно, относился к

первому типу. Однако наблюдательные медики говорили: «Тучные больные не представляют ничего специфического, что позволило бы при осмотре предположить диабет». При этом уже тогда видели, что «коронаротромбоз с инфарктом – частая причина смерти тучных больных». При этом в конце жизни Дягилев начал активно худеть. Об этом врачи тоже знали: «Похудение при нелеченом диабете может идти таким же темпом, как при раке». Многие врачи (вероятно, и те, которые лечили Дягилева) считали, что для спасения от диабета достаточно «простой» воздержанности в пище».

Диетические рекомендации вообще были очень странные. Например, предлагалось таким больным давать жиров в три раза больше, чем углеводов. В то же время допускалось резкое уменьшение количества углеводов в пище без уменьшения общего калоража и содержания жиров. Врачи стремились «обессахарить» больного, не подозревая, что они такой диетой («жиры сгорают в пламени углеводов», но при этом образуют кетоновую «копотью») «загоняют» больного в кетоацидоз. Для абсолютного большинства врачей ещё действовала «доинсулиновая» установка: щадить поджелудочную железу и удерживать обмен на низком уровне.

## Роковая ошибка

Можно не фантазировать, но два факта очевидны: врачи пытались прежде всего ограничить в его диете углеводы и не применяли инсулин. Видимо, это и стало роковой ошибкой. Это особенно удивляет! Лабораторная диагностика диабета в Европе того времени была неплохо развита, но вот использовалась ли она у Дягилева? Вряд ли медики стали бы пробовать мочу на вкус, но вполне могли ограничиться диагностикой по «классическим» жалобам: жажда, полифагия, кожный зуд. Ведь ограничили же они робкой попыткой «обессахаривания». Куда хуже другое: Дягилеву не был назначен инсулин.

В доинсулиновые времена развитие комы у больных диабетом неизбежно заканчивалось летально. Конечно, методика не была отработана до конца: крайне неудобны были частые инъекции (например, сразу возникла бы проблема стерилизации шприцов при бродящем образе жизни Дягилева), существовал высокий риск развития гипогликемии (с этим пытались бороться, длительно удерживая больных на минимальных количествах инсулина, сокращая углеводную нагрузку). Но ведь и этого Дягилеву назначено не было. Для докторов к концу 1920-х годов было очевидно, что острая, особенно гнойная, инфекция у больных диабетом – прямой путь к ацидозу (кетозу) и коме. Поэтому действовал

императив: «Карбункулы должны быть вскрыты рано» (под местной анестезией или «рауш-наркозом» закистью азота). Но врачи и биохимики получали за свои открытия премии, разные протезы тащились в Вену лечить свой диабет, а у знаменитого Дягилева бойфренд грязными руками выдавливал гнойники!

Возможно, что современная медицина, исходя из гомосексуальной ориентации Дягилева, предположила бы у него наличие СПИДа. Здесь есть зерно истины: диабет в некотором смысле и есть синдром иммунодефицита! Старые врачи, между прочим, это знали и предполагали, что поражённая при диабете печень как орган «ретикулоэндотелиальной системы» не синтезирует антитела. Отсюда и гнойные осложнения диабета, и частое его сочетание с деструктивными формами туберкулёза, и то, что рак поджелудочной железы встречается у больных диабетом намного чаще. Никакой путаницы с диагнозами у Дягилева не было. Врач в Венеции поставил ему диагноз «радикулит», а немецкие коллеги что-то говорили о «ревматизме», ну и что? Ему было под шестьдесят, была избыточная масса тела, да и у кого, в конце концов, в этом возрасте не болят суставы или спина? Совсем не редкостью и сейчас у больных диабетом радикулит как проявление диабетической нейропатии. Дягилев был вынужден молодиться и хорошиться перед юными «друзьями». Но ведь известно и то, что после 10 лет болезни 50% диабетиков-мужчин становятся импотентами. Вот это скрыть было никак невозможно.

Судьба в конце жизни зло пошутила над вечно бодрым, неутомимым и страстным Сергеем Дягилевым. Хотя по крайней мере, никто не увидел у него мучительного для всех периода старения со всеми его «преlestями». Высокий, удачливый, яркий, «румяногубый» денди, сочетающий черты утончённого эстета и лихого гусара, с элегантной седой прядью, как на известном портрете, – таким запомнить Сергея Дягилева гораздо легче, чем предстать его жалким и униженным пенсионером, завсегдаем всяких соборов и социальных столовых.

Умер Сергей Дягилев 19 августа 1929 г. в Венеции в результате осложнений из-за сахарного диабета и фурункулёза. Похоронен на острове Сан-Микеле.

Многие, конечно, знают, что Сергей Дягилев накрепко связан с балетом. Но мало кто знает, что возрождённый им русский балет – это было не что иное, как выражение любви к мужчинам. Он ими восхищался, он им покровительствовал. Именно эта сторона личности Сергея Дягилева была наиболее созидательной, в корне изменив суть и отношение к балету, воспитав и подарив миру величайших балетмейстеров, танцоров и других артистов, превратив должность антрепренёра в искусство.

Кирилл ОРЛОВ,  
внешт. корр. «МГ».

Москва.

**Профессор Лидия Махонова** — один из основоположников детской онкогематологии в стране, организатор первого в СССР специализированного отделения этого профиля, выдающийся врач, яркий учёный, посвятивший себя оптимизации диагностики и лечения злокачественных новообразований кроветворной и лимфоидной ткани у детей, потрясающий человек, отзывчивый, самоотверженный, оптимистичный. Более 60 лет она служила медицине, работая в Морозовской больнице, во 2-м Московском мединституте, в НИИ детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, и сейчас продолжает ей служить, но в другом качестве.



Ради этого стоило выкладываться. Я жила работой, она меня захватывала. Трудностей было много, но я не роптала. Не ропщу и сейчас.

— Когда я вам звонила, чтобы договориться о встрече, вы сказали: «Завтра не смогу, у меня — тренажёрный зал. А послезавтра — пожалуйте». Признаться, ваши слова несколько озадачили: какой тренажёрный зал в 90 лет?

— Сейчас объясню. Я уже 3 года нахожусь на эксперименте. Всю

— Это всё ерунда. Шишонин мыслит иначе. Он лечит грыжи (впрочем как и гипертонию) только улучшением кровообращения. Но для этого надо обязательно использовать медицинские тренажёры, задействуя капиллярную и мышечную системы. В итоге грыжи постепенно исчезают безо всякой операции и лекарств. Чувствую себя прекрасно. Давление — 130. Атеросклероз не отмечается. Остеопороза нет. Биохимия идеальная. И это не сказка, всё — правда!

употребляю, кроме аскорбиновой кислоты (1 г или даже 2), потому что верю: без аскорбиновой кислоты нет функции надпочечников.

— Вы 60 лет проработали в тяжёлой области медицины — онкогематологии, где без химиотерапии не обойтись. Означает ли это, что сейчас к лекарственным препаратам вы стали относиться по-другому?

— Нет. Показания к применению препаратов существуют и сегодня. Лечить лейкоз милой улыбкой не получится.

— Отдав изучению лейкозов, лимфом столько лет, можете сказать, что знаете про них всё?

— На сегодняшний день состояния проблемы, исследования в этой области знаю. Потому что я человек интересующийся. Постоянно над собой работаю.

Кстати, занятия в тренажёрном зале — тоже работа над собой. Если бы я не занималась, не обладала такой силой воли, то была бы, наверное, уже в маразме.

— Что вам сейчас интересно?

— То, что делают мои ученики. Они мне звонят, обсуждают некоторые вопросы. А ещё мне интересно всё, чем занимается Шишонин. Хочу на своём примере помочь этому неординарному исследователю. Сказать, что его подходы к пожилым после 80 лет оправданы. Власти должны это учитывать и организовать систему помощи старикам.

— Вы сегодня себя ощущаете врачом, пенсионером, исследователем или кем?

— Я люблю жизнь, в любом проявлении. Да трудностей было много, но их преодоление было ради чего-то.

Человек должен испытывать удовольствие от того, что он делает. 60 лет я старалась для детей освоить новые методы лечения и была счастлива, если состояние здоровья больных улучшалось. Когда сама оказалась в сложной ситуации, то решила на эксперимент, безоговорочно поверив Шишонину, и счастлива, что поборола недуг.

Считаю, человек должен понимать, почему он пришёл в этот мир и соответственно себя вести, жить, творить, лечить. Очень важным является настроение, отношение к происходящему. Поэтому у меня и не было инфарктов, несмотря на все сложности.

Надо любить саму жизнь. Она прекрасна.

— Такой взгляд у вас сформировали родители или обстоятельства?

— Для меня примером служил отец. Он был оригинален, как говорят, «с приветом» (в хорошем смысле). Утверждал, что все мы здесь в гостях, и надо эти «гости» правильно справиться. То есть надо жить и радоваться жизни. Без трудностей не бывает. Но относиться к ним следует правильно. А некоторые люди живут, не думая об этом. У них нет радости — только и поют.

1 апреля мне исполнится 90 лет, и счастливее меня человека не будет. Не знаю, переживают ли мои ровесники в таком возрасте по поводу своего будущего, а я просто на это смотрю, от того, что сделала всё, что могла. Все уходит в мир иной, но как уходят, как прожили свои годы — вот что важно. Я счастлива пережитым, счастлива тем, что сделала в профессии, что трудилась и добилась результатов. Из этой жизни, что бы ни случилось, буду уходить счастливой. Возможно, и в другом мире найдутся для меня дела.

Беседу вела  
Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

Фото автора.

## Профессор Лидия МАХОНОВА:

# «Жизнь прекрасна!»

мединститута. Не забывала о своём развитии, осуществляла исследования и диагностику детей с заболеваниями крови опухолевого характера. Вела научный студенческий кружок, увлекая молодёжь познанием неизведанного.

В Морозовской больнице проработала до 1976 г., являясь профессором педиатрической клиники 2-го Мединститута.

— А как оказались в онкоцентре на Каширке?

— Развернуть серьёзные научные исследования в больнице было сложно, всё в основном сводилось к клинической работе: диагностика, ведение больных. Но результаты улучшились, возросла выживаемость детей, о чём мы делали доклады на различных конференциях. Нами заинтересовались, в частности к нам стал присматриваться Юрий Иванович Лорие, работавший в онкоцентре у Блохина. Блохин тогда, в 70-е годы, вынашивал идею взять под своё крыло «детство».

Однажды вечером раздался телефонный звонок: «Лидия Алексеевна, это Николай Николаевич беспокоит». При встрече он поделился планами — организовать клинику, а в последующем институт детской онкологии. «Возможно, возьму и Льва Абрамовича Дурнова. Но вам предложение — создать отделение детской гематологии и его возглавить», — сказал он. Так в 1976 г. я оказалась в онкоцентре. Блохин предоставил помещения, места для исследований, но не было подготовленных специалистов. Пришлось обучать. Моими учениками и последователями являются Георгий Людомирович Менткевич, Александр Валентинович Попа и многие другие.

Мы поставили себе цель — лечить детей как на Западе, применяя современные программы (а это в основном вопросы химиотерапии), использовали мировые достижения, «подгоняя их под себя». Много сотрудничали с Западом, я ездила на международные конгрессы с докладами. Но вскоре показалось этого мало, и мы приняли за разработку других научных направлений (интерферонотерапия, коррекция иммунитета у детей, находясь в состоянии ремиссии). Появились свои достижения и предложения, за что удостоены премии Правительства РФ и других наград.

Труд был непростой, но он был нужен. Если начинали с того, что выживаемость составляла 5-10%, то постепенно она увеличилась до 50%, а сегодня — вообще 80-90%.

жизнь экспериментировала, занимаясь лечением детей с лейкозами, исследовательской деятельностью. А теперь на себе ставлю эксперимент. Человек в любом возрасте, если голова есть (а я её сохранила в рабочем состоянии), должен трудиться.

Я работала вплоть до 86 лет. Пациенты, диссертанты, исследования... Некогда было думать о себе. Но в 86 лет случилась неприятность. Пропаливая клубнику у себя на даче в Тверской области, вдруг упала: отказали ноги и руки, однако сознание сохранилось. Родные срочно госпитализировали в одну из известных клиник, где был выявлен генерализованный остеондроз с осложнениями, 8 грыж межпозвоночных дисков. Компрессия спинного мозга в области шеи и привела к парализации. Я не двигалась, руки висели плетями. Единственным выходом, по мнению специалистов, была операция на позвоночнике, но мешал возраст. Меня выписали из клиники, назначив 15 препаратов.

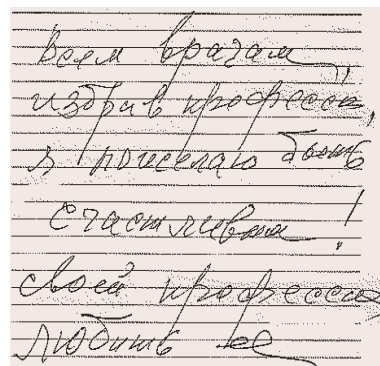
Я поняла, что всё плохо. Как жить обездвиженной?! Помощь предложил Александр Григорьевич Румянцев, отправив меня к своему ученику, кинезотерапевту Александру Юрьевичу Шишонину. Тот, осмотрев, ознакомившись с документами, предложил попробовать побороть вместе недуг с помощью его методики. «Прежде всего надо заняться вашей шеей, я буду делать массаж глубоких мышц, чтобы улучшить кровоснабжение головного и спинного мозга», — сказал он. — Но самое главное, вам нужно ещё заниматься на тренажёрах со специалистом 3 раза в неделю. Принимаете ли такое предложение? Это нелёгкое дело. Нужны терпение, настойчивость».

— Ну, настойчивости вам не занимать.

— Конечно. И я согласилась. Была создана специальная программа с учётом моего возраста. Я старалась выполнять все рекомендации, и вот результат: три с лишним года назад я приехала к Шишонину парализованной в инвалидной коляске, а сейчас всё делаю сама: стираю, готовлю, чищу картошку, полностью себя обслуживаю.

За этот период я посетила тренажёрный зал 400 раз. Представляете, какое терпение у Махоновой?! На тренажёрах занимаюсь примерно час. Кстати, в положении лёжа толкаю платформу весом до 50 кг.

— Но у вас же межпозвоночные грыжи. Как это согласуется? Ведь говорят, что при грыже нельзя тяжести поднимать.



Когда я впервые познакомилась с методиками Шишонина, то как врач-исследователь, занимающийся лейкозами, прекрасно поняла этого неординарного человека. У него оригинальные мысли, оригинальный подход к лечению людей в старости.

— А дома вы делаете какие-то упражнения, зарядку, например? Или ограничиваетесь только тренажёрным залом?

— Утреннюю зарядку я делала всегда. И сейчас занимаюсь, хоть мне и без малого 90 лет. Обязательно делаю до 20 приседаний, махи ногами. Мне в своё время (в 80 лет) хотели делать операцию по эндопротезированию коленного сустава, но из-за возраста побоялись. А теперь он прекрасно функционирует. Надо посещать тренажёрный зал и менять своё отношение к мышцам.

— Именно к мышцам?

— Да! Упор должен быть на мышечную систему, чтобы заставить спать в них капилляры работать. Это увеличивает объём и силу кровообращения.

— А бывает так, что вы утром проснулись, и ничего не хочется делать: ни зарядку заниматься, ни ехать в тренажёрный зал?

— Не бывает. Для меня «надо», значит, надо. Я человек очень упёртый и в отношении к себе, и в отношении к другим.

— Как близкие относятся к вашим занятиям?

— Я их всех мобилизовала (у меня два зятя, дочь, внуки), сказав: «Если не будете заниматься, уважать не буду».

— Вы какой-то диеты придерживаетесь?

— Нет. Просто правильно питаюсь.

— Принимаете ли лекарства для поддержания хорошего самочувствия?

— Практически никакие лекарственные препараты не принимаю, в них нет необходимости. Если заболеваю ОРВИ, то ничего не

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, 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 № 17-02-00349 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.