

Вехи

Милосердие не знает границ

Подтверждение этому – саженец дуба в больнице



В Калининградской областной клинической больнице на одну июльскую неделю пришлось сразу три события регионального масштаба, имеющих отношение к одному из здешних старейших лечебных учреждений. И каких! Открытие на его площадях медицинского музея, торжества по случаю 70-летия КОКБ, а ещё присвоение звания «Почётный гражданин города Калининграда» Игорю Вайсбейну – заместителю главного врача.

Ровесница самого западного административно-территориального образования нашей страны, эта

Совместная посадка молодого дуба в честь многолетней дружбы и сотрудничества

больница ведёт своё летоисчисление с июля 1946 г. Кто бы мог тогда подумать, что из нескольких отделений и приёмного покоя, развёрнутых в бывшей лечебнице милосердия поверженного Кёнигсберга, вымахает многопрофильный лечебно-диагностический комплекс с мощнейшей поликлиникой и без малого 900 койками круглосуточного стационара, где будут трудиться 312 врачей более 30 медицинских специальностей. В том числе 7 докторов и 26 кандидатов медицинских наук, 25 заслуженных врачей РФ.

– Все мы без преувеличения являемся учениками специалистов областной клинической больницы. Низкий поклон всем вам, кто совершенно заслуженно оправдывает девиз больницы: «Стабильность и милосердие», – сказала коллективу на праздничном мероприятии по поводу круглой даты глава регионального Минздрава Людмила Сиглаева.

(Окончание на стр. 2.)

Фото Валерия МАНАЧИНА.

Особый случай

Операция высокого уровня

В Астрахани в отделении хирургии № 2 Александр-Мариинской областной клинической больницы впервые при сложной травме печени применили тактику перигепатического тампонирования.

40-летняя пациентка пострадала в ДТП. В тяжёлом состоянии с переломами, внутрибрюшным кровотечением, шоком 3-й степени она была доставлена в больницу. Экстренную операцию начал врач-хирург В.Скрижалин, который обнаружил три больших разрыва правой доли печени. Попытка ушить глубоко расположенные разрывы потребовала

бы дополнительного расширения раны. Вызванный в операционную заведующий кафедрой факультетской хирургии Астраханского медицинского университета профессор Р.Мустафин, совместно с заведующим отделением И.Малафеевым решили применить описанную французскими хирургами, у которых астраханские специалисты неоднократно стажировались по хирургии печени, тактику перигепатического тампонирования с повторной ревизией брюшной полости через 2 суток, после выведения больной из шока.

Во время повторной операции не-

обходимости ушивать разрывы уже не было, кровотечение остановилось. Пациентка выписана без осложнений с благоприятным прогнозом.

«Наши хирурги стали использовать опыт эндоваскулярных хирургов, своих коллег, – говорит главный врач областной клинической Виктор Акишкин. – В нашей клинике есть всё необходимое высокотехнологичное оборудование для выполнения операций нового уровня на печени».

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внест. корр. «МГ».

Астрахань.

Олег АПОЛИХИН,
директор НИИ урологии, профессор:
Человек должен быть экономически и социально заинтересован в сохранении собственного репродуктивного здоровья.
Стр. 5



Евгений СОРОКИН,
заместитель директора Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, профессор:
Согласованность работы офтальмологов и эндокринологов позволяет минимизировать риск возникновения диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом.
Стр. 6

Раад ШАКИР,
президент Всемирной Федерации неврологии, профессор:

Мы ясно видим неконтролируемое распространение новой эпидемии, которая не пощадит Европу.

Стр. 11



Тенденции

Фармаконадзор: дистанционное обучение

В Москве прошёл семинар по вопросам мониторинга безопасности лекарственных препаратов, организованный Центром мониторинга и клинико-экономической экспертизы Росздравнадзора. В очной и заочной (через трансляцию в сети Интернет) работе мероприятия приняли участие представители врачебного сообщества и фармкомпаний из 49 регионов страны.

Рассматривались вопросы организации фармаконадзора в Российской Федерации, семиотики и классификации нежелательных реакций; медицинские ошибки при применении лекарственных препаратов, безопасное лечение пациентов; порядок работы с информацией.

Эффективность выявления проблем безопасности лекарственных средств во многом зависит от внимания к фармаконадзору со стороны специалистов

здравоохранения. Семинар как раз и был нацелен на то, чтобы врачи и организаторы здравоохранения принимали более активное участие в этой работе.

– В настоящее время специалисты здравоохранения не всегда сообщают в Росздравнадзор о выявленных нежелательных реакциях при применении лекарственных средств, но мы надеемся, что подобная форма «обратной связи» с контролирующим органом исправит ситуацию и лекарственная терапия в Российской Федерации станет более безопасной и эффективной, – подчеркнул в приветственном слове заместитель начальника Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Сергей Глаголев.

Алексей ПИМШИН.
МИА Сити!

Москва.



Хирургический шовный материал

- Линейка продукции соответствует номенклатуре ведущих производителей
- Оперативная отгрузка продукции с собственного склада
- Высокое качество продукции по привлекательным ценам



+7(495) 956-05-57
www.stormoff.com

Новости

Врачи университета
провели уникальную операцию

Теперь Алина Кузнецова всегда будет носить магнитный браслет. Это – пульт управления её состоянием. У девочки фармакорезистентная эпилепсия – когда лекарства не могут купировать приступ, поэтому ребёнка ни на минуту нельзя оставлять одного. Но теперь жизнь Алины изменится кардинально. После операции судороги можно будет предотвратить одним прикосновением магнита к электроду, который вшит под левой ключицей.

В медицине это называют электростимуляцией блуждающего нерва. Именно этот нерв связывает мозг с другими органами и тканями. Магнит запускает стимулятор, он передаёт импульс дальше по цепочке. Сложную операцию провели в медицинском центре Дальневосточного федерального университета. Для этого девочка в сопровождении своей мамы прилетела во Владивосток из Иркутска.

– Нерв находится между сонной артерией и яремной веной, важно их не задеть, потому что это крупные сосуды, – поясняет Артур Биктимиров, нейрохирург медицинского центра ДВФУ.

Теперь любой тревожный симптом станет сигналом – пора прикоснуться магнитным браслетом к груди.

Сейчас у врачей и у самой девочки новая задача – освоить азы программирования. Для этого потребуются наблюдение у специалистов. Ну а во Владивосток Алина пообещала непременно вернуться, но уже самостоятельно – лишь для того, чтобы поблагодарить врачей.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

Лечение
согласно условиям шариата

Халяльные поликлинику и санаторий намерены возвести в Республике Татарстан. Сейчас уже идёт подготовка к строительству клиники для взрослых и детей в Казани, которая будет работать по требованиям шариата.

Предполагается, что поликлиника будет обслуживать мусульман по принципу «единого окна». В медучреждении планируется проводить амбулаторное лечение, лабораторные исследования, вакцинацию и общую терапию, а также получать услуги косметолога. Кроме того, там будет работать детское отделение.

Параллельно со строительством клиники в Казани начнётся сооружение санатория для мусульман в Верхнеуслонском районе республики. Его главной особенностью станет разделение на женский и мужской блоки.

Сейчас идёт подготовка территории к строительству поликлиники, доставляются необходимые материалы.

Как известно, шариат – это комплекс предписаний, которые надо выполнять мусульманам. Они регулируют практически все сферы повседневной жизни. Халяль – то, что разрешено и допустимо в исламе. Обычно этот термин относится к дозволенной мусульманам пище.

Игорь ВЕТЛУГИН.

Казань.

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

В центре внимания

Село зовёт
молодых медиков

Возвращение к системе распределения выпускников медвузов не исключено



Вернутся ли студенты медвузов к строгой системе распределения?

Губернатор Псковской области Андрей Турчак, проинформировав Президента РФ Владимира Путина в ходе встречи с ним о социально-экономической ситуации в регионе, обратился к главе государства с просьбой «рассмотреть возможность возвращения к известной системе распределения, закрепления выпускников медвузов, по крайней мере для сельских территорий».

– У нас низкая плотность населения. В этой связи самая главная задача, которую мы перед собой ставим, – это сохранение

доступности медицинских услуг, – сказал А.Турчак. – Но главная проблема, которую мы видим в этой связи, – кадровая. Мы принимаем весь комплекс мер, у нас введены подъёмные для молодых специалистов, есть закрепление по жилью, реализуются социальные пакеты для врачей, мы ввели подъёмные для фельдшеров, которые работают на селе. Но проблему дефицита кадров только так называемым социальным пакетом, мы видим, не решить.

По его словам, кадровая ситуация связана, в том числе, и с тем, что в регионе нет медицинского вуза, отсюда обычно отправляли выпускников школ учиться в

Ленинград, Смоленск, Новгород. «И, к сожалению, не все из них возвращались», – посетовал А.Турчак.

– Мы с Минздравом этот вопрос обсуждали, принципиальных возражений нет, – сказал А.Турчак. – Но для того, чтобы более детально это всё проработать, я бы просил дать ваше поручение. Я думаю, что это бы решило кадровую проблему не только для Псковской области, но и для остальных регионов с похожей системой расселения.

«Давайте подумаем вместе», – сказал на это В.Путин.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Вехи

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Не прекращаются масштабные работы по современному переустройству площадей КОКБ, согласно Федеральной целевой программе развития калининградского «анклава»: закончено возведение патологоанатомического корпуса, в декабре первых пациентов примут офтальмологи нового структурного подразделения – центра микрохирургии глаза. О том, что федеральные и региональные власти находят возможность в непростой экономической ситуации изыскивать средства как на перевооружение основных фондов – а их уже привлечено свыше 1,5 млрд руб., – так и на обновление парка лечебно-диагностического оборудования, медикам больницы напомнил, пользуясь случаем, приехавший к ним на семейный праздник заместитель председателя правительства области Алексей Силанов.

Тем не менее даже самая передовая дорогостоящая медицинская техника без приложения к

Милосердие не знает границ

ней светлых голов и умелых рук – всего лишь безмолвная груда металла и пластика. Куратор социальных вопросов в областном правительстве вручил 7 наиболее отличившимся сотрудникам больницы-юбилера почётные грамоты Минздрава России, а двоим – почётный знак «Отличник здравоохранения». Ещё 26 их коллег были удостоены наград областной думы, регионального органа здравоохранения, а также двух ветвей городской власти.

В ходе празднования 70-й годовщины основания областной клинической больницы в Калининград нанесла визит делегация лютеранского лечебного учреждения «Кёнигсбергская диакония» из немецкого города Ветцлар. Её члены вместе с российскими коллегами совершили в больничном дворе торжественную посадку молоденького дуба, с давних времён считающегося

«германским» деревом. По этому поводу главный врач КОКБ Константин Поляков произнёс: «Многолетний опыт профессионального и человеческого общения с Кёнигсбергской диаконией – подтверждение того, что милосердие не знает границ».

Гости, и в их числе бывшая главная сестра милосердия ордена Диаконисс Ханналора Скорцински, стали одними из первых благодарных посетителей музея, открывшегося накануне. Выставленные экспонаты и документы отражают не только российско-советский период жизнедеятельности крупнейшего медицинского учреждения янтарного края, но и предшествующий исторический пласт, когда за пациентами – жителями Кёнигсберга ухаживали сёстры милосердия ордена Диаконисс. Перед планировкой комнаты-музея устроители заместитель главного врача по ме-

дицинской части Игорь Вайсбейн, ревматолог Юлия Грабовецкая, руководитель первичной профсоюзной организации больницы Раиса Коломийцева и другие обратились к архивному проекту одного из кабинетов больницы Милосердия, чтобы в точности воссоздать его облик. И это получилось: мастера по историческим фотографиям изготовили меблировку помещения, из Германии был доставлен комплект форменной одежды сестры милосердия, воссоздано её рабочее место.

Заместителю «главного» И.Вайсбейну – доценту Балтийского федерального университета им. Иммануила Канта, кандидату медицинских наук, заслуженному врачу РФ аплодировали не единственно немцы, спустя несколько дней «отбивали ладони» на главной площади Калининграда уже земляки. А повод был совсем иной. Каждый июль

накануне Дня города жители областного центра выбирают нового почётного гражданина Калининграда. Ныне депутаты городского Совета проголосовали за достойнейшего представителя областной клинической больницы. Почётное звание Игорю Зиновьевичу, как уточнили народные избранники, досталось за значительный вклад в развитие здравоохранения, науки, образования и инновационной деятельности в медицинской сфере. При большом стечении народа символическую ленту 56-му по счёту почётному гражданину Калининграда – известному организатору здравоохранения и хирургу – на сцене у дома Советов лично повязывал городской «голова» Александр Ярошук.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Калининград.

Решения

Объединение для развития

В Министерстве здравоохранения Астраханской области на заседание Общественного совета был вынесен вопрос о присоединении к областной детской клинической больницы им. Н.Н.Силищевой детской городской клинической больницы № 2.

Из-за того, что ДКГБ № 2 не имеет возможности организовать работу в круглосуточном режиме клиничко-диагностической и

биохимической лабораторий, отделения лучевой диагностики, включающей ультразвуковую и рентгеновскую диагностику, КТ-исследования, отделения функциональной диагностики, не имеет отделения детской хирургии, Министерство здравоохранения области приняло решение объединить два медицинских учреждения. Тем самым произойдёт централизация всех специализированных отделений области, включая неврологи-

ческое и пульмонологическое. Меры реорганизации исключают случаи перегоспитализации пациентов с неотложными состояниями из ДГКБ № 2 в ОДКБ им. Н.Н.Силищевой и наоборот. На площадях городской больницы № 2 детям будет оказываться плановая медицинская помощь и реабилитация по различным профилям.

Членов совета остро интересовал вопрос о сокращении кадров в связи с реорганизацией

учреждений. Со слов начальника отдела организации медицинской помощи женщинам и детям Минздрава области Натальи Степиной, сокращение коснётся административно-хозяйственного персонала и прочих медицинских работников. В связи с изменением графика работы некоторых врачей и медицинских сестёр будет осуществлён перевод сотрудников из одной медицинской организации в другую в рамках данного объединения.

Представители общественного совета одобрили реорганизацию.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Астрахань.

На контроле

Особых нареканий не было, но...

В Центре повышения квалификации работников здравоохранения Омской области члены общественного совета при региональном здравоохранительном ведомстве обсудили итоги выездных проверок, в ходе которых выяснялось, насколько удовлетворены жители Омска и сельских районов Прииртышья медицинской помощью, оказываемой им в лечебно-профилактических учреждениях.

Особых нареканий на работу городских и сельских ЛПУ у людей разных возрастов не было. Но на что они просили общественников обратить внимание, так это на недостаток так называемых узких специалистов в медучреждениях. Особенно остра эта проблема в центральных районных и участковых больницах, а в фельдшерско-акушерских пунктах зачастую работают только медсёстры. Слаба, сетовали сельчане, и материально-техническая база провинциальных лечебно-профилактических учреждений. Даже тяжело заболевших приходится порой доставлять в ЦРБ и областные клиники на попутном транспорте.

Независимая оценка качества оказания медицинских услуг доводится до сведения чиновников Министерства здравоохранения Омской области, которые затем отчитываются перед членами общественного совета о том, какие конкретно меры приняты для нормальной работы медучреждений, взятых «на заметку» общественниками.

До наступления осени общественники опросят пациентов ещё 48 медучреждений, оказывающих стационарную и амбулаторную помощь на территории области. Среди них 44 государственных и 4 частных. Решено также, что в 2016 г. члены общественного совета будут принимать участие в рассмотрении проектов общественно значимых нормативных правовых актов регионального министерства, в аттестационных и конкурсных комиссиях по замещению должностей, комиссиях по соблюдению требований к служебному поведению и урегулированию конфликта интересов.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Ситуация

Правомочен ли запрет?

Конституционный суд РФ рассмотрит жалобу корейца, выдворенного из России в связи с заболеванием туберкулёзом, и решит, должен ли существовать закон, бессрочно запрещающий жить в нашей стране иностранцам с этой патологией.

Такую жалобу КС РФ принял к рассмотрению от жителя Республики Корея по имени Ха Чжон Хюк. Этот гражданин уже давно проживает в нашей стране

и успешно ассимилировался – окончил государственный университет, обучался в аспирантуре, работал тренером по тхэквондо в посольстве Кореи, директором московской школы корейской культуры и языка.

В 2014 г. у него был выявлен туберкулёз, и Роспотребнадзор подписал решение «о нежелательности пребывания Ха Чжон Хюка на территории России». Изменить ситуацию не удалось даже после того, как иностранец прошёл курс лечения на родине

и поправился. Суды отказались отменить решение санитарного надзора со ссылкой на Федеральный закон «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию». Согласно ему, запрет на проживание зарубежных гостей с туберкулёзом в России носит бессрочный характер.

Ха Чжон Хюк просит отменить две статьи закона и пишет: «Принятие в отношении иностранного гражданина решения о нежелательности пребывания на терри-

тории РФ на всю жизнь... не может быть признано соразмерным и адекватным, соответствующим конституционно значимым целям и ценностям».

Когда КС РФ рассмотрит жалобу, пока неизвестно. Докладчиком по делу назначен судья Николай Мельников. В 2015-2016 гг. Конституционный суд рассмотрел несколько дел, касающихся въезда и выезда из России. Так, в марте было запрещено депортировать ВИЧ-инфицированных иностранцев, имеющих семью в нашей стране.

Валентин МАЛОВ,
МИА Сито!

Начало

Новый оперблок выгоден врачам и пациентам

В Воронежском областном клиническом консультативно-диагностическом центре открылся новый операционный блок центра амбулаторной хирургии. По сообщению Департамента здравоохранения Воронежской области, направление амбулаторной хирургии развивается в диагностическом центре не первый год, однако оно было ограничено гинекологическим профилем. В новой операционной, к слову, оснащённой по последнему слову техники, теперь можно будет проводить урологические и проктологические вмешательства, грыжесечение с использованием лапароскопического доступа.

Открытие нового центра амбулаторной хирургии в КДЦ позволит пациентам получать ква-

лифицированное лечение без госпитализации в стационар.

«Направление амбулаторной

хирургии позволяет оказывать не только диагностическую, но и практическую помощь, – говорит Елена Образцова, главный врач КДЦ. – Амбулаторная хирургия экономически выгодна, поскольку позволяет не занимать дорогостоящие круглосуточные койки в стационарах. К тому же сами пациенты практически на следующий день после операции могут вернуться к обычной жизни».

Появление нового оперблока амбулаторной хирургии в диа-

гностическом центре является частью концепции развития здравоохранения области в части амбулаторной хирургии.

Кроме того, здесь есть зал ультразвуковой литотрипсии, где производят дробление камней в почках с помощью литотриптора. По словам Елены Образцовой, в Воронежской области это единственный аппарат подобного класса, позволяющий производить безболезненные манипуляции. Ультразвуковая волна точно воздействует непосредственно на камень, не повреждая соседние ткани.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Сито!

Воронеж.

Санитарная зона

«Чумные сурки и несознательные граждане», – статья проветительской направленности с таким громким заголовком появилась несколько дней назад на сайте Роспотребнадзора Республики Алтай. Специалисты ведомства очень убедительно призывали население региона избегать контактов с грызунами, которые являются переносчиками чумы. О мерах по профилактике этой серьёзной болезни говорили и участники заседания правительственной комиссии Республики Алтай по охране здоровья граждан. Подробный отчёт об этом совещании также размещён на сайте ведомства.

И вдруг на днях в региональных, а затем и федеральных СМИ начала распространяться информация о первом случае заболевания чумой в Кош-Агачском районе республики. Однако в сводке новостей Роспотребнадзора и Минздрава региона о данном чрезвычайном происшествии нет ни слова. Попытки корреспондента «МГ» полу-

Шапка с сюрпризом

чить подтверждение либо опровержение данной информации в пресс-службе Министерства здравоохранения Республики Алтай также оказались безуспешными: на звонки никто не отвечал.

Согласно же распространившимся, но пока официально не подтверждённым сведениям, с диагнозом «бубонная форма чумы» в районную больницу посёлка Кош-Агач госпитализирован 10-летний мальчик. Ещё 17 контактных лиц помещено в изолятор под наблюдение врачей. В районе введён карантин. Источником инфекции предварительно названа тушка сурка, которую нашёл ребёнок.

ЧП не выглядит чем-то неожиданным, учитывая, что в Горном Алтае находится природный очаг чумы. На правительственной комиссии Республики Алтай по ох-



ране здоровья граждан позвучало сообщение заместителя главного врача Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Елены Сакашевой о том, что в настоящее время сохраняется высокая эпизоотическая активность природного очага чумы как раз в Кош-Агачском районе. На протяжении последних 2 лет здесь зарегистрировано 2 единичных случая заболевания жителей чумой. Оба связаны с сурками.

С начала этого года пограничники и сотрудники Комитета по охране, использованию и воспроизводству объектов животного мира Республики Алтай провели на территории Кош-Агачского района уже 15 рейдов по пресечению охоты на сурков. Но «несознательные граждане» продолжают искать приключения на свою голову: вместо тёплой меховой шапки – бубонная чума...

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Горно-Алтайск.

На первом месте среди причин смертности россиян остаются, по данным Росстата за 2015 г., болезни сердечно-сосудистой системы – 48,5% от общего количества умерших. По мнению экспертов, один из главных факторов, который влияет на развитие заболеваний, – выбор продуктов питания. Потребитель, будущий пациент, неосознанно ставит под угрозу своё здоровье.

Не в ладах с нормативами

В I квартале этого года Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) исследовано 23 тыс. проб плодовоовощной продукции. Удельный вес её проб, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию химических загрязнителей, составил 0,9%. При этом по импортной пищевой продукции данный показатель выше – 1,3%, по импортному картофелю, в частности, – 1,4%. По микробиологическим показателям удельный вес проб, не соответствующих гигиеническим нормативам, составил 2%.

В 2015 г. Роспотребнадзором с реализации снято более 780 т плодовоовощной продукции (около 70% составляет импортная продукция – свыше 530 т), в I квартале 2016 г. – порядка 400 т (50% составляет импортная продукция – около 210 т).

В 2015 г. по санитарно-химическим, микробиологическим и физико-химическим показателям было исследовано свыше 118 тыс. проб плодовоовощной продукции. Удельный вес проб, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию химических загрязнителей, составил 1,4%. По импортной пищевой продукции – 1,6%, по импортным бахчевым культурам, в частности, – 5,6%.

Отдельно по микробиологическим показателям удельный вес проб, не соответствующих гигиеническим нормативам, составил 2,8%, при этом высокий удельный вес по данному показателю в 2015 г. отмечен среди столовой зелени – 9%.

Претензии, впрочем, не только к плодовоовощной продукции. Петербургский Центр контроля качества за год провёл 64 130 испытаний 32 групп продуктов. Выявлены нарушения по физико-химическим показателям – норме содержания жиров, белков и углеводов. Например, по маслу сливочному обнаружены нарушения в 26% проб, молоку и молочной продукции – в 24%, мясным консервам – в 23%, мясу – в 17%, птице – в 19%. И список можно продолжать.

Бомба замедленного действия

О том, как продукты влияют на качество жизни, шла речь на «круглом столе» на тему «Не-

качественные продукты – бомба замедленного действия».

«Мы с вами есть то, что едим, что пьём и чем дышим», – сказал Александр Абдин, член Общественного совета при Министерстве здравоохранения РФ. – Мы уже живём, как в США, – диабет молодеет, а мы продолжаем поглощать немислимо сладкие напитки. Ожиревших людей немало,

богаты макро- и микроэлементами, витаминами, необходимыми для организма человека пищевыми волокнами. Согласно Рекомендациям по рациональным нормам потребления пищевых продуктов для россиян, рекомендуемые нормы потребления овощей и бахчевых на 1 человека в год – 120-140 кг, картофеля – 95-100 кг, фруктов и ягод – 90-100 кг. В 2015 г. потре-

рамках X Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России».

Парламентарий проинформировала, что для контроля качества ввозимой в страну продукции на 396-м заседании Совета Федерации одобрен принятый Госдумой РФ закон о запрете ГМО. Согласно ему, в России запрещается выращивание и разведение генно-ин-

Елена Жафярова. Среди первоочередных мер она назвала обеспечение москвичей качественной продукцией в достаточном объёме.

О ходе подготовки конкурсных испытаний «Гарантии качества» сообщила член Совета по вопросам агропромышленного комплекса и природопользования при Совете Федерации, ректор Московского государственного универси-

Итоги и прогнозы

Ставка — на качество продуктов питания

Этим можно значительно снизить риск развития болезней



Не здесь ли притаилась опасность?

сердечно-сосудистые заболевания также растут и уверенно лидируют среди причин смертности, очевидна связь качества питания и роста онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Число страдающих бесплодием тоже растёт, особенно среди мужчин. Сперматозоиды у мужчин не шевелятся.

Всеядные заменители в еде, окислители, Е-добавки и прочее. Не понимаю, куда смотрят регуляторы – Россельхознадзор и Роспотребнадзор.

Часто потребителям кажется, что отказ от фаст-фуда и внимательное изучение состава, который написан на этикетке продукта, снижает риск развития болезней. Однако далеко не всегда содержащее упаковки соответствует её содержанию.

Как известно, фрукты и овощи

бление овощей и бахчевых на одного россиянина составляло 112 кг (в 1990 г. – 89), картофеля – 114 кг (в 1990 г. – 106), фруктов и ягод – 58 кг (в 1990 г. – 35).

Управлять качеством

Необходимость консолидированного подхода к проблеме качества питания была обозначена в Поручении Президента РФ, направленном на создание национальной системы управления качеством пищевой продукции, напомнила на заседании наблюдательного совета конкурса качества и безопасности пищевой продукции «Гарантия качества» заместитель председателя Комитета Совета Федерации по аграрно-продовольственной политике и природопользованию Ирина Гехт. Эта тема активно обсуждалась в

женерно-модифицированных растений и животных, за исключением проведения научных работ.

«Запрещается использовать для посева (посадки) семена растений, генетическая программа которых изменена с использованием методов генной инженерии, содержащие генно-инженерный материал, внесение которого не может являться результатом естественных (природных) процессов, за исключением посева (посадки) таких семян при проведении экспертиз и научно-исследовательских работ», – говорится в законе.

Согласно новым правилам, импортёры ГМО обязаны пройти регистрационные процедуры. Запрещать ввоз подобной продукции в страну будут после изучения воздействия на человека и окружающую среду.

Нарушителям новых правил грозит административная ответственность: должностные лица должны будут заплатить штраф от 10 до 50 тыс. руб., а юридические – от 100 до 500 тыс.

Реализации цели повышения качества, отметила сенатор, также служит конкурс «Гарантия качества», направленный на формирование механизма стимулирования производителей к повышению качества продукции, на реализацию основ государственной политики в области здорового питания.

Сейчас требуется достоверное информирование потребителей о высококачественных отечественных товарах и их производителях, убеждена И.Гехт.

Об опыте Москвы в сфере оценки и производства качественных пищевых товаров рассказала начальник Управления продовольственной безопасности Департамента торговли и услуг Москвы

тета технологий и управления им. К.Г.Разумовского Валентина Иванова.

Способствовать повышению качества пищевой продукции, росту спроса и предложения на более качественные пищевые продукты и соблюдению прав потребителей на приобретение качественной продукции призвана и утверждённая Правительством РФ Стратегия повышения качества пищевой продукции до 2030 г. Она внесена Роспотребнадзором во исполнение поручений Президента РФ.

«В рамках стратегии предусматривается реализация 12 задач, в том числе совершенствование нормативной базы и государственного регулирования в сфере обеспечения качества пищевой продукции, мониторинг качества пищевой продукции, создание системы управления качеством пищевой продукции, актуализация требований к пищевым добавкам», – заявил на совещании с вице-премьерами заместитель председателя Правительства РФ Аркадий Дворкович.

В целях реализации стратегии планируется применение правовых, организационно-управленческих, кадровых, научно-методических и финансово-экономических мер.

Но пока, как напомнил на «круглом столе» Александр Ишевский, заведующий кафедрой технологии мясных, рыбных продуктов и консервированных холодами, в 2015 г. зарплата в стране выросла в среднем на 1,8%, а цены на еду – на 15%. И люди элементарно ищут, где и что купить съестного «числом поболее, ценою подешевле», замечил учёный.

Константин ШЕГЛОВ, обозреватель «МГ».

Сотрудничество

Первая группа иностранных стажёров – 10 студентов Хэйлунцзянского университета традиционной китайской медицины – прибыла в Амурскую государственную медицинскую академию в конце июня, вторая – из Харбинского медицинского университета, в составе которой 6 будущих медиков и преподаватель, – чуть позже. Этот визит проходит в рамках договора, заключённого между вузами о международном сотрудничестве и обмене студентами.

Для китайских гостей подготовили большую культурную программу. В течение всего времени их пребывания в Амурской ГМА с

Стажировка, полезная всем

Благовещенск собирает новых друзей

ними в качестве переводчиков на английский язык работает группа волонтеров из числа студентов медакадемии, которые также помогают гостям в решении бытовых вопросов, в общении с русскими сверстниками.

Преподаватели амурского медицинского вуза и сотрудники благовещенских больниц – клинических баз Амурской ГМА, проводят для будущих китайских врачей практические занятия по

акушерству и гинекологии, терапии и хирургии.

На днях в медакадемии состоялось вручение сертификатов о прохождении стажировки первой группе иностранных практикантов. Ректор Амурской ГМА профессор Татьяна Заболотских, прежде чем приступить к официальной церемонии, поинтересовалась впечатлениями гостей о пребывании на амурской земле. Коллеги из Поднебесной дружно

выразили свою благодарность за оказанный им радушный приём и созданные условия для работы и отдыха. Что касается медицинской практики, то им очень понравились и областная клиническая больница, и городская, где они стажировались, а также доброе отношение и приветливость персонала. «Мы очень многое увидели, много полезного почерпнули для себя, – сказали гости, – но более всего

запомнятся занятия в родильном зале: каждый из нас впервые присутствовал при рождении человека!.. Это незабываемо! Мы благодарны вам за всё! И покидаем приветливый город, своих новых друзей с грустью и с надеждой на будущие встречи, ведь у медицины нет границ!»

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Общероссийский народный фронт (ОНФ) рекомендовал снять с контроля поручение Президента РФ по совершенствованию проведения пренатальной диагностики.

По мнению экспертов фронта, с помощью общественного контроля Правительству РФ удалось добиться существенных результатов в этом направлении – заметно снизилась младенческая смертность, в том числе от врождённых аномалий, выросло и число женщин, прошедших такую диагностику. Однако в регионах, сообщают в ОНФ, сохраняется дефицит специалистов УЗИ, а сама диагностика порой проводится с нарушением сроков и объёмов.

Поручение об усилении контроля за проведением пренатальной диагностики глава государства, лидер ОНФ Владимир Путин дал в мае 2014 г. по итогам встречи с активистами фронта. Исполнить его кабинет министров должен был к маю 2015 г. Однако эксперты рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость» рекомендовали снять поручение с контроля лишь год спустя, когда признали результаты работы Правительства РФ в этом направлении существенными.

Как известно, в майском указе 2012 г. «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» было определено, что к 2018 г. необходимо снизить показатель младенческой смертности до 7,5 на тысячу родившихся живыми. В итоге этот показатель удалось уменьшить с 8,6 в 2012 г. до 6,5 по итогам 2015 г. В течение последних 5 лет показатель смертности от врождённых аномалий снизился

Акценты

Жизненно важный показатель

Удалось добиться улучшения качества пренатальной диагностики



Надёжные специалисты УЗИ проведут качественную пренатальную диагностику

на 24,2% – с 18,2 до 13,8 на 10 тыс. родившихся.

За последние 4 года по новому алгоритму комплексной пренатальной диагностики было обследовано более 4 млн беременных женщин. В 2015 г. в Российской Федерации на учёт в женскую консультацию в первом триместре встали более 85% от общего числа беременных, а обследо-

ны были 1,4 млн из них (87,4% от числа вставших на учёт до 14-й недели беременности).

По данным Росстата, в результате проведения комплексной пренатальной диагностики за 2012–2015 гг. было выявлено более 50 тыс. плодов с врождёнными пороками развития, в том числе в 2015 г. – 16 тыс. В результате число детей, умерших от

врождённых пороков развития в возрасте до 1 года, сократилось за этот период на 10,8%.

«Так как прослеживается устойчивая положительная динамика роста числа беременных женщин, вставших на учёт в ранние сроки – от 11 до 14 недель – и прошедших дородовую диагностику, а также ежегодно фиксируется снижение показателя младенческой смертности, мы считаем, что поручение Президента можно снять с контроля», – отметила эксперт рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», депутат Госдумы РФ Разият Натохо. – Конечно, не все проблемы в организации процесса проведения пренатальной диагностики уже решены. Так, например, по данным Росздравнадзора, в 2015 г. сохранялся дефицит врачей ультразвуковой диагностики. В 7 регионах укомплектованность специалистами УЗИ составляет менее 50% (Магаданская, Ульяновская, Кемеровская области, Красноярский край, Республика Коми, Крым, Ямало-Ненецкий автономный округ).

Эксперты рекомендуют Правительству РФ совместно с исполнительной властью субъектов Федерации принять меры к обеспечению этих регионов специалистами УЗИ.

Зафиксированы факты, когда

пренатальная диагностика проводилась с нарушением установленного срока (Забайкальский, Пермский край, Амурская и Магаданская области) или в неполном объёме (республики Бурятия, Калмыкия, Коми, Мордовия, Тыва, Чувашия, Забайкальский, Краснодарский, Приморский край, Амурская, Костромская, Липецкая, Магаданская, Псковская и Челябинская области).

Эксперты ОНФ считают, что Росздравнадзору надо продолжить комплексные проверки в медицинских организациях родовспоможения, чтобы регулярно отслеживать и исправлять подобные нарушения.

Важно напомнить, что с марта 2014 г. по поручению Президента РФ, данному по итогам «Форума действий», создан механизм учёта мнения ОНФ при снятии с контроля поручений В.Путина. Контрольное управление главы государства направляет в ОНФ доклады Правительства РФ для подготовки заключений, без которых решение в отношении тех или иных поручений не принимается.

Активисты ОНФ предложили доработать проект Концепции охраны репродуктивного здоровья населения России.

Игорь ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Перспективы

Центры семьи и брака должны работать по принципам превентивной медицины и помогать молодым семьям в вопросах планирования детей. С такой инициативой выступили участники «круглого стола», который прошёл в Госдуме РФ и был посвящён проблемам сохранения здоровья нации и улучшения демографической ситуации.

Участники встречи согласились с тем, что принятые в стране меры по охране репродуктивного здоровья жителей страны, и в частности здоровья матери и ребёнка, приносят положительные результаты. Так, удалось добиться снижения материнской и младенческой смертности. Есть положительная динамика в рождаемости. Выросло количество семей, которые решились на рождение второго и последующего ребёнка. Это стало возможным, в том числе, и благодаря материнскому капиталу, который, по оценке экспертов, стал важным фактором реализации в России долгосрочной демографической политики. Родители принимают решение завести ещё детей, в том числе и благодаря существованию материнского капитала как дополнительной финансовой подушки, которая помогает им улучшать жилищные условия и оплачивать образование детей.

Говоря об увеличении народонаселения как об одном из ключевых условий национальной безопасности, на «круглом столе» подчеркнули, что рост демографии возможен только при достижении суммарного коэффициента рождаемости выше 2,15. Сегодня в нашей стране он равен 1,78. И, к сожалению, по данным Росстата, несмотря на то, что россияне в

Шагаем к «паспорту здоровья»

Планировать детей должны помочь центры семьи и брака

среднем хотят иметь больше двух детей, в реальности достичь этого пока не представляется возможным. По результатам выборочного исследования «Семья и рождаемость» неудовлетворительное состояние собственного здоровья мешает рождению желаемого числа детей почти у половины населения страны.

Виной всему, по убеждению руководителя Центра ОНФ по мониторингу качества и доступности здравоохранения, депутата Госдумы РФ Николая Говорина, пренебрежение россиянами, и особенно мужчинами, к своему здоровью. Избыточный вес и ожирение имеют около 60% жителей страны. Регулярно курят и выпивают более 40%. По данным ВОЗ, по уровню потребления спиртных напитков Россия занимает четвёртое место в мире.

– Сегодня смертность среди мужчин трудоспособного возраста – для нас одна из самых социально значимых проблем. И закрывать на неё глаза нельзя. Перед нами стоит задача не только устранить внешние причины, которые приводят к гибели мужского населения, такие как алкогольная зависимость, ДТП, но и выстроить модель ранней профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, – подчеркнул депутат.

Участники мероприятия согласились, что необходимо повышать ответственность россиян за своё здоровье и популяризировать здоровый образ жизни. Для того



Россияне хотят иметь больше двух детей. Однако...

чтобы это стало системой, в Минздраве России приступили к разработке проекта Концепции охраны репродуктивного здоровья населения. Среди её основных направлений максимально перспективным является не столько борьба с репродуктивными потерями, сколько создание единой профилактической среды. При таком подходе наблюдение за состоянием здоровья будущих родителей должно начинаться ещё во время планирования рождения малышей.

– Общественная палата, Госдума РФ, Совет Федерации и

Правительство России должны поддержать социально значимую инициативу по созданию единой профилактической среды в области демографии и репродукции, – подчеркнул директор НИИ урологии Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук Олег Аполихин. – К сожалению, несмотря на улучшение демографических показателей, население нашей страны стареет. В результате увеличится диспропорция между пожилыми и молодыми людьми и, соответственно, нагрузка на социальную систему. Необходим закон, который будет

формировать социальные и экономические стимулы к созданию семьи и рождению детей. При этом в обществе необходимо популяризировать объединяющий принцип социальной солидарности и ответственности. Нам нужно сделать упор в перераспределении социальных благ в пользу семей с большим количеством детей. Например, уменьшить налоговую нагрузку на такие семьи. Человек же, со своей стороны, должен быть экономически и социально заинтересован в сохранении собственного репродуктивного здоровья. И здесь необходимо принятие мер, вплоть до законодательных.

По мнению участников «круглого стола», центры семьи и брака должны работать в первую очередь по принципам превентивной медицины и помогать молодым семьям в вопросах планирования детей. Также прозвучало предложение ввести в России «паспорт репродуктивного здоровья» и «сертификаты молодожёнов», которые дали бы возможность парам, желающим завести детей, обследоваться бесплатно.

В заседании приняли участие депутаты Государственной думы РФ, в том числе активисты ОНФ, руководители профильных комитетов законодательных и исполнительных органов власти субъектов Федерации, а также представители медицинских профессиональных сообществ.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Как показывает практика, проведение тематических научных конференций является наиболее эффективной организационной формой повышения профессионального уровня врачей. А учитывая географическую отдалённость Дальневосточного региона от центра России, руководство МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России, Общество офтальмологов России и Министерство здравоохранения Хабаровского края придают исключительно важное значение организации научно-практических офтальмологических конференций на «своей» территории.

Так, стало традицией проведение с 2005 г. в Хабаровске ежегодных конференций «Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе». Нынешний форум офтальмологов Дальневосточного федерального округа был уже одиннадцатым. Он прошёл 10 июня 2016 г. и был посвящён проблемам диабетической ретинопатии.

На конференцию собрались более 150 офтальмологов из всех административных территорий ДФО, а также специалисты из большинства филиалов МНТК, офтальмохирургии из различных государственных и частных клиник Российской Федерации. С лекциями и проблемными докладами выступили ведущие учёные системы МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, углублённо занимающиеся проблемой диабетического поражения глаз.

Участников конференции приветствовал директор Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, профессор В.Егоров. Он подчеркнул, что проведение ежегодной региональной научно-практической конференции имеет целью регулярно знакомить офтальмологов ДФО с информацией по актуальным проблемам диагностики и лечения различной глазной патологии. Это позволяет своевременно выявлять заболевания органа зрения на самых ранних стадиях, повышает шансы на сохранение зрительных функций у пациентов.

Все сообщения в программе нынешнего форума были так или иначе ассоциированы с темой сахарного диабета и его «глазных» осложнений.

Главный эндокринолог Минздрава Хабаровского края профессор О.Ушакова отметила, что в 1998 г. в регионе было зарегистрировано 89,1 больных СД на 100 тыс. населения, но к 2015 г. эта цифра возросла до 149,3, то есть прирост весьма значительный – 36%. Профессор Ушакова акцентировала внимание аудитории на необходимости междисциплинарного подхода в клиническом ведении пациентов с СД, а именно на тесном взаимодействии терапевта (врача общей практики) и эндокринолога, нефролога, офтальмолога, кардиолога, гастроэнтеролога.

Ведущий ретинолог РФ, доктор медицинских наук, профессор А.Измайлов (МНТК, Санкт-Петербург) прочитал лекцию «Диабетическая ретинопатия и макулярный отёк: патогенез, клиника, лечение». В данном материале изложено современное понимание патогенеза, классификации, клиники и лечения диабетической ретинопатии и макулярного отёка. Профессор Измайлов систематизировал показания и противопоказания к панретинальной лазерной коагуляции, а также рекомендовал собственную клиническую классификацию диабетического макулярного отёка (наиболее частого варианта диабетического поражения сетчатки) как наиболее простую и оптимальную для амбулаторного офтальмолога: ДМО 1 – начальная: фокальный макулярный отёк при Vis $\geq 0,5$; ДМО 2 – умеренная: фокальный макулярный отёк при Vis $< 0,5$; ДМО 3 – тяжёлая: фокальный отёк сетчатки с очаговой отслойкой нейроретинитиды или с отложениями крупных твёрдых экссудатов в

центре фовеолы, смешанный или плоский диффузный отёк сетчатки.

Вопросам витреоретинальной хирургии пролиферативных форм диабетической ретинопатии (ПДР) была посвящена программная лекция одного из ведущих витреоретинальных хирургов РФ, кандидата медицинских наук Д.Шкворченко (МНТК, Москва). Тактика лечения ранних стадий ПДР является преимущественно консервативной: лазеркоагуляция сетчатки, а также, возможно, задняя витрэктомия. Но при развитой, далеко зашедшей и терминальной стадиях ПДР необхо-

димо Г.Братко (МНТК, Новосибирск) изучила частоту диабетического макулярного отёка в случайной выборке больных СД в Новосибирске. Результат – 6,53%.

Профессор А.Трунов (МНТК, Новосибирск) рассказал о выполняемом им исследовании: «Дисбаланс цитокинов и факторов роста при пролиферативной стадии диабетической ретинопатии». Полученные результаты свидетельствуют о выраженности местного воспалительного процесса, сосудистой пролиферации и активации иммунного реагирования. Эти сведения могут

быть использованы в лечении диабетической ретинопатии было посвящено выступление заведующей отделом витреоретинальной хирургии Н.Юдиной (МНТК, Калуга).

В своём сообщении: «Ретинопатия и ретинэктомия в лечении тяжёлых форм пролиферативной диабетической ретинопатии» кандидат медицинских наук О.Унгурьянов (клиника «Новый взгляд», Москва) убедительно показал, что применение данных методов способствует долговременному полному анатомическому прилеганию сетчатки и сохранению зрительных функций.

Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» Я.Лебедев оценил эффективность применения анти-VEGF-терапии в лечении диабетического макулярного отёка на авитричных глазах при пролиферативной и непролиферативной диабетической ретинопатии.

Алгоритму взаимодействия офтальмологов и эндокринологов в диагностике, динамическом наблюдении и лечении диабетической ретинопатии у пациентов с сахарным диабетом было посвящено сообщение амбулаторного офтальмолога О.Корнеевой

Итоги и прогнозы

Диабет и глаза: огонь на поражение

Может ли пациент избежать необратимой слепоты?



Во время работы конференции

дима хирургия. Залогом успешного витреоретинального вмешательства является полное удаление эпиретинальных образований: задней гиаловидной мембраны, эпиретинальных мембран.

Автор сообщения также представил методику эндовитреальной хирургии при пролиферативном эпиретинальном процессе, показал возможности применения хирургии в среде ПФОС, варианты тампонады витреальной полости. Были показаны хирургические способы борьбы с интравитреальными кровоизлияниями на этапе удаления васкуляризированных пролифератов.

Большой интерес аудитории вызвала подробно и иллюстративно показанная Д.Шкворченко эволюция метода витрэктомии, трёхпортовая техника операции. Автор сделал особый акцент на хирургию 27G, показав её достоинства при лечении пролиферативной диабетической ретинопатии. К ним, в частности, относятся: уменьшение объёма инфузии, отсутствие перепадов давления во время операции, возможность сохранения постоянной визуализации глазного дна за счёт отсутствия эффекта «взбалтывания» кровоизлияний. Кроме того, были показаны преимущества бимануальной техники хирургии при диабетической ретинопатии.

Участники конференции смогли ознакомиться с практическим опытом офтальмологов разных российских клиник по диагностике и лечению диабетической ретинопатии. Так, кандидат медицинских

наук Г.Братко (МНТК, Новосибирск) изучила частоту диабетического макулярного отёка в случайной выборке больных СД в Новосибирске. Результат – 6,53%.

Профессор А.Трунов (МНТК, Новосибирск) рассказал о выполняемом им исследовании: «Дисбаланс цитокинов и факторов роста при пролиферативной стадии диабетической ретинопатии». Полученные результаты свидетельствуют о выраженности местного воспалительного процесса, сосудистой пролиферации и активации иммунного реагирования. Эти сведения могут

быть использованы в лечении диабетической ретинопатии было посвящено выступление заведующей отделом витреоретинальной хирургии Н.Юдиной (МНТК, Калуга). В своём сообщении: «Ретинопатия и ретинэктомия в лечении тяжёлых форм пролиферативной диабетической ретинопатии» кандидат медицинских наук О.Унгурьянов (клиника «Новый взгляд», Москва) убедительно показал, что применение данных методов способствует долговременному полному анатомическому прилеганию сетчатки и сохранению зрительных функций.

Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» Я.Лебедев оценил эффективность применения анти-VEGF-терапии в лечении диабетического макулярного отёка на авитричных глазах при пролиферативной и непролиферативной диабетической ретинопатии.

Алгоритму взаимодействия офтальмологов и эндокринологов в диагностике, динамическом наблюдении и лечении диабетической ретинопатии у пациентов с сахарным диабетом было посвящено сообщение амбулаторного офтальмолога О.Корнеевой

Заведующий отделом витреоретинальной хирургии А.Худяков (МНТК, Хабаровск) представил собственные результаты витреоретинальной хирургии у 16 пациентов с тяжёлыми стадиями тракционной отслойки сетчатки при пролиферативной диабетической ретинопатии. Острота зрения у больных варьировала от неправильной светопроекции до 0,05. Всем им была выполнена 25G-витрэктомия с бимануальной техникой удаления эпиретинальной фиброваскулярной ткани витректором, пинцетом, ножницами и дополнительной эндоиллюминацией при помощи шандельеры. Эффективность данного подхода можно оценить как высокую: у 68% пациентов удалось повысить зрительные функции, обеспечить людям возможность бытовой адаптации.

Ещё одна участница форума – офтальмохирург отдела лазерной хирургии О.Тонкопий (МНТК, Новосибирск) рассказала об опыте применения субпорогового микроимпульсного лазерного воздействия с использованием жёлтого диодного лазера 577 нм в лечении нетракционной отёчной диабетической макулярной ретинопатии. Она обратила внимание коллег на преимущества данной длины волны лазерного излучения и показала на результатах своей клинической работы, что даже однократное применение СМЛЛВ 577 нм позволяет добиться увеличения терапевтической эффективности и уменьшения инвазивности лазерного воздействия.

Витреоретинальный хирург Хаба-

ровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» Я.Лебедев оценил эффективность применения анти-VEGF-терапии в лечении диабетического макулярного отёка на авитричных глазах при пролиферативной и непролиферативной диабетической ретинопатии.

Алгоритму взаимодействия офтальмологов и эндокринологов в диагностике, динамическом наблюдении и лечении диабетической ретинопатии у пациентов с сахарным диабетом было посвящено сообщение амбулаторного офтальмолога О.Корнеевой

Диабетическая ретинопатия была диагностирована у 234 пациентов, из них впервые выявлены различные стадии ДР у 81 человека. Все пациенты с пре- и пролиферативными стадиями ДР были направлены на лазеркоагуляцию сетчатки в Хабаровский филиал МНТК «Микрохирургия глаза».

Как показывает опыт работы клинко-диагностического центра «Вивея», координация и согласованность работы офтальмологов и эндокринологов, регулярное диспансерное наблюдение и адекватное лечение больных СД, а также доступность специализированной и высокотехнологичной помощи в условиях федеральной клиники позволяют добиться стабильности течения диабета и минимизации рисков одного из тяжелейших его осложнений – диабетической ретинопатии.

В целом прошедшая в Хабаровске XI межрегиональная офтальмологическая конференция, посвящённая проблемам диабетического поражения глаза, была высокоинформативной. Офтальмологи Дальневосточного региона смогли ознакомиться с современными диагностическими и лечебными стратегиями при диабетической ретинопатии. Это, несомненно, должно способствовать своевременному выявлению ранних стадий данной инвалидизирующей патологии и адекватному лечению пациентов. Только так можно добиться снижения числа запущенных случаев диабетической ретинопатии, а следовательно, и уменьшения числа слепых и слабовидящих.

Евгений СОРОКИН,
заместитель директора
по научной работе Хабаровского
филиала МНТК «Микрохирургия
глаза» им. С.Н.Фёдорова,
доктор медицинских наук,
профессор.

Проблемы и решения

Революция в наше время: новый метод в определении бесплодия

Актуальность разработки эффективных методов диагностики причин бесплодия обусловлена сложной демографической ситуацией в стране и большим количеством бесплодных браков (15% супружеских пар), причём у половины этих пар бесплодие связано с мужским фактором.

Бесплодие является полиэтиологичным заболеванием. Оно может быть вызвано множеством различных факторов – как эндогенных (первичные, или генетически обусловленные заболевания мужчин и женщин), так и экзогенных (вторичные заболевания).

Выявление причин бесплодия в первую очередь необходимо для выбора тактики лечения, в том числе и для определения возможности применения консервативного лечения или методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Чрезвычайно важным представляется профилактическое обследование той части населения РФ, которая занята на вредных производствах и постоянно подвергается воздействию вредных веществ. В этой группе своевременная диагностика должна носить «предиктивный» характер для проведения своевременного лечения потенциально бесплодных пациентов.

Одним из ключевых процессов дифференцировки сперматозоидов у человека является кардинальное ремоделирование структуры хроматина клеток. Этот многоэтапный процесс включает в себя глобальную замену гистонов в хроматине на вновь синтезирующиеся более простые белки – протамины – с участием транзитных белков и гистоновых шаперонов. Смысл этого ремоделирования состоит в достижении максимальной плотности упаковки генома (ДНК), что обеспечивает выключение экспрессии генов, с одной стороны, и повышает степень защиты ДНК от повреждений в течение процесса оплодотворения – с другой.

Такая сложная программа не может не являться уязвимой. Действительно, большой блок экспериментальных данных, имеющих в мировой литературе, свидетельствует о представленности в популяции клеток эякулята аномальных морфологически и функционально сперматозоидов, хроматин которых описывается в терминах «незрелого хроматина». Биохимические и молекулярно-биологические исследования при этом выявляют в этих клетках нарушения процесса ремоделирования хроматина, приводящие к неспособности сперматозоидов к оплодотворению и нормальному



развитию зиготы, то есть к мужской infertility.

В настоящее время используемые методы диагностики аномалий развития сперматозоидов, приводящие к мужскому бесплодию, основаны на оценке их количества, морфологии, подвижности и наличии или отсутствии разрывов ДНК. Основным способом диагностики мужского бесплодия является макро- и микроскопическое исследование спермы (Лабораторная диагностика мужского бесплодия: Метод, рекомендации. – М., 1979., 20 с.). Этот способ позволяет провести подсчёт сперматозоидов в 1 мл во всём эякуляте, определить количество подвижных сперматозоидов, процент морфологически изменённых форм сперматозоидов и концентрацию лейкоцитов. Данный способ позволяет сделать вывод о видимой патологии спермы – наличии повышенного содержания лейкоцитов и эритроцитов, указывающих на воспалительные и инфекционные заболевания половых путей; наличии малого количества сперматозоидов или их полного отсутствия; наличии аномальных (патологических, дегенеративных) форм сперматозоидов; снижении процента подвижных сперматозоидов.

При использовании данного способа причины патологических изменений в сперме выявить не удаётся, следовательно, провести назначение адекватного лечения мужского бесплодия крайне затруднительно. Анализ современной ситуации в области репродуктивной медицины показывает, что используемые в настоящее время методы диагностики не позволяют точно определить причины мужского бесплодия. Именно по этой причине в ряде случаев пациентам андрологических клиник часто ставится диагноз «идиопатическое бесплодие» (т.е. бесплодие с неустановленными причинами).

Совершенно очевидно, что сло-

жившаяся ситуация настоятельно требует разработки и внедрения в практику медицины новых способов диагностики, основанных на современных методах генетического и молекулярно-биологического



анализа. В этом контексте особенно актуальна разработка методов, позволяющих выявить не только морфологически выраженные признаки патологии, но и те признаки, которые не поддаются рутинному исследованию спермограмм.

Широко используемый метод TUNEL позволяет в определённой степени оценить нарушения в дифференцировке сперматозоидов, выявляя (на количественном уровне) незначительные разрывы в ДНК. Предлагаемый новый метод выявляет широкий набор аномалий хроматина при дифференцировке сперматозоидов. Одним из таких признаков является аномально высокая доступность хроматина сперматозоидов к микрококковой нуклеазе. Это согласуется с наблюдениями, по которым распространённой причиной мужского бесплодия являются дефекты дифференцировки сперматозоидов,

сопровожающиеся аномальной компактизацией ДНК генома.

Предпосылкой создания набора реагентов для определения аномалии упаковки хроматина сперматозоидов человека с использованием микрококковой нуклеазы TAPS явились исследования, проведённые в ООО «СФЕРА» совместно с НИИ ФХБ им. А.Н.Белозерского МГУ им. М.В.Ломоносова в 2013-2014 г. Научными руководителями проекта выступили руководитель лаборатории структуры генома НИИ ФХБ им. А.Н.Белозерского доктор биологических наук Г.Кириянов и доктор биологических наук В.Поляков. В 2014 г. проект получил поддержку Фонда содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере в рамках программы «Коммерциализация». Благодаря поддержке фонда в 2016 г. на российский рынок выйдет первый отечественный диагностический набор для определения мужской фертильности.



Разработанные методы отделения гидролизующего хроматина от интактного впервые показали, что доступность хроматина сперматозоидов к нуклеазе, во-первых, может быть определена строго количественно и, во-вторых, отражает аномалии в дифференцировке сперматозоидов. Данные методы защищены патентом РФ № 2426993 «Способ диагностики аномалий упаковки хроматина при мужском бесплодии».

Набор реагентов TAPS предназначен для диагностики и лечения мужского бесплодия у infertility пациентов, а также в программах экстракорпорального оплодотворения за счёт отбраковки образцов спермы, содержащих клетки с нарушенной упаковкой хроматина; обладает прогностическим эффектом для выбора стратегии лечения специфической патологии, связанной с незавер-

шённой дифференцировкой сперматозоидов (в том числе методами антиоксидантной терапии).

Набор реагентов для определения аномалии упаковки хроматина сперматозоидов человека с использованием микрококковой нуклеазы TAPS эффективно выявляет в популяции сперматозоидов аномальные формы сперматозоидов с нарушениями дифференцировки (по состоянию хроматина); количественно определяет соотношение нормальных и аномальных сперматозоидов в эякуляте, что может быть выражено в степени infertility сперматозоидов пациента; выявляет нарушения дифференцировки сперматозоидов, имеющие общий, системный характер.

Набор реагентов для определения аномалии упаковки хроматина сперматозоидов человека с использованием микрококковой нуклеазы TAPS:

- обладает доступностью для андрологических клиник и центров репродукции, не оснащённых уникальным оборудованием типа точного цитометра, электронного микроскопа, ультрамикротомы и т.п. приборами, требующими для обслуживания специально подготовленного персонала;

- работает в режиме экспресс-анализа (около 2 часов) за счёт упрощённой пробоподготовки образцов спермы по сравнению с методом электронной микроскопии (2 недели), что существенно сокращает время, затрачиваемое на проведение диагностики;

- одновременно позволяет анализировать от 10 до 20 образцов спермы;

- обладает прогностическим эффектом для выбора стратегии лечения специфической патологии, связанной с незавершённой дифференцировкой сперматозоидов (в том числе методами антиоксидантной терапии);

- позволяет получить принципиально новую по сравнению с известными рутинными методами диагностики мужского бесплодия информацию о половой сфере пациентов, характеризующую системную патологию всех сперматозоидов;

- обладает функциями контроля за работой тест-системы в условиях длительного хранения на доступных клеточных моделях.

Набор реагентов TAPS может использоваться в центрах репродукции человека как для увеличения частоты наступления беременности, так и при установлении причины бесплодия в программах экстракорпорального оплодотворения и гомологичной инсеминации за счёт отбраковки образцов спермы, содержащих клетки с нарушенной упаковкой ДНК.

Глеб КИРЬЯНОВ,
доктор биологических наук.

Сотрудничество

Совет Евразийской экономической комиссии утвердил Правила проведения исследований (испытаний) с целью оценки биологического действия медицинских изделий.

Такие исследования проводятся в целях определения соответствия медизделий общим требованиям их безопасности и эффективности, а также к их маркировке и эксплуатационной документации.

Правилами определено, что при проведении испытаний могут использоваться стандарты, включённые в перечень, в результате

По единым правилам

применения которых на добровольной основе полностью или частично обеспечивается соблюдение соответствия медицинского изделия общим требованиям, техническая документация производителя медицинского изделия, а также методы испытаний, аттестованные и утверждённые в соответствии с законодательством государства – члена Евразийского экономического союза (ЕАЭС).

Испытания проводятся по заявлению производителя медицинского изделия или его уполномоченного представителя в учреждениях, организациях и на предприятиях, которые внесены в единый реестр уполномоченных организаций, размещённый Евразийской экономической комиссией в информационной системе ЕАЭС в сфере обращения медицинских изделий на официальном сайте союза.

Для получения доказательств соответствия медицинского изделия общим требованиям заявитель вправе самостоятельно обращаться в уполномоченные организации для проведения испытаний на соответствие конкретным стандартам (в полном объёме или частично) и аттестованным методам, подтверждающим соответствие медицинского изделия общим требованиям.

Правилами также регламен-

тированы порядок проведения испытаний и требования к уполномоченным организациям и порядок оценки их соответствия.

Правила вступают в силу по истечении 10 календарных дней с даты вступления в силу протокола, подписанного 2 декабря 2015 г., о присоединении Республики Армения к Соглашению о единых принципах и правилах обращения медицинских изделий в рамках ЕАЭС, но не ранее чем по истечении 10 календарных дней с даты официального опубликования.

Игорь КОВРОВ,
МИА Сито!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 48 (1987)

Острый аппендицит (ОА) – воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Представляет собой одно из наиболее частых неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Диагностика ОА остаётся затруднительной, особенно для женщин детородного возраста и пациентов старческого возраста. Задержка диагностики и лечения при ОА может явиться результатом увеличения осложнений и летальности.

Основные характеристики	Описание
Нозологическая форма	Острый аппендицит
Класс по МКБ- 10	Класс XI. Болезни органов пищеварения
Код по МКБ- 10	К 35
Специальность лечащего врача	Хирург
Рекомендованная продолжительность ле- чения	3 дня
Продолжительность временной нетрудо- способности	
Стандарт медицинской помощи, утверждён- ный Минздравсоцразвития России	Приказ Минздравсоцразвития России № 636 от 04.09.2006 (скорая помощь)

Классификация

- Острый аппендицит**
- катаральный (простой, поверхностный);
 - флегмонозный;
 - эмпиема червеобразного отростка;
 - гангренозный.
- Осложнения острого аппендицита:**
- перфорация;
 - аппендикулярный инфильтрат (доопера-
ционное выявление);
 - аппендикулярный инфильтрат (интра-
операционное выявление);
 - рыхлый;
 - плотный;
 - периаппендикулярный абсцесс (доопера-
ционное выявление);
 - периаппендикулярный абсцесс (интра-
операционное выявление);
 - перитонит;
 - забрюшинная флегмона;
 - пилефлебит.

Догоспитальный этап

Все больные ОА, а также при подозрении подлежат немедленному направлению в лечеб- ное учреждение, имеющее лицензию на оказание первичной, специализированной медицинской помощи по хирургии в услови- ях стационара, при наличии условий оказа- ния такой помощи в круглосуточном режиме. Направление таких больных в иные стацио- нары может быть оправдано лишь констата- цией врачом СМП нетранспортабельности пациента. В данной ситуации информацию о пациенте следует передать для дальней- шего ведения в ближайший хирургический стационар или специализированный центр по оказанию неотложной хирургической помощи (региональный центр санитарной авиации, территориальный центр медици- ны катастроф, областная больница и т.п.), специалисты которого должны определить объём необходимой интенсивной терапии для стабилизации состояния больного. При положительной динамике больной будет транспортирован в ближайшее хирургиче- ское отделение (санитарный транспорт класса «С»). При отсутствии эффекта паци- ента следует оперировать силами выездной хирургической бригады. О случаях отказа от госпитализации и самовольного ухода из приёмного отделения следует инфор- мировать поликлинику по месту жительства пациента с назначением активного вызова хирурга на дом.

Диагностика

Диагноз устанавливается хирургом. При сомнениях в диагнозе необходим осмотр заведующего профильным хирургическим отделением или ответственным дежурным хирургом.

Анамнез и обследование

Клинический диагноз аппендицита, как правило, основывается на подробном анам- незе и физикальном обследовании больного. Обычно пациенты предъявляют жалобы на боль в животе без чёткой локализации (чаще всего в околопупочной или эпигастральной областях), с анорексией, тошнотой, рвотой или без неё. В течение нескольких часов боль смещается в правый нижний квадрант живота, когда в воспалительный процесс вовлекается париетальная брюшина. Общие симптомы аппендицита включают боль в животе приблизительно в 100% случаев,

Диагностика и лечение
острого аппендицита

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

анорексия – приблизительно в 100%, тошно- та – в 90%, миграция боли в правый нижний квадрант – примерно в 50% случаев. В ряде ситуаций для облегчения трактовки результатов клинико-лабораторных данных можно использовать шкалу Альварадо.

Шкала Альварадо

Признаки	
Болезненность в правой подвздошной области	+2
Повышение температуры >37,3°С	+1
Симптом Щёткина	+1
Симптомы	
Миграция боли в правую подвздошную область (симптом Кохера)	+1
Потеря аппетита	+1
Тошнота/рвота	+1
Лабораторные данные	
Лейкоцитоз > 10х10 ⁹ /л	+2
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево (нейтрофилов > 75%)	+1
Всего	10

Оценка данных

Менее 5 баллов	Острый аппендицит маловероятен
5-6 баллов	Острый аппендицит возможен и пациент нуждается в наблюдении
7-8 баллов	Острый аппендицит вероятен
9- 10 баллов	Острый аппендицит имеется и пациенту требуется экстренное хирургическое вмешательство

Лабораторная диагностика: содержание лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина в периферической крови (желательно – общий анализ крови с определением лейкоцитар- ной формулы). Анализ мочи (физико-химиче- ские свойства, микроскопия осадка). Биохи- мический анализ крови (билирубин, глюкоза, мочевины, желателно С-реактивный белок), определение группы крови и Rh-фактора, кардиолипиновая проба (кровь на RW), дли- тельность кровотечения и свёртываемость крови (по показаниям).

Специальные исследования: общекли- нические – термометрия, исследование ЧСС (пульса), АД, температуры тела, ЭКГ (всем пациентам старше 40 лет, а также при нали- чии клинических показаний), пальцевое ис- следование прямой кишки, вагинальное ис- следование (осмотр гинекологом) женщин.

- Рентгенография лёгких, экскреторная урография, ФГДС и ФКС, КТ и МРТ, лапаро- скопия – по клиническим показаниям.
- УЗИ брюшной полости – для диагностики острого аппендицита и его осложнений, а также проведения дифференциальной диа- гностики с заболеваниями печени, почек, органов малого таза. При наличии аппенди- кулярного инфильтрата – для выявления или исключения абсцедирования. При выявлении периаппендикулярного абсцесса – ультра-

звуковая навигация является основным методом навигации для выполнения перку- танной пункции и/или дренирования.

- КТ брюшной полости (при наличии технической возможности и специалиста). Наиболее точное исследование у пациентов без определённого клинического диагноза острого аппендицита. Чувствительность ме- тода – 95% (100% – при КТ со спиральной развёрсткой), специфичность – 95-99%, что значительно превышает УЗИ, соответ- ственно 81-86%. Должен быть применён для дифференциальной диагностики у пациентов с ожирением (при наличии технической воз- можности), а также при подозрении на пери- аппендикулярный инфильтрат или абсцесс.
 - МРТ брюшной полости – для дифферен- циальной диагностики острого аппендицита у беременных (точность диагностики не усту- пает КТ, при этом пациенты не подвергаются воздействию ионизирующей радиации).
- Наличие типичного рубца в правой под- вздошной области не является доказатель- ством того, что у больного ранее действи- тельно был удалён ЧО.
- Предельный срок нахождения больного в приёмном покое – 2 часа. Если не удаётся исключить ОА в течение этого времени, пациент должен быть госпитализирован в хирургический стационар.
- Если, несмотря на проведённый объём обследования, клиническая картина остаётся

полнения лапароскопической аппендэктомии при наличии оборудования и подготовленной бригады).

Противопоказания:

1. Перитонит с выраженным парезом ЖКТ (наличие компартмент-синдрома с повы- шением внутрибрюшного давления более 12 мм рт.ст).
2. Противопоказания к карбоксиперито- неуму.

Техника лапароскопии при подозрении на острый аппендицит.

Выполняется под наркозом. Оптимальная точка введения 1-го троакара – сразу над пупком. При наличии рубцов по средней линии живота допускается смещение точки установки первого троакара к правой или левой спигелевой линии необходим послой- ный доступ в брюшную полость, вскрытие париетальной брюшины под контролем зрения. При панорамном осмотре брюшной полости, как правило, ЧО выявить не удаёт- ся, поэтому сначала выявляются косвенные признаки острого аппендицита: гиперемия париетальной и висцеральной брюшины в правой подвздошной области, светлый или мутный выпот в правой подвздошной ямке, в малом тазу, по правому латеральному каналу. Однако вышеописанных изменений может не быть, либо они могут являться проявлением другой патологии. Критерием острого аппендицита будет являться его

прямая визуализация, для чего требуется ис- следование с изменением положения опера- ционного стола и введением дополнительных манипуляторов. Для адекватной экспозиции купола слепой кишки и червеобразного от- ростка необходимо положение Тренденбурга (до 45°) с поворотом больного на левый бок. Если при этом не удаётся визуализировать ЧО, необходима установка дополнительного 5-миллиметрового порта, который целесоо- бразнее устанавливать над лопом (обязате- лен контроль переходной складки мочевого пузыря со стороны брюшной полости). Если не удаётся визуализировать ЧО в типичном месте (слияние теней на медиальной по- верхности ободочной кишки), что бывает у тучных больных либо при нетипичном рас- положении ЧО, то необходима установка 2-го дополнительного 5-миллиметрового троакара, который устанавливается с учётом принципа триангуляции – либо в правом под- реберье (по методике F.Gotz) либо несколько медиальнее. Лапароскопия в дальнейшем должна проводиться с ассистентом. Как правило, при установке двух манипуляторов ЧО удаётся выявить. Если ЧО не выявлен, это является показанием к типичному доступу по Волковичу – Дьяконову и традиционной ревизии ЧО.

Определение показаний к аппендэк- томии во время лапароскопии. При выявлении ЧО вопросы могут возникнуть при дифференцировке деструктивных и не- деструктивных форм ОА, а соответственно, и показаний к удалению ЧО. Макроскопи- ческими признаками деструктивных форм ОА является: утолщение диаметра ЧО и его ригидность, гиперемия или багровый цвет отростка, наложения фибрина, перфорация ЧО. Если отмечается только лишь инъекция сосудов серозы ЧО при отсутствии других признаков деструктивного воспаления, то ключевым методом определения ригид- ности ЧО отростка является его пальпация браншами инструмента и вывешивание на инструменте. Если ЧО не свисает на ин- струменте «симптом карандаша+», то необ- ходимо расценивать это как флегмонозный аппендицит и выполнять аппендэктомию, если же имеется свободное свисание на инструменте «симптом карандаша-», то не- обходимо отказаться от аппендэктомии и выполнить дальнейшую ревизию органов брюшной полости, малого таза, лимфоузлов брыжейки тонкой кишки.

При выявлении деструктивного аппенди- цита предпочтительнее трансформировать диагностическую лапароскопию в лапаро- скопическую аппендэктомию.

Рекомендуемый объём обязательных и дополнительных методов диагностики при остром аппендиците на 1-е и 2-е сутки на- ходится в приложении 1.

Особенности диагностической
лапароскопии при подозрении
на острый аппендицит

Показания:

1. Подозрение на острый аппендицит.
2. Наличие острого аппендицита (для вы-

Предоперационная подготовка

Перед операцией производится опорожнение мочевого пузыря, гигиеническая обработка зоны предстоящей операции, введение желудочного содержимого толстым зондом (по показаниям). Медикаментозная предоперационная подготовка проводится по общим правилам. Основами для неё являются: распространённый перитонит, сопутствующие заболевания в стадиях суб- и декомпенсации, органные и системные дисфункции. Обязательными являются предоперационная антибиотикопрофилактика и предупреждение тромбозомболических осложнений.

Анестезиологическое обеспечение

Эндотрахеальный или ларингеально-масочный наркоз, спинальная или эпидуральная анестезия с потенцированием.

Лечение

Острый аппендицит является показанием к неотложной аппендэктомии. При установленном диагнозе острого аппендицита оперативное лечение должно быть начато как можно быстрее с момента установления диагноза. В стационарах, располагающих возможностью применения минимально инвазивных вариантов аппендэктомии, диагностическую лапароскопию целесообразно выполнять всем больным, у которых предполагается наличие острого аппендицита (исключение – распространённый аппендикулярный перитонит с проявлениями тяжёлого абдоминального сепсиса или септического шока).

Противопоказания к аппендэктомии:

- Аппендикулярный инфильтрат, выявленный до операции (показано консервативное лечение).
- Плотный неразделимый инфильтрат, выявленный интраоперационно (показано консервативное лечение).
- Периаппендикулярный абсцесс, выявленный до операции без признаков прорыва в брюшную полость (показано перкутанное дренирование полости абсцесса, при отсутствии технической возможности – вскрытие абсцесса внебрюшинным доступом).
- Периаппендикулярный абсцесс, выявленный интраоперационно при наличии плотного неразделимого аппендикулярного инфильтрата.
- Инфекционный шок (требуется предоперационная коррекция в отделении реанимации).

Виды оперативного вмешательства:

1. Лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ): предпочтительный способ минимально инвазивного выполнения аппендэктомии

для хирургических стационаров, имеющих соответствующее техническое оснащение и подготовленных хирургов.

Лапароскопическая аппендэктомия и открытая аппендэктомия (ОАЭ) сопоставимы по количеству осложнений. В исследованиях 90-х годов прошлого столетия отмечалось значительное снижение раневых осложнений после ЛАЭ по сравнению с ОАЭ, однако после ЛАЭ отмечалось увеличение количества послеоперационных абсцессов брюшной полости. Недавние исследования показывают схожие результаты в отношении количества итраабдоминальных послеоперационных осложнений после ЛАЭ и ОАЭ, связанных с накоплением опыта хирургов и увеличения изучаемой популяции больных.

ЛАЭ может рассматриваться как золотой стандарт в лечении ОА. ЛАЭ предпочтительна у больных с ожирением и у больных пожилого возраста.

Удаление неизменённого ЧО при отсутствии другой патологии брюшной полости возможно, если имелся анамнез аппендикулярной колики при наличии верификации каловой обструкции по предоперационным данным (УЗИ, КТ, МРТ) или данным лапароскопии.

Техника ЛАЭ предполагает обработку культи отростка одной или двумя лигатурами с формированием простых узлов или петлёр Редера без её перитонизации. Мобилизацию червеобразного отростка рекомендуется производить с помощью электро- или ультразвуковой коагуляции либо оборудования, обеспечивающего эффект сплавления коллагеновых структур кровеносных сосудов. При этом осуществляется поэтапное пересечение брыжейки. Отросток извлекается из брюшной полости в контейнере.

Касательно обработки культи отростка обнаружено, что использование степлера не уменьшает время операции и количество раневых внутрибрюшных осложнений. Высокая стоимость степлера позволяет сделать выбор в пользу закрытия петлёр Редера. Однако если ЛАЭ выполняется хирургом с опытом менее 30 операций, в ночное время (без надзора опытного хирурга), то использование степлера может рассматриваться как преимущество.

При наличии реактивного выпота лучше применять только эвакуацию экссудата без лаважа брюшной полости, так как последнее сопровождается увеличением количества абсцессов брюшной полости.

Золотым стандартом является 3-портовая ЛАЭ.

Однопортовая ЛАЭ пока уступает 3-портовой.

NOTES-аппендэктомия выполняется в строго контролируемых клинических исследованиях или экспериментальных протоколах.

Fast-track-протоколы для послеоперационного периода могут быть применены и являются предметом дальнейшего изучения при остром аппендиците.

Противопоказания к лапароскопической аппендэктомии: невозможность визуализации ЧО; распространённый перитонит с признаками выраженного пареза ЖКТ, то есть сомнения в качественной визуализации и эффективности лапароскопической санации брюшной полости, а также необходимость назоинтестинальной декомпрессии тонкой кишки; общие противопоказания к выполнению карбоксиперитонеума.

Ограничения лапароскопической аппендэктомии: выраженная воспалительная инфильтрация основания червеобразного отростка и купола слепой кишки из-за высокого риска прорезывания и/или петли Редера и несостоятельности культи ЧО. В данной ситуации вопрос о продолжении ЛАЭ должен решаться совместно с ответственным хирургом либо заведующим профильным отделением, либо хирургом, имеющим большой опыт выполнения ЛАЭ. При высоком риске несостоятельности культи следует выполнить её перитонизацию с помощью кисетного интракорпорального шва. Если формирование кисетного шва невозможно из-за выраженной инфильтрации стенки купола слепой кишки, то возможно применение линейно-режущего эндоскопического степлера с бережной резекцией инфильтрированной части купола слепой кишки в пределах здоровых тканей. Если отсутствует возможность наложения кисетного шва и применения степлера, то целесообразно выполнение лапароскопически ассистированной аппендэктомии.

2. Лапароскопически ассистированная аппендэктомия: способ минимально инвазивного выполнения аппендэктомии либо альтернатива конверсии, когда на любом этапе ЛАЭ устанавливается, что её выполнение связано с высоким риском развития осложнений. Через небольшой разрез под контролем лапароскопа захватывают ЧО и выводят его наружу. Дальнейшая техника аппендэктомии идентична классической. Санацию брюшной полости можно осуществить как традиционно, так и лапароскопически. **Противопоказания** аналогичны ЛАЭ.

3. Традиционная (открытая) аппендэктомия из доступа по Волковичу – Дьяконову. Рекомендуется при отсутствии возможности круглосуточного использования эндовидеохирургического комплекса и обученной бригады хирургов. Общие рекомендации: брыжейка отростка перевязывается или прошивается с последующим пересечением, культи отростка перевязываются, затем погружаются кисетным и Z-образным швами. Рекомендуется использование атравматических нитей. Традиционно выполняется антеградным способом (от верхушки ЧО к

его основанию), но при фиксации верхушки может быть выполнена ретроградная аппендэктомия с предварительной перевязкой и пересечением основания ЧО отростка и его мобилизацией в сторону верхушки. При наличии гнойного или калового выпота в брюшной полости обязательно оставление дренажной трубки в полости малого таза, выведенной через дополнительный разрез. **Противопоказания к аппендэктомии доступом по Волковичу – Дьяконову:** распространённый перитонит (любые признаки тяжёлого сепсиса, септического шока, сомнения в эффективности одномоментной санации брюшной полости).

4. Срединная лапаротомия. Показана больным с распространённым аппендикулярным перитонитом с выраженным парезом ЖКТ, сопровождающимся увеличением внутрибрюшного давления (компаратмент-синдром). Помимо основного хирургического приёма (аппендэктомия) операция, как правило, дополняется назоинтестинальной интубацией, дренированием поражённых отделов брюшной полости и лапаротомией. При выявлении распространённого перитонита во время лапароскопической аппендэктомии, прежде всего, следует руководствоваться степенью пареза тонкой кишки. Выраженный парез (тотальный парез тонкой кишки с дилатацией кишечных петель более 4 см в диаметре) должен являться показанием к широкой срединной лапаротомии.

Особенности тактики при остром аппендиците у беременных

При поздних сроках беременности могут быть отрицательные симптомы раздражения брюшины (Щёткина – Блюмберга, Воскресенского) и, как правило, хорошо выражен психо-симптом Образцова, а в ряде случаев симптомы Ситковского и Бартomme – Михельсона. Методом выбора обезболивания при операции у беременных является спинномозговая анестезия.

Следует учитывать изменение положения слепой кишки во второй половине беременности при проецировании разреза передней брюшной стенки. Реальная угроза выкидыша при преждевременной родовой деятельности после аппендэктомии требует щадящей хирургической техники, назначения в пред- и послеоперационном периодах препаратов, понижающих тонус матки (прогестерон, витамин Е, 25%-ный раствор сернокислой магнезии внутримышечно и т.д.) и наблюдения больной акушером-гинекологом.

Несмотря на литературные данные, свидетельствующие о безопасности ЛАЭ у беременных, преимущества ЛАЭ незначительны, однако риск гибели плода выше, чем при открытой аппендэктомии, что может являться поводом для отказа от ЛАЭ.

(Окончание следует.)

Экспертное мнение

Аппендицит является одной из самых распространённых патологий в абдоминальной хирургии и составляет 25% в структуре всей ургентной хирургии. Таким образом, операции при остром аппендиците относятся к категории наиболее частых вмешательств.

За последнее время в хирургии аппендицита произошло много знаковых событий, в частности, внедрение малоинвазивных методов – видеоэндоскопической технологии, чрескожных чреспечёночных вмешательств. Национальные клинические рекомендации нужны для того, чтобы врачи могли правильно использовать этот алгоритм в лечении как можно большего числа пациентов, тем более что техническая оснащённость большинства многопрофильных больниц уже сегодня позволяет применять малоинвазивные технологии.

Сразу оговорюсь, что малоинвазивная хирургия не внесла каких-то серьёзных изменений в показатель летальности при остром аппендиците, потому что летальность при данной патологии, как правило, обусловлена поздней обращаемостью больного за медицинской помощью: пациент поступает к хирургам с клиникой перитонита. И важно знать, что при перитоните есть ситуации, когда малоинвазивная операция противопоказана, а именно перитонит с выраженным вздутием живота, когда требуется широкая лапаротомия, чтобы уменьшить внутрибрюшное давление. Это очень сложное лечение, успех которого, прежде всего, зависит от командной работы хирургов и анестезиологов-реаниматологов.

В то же время использование малоинвазивных подходов в хирургии острого аппендицита позволило снизить показатель



послеоперационных осложнений и уменьшить количество напрасных аппендэктомий.

Напрасные аппендэктомии – негативное явление, которое имело место при традиционном подходе, то есть когда выполнялся классический разрез по Волковичу – Дьяконову в правой подвздошной области. Часто это происходило в ситуациях, когда в стационар поступала женщина фертильного возраста с гинекологической патологией – воспалением придатков, апоплексией, овуляторным или предменструальным синдромом. Выполнялась операция, больше нацеленная не на то, чтобы удалить червеобразный отросток, а чтобы посмотреть, воспалён он или нет. То есть с диагностической целью. В итоге нередко приходило заключение патологоанатомов, что это был простой катаральный аппендицит, который в настоящее время уже не считается острым аппендицитом в привычном смысле. Согласно сегодняшним канонам, удалять червеобразный отросток надо, когда он действительно изменён, когда имеется макроскопическая форма флегмонозного воспаления.

Есть специальные признаки и приёмы

оценки ситуации, которые описаны в национальных клинических рекомендациях, и это один из самых важных пунктов документа. Мы также показываем результаты: после внедрения лапароскопии процент напрасных аппендэктомий сводится к нулю.

В значительной мере российские НКР по лечению острого аппендицита приближены к общемировым, и это, я считаю, правильно. И в России, и в Германии, и в США аппендицит у больных протекает одинаково, поэтому пациентов необходимо лечить схожими методами. При этом, конечно, нам нужно ориентироваться на экономическую ситуацию в своей стране, но ещё раз подчеркну: в настоящее время российские больницы оснащены таким образом, что лапароскопическая аппендэктомия может быть выполнена без существенного увеличения экономических затрат.

Во время формирования НКР самые сильные споры были вызваны обсуждением наиболее сложных клинических ситуаций при остром аппендиците. Например, как нужно действовать при некоторых видах осложнений, в частности, при аппендикулярном инфильтрате, который обнаружен внезапно, уже в ходе выполнения экстренной операции? После серьёзной дискуссии мы склонились к необходимости выработать дополнительные критерии, которые позволяют дифференцировать пациентов и выбирать хирургическую тактику. Эти критерии есть в НКР.

Какая информация может оказаться принципиально новой для хирургов в отношении

лечения аппендицита? Новым будет то, что сама по себе лапароскопическая аппендэктомия предпочтительнее открытой хирургии, и она должна быть методом выбора. Таков основной постулат.

Всё остальное – детали. Прежде всего, предлагается при возникновении осложнений, таких как периаппендикулярный абсцесс и послеоперационные осложнения, выполнять тонкоигольные чрескожные пункции под контролем ультразвука. Далее, чётко расписано, как надо выполнять диагностическую лапароскопию, чтобы не делать напрасную аппендэктомию, и каковы критерии перехода диагностического этапа уже непосредственно в лапароскопическую аппендэктомию.

Над формированием национальных клинических рекомендаций по острому аппендициту работала и продолжает работать большая команда экспертов. Нельзя сказать, что НКР полностью завершены, они будут дорабатываться по мере появления новых данных о результатах лечения и новых медицинских технологий. Я надеюсь, что эти клинические рекомендации станут настольным документом для всех хирургов и помогут принять верное решение в любой сложной ситуации.

Александр САЖИН,
заведующий кафедрой общей хирургии
педиатрического факультета,
доктор медицинских наук, профессор.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н.И.Пирогова.

Лапароскопия как метод выбора

Одной из достопримечательностей Копенгагена является башенный храм Христа Спасителя. По островерхой крыше его колокольни идёт спиралевидная лестница, ступеньки которой постепенно сужаются. Оглянувшись назад, оказываешься на головокружительной высоте, инстинктивно хватаясь за перила и наслаждаешься великолепной панорамой города с его шпилями, заливами, каналами, парками и шведским побережьем на горизонте. Примерно такое же впечатление осталось от прошедшего конгресса Европейской академии неврологии (ЕАН), представившего захватывающие перспективы современной неврологии.

В нём приняло участие более 6 тыс. специалистов, а на 82 сессиях было представлено около 1,5 тыс. устных и стендовых докладов. Это немного меньше, чем на прошлогоднем I конгрессе ЕАН в Берлине (см. «МГ» № 62 от 21.08.2015), но дело ведь не только в количестве, но и в качестве работ. Перегородки фойе, где демонстрировались стендовые доклады, были украшены иллюстрациями известных сказок Ганса Христиана Андерсена – «Новое платье короля», «Дюймовочка», «Принцесса на горошине» и т.д. Неврологических «королей» на конгрессе было немало.

Датские регистры

Удивительно, что крошечная Дания, население которой составляет около 5,5 млн человек, а неврологов насчитывается менее 300, представила более 100 тезисов (что сопоставимо с числом тезисов из России, где неврологов, согласно официальной статистике, около 20 тыс.). «Мы рассматриваем проведение конгресса ЕАН в Дании как признание нашей научной работы», – сказал президент Датского неврологического общества Мадс Генрик Рагенборг (M.H.Ravnborg). Особенно сильна датская неврология своими базами данных (регистрами). Регистры отражают реальную клиническую практику (а не специально отобранные когорты больных, как в клинических испытаниях (КИ)). Поэтому преимущества и недостатки применяемых методов лечения становятся очевидны. На конгрессе были представлены многочисленные данные датских регистров. Например, широкомасштабное когортное исследование когнитивных способностей детей, чьи матери принимали противосудорожные препараты (ПЭПы) во время беременности. Были проанализированы результаты школьного тестирования 479 021 ребёнка. В целом дети матерей, принимавших ПЭПы во время беременности, отставали в умственном развитии от своих сверстников, особенно если принимались вальпроаты и клоназепам. В другом исследовании изучалась возможная связь мигрени с аурой (МА), повышении плотности белого вещества мозга (ППБВ) (white matter hyperintensities – WMH) и частотой «немых» инфарктов мозга (ишемических инсультов). Изучались близнецы женского пола в возрасте от 30 до 60 лет с МА и без неё. Частота «немых» инсультов и ППБВ определялась с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ). Никакой связи между МА и частотой инфарктов мозга не выявлено. Прежние представления о повышенном риске инсульта при мигрени оказались развенчаны. Третье исследование на основе регистра было посвящено болезни Шарко – Мари – Тутта (ШМТ) – наиболее частому наследственному неврологическому заболеванию, которое проявляется нарастающей слабостью в руках и ногах, приводящей к инвалидности. Частота болезни ШМТ, по данным датского регистра, составляет 0,76 на 100 тыс. населения, продолжительность жизни – 70 лет (что на 10 лет ниже, чем в популяции).

Наиболее интересные доклады по основным темам (эпилепсия, инсульт, когнитивные и двигательные расстройства) были прокомментированы на пресс-конференции, а также на специальной итоговой сессии в последний день работы конгресса. Начнём с болезни Альцгеймера.

Продолжительные аплодисменты

Как известно, риск деменции с возрастом увеличивается, и примерно в 70% случаев её причиной является болезнь Альцгеймера (БА). По прогнозам экспертов,

Деловые встречи

Неврологические сказки

В Копенгагене состоялся II конгресс Европейской академии неврологии



На постерной сессии

число дементных больных в мире увеличится с 47 млн в 2015 г. до 75 млн в 2030-м. Расходы на одного такого больного в домашних условиях составляют 14 500 евро в год, а при его содержании в доме престарелых эта цифра увеличивается до 72 500 евро. На сегодняшний день не существует методов остановить или обратить вспять неумолимый процесс нейродегенерации. Однако, как подчеркнула директор Датского центра исследования деменции Гунгильда Вальдемар (G.Waldemar), «утверждение, что деменция – неизбежный спутник старения, глубоко ошибочно: половина 90-летних людей не страдает от расстройств памяти».

Хорошая новость для любителей кофе прозвучала от финских исследователей. Согласно исследованию CAIDE, ежедневное употребление 4-5 чашек кофе в среднем возрасте приводит к менее выраженной атрофии медиальных отделов височной доли (гиппокампа) в старости. Как известно, гиппокамп играет ключевую роль в процессах запоминания. Одним из клинических критериев БА и лобно-височной деменции (ЛВД) является первичная прогрессивная афазия, которая характеризуется в первую очередь трудностями в подборе нужного слова (логопенический вариант), аграмматизмом и апраксией речи (аграмматический вариант) и непониманием отдельных слов (семантический вариант). Любопытным признаком прогрессивного надъядерного паралича (PSP) является «тест трёх хлопков» – больного просят сделать 3 хлопка вслед за врачом. Если он хлопает ровно 3 раза, то получает 0 баллов, если 4-5 раз – 1 балл, если больше 5 хлопков – 2 балла, а если аплодирует и не может остановиться – 3 балла. По данным немецких неврологов (постерный доклад P32120), данный тест имеет низкую

чувствительность и высокую специфичность.

Некоторые расстройства у дементных больных могут быть ятрогенными. Например, без каких-либо оснований этим больным назначаются антипсихотики, вызывающие побочные эффекты. По данным датского регистра 2012 г., частота назначения антипсихотиков варьировала от 7,6 до 32,9%. Как заявила вышеупомянутая Вальдемар, почти пятикратная разница не находит рационального объяснения: «Необходимы стандарты фармакологического лечения таких больных, основанные на доказательствах». Также недостаточно внимания уделяется лечению соматических расстройств при деменции. Например, по данным недавнего шведского исследования из 29 500 дементных больных у 5700 наблюдалась фибрилляция предсердий (ФП) (это известный фактор риска инсульта). Однако лишь 40% больных с ФП получали варфарин. Чем более выражены когнитивные расстройства, тем меньше вероятность получения больного варфарина.

Сон и Паркинсон

Как отметил на пресс-конференции президент ЕАН Гюнтер Дойшль (G.Deuschl, Германия), «болезнь Паркинсона встречается примерно у 2% людей старше 65 лет и является одним из наиболее частых нейродегенеративных заболеваний, поражая примерно 1,2 млн европейцев. В связи с увеличением продолжительности жизни ожидается удвоение этого числа к 2030 г. Поскольку в европейском списке наиболее затратных неврологических расстройств болезнь Паркинсона (БП) находится на пятом месте, необходимы инновационные подходы для эффективной профилактики её прогрессирования». БП развивается задолго до появления

двигательных расстройств. Её ранними признаками является снижение обоняния (гипосмия), запоры, головокружение и характерные поведенческие расстройства в быстрой фазе сна (REM-sleep behavior disorder). У здоровых людей эта фаза не сопровождается двигательной активностью, а больные на ранних стадиях БП физически «осуществляют» свои сновидения. Итальянские исследователи сравнивали остроту обоняния на ранней стадии БП с контрольной группой здоровых людей такого же возраста. Более острое обоняние в контрольной группе объясняется лучшими связями коры и хвостатого ядра, которое контролирует произвольные движения. Профессор Дойшль также отметил постер М.Титовой и соавт. (Сибирский государственный медицинский университет, Томск), исследовавших обоняние у 104 больных с БП. Из них у 80% отмечалась гипосмия, у 19% – anosmia, и лишь у двоих обоняние оказалось нормальным. Расстройства обоняния появлялись в среднем за 6 лет до появления первых двигательных расстройств. Между прочим, это был единственный российский постер, отмеченный на нынешнем конгрессе.

Решающая роль в прогрессировании БП отводится альфа-синуклеину, причём нарушения агрегации этого белка передаются от одного нейрона к другому. Поэтому, считает Дойшль, будущая терапия БП должна быть направлена на остановку или хотя бы замедление этой цепной реакции. Патологические изменения происходят не только в мозговых нейронах, но и в нейронах кишечника, откуда они, возможно, «мигрируют» в мозг. Характерные изменения белка также обнаружены в клетках кожи и слюнных желёз. «Эти находки открывают дверь новым подходам к раннему распознаванию и лечению БП», – отметил Дойшль. Возможно, диагноз БП на ранних стадиях будет ставиться путём биопсии кишечника, слюнных желёз или кожи. Недавно Общество двигательных расстройств (Movement Disorder Society) опубликовало критерии диагностики продормальной фазы БП (когда нарушения движений отсутствуют). Риск развития БП включает образ жизни (курение, употребление кофе), генетические факторы, обнаружение биомаркёров и продормальные симптомы, такие как запор или гипосмия.

Два устных доклада (O1117 и O3123) были посвящены лечению тремора с помощью фокусированного ультразвука под контролем МРТ. Израильские авторы использовали ультразвуковую таламотомию при эссенциальном треморе и БП. Из 40 больных у 33 в кататнезе отмечался стойкий эффект (прекращение тремора).

Другая группа исследователей лечила эссенциальный тремор путём ультразвуковой абляции мозжечково-таламического тракта.

О пользе централизации

Вопросы профилактики, диагностики и лечения инсульта детально обсуждаются на специализированных строкологических конференциях, но в программе конгрессов ЕАН они также занимают видное место (184 тезиса по инсульту на нынешнем конгрессе). Кроме того, состоялся совместный симпозиум Европейской организации инсульта (ЕОИ) и ЕАН. Считается, что в странах ЕС живёт 8,2

млн человек, перенёвших инсульт, а ежегодное число новых случаев его оценивается в 1,3 млн случаев. Механическое удаление тромба после инсульта (тромбэктомия) при окклюзии крупных мозговых сосудов позволяет добиться хороших результатов в 60% случаев. Шесть европейских обществ (ЕАН, Европейская ассоциация нейрохирургических обществ, Европейское общество неотложной медицинской помощи, Европейское общество минимально инвазивного неврологического лечения, Европейское нейрорадиологическое общество и ЕОИ) совместно подготовили рекомендации по проведению механического тромбэктомии. Она показана у 6-8% больных инсультом.

«На войне главное не медицина, а администрация» – эти приписываемые Н.И.Пирогову слова вполне можно перефразировать применительно к лечению инсультов. Данные более 9500 больных Датского регистра инсульта продемонстрировали, что реорганизация строкологической помощи в центральном регионе Дании оказалась оправданной. Начиная с 2012 г. больные с симптомами инсульта стали госпитализироваться не в 5 больниц, а в два инсультных отделения (stroke units). В результате большему числу больных стал проводиться внутривенный тромболитизм, в летальность в первые 30 дней после инсульта снизилась с 10,4 до 8,2%.

Какое диагностическое исследование лучше проводить для выяснения типа инсульта – компьютерную томографию (КТ) или МРТ? Два датских исследования у 444 больных с инсультом показали, что МРТ более информативна, врачи чувствуют себя увереннее при решении вопроса о тромболитизме, но её выполнение (по сравнению с КТ) длится на 7,5 минут дольше. Наверстать потерянное время предлагается за счёт улучшения организации помощи. Например, на съезде были представлены данные итальянского исследования, в котором сокращение времени «от двери до иглы» (door to needle time – DNT) достигнуто за счёт экстренного КТ- или МРТ-исследования «с колёс» кареты скорой помощи, минуя приёмный покой.

Более чем в половине случаев у выживших после инсульта выявляются когнитивные расстройства. Транскраниальная стимуляция левой теменной коры анодным электрическим током (tDCS) улучшает имитационную апраксию у больных с левополушарным инсультом.

Олимпийские презервативы

Зика – название тропического леса в Уганде, давшее имя вирусу, вызывающему микроцефалию у плода и синдром Гийена – Барре



Копенгаген сегодня

у взрослых. Вспышка эпидемии Зика весной 2015 г. в Бразилии привела к его распространению в странах Латинской Америки. Предполагается, что в Бразилии этим вирусом было инфицировано 1,5 млн человек, что привело к 5 тыс. случаев микроцефалии. «Мы ясно видим неконтролируемое распространение новой эпидемии, которая не пощадит Европу», – заявил на пресс-конференции президент Всемирной федерации неврологии (ВФН) Раад Шакир (R.Shakir, Великобритания).



Раад Шакир

ВФН недавно создала рабочую группу, одной из задач которой является диагностика неврологических осложнений Зики. Как отметил Шакир, многие ошибочно считают, что вирус опасен лишь для беременных, хотя на самом деле у инфицированных также имеется риск развития тяжёлых неврологических нарушений, таких как синдром Гийена – Барре (по данным недавнего исследования в Бразилии, риск развития этого синдрома увеличивается в 60 раз!), миелит и менингоэнцефалит. При отсутствии адекватного лечения, летальность составляет 5%. Поскольку переносчиками вируса являются гнусные египетские комары (*Aedes aegypti*), в Европе отсутствующие, европейцы могут заразиться во время поездки в страны Латинской Америки. Особый риск представляют грядущие Олимпийские игры в Рио-де-Жанейро. Рабочую группу ВФН возглавляет профессор неврологии Джон Ингланд (J.England, США), который также выступил на пресс-конференции. Он рекомендовал беременным не ездить в Бразилию, а остальным носить защитную одежду (длинные рукава и брюки), пользоваться репеллентами и презервативами (как в самой Бразилии, так и в течение месяца после возвращения домой, поскольку вирус может передаваться половым путём). Риск поражения плода при инфицировании матери составляет 29%.

Достижения эпилептологии

На конгрессе были представлены как фундаментальные, так и клинические работы по эпилептологии. Основной мишенью ПЭПов являются ионные каналы (натриевые, калиевые, кальциевые и др.). При этом нельзя забывать о глии и нейрон-глиальных взаимодействиях. Ряд сообщений был посвящён кардиологическим расстройствам при эпилепсии. Оказывается, сердечные и церебральные каналопатии имеют много общего. Синдром удлинения интервала QT 2-го типа (LQT2) на ЭКГ и идиопатическая эпилепсия, характеризующаяся неспецифическими изменениями на ЭЭГ, возникают при мутации одного и того же гена KCNH2/hERG. При LQT2 чаще отмечаются судороги и ЭЭГ-изменения. При обследовании в Университетской больнице Осло 14 больных с LQT2 у 11 (79%) отмечались потери сознания и у 10 – ненормальная ЭЭГ. Авторы подчёркивают, что кардиальные синкопы и эпилептики трудно дифференцировать. Полученные данные могут быть важны для понимания причин внезапной смерти при эпилепсии (SUDEP).

О достижениях современной эпилептологии корреспонденту «МГ» рассказал Эуген Тринка (E.Trinka, Австрия).



Эуген Тринка

– Это один из самых больших неврологических конгрессов в мире, который уступает по численности лишь конгрессам Американской академии неврологии, – отметил профессор Тринка. – Эпилепсией страдает 1% населения. К сожалению, в предыдущие годы она была недостаточно представлена на общеневрологических форумах, поскольку эпилептологи проводят свои встречи. Но любой невролог, безусловно, должен разбираться в проблеме эпилепсии. На данном конгрессе было много эпилептологических докладов, в которых прозвучали результаты новых исследований и новые антиконвульсанты. Что касается успехов противоэпилептического лечения, то было представлено два новых препарата для монотерапии парциальных (фокальных) судорог (с последующей генерализацией судорог или без неё) – лакосамид и эсликарбазепина ацетат. Я участвовал в КИ эсликарбазепина ацетата, которое показало, что данный препарат столь же эффективен, как и стандартно применяемый карбамазепин с контролируемым высвобождением. В этом КИ участвовало более 800 больных. После 26 недель лечения 70% больных в обеих группах (основной и контрольной) были свободны от припадков (seizure-free). Через год после начала лечения количество больных без припадков также было одинаковым, но эсликарбазепина ацетат лучше переносился и был более безопасен, при его приёме реже выявлялось повышение

щью ЭЭГ у коматозного больного возможно определить, находится ли он в эпистатусе. Таким образом, появляется новый инструмент для оценки таких больных, которые нуждаются в неотложном лечении.

Кроме того, появились новые методики нейровизуализации, позволяющие соединить данные МРТ и ЭЭГ и оценить межнейрональные связи (connectivity) различных участков мозга. Эта область, на мой взгляд, будет развиваться. Также можно интегрировать данные, полученные при магнитоэнцефалографии (МЭГ), которая имеет определённые преимущества перед ЭЭГ, но является дополнительным методом исследования. Функционирование нейронов отслеживается почти в режиме реального времени – можно оценить функциональные нейрональные связи, коррелировать их с когнитивными процессами и нарушениями при эпилепсии. Таким образом, в трёх областях эпилептологии – фармакологическом лечении, диагностике бессудорожного эпилептического статуса и нейровизуализации – достигнут существенный прогресс.

– Какую информацию по эпилепсии должен унести с этого конгресса общий невролог?

– Во-первых, появились новые возможности фармакологического лечения впервые диагностированной эпилепсии. Во-вторых, при неконтролируемых эпилепсиях у больного высок риск умереть (SUDEP). При стимуляции блуждающего нерва частота внезапной смерти снижается, что подтверждает представления о нормальной продолжительности жизни при отсутствии эпилептиформных. В-третьих, рутинная ЭЭГ имеет очень высокую диагностическую ценность и должна применяться при неотложной помощи неврологическим больным, поскольку разработаны критерии интерпретации полученных данных», – резюмировал профессор Тринка.

* * *

«Золушка» – одна из самых известных европейских сказок. В опубликованной несколько лет назад редакционной статье журнала *Lancet Neurology* черепно-мозговая травма (ЧМТ) была названа «Золушкой неврологии». К сожалению, ситуация не изменилась, что и показал прошедший конгресс ЕАН. Не было ни одной сессии по этой медико-социальной проблеме, сопоставимой по значимости с инсультом. На заседании рабочей группы ЕАН по нейротравме под



П. Фосс (слева) и Д. Мурешану

печёночных ферментов. Новый препарат для монотерапии фокальных судорог – это, безусловно, большое достижение.

Я особенно интересуюсь эпилептическим статусом. Поэтому хотел бы отметить два доклада (один из Дании, а другой из Австрии), показавших, что ЭЭГ-критерии, предложенные на международных конференциях по эпистатусу в Инсбруке, Лондоне и Зальцбурге, имеют очень высокую диагностическую точность. С помо-

председательством Петера Фосса (P.Voss, Нидерланды) собралось менее 10 человек. Решили подготовить рекомендации по ведению больных с диффузным аксональным повреждением и провести сессию по лёгкой ЧМТ на III конгрессе ЕАН.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
спец. корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Копенгаген – Москва.

Современные технологии

Большие проблемы малой науки

Новшества есть, а внедрить их часто невозможно...

Сейчас в ходу модное словечко «инновации», которое буквально в переводе с латинского означает – «в направлении изменений».

Именно в таком направлении вот уже несколько лет работают сотрудники Ставропольского государственного медицинского университета (СтГМУ), объединившие на базе этого вуза несколько инновационных предприятий в биомедицинский кластер.

аспирант Д.Крошка – победитель программы «УМНИК», который сейчас готовится перейти в программу «Старт» Фонда содействия инновациям.

Более упрощённое и понятное значение слова «инновация» – внедрённое новшество. Новшества, как видим, есть, а вот с их внедрением не всё так просто. Учёные, занимающиеся новыми разработками, о которых говорилось выше, рассказали о трудностях, с которыми приходится сталки-



В ходе рабочей встречи идёт знакомство с образцами продукции инновационных предприятий СтГМУ

А на днях в СтГМУ прошла встреча с министром энергетики, промышленности и связи Ставропольского края Виталием Хоценко и его заместителем Рустамом Мингазовым. Ректор СтГМУ Владимир Кошель представил гостям малые инновационные предприятия, созданные учёными университета, а сами учёные «показали товар лицом»: были продемонстрированы как опытные образцы продукции, которую планируют выпускать малые инновационные предприятия, так и уже производимые изделия.

Большой интерес вызвал проект профессора С.Сирака, который открывает перспективы применения клеточных технологий в стоматологии. Профессором И.Базиковым разработаны кремы для улучшения регенерации кожи с использованием нанотехнологий. Опытные образцы устройств для ортопедической стоматологии показал

ваться при создании новой продукции и её внедрении. Одной из самых серьёзных проблем для внедрения разработок в производство является сложность получения регистрационных документов на медицинские изделия в Росздравнадзоре. В частности, сложно найти подходящие для производства медицинской продукции производственные площадки.

Руководитель регионального Министерства здравоохранения рассказал о возможностях получения поддержки государства при создании производств, также в ходе встречи были обсуждены перспективы развития технологических центров края, где можно было бы наладить производство оригинальной медицинской продукции.

Рубен КАЗАРЯН,
собр. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Ситуация

Несмотря на рекомендации врачей

Только 29% российских женщин в возрасте 18-44 лет каждые 6 месяцев проходят профилактические осмотры у гинеколога, как это рекомендовано специалистами. Это показал опрос «Индекс женского здоровья», проведённый Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ).

Согласно результатам опроса, в целом большинство женщин (86%) в возрасте 18-44 лет регулярно посещает гинеколога, однако менее 30% делают это раз в полгода. Внимательнее всего к своему здоровью относятся девушки 18-24 лет (среди них эта доля достигает 39%, среди 35-44-летних – 24%). Половина опрошенных (48%) приходит на профилактический приём к гинекологу каждый год, 6% – каждые 2 года, 3% – реже раза в 3 года. Женщины, редко посещающие гинеколога, в 57% случаев призна-

ют, что их поведение противоречит рекомендациям врачей: 89% из них согласны, что профилактические осмотры необходимо проходить каждые 6 месяцев. Чаще всего причиной редкого посещения врача называется хорошее самочувствие (49%), наличие постоянного полового партнёра (39%), нехватка времени (38%), невозможность найти квалифицированного врача-гинеколога (21%).

Каждая седьмая женщина (14%) идёт к гинекологу только в случае возникновения проблем со здоровьем. Более того, при появлении симптомов 40% ждут несколько дней, не пройдут ли они сами собой, а 26% готовы терпеть достаточно долго, пока ситуация серьёзно не ухудшится. Только 33% записываются на приём сразу же при обнаружении определённой симптоматики.

Игорь ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

В рамках II конгресса Европейской академии неврологии (EAN) состоялся сателлитный симпозиум компании EVER Neuro Pharma «Интеграция стратегий лечения в остром периоде и реабилитации после инсульта».

Как известно, инсульт является гетерогенным состоянием, при котором в организме наблюдаются разнообразные процессы пато- и саногенеза. А значит, подход к лечению и реабилитации таких больных также должен быть мультимодальным. Симпозиум открылся выступлением **Милана Воско** (M.Vosco, Австрия), посвящённым современным представлениям о процессах нейровосстановления (neurorecovery) при остром инсульте. Если раньше ключевым понятием (парадигмой) при лечении инсульта была «нейропротекция», то теперь акцент делается на «нейровосстановлении», которое начинается уже в отделении реанимации. Доказано, что лучшие результаты лечения острого ишемического инсульта достигаются при госпитализации больного в специализированные инсультные палаты (stroke units) и проведении внутривенного тромболитика в первые 4,5 часа после начала заболевания. Но даже в лучших европейских клиниках частота внутривенного тромболитика не превышает 25-30%. На нейропротективную терапию возлагались большие надежды, однако, по данным опубликованного в 2004 г. обзора, лишь два лекарственных средства продемонстрировали положительный тренд при клинических испытаниях (КИ) – цитиколин и церебролизин. Предполагается, что в случае церебролизина короткие цепочки нейротропных способны проникать через гематоэнцефалический барьер и имитировать действие нейротрофических факторов, которое является мультимодальным и плейотропным. Экспериментальные исследования данного препарата продемонстрировали активацию нейрогенеза и пере-

Современные технологии

Русалочка танцует без боли

Нейрореабилитации необходима фармакологическая поддержка

стройку белого вещества за счёт активации сигнальных путей «звукового ёжика» (sonic hedgehog). Для оценки клинического эффекта церебролизина создаётся всемирный регистр больных, получающих его в остром периоде инсульта (CREG-S registry). Это открытое, проспективное, мультицентровое исследование, в котором исходы объективизируются с помощью видеозаписи 5-минутного интервью с больным, независимого ранжирования по модифицированной шкале Рэнкина и методов нейровизуализации. Например, диффузионно-тензорное изображение (трактография) позволяет прогнозировать восстановление движений в руке после подострого ишемического инсульта.

Символом нынешнего конгресса EAN стала «Русалочка» Эдварда Эриксона. Бронзовая скульптура на прибрежном гранитном валуне изображает персонаж одноимённой сказки Ганса Христиана Андерсена, которой очень хотелось ходить, чтобы завоевать любовь живущего на земле принца, но каждый её шаг сопровождался невыносимой болью. **Андреас Винклер** (A.Winkler, Австрия) блестяще обыграл этот сюжет в своём докладе, посвящённом двигательному восстановлению после инсульта. Могут ли наши больные избежать тех мучений, которые испытала Русалочка? Более чем в 80% у них отмечается гемипарез, а в половине случаев спустя 4 года после инсульта отмечается нарушение функций руки. Концепции восстановления движений после инсульта в настоящее время пересматриваются. Недавнее ис-

следование AVERT показало, что слишком ранняя (в первые сутки после инсульта) мобилизация больных после инсульта в лучшем случае бесполезна и сопряжена с большими рисками осложнений. Помимо размеров мозгового инфаркта, тяжести первоначальных расстройств и тактики лечения в остром периоде, степень восстановления определяется типом и интенсивностью последующего лечения, сопутствующей депрессией, материальным положением больного и т.д. Если у больного в первые 3 суток после инсульта отмечается отведение большого пальца руки и отведение плеча, то это свидетельствует о сохранности бокового кортикоспинального тракта и хорошем прогнозе. Имеются данные об улучшении двигательного восстановления при транскраниальной стимуляции поражённого полушария постоянным электрическим током и транскраниальной магнитной стимуляции. Изучаются возможности фармакологического усиления нейропластичности после инсульта с помощью препаратов различных фармакологических групп. Например, назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) улучшало не только настроение, но и двигательную активность после инсульта. Сейчас проходят рандомизированные мультицентровые плацебо-контролируемые КИ флуоксетина (по 20 мг ежедневно) на протяжении полугода после инсульта. Результаты ожидаются в 2018 г. Недавно опубликованы результаты КИ E-COMPASS (<http://bmcneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12883-016-0553-z>), продемон-

стрировавшего благоприятный эффект лечения церебролизином в сочетании с реабилитацией в подостром периоде инсульта. При этом впервые с помощью методов нейровизуализации была показана благоприятная перестройка в моторных зонах коры и белого вещества. Однако было рандомизировано всего 70 больных.

Почти одновременно в журнале Stroke появилось статья о CARS – рандомизированном плацебо-контролируемом двойном слепом многоцентровом КИ церебролизина в сочетании с реабилитацией в остром периоде инсульта. О полученных результатах рассказал главный исследователь и первый автор данной статьи – профессор **Дафин Мурешану** (D.Muresanu, Румыния). По его словам, прежние клинические исследования церебролизина были сосредоточены на его нейропротективных свойствах, тогда как влияние препарата на нейропластичность недооценивалось. Целью CARS было сравнить эффект ежедневных внутривенных инъекций 30 мл церебролизина в течение 3 недель по сравнению с плацебо в процессе ранней реабилитации больных с супратенториальным ишемическим инсультом. Стандартная программа реабилитации (5 дней в неделю по 2 часа в день в течение 3 недель), начатая на 2-3-й день после инсульта, включала массаж и движения верхних и нижних конечностей (пассивные и активные). Первичным критерием эффективности было изменение суммы баллов по шкале ARAT (тест оценки функции руки). Всего в это

пилотное КИ было включено 208 больных. Данные исследования свидетельствуют о благоприятном эффекте церебролизина на двигательную функцию и общий исход при раннем начале реабилитации.

По окончании симпозиума профессор Мурешану прокомментировал корреспонденту «МГ» полученные результаты: «Было проведено несколько КИ церебролизина с положительными результатами, но выборки были малочисленны, – сказал Мурешану. – Проблема в том, что в прежних КИ препарат назначался в течение короткого промежутка времени (несколько дней). Это препятствовало выявлению его свойств, связанных с нейровосстановлением и нейрорегенерацией. Таким образом, наблюдался разрыв между механизмом действия церебролизина и дизайном КИ. Более длительное назначение препарата в сочетании с другими вмешательствами (в данном случае – с нейрореабилитацией) несомненно даёт шанс получения синергетического эффекта ускорения процесса спонтанного восстановления. Разница между группами по шкале ARAT составила 24 балла. Эти результаты очень важны, но, конечно, исследование нужно продолжить. Необходимо лучше определить конечные точки, уточнить критерии включения. Как говорится, нет предела совершенству или, как поётся в известной песне «Битлз», «Возьми то, что есть, и сделай лучше».

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Копенгаген – Москва.

Решения

Повышение доступности и качества обезболивающей терапии, внедрение в клиническую практику современных подходов к терапии болевого синдрома, расширение номенклатуры наркотических и психотропных лекарственных препаратов, используемых при болевом синдроме, упрощение процедуры их назначения, развитие паллиативной медицинской помощи – такие задачи ставит распоряжение Правительства РФ об утверждении «дорожной карты» «Повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях», подписанное председателем Правительства РФ Дмитрием Медведевым.

Документ внесён Минздравом России во исполнение поручений по итогам заседания Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере от 28 марта 2016 г.

Распоряжением утверждён план мероприятий («дорожная карта»), которым, в частности, предусмотрен комплекс мер, направленных на:

- расширение номенклатуры наркотических лекарственных препаратов, используемых при болевом синдроме, в том числе у детей;
- оптимизацию расчётов потребности в наркотических и психотропных лекарственных препаратах;
- повышение доступности и качества обезболивания;
- упрощение процедуры назначения и выписывания лекарственных препаратов;

Обезболивающие станут доступнее

На это нацелено распоряжение Правительства РФ

- гармонизацию нормативных федеральных и региональных правовых актов в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ;
- совершенствование правового регулирования деятельности, связанной с распространением информации о применении наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях;
- развитие паллиативной медицинской помощи.

Предполагается, что в III квартале Минздрав, Минпромторг России, Московский эндокринный завод и Государственный завод медицинских препаратов проработают вопрос о расширении номенклатуры наркотических и психотропных лекарственных препаратов, необходимых для применения в лечении болевого синдрома у взрослых и детей за счёт лекарств, которые не зарегистрированы и не производятся в России.

В этот же срок будут внесены изменения в инструкцию по медицинскому применению морфина в виде раствора для инъекций в части расширения перечня показаний к применению, уточнения

способа применения и режима дозирования препарата.

Начиная с III квартала 2017 г. зарегистрированные наркотические и психотропные лекарственные препараты будут включаться в перечень лекарственных препаратов, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в том числе в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Представители некоммерческих организаций, имеющих отношение к вопросам паллиативной помощи, высоко оценили повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях.

«Это очень важно. Этот документ должен организовать скоординированную работу всех ведомств, от которых зависит избавление людей от боли и страданий. Ведь для того, чтобы страдающий от невыносимой боли ребёнок или взрослый получил облечение, заводы должны производить нужные лекарства, а это ответственность Минпромторга, – сказала директор фонда «Подари жизнь» Екатерина

Чистякова. – Врачи должны уметь назначать схемы обезболивания, а за образование врачей отвечает Министерство образования и науки РФ. У докторов не должно быть страха перед наказанием за незначительные нарушения правил при использовании обезболивающих лекарств – обеспечить это могут МВД и Минюст. Минздрав, опираясь на врачебное сообщество, должен создать клинические протоколы лечения боли. Всё это записано в «дорожной карте».

Само по себе участие в работе над документом побудило многие ведомства действовать. И результат уже есть. В 2015 г. на 70% больше людей смогли получить адекватное обезболивание по сравнению с 2014 г. Это прорыв...

Однако для полного покрытия потребности в обезболивании России ещё далеко. Только 20% нуждающихся были обезболены в терминальный период жизни. Большинство наших сограждан, умерших от рака, испытывали мучения, которые можно было облегчить.

Придётся ещё много работать для того, чтобы каждый, кто страдает, мог получить избавление от

боли», – подчеркнула руководитель фонда.

«Мы участвовали в создании «дорожной карты» в части вопросов по детству, – говорит руководитель программы «Обезболивание» благотворительного фонда «Детский паллиатив» Надежда Четвёркина. – Основной вопрос – расширение номенклатуры обезболивающих препаратов для детей, регистрация отечественного препарата морфин короткого действия в таблетках. Неинъекционная форма морфина – золотой стандарт обезбоживания во всём мире – согласно плану «дорожной карты» должна появиться в России в IV квартале 2018 г.

Важно, что проблемы, озвученные общественными организациями, были услышаны на правительственном уровне. Вместе с Минздравом и другими ведомствами мы смогли выработать системный подход, в результате которого был сформирована «дорожная карта».

Мы рассчитываем, что реализация прописанных в плане шагов постепенно улучшит ситуацию с доступностью и качеством обезболивания для детей и взрослых в нашей стране. В «дорожную карту» внесены критерии оценки эффективности мероприятий, это значит, что у нас есть инструмент для оценки нашей работы».

Разработка документа была начата по поручению вице-премьера Правительства РФ Ольги Голодец. Это поручение социальной вице-премьер дала в ответ на обращение фондов, уже много лет выступающих за повышение доступности обезболивания.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Взгляд

Основной инстинкт

Всё больше людей покупают антидепрессанты, в том числе и такие сильные, как галоперидол, циталопрам и флюоксетин, о чём бьют тревогу английские врачи. Всего 10 лет назад таких предписаний было выписано 29 млн, в 2015 – 61! Эти лекарства, как показано в Калифорнийском университете города Ирвина, блокируют белковые рецепторы допамина на поверхности нейронов, возбуждение которых определяет повышенную беспокойность, страх и агрессию. Но антидепрессанты «поражают» и моторные нейроны в глубинах мозга (подкорковых ядрах), что приводит к паркинсонизму и даже каталепсии, являющейся одним из следствий шизофрении.

Сигналы в виде возбуждающих адреналина и ацетилхолина, а также успокаивающей ГАМК (гамма-аминомасляной кислоты), «подаваемые» на рецепторы нервных клеток, возбуждают или подавляют активность нейронов. Это хорошо видно на примере периодически возникающего чувства голода, сменяющегося в норме чувством насыщения после еды. Управляют основным инстинктом клетки «арочного», или аркуатного ядра (Nucleus arcuatus), на которые действуют нейропептиды, представляющие собой «осколки» больших белковых молекул.

Эллины называли грудю трофейного оружия, собранного на поле битвы, или могильный холм таламом. В мозгу тоже есть такой талам, называемый по-русски зрительным бугром, поскольку впереди от него находится перекрёст зрительных нервов. Естественно, что под ним расположен гипоталамус, нейроны которого отвечают за все основные инстинкты, и аркуатное ядро расположено чуть сзади и ниже от зрительного перекрёста – хиазмы, выше неё располагаются 20 тыс. клеток, определяющих циркадный – околосуточный – ритм смены сна и бодрствования.

Возбуждение нейронов голода вызывается, как определили в Гарварде, действием пептида, который способствует образованию синапсов, или точек межклеточной связи. Можно напомнить, что сами протеины и пептиды включаются после присоединения



Маленький Гаргантюа, вскормлённый его родителями – Г.Доре, 1873

к ним энергоёмких фосфатных групп, которое осуществляется различными ферментами (киназами, фосфатазами и др.) Сначала в Гарварде с помощью такого фермента возбуждали нейроны голода в аркуатном ядре, в результате чего мыши стали активно набирать вес, блокирование же энзима породило у животных «отвращение» к еде даже после голодания. Авторы полагают, что им удалось показать связь между образованием синапсов под действием активированного пептида и периодическим возникновением аппетита. Снижение освещённости по прошествии дня выключает нервную активность, в результате чего «гаснут» и нейроны аркуатного ядра. Именно этим они объясняют хорошо известный факт, что во время сна нам не хочется есть (днём человек может обойтись 8 часов без еды лишь в особых обстоятельствах). Учёные проверяют действие на нейроны ядра и других регуляторов их активности.

Это очень важно для лечения избыточного веса и диабета, переедание при которых грозит комой, слепотой и гангреной конечностей. Гурманы и гастрономы зачастую переедают, получая при этом удовольствие (недаром французы говорят, что еда – единственное удовольствие до-

ступное по три раза на дню). Известно, что чувство удовольствия-вознаграждения возникает при возбуждении допаминовых нейронов, «отвечающих» также за курение, наркотики и секс, а также алкоголь. Считается, что в США до 50 млн людей не могут сказать себе «нет», когда рядом оказывается бутылка.

В Техасском научном центре здоровья показали, что знание нормы в потреблении алкоголя проистекает из баланса действий возбуждающей глутаминовой кислоты (Глю) и тормозящей гам-

ма-аминомасляной (ГАМК) в мозгу. При увеличении первой человек не может удержаться от того, чтобы ещё не «накатить», а второй – даёт сигнал «стоп». Оба нейротрансмиттера-медиатора действуют на особые нейроны с многочисленными синапсами на их отростках, по средней линии глубинных подкорковых структур. Клетки этих ядер, помимо всего прочего, регулируют наши движения, контролируют мышечные сокращения (недаром трезвость оценивают по состоянию пальцев вытянутых рук). Тонкая регуляция нарушается при поражении допаминовой системы, что приводит к болезни Паркинсона. В Техасе показали, что Глю и ГАМК действуют через рецепторы нервных клеток, улавливающие допамин. ГАМК, в частности, даёт сигнал «стоп», подавляя посредством рецептора активность фермента, переносящего на протеины нейрона фосфатные группы. Учёные полагают, что с возрастом число «стоп»-рецепторов постепенно убывает, в результате чего определённая часть людей становится неспособной сказать себе «нет».

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Biological Psychiatry, New Scientist.

Исследования

Упражнения против деменции

Научная группа из Австралии во главе с профессором Кеном Носакой из Университета Эдиут обнаружила, что простейшие физические упражнения помогают предупредить дегенерацию когнитивной функции у пожилых людей. Это, в свою очередь, ведёт к снижению риска развития таких заболеваний, как деменция и болезнь Альцгеймера.

Как выяснили учёные, проанализировав несколько исследований, эксцентрические упражнения, когда мышцы растягиваются, полезнее концентрических (когда мышцы сокращаются). В одном из исследований 26 пожилых мужчин в возрасте от 60 до 76 лет занимались по программе, сочетающей оба вида упражнений. Исследователи постоянно наблюдали, как

участники себя чувствуют после конкретных тренировок.

Через 12 недель по результатам работы было выявлено, что эксцентрические упражнения «работали» эффективнее – давление, пульс, уровень глюкозы в крови и другие показатели после них были лучше, чем после концентрических.

В другом исследовании полные пожилые люди дважды в неделю гуляли по ступенькам в качестве зарядки, и авторы этой работы сделали вывод, что спускаться полезнее, чем подниматься. В доме престарелых Rod Evans Community Centre для постояльцев разработали специальную программу под названием Stay Sharp – в процессе тренировок пенсионеры спускаются по ступенькам и склонам, медленно садятся, ложатся и поднимают гантели. Результаты этого исследования ещё не известны,

так как 12 недель, на которые оно рассчитано, ещё не прошли.

Тем не менее профессор Носака предполагает, что и оно подтвердит его выводы. К.Носака говорит, что эксцентрические упражнения проще, но при постоянном повторении они ведут к серьёзному успеху. Мышцы становятся более сильными, кроме того, такие тренировки требуют больше концентрации, а значит, мозг тоже постоянно упражняется. Нормализуются давление, уровень липидов в крови, чувствительность к инсулину, кровь становится менее густой. Всё это уменьшает вероятность развития как заболеваний, связанных с дегенерацией функций мозга, так и диабета и сердечно-сосудистых заболеваний.

Алина КРАЗУЗЕ.

По информации medicalxpress.com

**Для работы в районной больнице
в пгт Междуреченский Кондинского района,
ХМАО – Югра
(местность приравнена к району Крайнего Севера)**

требуется специалисты
с высшим медицинским образованием:

ОНКОЛОГ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ,
ПСИХИАТР ДЕТСКИЙ, ИНФЕКЦИОНИСТ,
ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ТЕРАПЕВТ,
ПЕДИАТР, НЕВРОЛОГ, ХИРУРГ,
ОФТАЛЬМОЛОГ, ПАТОЛОГОАНАТОМ.

Предоставляются: единовременная компенсационная
выплата медицинским работникам в возрасте до 50 лет
в размере 1 млн руб.; жильё.

Контакты: <http://kondazdrav.ru>,
e-mail: muz-mrb@rambler.ru, приёмная 8 (34677) 32-110.

**Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного
округа – Югры «Советская районная больница»**
приглашает для постоянного трудоустройства

- ✓ уролога
- ✓ оториноларинголога
- ✓ эндокринолога детского
- ✓ психиатра-нарколога детского.
- ✓ инфекциониста
- ✓ эндокринолога
- ✓ кардиолога

Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:

(34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом,
(912) 080-80-48 – заместитель главного врача

по поликлинической работе,

(950) 511-57-83 – заместитель главного врача по детству.

Резюме направлять по адресу: sovhospital@sovbolnica.ru

Адрес: ул. Гагарина, 62а, Советский, ХМАО – Югра 628240
(местность приравнена к районам Крайнего Севера).

Более подробную информацию о нашем учреждении
можно получить на официальном сайте www.sovbolnica.ru

**Областному государственному бюджетному учреждению
здравоохранения «Усть-Кутская районная больница»
(местность, приравненная к районам Крайнего Севера)
требуется следующие специалисты:**

- ✓ фтизиатр, терапевт, акушер-гинеколог, неонатолог,
анестезиолог-реаниматолог, офтальмолог, невролог,
рентгенолог, врач общей практики, кардиолог, педиатр,
оториноларинголог, стоматолог, стоматолог-ортопед.

Заработная плата от 20 000 руб., служебная квартира, соцпакет.

✓ врач общей практики по программе «Земский доктор» для
работы в Марковской участковой больнице (п. Верхнемарково
Усть-Кутского района).

Заработная плата от 40 000 руб., служебная квартира, соцпакет,
подъёмные согласно программе.

Главный врач 8 (39565) 5-77-35.

Зам. гл. врача по общим вопросам 8 (39565) 5-84-82.

Отдел кадров 8 (39565) 5-79-02.

Однако

В Германии санитар от скуки убивал пациентов

**Бывшего санитаря одной из
местных больниц, 39-летнего
Нилса Х., уже отбывающего
пожизненное заключение по об-
винению в убийстве двух паци-
ентов, подозревают в причаст-
ности к смерти ещё десятков
человек. Санитар из Германии
ещё в 2015 г. был приговорён
к пожизненному тюремному
заключению по обвинению в
убийстве пациентов в клинике,
в которой работал.**

вводил инъекции, пытался дове-
сти пациентов до смерти, чтобы
впоследствии реанимировать их
и получить одобрение в среде
своих коллег и хорошую репута-
цию. По словам осуждённого, ему
нравилось осознание того, что он
может их «воскресить». Бывшие
коллеги осуждённого отмечали,
что он всегда присутствовал на
процедурах реанимации и часто
оказывал помощь старшим врачам.

Также следствие изучает данные,
свидетельствующие о необычно
большом количестве смертей в
другой больнице в Ольденбурге,
в которой ранее также работал
осуждённый.

«Кошмар не закончился. Рас-
следование не может быть пре-
кращено», – заявил глава полиции
Ольденбурга.

В суде Нилс Х. также заявил, что
действовал, поддавшись импульсу,
и извинился перед родственниками
погибших.

На данный момент следствие
по этому делу всё ещё продол-
жается. Из-за вновь открывшихся
обстоятельств дела власти дали
разрешение эксгумировать многие
другие тела пациентов медицин-
ских учреждений, в которых рабо-
тал обвиняемый.

Юлия КАРУС.

По информации ВВС.

Как оказалось, на самом деле
осуждённый причастен к смерти
33 человек, более того, по за-
явлению мужчины, он совершал
убийства на собственном рабочем
месте из-за банальной скуки. Свою
деятельность санитар-убийца вёл
сразу в двух городах Германии –
Дельменхорсте и расположенном
неподалёку Ольденбурге.

Следствие сообщило, что в ходе
эксгумации останков 99 пациентов
больницы в городе Дельменхорст
в телах 27 из них были найдены
следы медицинских препаратов,
которые использовал медбрат для
умерщвления больных.

Сам медработник на суде при-
знался в убийстве 30 пациентов.

Во время судебного процесса
осуждённый сказал, что довёл до
состояния сердечного приступа
около 90 своих пациентов. Он

Особый случай

Пакистанские загадки

Пакистанские врачи пытаются выяснить, что является причиной необычного состояния двух братьев. В дневное время в поведении 13-летнего Шоаиба Ахмеда и Абдулы Рашида, которому 9 лет, нет ничего странного. Однако после захода солнца, с наступлением темноты они теряют способность двигаться и говорить.

Джавед Акрам, профессор Пакистанского института медицинских наук, говорит, что у них пока

нет объяснения этому состоянию. Врачи уже провели множество обследований, пытаюсь выяснить,

что происходит с братьями после заката. Образцы крови мальчиков отправлены медицинским специалистам из других стран, кроме того, учёные анализируют образцы почвы и воздуха рядом с местом проживания детей. Врачи отмечают, что наступление темноты не является основной причиной странного состояния – если мальчики днём заходят в тёмное помещение, то ничего аномального в их поведении не происходит.

Родители мальчиков состоят в близком родстве: двое из их шестерых детей умерли в младенчестве, а ещё у двоих отсутствуют подобные симптомы. Семья неспособна оплатить лечение и обследование детей, поэтому средства на проведение медицинских процедур выделило государство.

Яков ЯНОВСКИЙ.
По информации bigstory.ap

Идеи

Американские исследователи из Университета Тафтса предложили новый способ консервации образцов крови. Сейчас для хранения образцы крови и плазмы замораживают, либо наносят капли этих жидкостей на бумажные подложки и высушивают. Кριοконсервация не всегда удобна при сборе образцов крови вне лаборатории, а использование подложек не способно защитить биожидкости от действия ряда факторов.

«Кровавые консервы»

Учёные полагают, что следует использовать для стабилизации крови фиброин шёлка, выделенный из коконов тутового шелкопряда. Образцы крови или плазмы смешивались с фиброином, после чего высушивались. Далее они хранились при температуре от +22 до +45°C.

Исследователи проанализировали образцы крови, хранившиеся в течение 84 дней при температурах, достигавших +45°C, и выяснили, что такой метод действительно можно использовать для консервации крови и плазмы. Один из авторов исследования Дэвид

Кэплан считает, что подобная методика пригодится для сбора и хранения большого количества образцов, например, при проведении масштабных эпидемиологических исследований. Образцы не будут разрушаться даже в том случае, если они нагреются при транспортировке, что особенно важно при перевозке крови в летний период. Примечательно, что учёные уже использовали белки шёлка для стабилизации ферментов, антибиотиков, моноклональных антител и вакцин.

Валентин СТАРОСТИН.
По информации sciencedaily.com

Эксперименты

Цветная мигрень

Исследовательская группа из Гарварда (США) совместно с израильскими коллегами выяснила, что зелёный свет вызывает наименьший дискомфорт у больных, испытывающих мигрень.

Учёные провели эксперимент, в котором приняли участие 69 пациентов, страдавших мигренями в течение длительного времени – в среднем около 19 лет. Во время сильного приступа им предлагалось провести 20 минут при слабом освещении, а после выключения света просили оценить боль по 10-балльной шкале, а также охарактеризовать её, например, отметить, была ли боль пульсирующей.

После этого каждого из участников исследования последовательно освещали белым, синим, зелёным, янтарным и красным светом, постепенно увеличивая

интенсивность. Между циклами делали 3-минутные перерывы, когда испытуемые находились в темноте. В ходе эксперимента участники сообщали, менялась ли интенсивность боли и её характеристики.

Все цвета, кроме зелёного, приводили к усилению боли у 80% добровольцев. Зелёный свет вызывал подобные ощущения лишь у половины испытуемых, а примерно в 20% случаев приводил к ослаблению болевых ощущений. Он, в отличие от света других цветов, оказался способен уменьшать боль даже при малой интенсивности. Авторы во главе с Рами Берштейн полагают, что для облегчения болевых ощущений можно предложить людям, испытывающим мигрень, пользоваться очками с зелёными стёклами либо зелёной подсветкой.

Ян РИЦКИЙ.
По информации newscientist.com

Почему бы и нет?

Учёные из Университета Южной Калифорнии (США) провели эксперименты, наглядно демонстрирующие, что периоды голодания могут ослабить проявление симптомов аутоиммунных заболеваний, например, системной красной волчанки или рассеянного склероза.

Авторы во главе с Вальтером Лонго сперва провели исследование на мышах, после чего получили сходные результаты в исследованиях с участием 60 человек, больных рассеянным склерозом.

Голод во имя жизни

Они утверждают, что сокращение количества потребляемых калорий и краткосрочное голодание помогают не только при борьбе с лишним весом, но и тем, у кого диагностировали аутоиммунные заболевания.

Экспериментальная группа мышей находилась на такой диете в течение 3 недель, это значит, что в течение 9 дней из 21 они употребляли гораздо меньшее количество калорий. Это привело

к тому, что симптомы аутоиммунных заболеваний у таких животных стали менее выраженными, чем у мышей из контрольной группы. У 20% грызунов эти симптомы полностью исчезли. Состояние животных было хорошим и после того, как они вернулись к нормальному рациону.

В другом эксперименте принимали участие люди с рассеянным склерозом: одна группа голодала в течение недели, после чего пол-

года придерживалась средиземноморской диеты, другая питалась как обычно, а третья в течение полугода употребляла продукты с повышенным содержанием жиров.

Пациенты из первой группы сообщили о существенных улучшениях в своём состоянии, они касались как когнитивных, так и физических особенностей. Авторы, однако, подчёркивают, что выборка, на которой проводился эксперимент, очень мала, и они не рекомендуют больным голодание без контроля врача.

Марк ВИНТЕР.
По информации sciencealert.com

Проекты

«Оживить» мозг

Врачи из Индии и США запускают проект ReAnima. Специалистам разрешили работать с 20 пациентами в состоянии клинической смерти после черепно-мозговой травмы. Исследователи намереваются использовать ряд процедур и методов лечения.

Так, пациентам будут делать инъекции стволовых клеток и вводить коктейль из пептидов в мозг. Пептиды собираются ежедневно доставлять в спинной мозг пациентов с помощью помпы. Инъекции стволовых клеток планируют делать раз в 2 недели в течение 6 недель.

Доктор Химаншу Бансал, возглавляющий исследовательскую группу, сотрудничает с биотехнологическими компаниями Revita Life Sciences и Bioquark Inc. Врач утверждает: ранее ему почти удалось вернуть к жизни мозг двух пациентов. Так, вероятно, скоро ученые одержат победу над смертью.

Игорь САВЕЛЬЕВ.
По материалам Zee News.

Дословно

Рождение сиамских близнецов – довольно редкий случай. В Индии на днях появились на свет двойняшки, все жизненно важные органы которых сплелись – у детей одно тело, две головы, две ноги и две пары рук. Сообщается, что вероятность рождения таких близнецов составляет 1 на 200 тыс. Обычно сиамские близнецы одного пола, но в этом случае на свет появились разнополые дети.

По данным Университета Мэриленда (США), около 35% таких детей живут не дольше одного дня, а 40-60% рождаются мёртвыми. Сейчас дети находятся под наблюдением врачей из больницы Садар (Индия).

Вероятность выжить у них составляет, по разным оценкам, от 5 до 25%. Сейчас состояние детей стабильно, однако в дальнейшем им потребуются специализированное лечение, для чего родителям придётся отправиться с ними в больницу в Дели. Пока средств на такую поездку у семьи нет.

Родители близнецов рассказали, что будущая мать регулярно проходила все необходимые об-

Казуистика, да и только



следования, включая УЗИ, ни на одном из них не было выявлено каких-либо отклонений. Кроме того, 24-летняя Шиврайо Деви, у которой уже есть двое старших

детей, не подозревала, что ждёт близнецов.

Борис БЕРКУТ.
По информации ibtimes.co.in

Санитарная зона

Эбола: рано прощаться

Учёные выяснили, что вирус может оставаться в семенной жидкости людей, переживших эпидемию, до 9 месяцев после излечения внешних симптомов. Значит, необходимо продолжать наблюдение за людьми, которых коснулась вспышка вируса Эбола.

Вывод был озвучен по итогам наблюдений, проводившихся в Гвинее в течение 2 лет начиная с ноября 2014 г. Наблюдение затронуло более 700 человек (взрослых и детей), переживших эпидемию Эболы в 2014 г. Сотрудники Университета Конакри сначала в течение года наблюдали за 450 пациентами (анализировали биологические жидкости - слёзы, слюну, каловые массы, вагинальные выделения и семя – в 1-й день, а потом каждые 3 месяца).

В итоге Эболу нашли в образцах, взятых у 8 мужчин. И открытие было сделано 9 месяцев спустя после выздоровления. Но в целом концентрация вируса в семени со временем снижалась. Через 4-6 месяцев вирус выявили только у 16% человек, а на 7-9-м месяце – у 6,5%.

Кирилл ОРЛОВ.
По материалам Zee News.

Ракурс

Я по карте слежу за маршрутом твоим...

Бельгийские исследователи из Института тропической медицины подготовили карты, показывающие динамику заболеваемости сифилисом по всему миру.

В ходе исследования страны сравнивались по проценту положительных родовых тестов, выявивших заражённых сифилисом среди беременных женщин. Так, за исследуемый период в Индии наблюдалось снижение количества положительных результатов тестов с 1,6% в 1973 г. до 0,1% в 1982 г., в то время как в Великобритании в 1947 г. этот показатель уже составлял 0,4%.

Однако в африканских странах уровень заболеваемости сифилисом среди чернокожего населения всегда был высоким. Изобретение пенициллина, ставшего первым действенным средством борьбы с сифилисом, и его промышленное производство – к 1959 г. изготавливалось 600 т пенициллина ежегодно – стабилизировало уровень заболеваемости в регионе на уровне 6%.

В конце прошлого века показатель лишь немного превышал 1%. Первое крупное исследование подобного рода в этих же странах среди белого населения было проведено в 1991 г. Менее 1% тестов оказались положительными.

Авторы статьи признают, что исследование имело многочисленные ограничения, в частности, отсутствуют данные по ряду стран. При этом учёные не смогли найти связь между уровнем заболеваемости сифилисом и такими показателями, как ВВП на душу населения и расходы на здравоохранение, так как организаторы здравоохранения в США, где эти показатели – одни из самых высоких в мире, по-прежнему сталкиваются со вспышками заболевания.

Генрих БЕРНЕР.
По информации PLOS.

Масштабным мероприятием во Дворце культуры областного Совета профсоюзов, в которое входили демонстрация документального фильма, приветствия официальных лиц разного уровня, многочисленные награждения лучших медработников и концерт мастеров искусств, отметил более чем тысячный коллектив Смоленской клинической больницы № 1 150-летие со дня образования учреждения.

Больница на Покровке, как её обычно называют, ведёт отсчёт своего существования с 1866 г., когда по приказу губернской управы в помещениях на месте богоугодного заведения была открыта земская больница. В настоящее время это многопрофильное медицинское учреждение, в состав которого входят стационар на 715 коек, а также две женские консультации на 400 посещений в смену. Как бы оправдывая свой порядковый номер, Первая больница является одним из лидеров регионального здравоохранения. В структуре стационара, например, есть отделения, которые по своему профилю являются единственными на Смоленщине: отделение хронического гемодиализа и острых отравлений, отделение сердечно-сосудистой хирургии, реанимационное отделение для инфекционных больных, акушерская реанимация, центр иммунологии и аллергологии.

Разумеется, персонал клиники использует в работе современные технологии обследования и лечения, благодаря которым становится возможным оказание экстренной и плановой медицинской помощи в короткие сроки в полном объёме круглосуточно.

Ежегодно в отделениях получают квалифицированную помощь более 21 тыс. смолян на стационарном лечении, а количество помещений амбулаторно-поликлинических отделений превышает 200 тыс. Здесь

Вехи

Родом из земства

Знаменитая смоленская больница на Покровке отметила 150-летний юбилей



Операцию проводит профессор, заслуженный врач РФ Сурен Касумьян (слева)

навяву ощущаешь, сколь близки медицинские наука и практика, сколь умело передают здесь свои знания и опыт учёные медицинского вуза представителям практического здравоохранения, сколь органичен их контакт – и всё это во благо жизни пациента.

В хирургическом отделении продолжает традиции знаменитого академика АН СССР профессора С.И. Спасокукоцкого руководитель клиники факультетской хирургии профессор Сурен Касумьян, а заведует

отделением профессор, доктор медицинских наук Расул Алибеков; четверть века заведует сердечно-сосудистым отделением доктор медицинских наук, врач высшей квалификационной категории Леонид Магидов; постоянным консультантом пульмонологического отделения является заведующий кафедрой факультетской терапии Смоленского государственного медицинского университета профессор Александр Пунин, а заведует отделением отлич-

ник здравоохранения Светлана Гуляева, врач высшей квалификационной категории.

Уникальным подразделением, работающим на базе Первой больницы, является областная центр аллергологии и иммунологии, который с 1993 по 2011 г. возглавляла инициатор его создания доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Раиса Мешкова. В среднем за год в стационаре центра проходят лечение до 1350 пациентов, почти половина из которых – дети.

А наибольшее количество «медицинских звёзд» трудится в родильном доме, коллектив которого в следующем году отметит своё 120-летие.

Равнение же коллективы подразделений роддома держат на отделение гинекологии, которое было открыто в 1994 г. по инициативе профессора Александра Иваняна, заслуженного деятеля науки, заслуженного врача РФ. В отделении работают врачи только высшей категории, а акушерский стационар возглавляет доктор медицинских наук, профессор Татьяна Густоварова.

В 2001 г. акушерскому стационару по линии ЮНЕСКО было присвоено звание «Больница, доброжелательная к ребёнку». Так что понятно, с каким нетерпением ожидают на Покровке ввода в эксплуатацию перинатального центра, строительство которого началось в прошлом году. Как сообщил «МГ» главный врач больницы, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Смоленского ГМУ, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Сергей Крюковский, центр будет обеспечивать оказание женщинам и детям помощи на современном уровне.

– Когда будем перерезать ленточку на торжестве открытия перинатального центра, обязательно вспомним вслух: «Мы родом из земства, из XIX века, а делаем медицинскую погоду в XXI компьютерном веке!»

Владимир КОРОЛЁВ,
собр. корр. «МГ».

Смоленск.

Далёкое – близкое

На фасаде Омского областного госпиталя для ветеранов войн до этого события уже было две памятные доски – одна о том, что это памятник архитектуры регионального значения и охраняется государством, а на другой – скупые, но гордые строчки: «В этом здании в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. размещался сортировочный эвакуационный госпиталь № 1494».

Решение об организации этого специализированного лечебного учреждения было принято руководством Омской области на второй день после нападения фашистской Германии на СССР. А уже 2 июля 1941 г. в помещениях 5-й городской терапевтической больницы и аудиториях смежного с ней Казахского педагогического техникума были готовы к приёму раненых фронтовиков палаты на 600 коек (позже их станет больше тысячи) и операционные. Это случилось ровно 75 лет назад. А накануне такой знаменательной даты к двум уже упомянутым памятным доскам прибавилась третья – мемориальная: памяти Героя Социалистического Труда, главного врача госпиталя с 1975 по 2001 г. Виктора Громова. Такого высочайшего звания в Советской России были удостоены

Поклониться до земли

Память о талантливом враче и добром человеке увековечена мемориальной доской

только два медика, живших и работавших в Прииртышье, – Громов и академик АМН СССР Валентина Бисярина. Но если имя знаменитого педиатра Валентины Павловны и сейчас на слуху в медицинской среде, то о Викторе Георгиевиче мало кто из молодых и среднего поколения медиков знает. А это был замечательный человек и талантливый врач.

Виктор Георгиевич родился 14 марта 1927 г. в деревне Лунёво Зубцовского района Тверской области. В «сороковые, роковые» семью Громовых эвакуировали в Сибирь. Незадолго до окончания войны Виктор Громов был мобилизован рабочим на дистанционную службу железнодорожной станции Барабинск. В 1951 г. окончил медицинский техникум, в 1956-м – лечебно-профилактический факультет Омского государственного медицинского института. Одновременно с получением диплома был назначен главным врачом Атирской участковой больницы Тарского района Омской области.

Больница была убогая и всего на 10 коек. Столько же лет Виктор Громов «убил» на строительство новой, а затем и организацию в ней межрайонной туберкулёзной лечебницы с санаторным уклоном на 150 коек. Тогда палочка Коха буйствовала, унося ежегодно сотни жизней, и в большинстве детских. И главный врач Громов выучился ещё на терапевта и фтизиатра. Через пару лет его больница стала образцовым лечебно-профилактическим учреждением, а ещё через год-другой в таёжном Тарском крае на севере Омской области была ликвидирована под корень детская смертность. И не только от туберкулёза. Такого в Сибири никогда не бывало. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 4 февраля 1969 г. за большие заслуги в области охраны здоровья советского народа Виктору Георгиевичу было присвоено звание Героя Социалистического Труда с вручением ордена Ленина и золотой медали «Серп и Молот».

В 1975 г. Громов был назначен главным врачом Омского госпиталя инвалидов войны, и достойно проработал в этой должности 26 лет. Виктор Георгиевич лечил не только телесные, но и душевные недуги пациентов госпиталя, – к тому времени заслуги фронтовиков стали подзабывать. Создание в госпитале военно-исторического музея многим освежило память, а уважение к Громову возросло настолько, что он стал депутатом Омского областного Совета депутатов трудящихся. На заслуженный отдых Виктор Георгиевич ушёл в 74 года, а через 9 лет его не стало. Это была невосполнимая утрата для всех, кто знал Громова и лечился у него. Поэтому на открытие мемориальной доски в память о нём на фасаде госпиталя пришло множество народа. А открыли её министр здравоохранения Омской области Андрей Стороженко и заместитель председателя правительства этой сибирской административной территории Татьяна Вижевитова.

– Важность этого мероприятия не имеет цены. Знаменательно ещё и то, что мемориальная доска открыта накануне 75-летнего юбилея госпиталя для ветеранов, в год 300-летия Омска. Наша задача открыть как можно больше таких досок, которые напоминали бы нам и нашим потомкам о том, что у нас жили и работали те люди, которым нужно поклониться до земли за их труд, – коротко, но предельно чётко сказала Татьяна Анатольевна, возложив к мемориальной доске красные гвоздики. И объявила минуту молчания.

После минуты молчания почти-ли память о Громове его вдова Римма Карловна и сын Сергей. Сергей Викторович, к слову, пошёл по стопам отца – сейчас он главный врач поликлиники № 9 Омска. Достойную себе смену вырастил, воспитал и выучил Виктор Громов!

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Омск.

На литературный конкурс

Евгений АЛЕКСАНДРОВ

Такая вот музыка...

Григорий Корвалолский был в этом провинциальном городе в командировке. Командировка оказалась утомительной и весьма вредной для его центральной и периферической нервных систем. И потому, когда у Корвалолского высвободился последний день, он решил посвятить хотя бы несколько часов знакомству с местным искусством.

Богатый жизненный опыт подсказывал Григорию Митрофановичу, что именно в так называемой провинции он сможет попасть на концерт или спектакль, недоступный ему в родном столичном мегаполисе. Однако, судя по афишам и уклончивым ответам местных граждан, ничего такого сегодня в городе не ожидалось. Ну, разве что выступление шоу-синтез-группы «Малые паруса».

Понимая, что на подобном безрыбье так просто золотую рыбку высокого искусства не поймаешь, Корвалолский, нащупав в кармане своё солидное столичное удостоверение, решительным шагом двинулся не в кассу, а в отдел культуры местной мэрии. Для полной вероятности.

Когда, сделав авторитетное лицо, он вошёл в соответствующий кабинет, то был тут же оглушён трубным голосом изысканно одетого седовласого мужчины. Почти по-итальянски жестикулируя, тот доказывал маленькому, то ли сморщившемуся, то ли съёжившемуся хозяину кабинета, что есть не только в мире, но и в стране группы и похлеще, чем «Малые паруса».

К примеру, группа «Два шага в никуда», – играя «на публику» обертонами, доказывал он. – Или те же «Три свинтуса с плинтуса»! Не говоря уже о «Дымовой завесе»!

– И не говорите! – отбивался



хозяин кабинета. – Их же трудно, то есть накладно пригласить. Они ведь уже кое у кого популярны. Очень! И потому, видели бы вы их райдер!..

– Вот именно! Вот это и хорошо! – гремел седовласый. – Просто нужно уметь изыскивать возможности!.. Ну, на крайняк можно попытаться организовать исполнительницу пригородных романсов Виолетту Захребетскую! Тем более что сейчас входит в моду всё «винтажное»!

– Можно... лишь бы не взвинтила себестоимость... – почти согласился хозяин кабинета.

– И неплохо бы ещё разок пустить в прокат, так сказать, для просвещения, этот, как его... ну тот самый фильм про начало карьеры певца итальянского. Очень знаменитого. Про того самого тенора... Кукурузо.

– Про Энрико Карузо?.. Это можно... – раздумчиво согласился хозяин руководящего кабинета.

– Ну а уж мы-то в долгу не останемся! – радостно рокотнул импозантный мужчина. – Освободим вверенный вам... то есть вашей городской филармонии коллектив, а также всех ваших зрителей от налога на добав-

ленную стоимость их билетов!

– От НДС? Это уже неплохо, уже неплохо... – немного задумчиво закачал своей руководящей головой хозяин кабинета. – На целый месяц?

– Да хоть на два, – авторитетным тоном заверил его собеседник.

– На два? – снова задумалось должностное лицо. – Ну, так тому и быть! Ладушки!

Когда импозантно-седовласый, жизнерадостно напевая что-то полужнакомое и в то же время полужабытое, покинул кабинет, Корвалолский, раздражаемый предположениями, поинтересовался: кем же был этот странный посетитель – импрессарио, продюсером или просто каким-то меценатом?

– А-а... – поморщился и скриivilся тот как от острой зубной боли, – это Ардальтальон Ибрагимович.

– Но кто? Кто он?

– Кто? Глава местного мини-агрохолдинга.

– Кто-кто?! Глава агро...?

– Ну да, холдинга.

– Но при чём тут, простите, это самое искусство? Музыка причём? – продолжил недоумевать Корвалолский.

– Так ведь Ардальтальон Ибрагимовичу нужно куда-то свою гнилую продукцию девать, сбывать то есть... а также овощи.

– Гнилые?! – выразил недоумение Григорий Митрофанович.

– Ну да... – грустно-задумчиво промолвил хозяин кабинета.

– Но как?.. Каким образом? – совсем запутался Григорий Митрофанович.

Хозяин кабинета, явно приходя в себя после ухода импозантного посетителя, подозрительно уставившись на Корвалолского, вздохнул и по инерции признался:

– Приходится помогать прививать новые... гм... забытые старые традиции нашим местным ценителям и поклонникам вокального искусства.

– Какие-такие традиции? – не отставал непонятливый Корвалолский.

– Ну, для начала показываем зрителям старые киношедевры, в которых всяких там исполнителей забрасывают соответствующей их мастерству сельскохозяйственной продукцией, всякими там гнилыми помидорами, яблоками... а также яйцами.

– И даже яйцами?! – подивился Григорий Митрофанович.

– И даже ими.

– И потому приглашаете к себе соответствующих гастролёров? – наконец-то понял Корвалолский.

– А что делать? Надо же как-то помочь развитию нашего местного сельскохозяйственного сектора экономики.

– Даа... – представил себе картину Корвалолский.

– Тем более что сейчас, в наши антисанкционные времена его производство начало развиваться, так сказать, семимильными шагами... Вот только дошагать до рынков сбыта ему пока... сложновато и очень затратно. А потому в ожидании сбыта продукция, сами понимаете, начинает портиться...

Билетик или, точнее, контрамарку на концерт шоу-синтез-группы «Малые паруса» Корвалолский выпрашивать не стал...

Московская область.

Сокровенное

Владимир КОРОЛЁВ

На пороге августа

Солнце уходит на август –
Листья ложатся к ногам.
Грусть набирает свой градус,
Пляж – решето творога.

Краем оврага рябина
Красит закатную тишь.
В озере тонет полмира,
Дрыхнет дремучий камыш.

Выстроив чуткую стену,
Как пограничный кордон,
Лодки доводит до плена,
В рябые волны влюблён.

Славность вечернего лета
Вдруг ощутишь в январе,
Взглядом знакомым задетый
Лучик поймав в хрустале

Солнце уходит на август –
Листья ложатся к ногам.
Грусть набирает свой градус.
Пляж – решето творога.

* * *

Чем осень ближе – красней рябина,
Чем лето жиже – нежнее луч,
Чем дальше юность – острее грустина,
Чем глубже старость – тем глуше ключ.

У родника – свои законы:
Вода из глубы звенит звонком!
Глядишься в стрелеху и бьёшь поклоны,
И в горле стынет сомнений ком.

Согбенны спины – да светлы взгляды,
И опыт стрессов – наш капитал.
Горит калина, и как мы рады:
Созрела сочной! Я гроздь сорвал.

Рукой несильной, но пальцам жарко,
В них ягод дивных земная кровь.
Чем дольше в жизни страшней помарка,
Так ногтем жёстким калинку вскрой!

Пусть в душу брызнет святая алость,
Язык защиплет задира-сок.
...Зимы б дожидаться, чтоб снять усталость,
Чтоб горстью снега прижечь висок!

Смоленск.

Звуки от копья

Розувастин

Повесть Л. Толстого

Амулет

Врач ... Виллан

Город, Азербайджан

Мандельштам, стих.

Цирк (горн.)

"Летаргия", актриса

Колпач

Один оборот

Назв. Византии

Автор Валерий Шаршуков

Мезон, барион

Павлова

Танец у балкарцев

Тобрамицин

Жена Гелиоса

Шапочка, Сев. Африка

Балка на дне судна

Нож, сах. тростник

Костнер

Амер. физик

Единица силы

Гляди в ...

Город, Таджикистан

Поэт ... Салих

Дужка у всадника

Деньги, Аомынь

СКАНВОРД

Дифенилметан

Татья

Торасемид

Трава, краситель

Кожух

Клятва

Оленьи кожи (стар.)

Показывать, где ... зимуют

Англ. архитектор

Повреждение тела

Защитник, футбол

Нота

В Е С Т

К О Д И Н С К

ТАКСАООПКОРИЦАВТИ

УОЛОПЕДИУМРИСЛАМЕП

ИУРДКЛНХУДОБАВЫХОДПОР

ДИАФАНУЩЕКАБОРАКУЛНОТ

ДРПРОСКАГАЗРЕМ

УКОРАТАВРООЛОВО

НДИОНАРЕВВАМ

Отчеты на сканворд, опубликованный в № 51 от 13.07.2016.