

С заботой о Вас!

МЕДИКЕР

№ 3 (26) сентябрь 2016

Международная аккредитация JCI



Кардиология на уровне хайтека

КУРС ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ:
хеликобактер и с чем его едят

ОСТЕОПОРОЗ – «МОЛЧАЛИВЫЙ УБИЙЦА»

Синдром хронической усталости.
Виноват вирус или стресс?

СМАРТ



семейная аптека

Адреса аптек:

- | | |
|---|-------------------|
| г. Алматы Навои, 310 в МЦ Медикер | |
| г. Аксай мкр 5А, дом 3. бывш. гост. Байтерек | |
| г. Актау 1А мкр-н, стр 11 в МЦ Медикер | |
| г. Атырау Севастопольская, 10А в МЦ Медикер | +7/7122/ 465-279 |
| г. Атырау Сатпаева, д. 32, кв.78 | +7/7122/ 212-629 |
| г. Жанаозен мкр. Самал, д. 39А в МЦ Медикер | +7/7293/ 430-583 |
| г. Жанаозен мкр. Шанырак, 30-35 | +7/7293/ 492-647 |
| г. Кульсары пр. Махамбета, стр 120А | +7/7123/ 751-511 |
| г. Уральск ул. Чурина, д 63/3 в МЦ Медикер | +7/7112/ 242-381 |
| г. Шымкент мкр. Нурсат, ул. Аргынбекова. 640 в МЦ Медикер | |
| г. Астана Кабанбай батыра, 19 блок С | +7/7172/ 57-31-76 |
| г. Астана Кабанбай батыра, 17 блок Е в МЦ Медикер | +7/7172/ 79-27-18 |
| г. Астана Ташенова, 20 в МЦ Медикер | +7/7172/ 22-53-58 |
| г. Астана Сыганак, 1 в МЦ Мейірім | +7/7172/ 79-42-50 |
| г. Астана Кургальджинское шоссе дом 4/1 ВП 3,4 в МЦ Медикер | +7/7172/ 79-70-04 |
| г. Астана Кунаева, 8 блок Б | +7/7172/ 91-92-92 |



РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Учредитель и издатель:
ТОО «Energy Focus»

Главный редактор
Аскар Избасаров
д.м.н., профессор, врач уролог-андролог высшей квалификационной категории, член Всемирной и Европейской Ассоциаций урологов

Камал Ормантаев
д.м.н., профессор, академик НАН РК, заслуженный деятель науки РК

Мирзакарим Алчинбаев
д.м.н., профессор, лауреат Государственной премии РК, председатель Ассоциации урологов, главный уролог Министерства здравоохранения РК

Гульжан Садырбаева
генеральный директор ТОО «Медикер»

Ирина Снигирева, к.м.н.

Руководитель проекта
Жанар Кыдырбаева
kudyrbaevavazh@mail.ru
+ 7 707 555 36 57

Дизайн и верстка
Женис Казанкапов

Авторы:
Елена Лазарева, Илона Турабаева, Татьяна Тулегенова, Вячеслав Балыков, Болат Жантуриев, Алмаз Шарман, Айнура Айыпханова, Елена Брусилловская, Наталья Рыльцева, Алия Сагитова, Сауле Сарсенбаева, Ольга Малахова, Акмарал Нурбекова, Ильмира Хусаинова, Эльзара Исакова

Медицинский редактор – Болат Жантуриев, к.м.н.

Корректор – Ирина Хромушина

Журнал зарегистрирован Министерством культуры и информации Республики Казахстан, Комитет информации и архивов. Свидетельство 10882-Ж от 26. 04. 2010 г.
Все предложения, пожелания и замечания по изданию направляйте в редакцию журнала «Медикер». Любое воспроизведение материалов или их фрагментов возможно только с письменного разрешения редакции. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
Мнение редакции не обязательно совпадает с мнением авторов.

Распространяется на территории Казахстана.
Выходит один раз в 3 месяца.
Тираж 7 000 экземпляров.

Адрес редакции:
010000, Республика Казахстан,
г. Астана, ул. Кабанбай батыра, 17, блок Б, этаж 17,
тел.: +7 7172 792524, 792757, 573130
e-mail: energyfocus.info@gmail.com

Содержание

6 **Новости**

Актуально

- 10 Промышленная медицина Казахстана внедряет спутниковые технологии
- 12 «Прекрасная возможность размножать добро...»
- 14 Международная аккредитация JCI: конкурентное преимущество на рынке медицинских услуг и залог защиты организации в суде
- 22 Дело врачей и врачебное дело в современном мире
- 28 Кардиология на уровне хайтека
- 30 Смертельная слизь, *или* Осторожно – муковисцидоз

Образование пациента

- 36 Инфаркт приходит «молча»
- 38 Курс гастроэнтерологии: хеликобактер и с чем его едят
- 42 Сибирская язва. Кто предупрежден, тот вооружен
- 44 Остеопороз – «молчаливый убийца»
- 50 В погоне за молодостью
- 58 К вопросу о внематочной беременности
- 60 Свобода от цистита
- 62 Гиподинамия: скрытая угроза
- 74 Иммуитет: здоровье от рождения
- 76 Почему у вас постоянно заложен нос?
- 78 Синдром хронической усталости. Вина вирус или стресс?

Личность

- 54 Ключевая фигура – ученый

Нетрадиционная медицина

- 64 Боль разведи руками

История

- 68 Интересное об известном. Медицина – древнее искусство. Часть 1

Психология

- 86 Психологическое сопровождение медицинского персонала в онкологической службе

Питание

- 92 Вкусный путь к вашему здоровью
- 94 Суперфуды по-казахстански: безграничная польза при ограниченном бюджете

Реклама

- 96 Санаторий «Алтын-Булак», Сарыагаш



С заботой о Вас!

«МЕДИКЕР-АССИСТАНС»

*Ассистанс - от французского assistance - помощь.
Медицинский ассистанс - это медицинская помощь
организационного характера, направленная на получение
клиентом медицинских услуг с наибольшей экономией времени,
лучшим качеством и комфортом.*

Компания «МЕДИКЕР-АССИСТАНС» - это сервисная медицинская компания, оказывающая медицинские услуги клиентам и страховым компаниям. Система получения медицинского обслуживания по программам добровольного медицинского страхования состоит из нескольких участников:

- **Клиент** - получает медицинские услуги по добровольному медицинскому страхованию или по обязательному медицинскому страхованию;
- **Медицинское учреждение** - оказывает медицинские услуги клиенту;
- **Страховщик** - это юридическое лицо, имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности в области добровольного медицинского страхования;
- **Страхователь** - юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предусмотренной Гражданским кодексом Республики Казахстан, заключившее со Страховщиком Договор по добровольному медицинскому страхованию.

«МЕДИКЕР-АССИСТАНС» сотрудничает со многими ведущими страховыми компаниями, имеет широкую сеть аккредитованных клиник (более 300) и 14 представительств во всех регионах Казахстана.

Какие задачи решает «МЕДИКЕР-АССИСТАНС»:

ДЛЯ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ:

Дает уверенность, что медицинские учреждения профессионально окажут застрахованному клиенту качественную медицинскую помощь своевременно по программам.

ДЛЯ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ:

Гарантированный заказ на оказание медицинских услуг от «МЕДИКЕР-АССИСТАНС».

ДЛЯ КЛИЕНТА:

Получение качественной медицинской помощи в клиниках с высоким уровнем сервиса и современным медицинским оборудованием во всех регионах страны и за рубежом.

ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ СТРАХОВАТЕЛЯ:

Дает уверенность, что сотрудники получат должное внимание и достойный сервис, а также немедленное реагирование в экстренных случаях. Качественное квалифицированное медицинское обслуживание и, как следствие, скорейшее выздоровление сотрудника и повышение трудоспособности.

www.a.mediker.kz

По вопросам заключения договоров на медицинское обслуживание обращаться по телефонам:

**8 (7172) 55-80-91, 92 /вн. 260/
+7 701 705 79 42, +7 747 127 27 87**

КАЗАХСТАНСКИЕ ДЕТИ ПОЛУЧАТ ВОЗМОЖНОСТЬ БЕСПЛАТНО ЛЕЧИТЬСЯ В КЛИНИКАХ ЮЖНОЙ КОРЕИ



В конце июля городское управление здравоохранения г. Алматы подписало меморандум о сотрудничестве с ведущими клиниками Южной Кореи. Об этом сообщил генеральный консул Республики Корея в Алматы Джон Сын Мин.

«Республика Корея знаменита своими высококвалифицированными медицинскими специалистами. В Казахстан приезжают сотрудничать высшие клиники Республики Корея. Я надеюсь, что наши доктора оправдают надежды пациентов в Казахстане. Мы заключили меморандумы с международным медицинским центром «Седжон Евразия» и всеми клиниками Кореи, которые приехали в Казахстан: офтальмологическая клиника Hangi, клиника заболеваний позвоночника Woorigdul, кардиоваскулярный центр Sejong Hospital, Seoul women's clinic», – сказал Джон Сын Мин.

Согласно подписанному меморандуму, зарубежные врачи готовы делиться опытом, а в случаях тяжелых детских болезней – оказывать помощь и бесплатно оперировать маленьких пациентов. Кроме того,

предусматривается ежегодное повышение квалификации около 100 отечественных специалистов в ведущих клиниках Южной Кореи. Специалисты из Сеула уверены, что это поможет Казахстану стать медицинским хабом Центральной Азии. Пак Джен Сик, врач кардиоваскулярного центра г. Сеула, отметил: «Основная цель меморандума – это укрепление сотрудничества между медицинскими учреждениями Кореи и Казахстана. Чтобы специалисты из вашей страны, к примеру, получили возможность пройти стажировку в наших больницах. Так мы сможем обеспечить преемственность в практике лечения пациентов. Те, кто раньше лечился в Корее, смогут получать такое же качественное обслуживание у своих местных казахстанских врачей».

По материалам www.khabar.kz

В ЗКО ДЕЛАЮТ УНИКАЛЬНЫЕ ГЛАЗНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Западноказахстанские врачи учатся делать уникальные операции пациентам с запущенной формой глаукомы и катаракты. В этом им помогают хирурги-офтальмологи Оренбургского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» под руководством профессора Александра Чупрова, которые приехали в Уральск с целью обмена опытом. Россияне провели две уникальные операции на глаза и испытали новый аппарат – фактоэмульсикатор, который недавно был приобретен областной клинической больницей.

«Наши коллеги из Оренбурга приехали к нам, чтобы поделиться своим опытом по хирургии переднего отрезка глазного яблока. Они провели две операции, первая – микроинва-

зивная хирургия глаукомы, которая является малотравматичным, высокоэффективным методом лечения. Вторая операция – по устранению катаракты с помощью ультразвука. После такого хирургического вмешательства, как правило, в разы уменьшается развитие осложнений, не развивается астигматизм, и человеку не нужны очки», – отметил директор областной клинической больницы Ерлан Токсанов.

По мнению оренбургских врачей, областная клиническая больница имеет хорошее техническое оснащение и подготовленный персонал, это позволяет проводить подобные операции, не выезжая за пределы области. Между областным управлением здравоохранения и Оренбургским филиалом ФГАУ «МНТК «Ми-



крохирургия глаза» был подписан меморандум о дальнейшем сотрудничестве. В рамках этого сотрудничества западноказахстанские врачи будут проходить обучение в оренбургской клинике, а российские офтальмологи будут оказывать медицинские услуги уральцам на базе областной больницы на платной основе, что значительно снизит расходы уральских пациентов, которые выезжают за медицинской помощью в Оренбург.

По материалам BNews.kz

НА АЛАКОЛЕ ОТКРЫЛСЯ ПЕРВЫЙ ПАНСИОНАТ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Этим летом на берегу озера Алаколь состоялось официальное открытие первого в Казахстане пансионата для людей с особыми потребностями. Проект реализовал прошлогодний призер конкурса стартап-проектов Startup «Bolashak»* Елдос Баялышбаев. Для воплощения в жизнь своей бизнес-идеи он получил финансирование в размере 8 млн тенге.

Выбор места для пансионата «Асар» исходил из характеристик озера Алаколь, целительные воды которого способствуют лечению заболева-

ний опорно-двигательного аппарата и восстановлению нервной системы. Кроме проживания в номерах и питания, отдыхающим в пансионате предоставляется дополнительный спектр услуг – инвентакси, тренеры по плаванию, занятия на тренажерах, безбарьерное передвижение на инвалидных колясках как внутри помещений, так и по территории пансионата.

Елдос Баялышбаев, когда-то сам пострадавший в тяжелой аварии, является директором талдыкорганского фитнес-клуба для людей с

особыми потребностями «Асар». За два года функционирования клуба 220 человек прошли реабилитацию, 35 из них начали ходить. Таким образом, пансионат «Асар» стал следующим этапом развития данной инициативы.

* Конкурс Startup «Bolashak» реализуется ассоциацией «Болашак» совместно с фондом «Даму». Проект направлен на поддержку социальных и предпринимательских инициатив.

По материалам КАЗИНФОРМ

УЧЕННЫЕ ВПЕРВЫЕ ОБЪЯСНИЛИ, ЧЕМ СПОРТ ПОЛЕЗЕН ДЛЯ МОЗГА



Американские ученые Института биомолекулярной медицины в Нью-Йорке установили, в чем заключается позитивное воздействие спорта на мозг. Оказалось, что фи-

зические нагрузки стимулируют создание новых клеток в гиппокампе – участке мозга, который отвечает за память.

О благотворном воздействии спорта на мозговую деятельность ученые знали давно. Однако до настоящего времени не было объяснения, в чем именно это положительное воздействие заключается. В ходе недавнего исследования, в рамках которого были проведены эксперименты с лабораторными мышами, ученые

констатировали, что физические нагрузки эффективно стимулируют возникновение новых клеток в гиппокампе, а также улучшают выживаемость хрупких новорожденных нейронов.

Несмотря на тот факт, что пока эксперименты проводились лишь с мышами, ученые имеют большие основания надеяться, что приблизительно такое же воздействие спорт оказывает и на мозг человека.

korrespondent.net

УЧЕННЫЕ НАЗВАЛИ ГЛАВНУЮ ОПАСНОСТЬ САХАРОЗАМЕНИТЕЛЕЙ

По данным исследований австралийских медиков сахарозаменители, использующиеся в качестве низкокалорийного аналога естественного продукта, действительно приводят к перееданию. Исследование опубликовано в журнале Cell Metabolism.

Ученые провели эксперименты с использованием сукралозы (интенсивного термостабильного под-

сластителя) сначала на плодовых мушках, затем воспроизвели их на мышах. Опыты показали, что сахарозаменители провоцируют в нервной системе испытуемых образование связей, ответственных за недостаточное восприятие калорийности простых углеводов. Из-за этого организм недооценивает калорийность пищи, а это, в свою очередь, провоцирует переедание.

У мушек за пять суток эксперимента с сахарозаменителями калорийность потребляемой пищи выросла на 30 процентов. Похожая картина наблюдалась и у мышей на седьмой день опытов.

Также ученые заметили, что у мушек и мышей во время исследований наблюдались гиперактивность, бессонница и снижение качества сна.

По материалам lenta.ru

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СНИЖАЕТ РИСК 13 ВИДОВ РАКА



Исследователи из Национального института онкологии в США проанализировали данные о физической активности 12 групп добровольцев из Европы и США. Затем они сопоставили эти данные с распространенностью 26 видов рака. За 11 лет среди 1,4 миллиона участников было выявлено 186 932 случая рака, пишет Business Standard. Ученые обнаружили: высокий уровень физической активности уменьшал вероятность 13 из 26 видов рака. Так, благодаря ему снижался риск аденокарциномы пищевода (на 42%), рака печени (на 27%), легких (на 26%), почек (на 23%), кардиального отдела желудка (на 22%) и эндометрия (на 21%). Кроме того, вероятность миелоидного лейкоза уменьшалась на 20%, миеломы – на 17%, рака толстой кишки – на 16%, головы и шеи – на 15%, прямой кишки – на 13%, мочевого пузыря – на 12%, молочной железы – на 10%. В целом физическая активность снижала риск рака на 7%. Масса тела и курение не влияли на большинство корреляций. Специалисты отмечают: 31% людей во всем мире не соблюдают рекомендации, касающиеся физической активности. Между тем, став активнее, человек может защититься от рака.

meddaily.ru

НОЧНАЯ РАБОТА ЖЕНЩИНАМ ПРОТИВОПОКАЗАНА

Нарушения циркадных ритмов из-за ночных смен влияют на женский мозг сильнее, чем на мужской, заявили британские ученые. В исследовании приняли участие 16 мужчин и 18 женщин, передает Росбалт. Добровольцы провели 28 часов в помещении без естественной смены циклов света и темноты. Это повлияло на циркадные ритмы участников так же, как смена часовых поясов или работа в ночную смену.

Исследователи заметили, что после эксперимента когнитивные функции у женщин ухудшились сильнее, чем у мужчин. Кроме того, ученым удалось установить, что люди, работающие в ночную смену, при употреблении ночью продуктов, содержащих много железа, нарушают циркадные ритмы своей печени. Это повышает риск развития сахарного диабета второго типа, ожирения и рака.

www.rosbalt.ru

ЛЮДИ ЕДЯТ ВРЕДНУЮ ПИЩУ ОТ СКУКИ

Скука – одна из основных причин потребления вредных продуктов, например, чипсов или фаст-фуда. Об этом заявили британские ученые по итогам экспериментов с участием примерно сотни добровольцев. Так, 52 добровольца, которым создали условия, вызывающие ощущение скуки, отвечали на вопросы о пищевых предпочтениях до и после. Оказалось, что, испытав скуку, участники исследования чаще выбирали вредные продукты. Вторая группа состояла из 45 добровольцев, которым показывали

смешное или скучное видео. Во время просмотра добровольцев угощали полезными или вредными закусками. При этом плитки с едой взвешивались до и после просмотра роликов. И люди, смотревшие скучное видео, съедали больше вредных продуктов.

Как объяснили ученые, скука связана с низким уровнем дофамина, стимулирующего мозг и вызывающего чувство удовольствия. Выбор вредных продуктов – попытка повысить уровень этого гормона.

www.rosbalt.ru

ГОРМОН СНА СПОСОБЕН ОСТАНОВИТЬ РОСТ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Исследователи из Бразилии и США выяснили: гормон мелатонин, регулирующий суточные ритмы, не дает опухоли молочной железы расти. Так, вероятно, нехватка сна повышает риск рака груди, пишет The Times of India. Для исследования специалисты выростили из стволовых клеток опухоли молочной железы маммосферы.

Рост маммосфер ускорили с помощью химических веществ, например, эстрогенов и бисфенола А, входящего в состав пищевого пластика. Благодаря лечению мелатонином количество и размер маммосфер существенно уменьшились. Более того, когда на клетки одновременно воздействовали эстроген, бисфенол А и гормон сна, размер и число маммосфер все равно уменьшались. Благодаря проведенным исследованиям, возможно, скоро появится новое лекарство от рака груди.

meddaily.ru

ВИРУС ПОЛИОМИЕЛИТА МОЖЕТ ЛЕЧИТЬ РАК МОЗГА

Рак мозга можно вылечить с помощью вируса полиомиелита. К такому выводу пришли американские ученые после соответствующего исследования.

Они использовали модифицированный полиовирус, чтобы стимулировать иммунитет человека для борьбы со злокачественной опухолью мозга. В результате рак после удаления назад не возвращается.

Клинические эксперименты на людях начались около трех лет назад. Всего в них приняли участие 20 добровольцев, которые имели глиобластому, наиболее распространенную и опасную форму рака мозга. По словам ученых, все участники

эксперимента изначально не имели шансов на выздоровление. Тем не менее, у 12 пациентов был положительный результат после лечения с помощью полиовируса.

Между тем новая методика имеет ограничения для применения. Вирус полиомиелита остается опасным для человека: он может вызвать токсическую реакцию, что приводит к отеку мозга. Другими побочными эффектами могут стать слабость мышц, паралич, судороги, отек конечностей, проблемы с речью, головная боль. Поэтому этот метод еще требует более глубокого исследования.

www.rosbalt.ru

БОЛЬШИНСТВУ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ НУЖНА ОПЕРАЦИЯ, УТВЕРЖДАЮТ ЭКСПЕРТЫ



По словам исследователей из Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество случаев диагноза рака щитовидной железы растет из-за новых методов диагностики. Однако большинство опухолей, выявленных за последние 20 лет, не опасны, сообщает UPI.com.

Ученые обнаружили, что число случаев гипердиагностики рака щитовидной железы в развитых странах растет. Методы, которые начали применять в 1980-х годах, такие как УЗИ шеи, КТ и МРТ, помогли обнаружить небольшие опухоли и узелки на щитовидных железах пациентов. Некоторые врачи, выявив не угрожающие жизни опухоли, назначают пациентам сложные схемы лечения, вплоть до удаления щитовидной железы, и люди вынуждены всю оставшуюся жизнь принимать гормоны.

Так, исследование показало: 70 – 80% женщин из Австралии, Франции, США, Италии и 50% в Японии, Англии, Шотландии и странах Северной Америки между 2003 и 2007 годами был поставлен неверный диагноз. Кроме того, ошибочный диагноз поставили примерно 70% мужчин из Франции, Италии, Республики Корея и 45% из США и Австралии. Ученые считают, что исследования необходимо продолжить.

meddaily.ru

МУЗЫКА СНИЖАЕТ ТРЕВОЖНОСТЬ И БОЛЬ

Музыка способна снизить остроту тревожности, боли, усталости у раковых больных. Любимые мелодии повышают качество жизни у всех, заявили ученые.

Они провели исследование, которое доказало, что музыка позитивно влияет как на физическое, так и на психическое состояние человека, даже когда он неизлечимо болен.

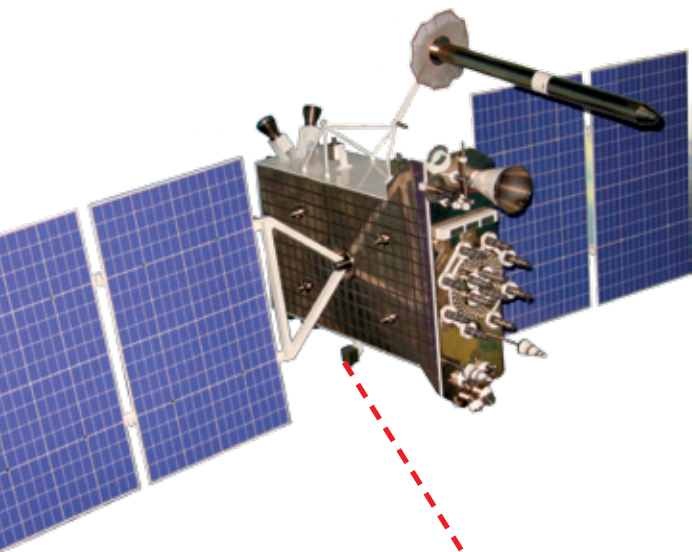
Исследователи провели анализ результатов 52 научных работ с участием 3731 ракового больного. По словам ученых, музыка уменьшала проявления тревожности, усталости, частоты сердцебиения и дыхания. Кровяное давление снижалось. Вполне вероятно, что благодаря музыке потребность в анестетиках и анальгетиках уменьшится, а время восстановления и продолжительность госпитализации сократится. Кардиологи прописывают сердечникам сеансы классической музыки. Например, музыка Моцарта снижает кровяное давление и частоту сердцебиения. Штраус тоже уменьшает частоту сердцебиения, а также уровень опасных биомаркеров.



По словам ученых из Университета Бохума, эксперимент осуществляли с привлечением 120 студентов. 50% из добровольцев слушали музыку в течение 25 минут. Остальные лежали в тишине (контрольная группа). Основную группу разбили на три подгруппы: группа слушавших Моцарта, Штрауса или поп-группу ABBA. До и после прослушивания музыки, а также после сеанса тишины у всех участников исследования измеряли давление, частоту сердцебиения и уровень кортизола (маркера стресса).

Итак, классическая музыка Моцарта и Штрауса значительно снижала кровяное давление и частоту сердечных сокращений. А вот музыка группы ABBA так не работала. В контрольной группе давление снизилось, но не сильно. Зато все музыкальные композиции позволяли сократить показатели кортизола (в особенности было заметно у мужчин и после музыки Моцарта или Штрауса).

ПРОМЫШЛЕННАЯ МЕДИЦИНА КАЗАХСТАНА ВНЕДРЯЕТ СПУТНИКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ





ТОО «Медикер – Промышленная медицина» завершило оснащение своего автопарка из 36 медицинских автомобилей модулями GPS. Благодаря этому отслеживается местоположение автомобилей, скорость передвижения, пройденный километраж, сделанные остановки и стоянки с точными привязками к местности, что особенно важно при эвакуации пациентов из удаленных вахтовых поселков и месторождений.

«Дочка» крупнейшей казахстанской медицинской компании «Медикер», специализирующаяся на предоставлении услуг промышленной медицины, работает на производственных объектах, имеет развитую медицинскую сеть, охватывающую все регионы Казахстана. Это почти 700 пунктов предсменного медосмотра, 30 фельдшерских пунктов, 24 врачебные амбулатории, и более тысячи квалифицированных специалистов, готовых прийти на помощь в любое время дня и ночи. Оснащение всех автомобилей «скорой медицинской помощи» современным спутниковым оборудованием, как надеются в компании, позволит улучшить координацию действий полевых бригад, повысить скорость принятия решений и опе-

ративность предоставления скорой медицинской помощи.

В основном медицинские автомобили размещены на месторождениях, в непосредственной близости от мест работы людей, и находятся в постоянной готовности к выезду, в том числе и для транспортировки пациентов в лечебные учреждения. GPS-навигаторы позволяют отслеживать передвижение медицинских автомобилей через спутник в режиме онлайн, и в случае возникновения нестандартных ситуаций, к примеру, застревания или поломки, принять экстренные меры.

Кроме того, внедрение спутникового слежения уже позволило выявить скрытые резервы, в частности, уменьшить неслужебный пробег и расход топлива медицинских автомобилей, а также повысить водительскую дисциплину.

МЕДИКЕР



Жаркын Щеглова

**«ПРЕКРАСНАЯ
ВОЗМОЖНОСТЬ
РАЗМНОЖАТЬ
ДОБРО...»**

8 августа 2016 года в Астане состоялась встреча сотрудников ТОО «Медикер» с представителями астанинского филиала Общества Красного Полумесяца. По советским меркам – событие рядовое, обыденное, ведь четверть века назад каждый медработник Страны Советов был обязан состоять в международных гуманитарных сообществах.

Но капитализм внес свои коррективы, и сегодня общественные организации, даже такие значимые и известные, как Красный Полумесяц, предоставлены сами себе и вынуждены самостоятельно искать способы привлечения новых членов.

На прошедшей в «Медикер» встрече представители Общества Красного Полумесяца рассказали об истории и принципах известнейшей мировой гуманитарной организации с более чем полуторавековой историей.

Как оказалось, и для многих медикеровцев стало новостью, на территории нашей страны деятельность Общества Красного Креста и Красного Полумесяца стартовала еще в XIX веке, а отчет работы в независимом Казахстане ведется с 1992 года. Сотрудники и волонтеры Общества все эти годы всегда оказываются в эпицентре чрезвычайных событий, разворачивают полевые штабы, оказывают посильную помощь и содействие пострадавшим.

Тут же на встрече выяснилось, что отдельные сотрудники компании «Медикер» уже являются частью многомиллионной гуманитарной армии Красного Полумесяца. Причем речь не только о медиках, чье участие в гуманитарных организациях воспринимается как нечто само собой разумеющееся. К примеру, членом Красного Полумесяца является руководитель службы IT и инновационных технологий ТОО «Медикер» **Жаркын Щеглова**.

– Жаркын, а что побудило, говоря по-простому, компьютерщика стать членом гуманитарной организации? Ведь не совсем по профилю.

– Мне кажется, что творить добро следует вне зависимости от твоей профессии и специализации. Кроме того, я работаю в медицинской компании, по-настоящему социальном бизнесе, что стало дополнительной причиной моего присоединения к Обществу. Красный Полумесяц оказывает помощь тихо, не афишируя, безвозмездно, но при этом очень эффективно, и если есть возможность как-то людям помочь помимо своей

работы, за которую мне платят, а просто потому, что это желание души... Ну, например, при помощи Красного Полумесяца можно обучать детей, родители которых не могут позволить себе оплату курсов в сфере IT. Это шикарная возможность помогать людям, творить добро, размножать, оставлять после себя что-то хорошее, – поделилась своими мыслями **Жаркын**.

Представители Красного Полумесяца после презентации ответили на вопросы заинтересовавшихся в членстве и волонтерстве сотрудников медицинской компании. Как выяснилось, членство в этой организации обходится всего в одну тысячу тенге в год и, субъективно говоря, дает чувство сопричастности к большому, доброму, нужному делу.

Чтобы увидеть, как и где «размножает добро» Красный Полумесяц, можно просто погуглить, но гораздо интересней полистать публикации волонтеров этой организации в «Фейсбуке» и других социальных сетях о том, как они принимали участие в ликвидации последствий схода селя в Талгаре или наводнений в Карагандинской области.

В завершение встречи представители Общества Красного Полумесяца изъявили желание встретиться с коллективами медицинских центров ТОО «Медикер», которые работают по всей стране, а также оставили несколько анкет для индивидуального заполнения, которые тут же были разобраны.

Как сказала **Жаркын Щеглова**: «У меня вообще-то была идея поехать в Гватемалу в качестве волонтера, но туда меня не пустила мама. И чтобы не шокировать родственников, но следовать своим душевным желаниям, я решила, что вот же есть такое сообщество, как Красный Полумесяц. Оно не слишком разрекламировано, к сожалению, но почему бы не стать его частью, сделать такой маленький шаг. Ведь люди и сегодня делают добро, но, к сожалению, не массово и не часто, и вступление в Общество Красного Полумесяца – это шанс изменить мир, сделать его лучше, а если надо, то можно все-таки поехать и волонтером».

**«У МЕНЯ ВОООБЩЕ-ТО БЫЛА ИДЕЯ ПОЕХАТЬ
В ГВАТЕМАЛУ В КАЧЕСТВЕ ВОЛОНТЕРА,
НО ТУДА МЕНЯ НЕ ПУСТИЛА МАМА»**



МЕЖДУНАРОДНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ JCI:

*конкурентное преимущество
на рынке медицинских услуг
и залог защиты организации в суде*



Айнур Айыпханова,
магистр управления здравоохранением
(США), международный эксперт
по аккредитации, заместитель
генерального директора РГП на ПХВ
«Республиканский центр развития
здравоохранения».

Благодаря глобализации информационного пространства, социальным сетям пациенты становятся активными участниками процесса лечения. Глобализация медицинских услуг бросает вызов отечественным организациям, динамично развивается медицинский туризм.

Казахстанский рынок медицинских услуг теряет потенциальных пациентов из-за их оттока в зарубежные клиники – в Южную Корею, Турцию, Израиль, Россию, Китай, Германию. Глобализация рынка медицинских услуг обусловлена тем, что в развитых странах использование коечного фонда очень рациональ-

ное и эффективное, поэтому и сами медицинские организации, и государства (министерства здравоохранения) стран мира активно ведут рекламные кампании для привлечения иностранных медицинских туристов с целью заполнения коечного фонда и большей эффективности использования ресурсов. Этому способствует и золотой знак «международно аккредитован JCI». Чем



МОДЕЛЬ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ» МЕНЯЕТСЯ К БОЛЕЕ РАВНОПРАВНОЙ ПОЗИЦИИ ОБЕИХ СТОРОН, КОГДА ПАЦИЕНТ СТАНОВИТСЯ АКТИВНЫМ УЧАСТНИКОМ СВОЕГО ЛЕЧЕНИЯ

раньше организация начинает комплексно совершенствовать свои системы и процессы через внедрение международных стандартов, отойдя от точечных, карательных мер, тем быстрее она станет конкурентоспособной, безопасной и известной качеством оказываемых услуг.

ИМИДЖЕВЫЕ РИСКИ И УГОЛОВНОЕ НАКАЗАНИЕ ЗА МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ

В Казахстане остается высоким уровень недоверия пациентов к системе здравоохранения, а именно к **качеству услуг**. Из трех взаимовытесняющих аспектов медицинской помощи, известных как «железный треугольник здравоохранения» – качество, доступность и стоимость, именно вопросы качества медицинской помощи актуальны в Казахстане как предмет самых частых жалоб в адрес медицинских организаций. Неуклонно растет число жалоб на

сайте Министерства здравоохранения и социального развития на блоге министра (далее – МЗиСР), в территориальные департаменты ККМФД, в социальных сетях и через прочие каналы обратной связи для сбора жалоб пациентов.

Модель «врач – пациент» меняется к более равноправной позиции обеих сторон, когда пациент становится активным участником своего лечения: задает вопросы, приходит к врачу с уже заранее подготовленными «версиями» для плана своего лечения, у пациента берется письменное информированное согласие на лечение или конкретную процедуру, и это поощряется в мировой практике. Нельзя недооценивать значимость и политические риски жалоб пациентов через СМИ и социальные сети. «Громкая история» пациента о медицинской ошибке или о его личном неблагоприятном опыте вмиг облетает интернет-пространство, и медицинская организация несет огромные имиджевые риски.

Дополнительно к сложившейся ситуации в РК появилось уголовное наказание за врачебные ошибки. В Уголовном кодексе РК¹ новая 12-я глава «Медицинские уголовные правонарушения» прописывает наказание в виде лишения свободы за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей (в т. ч. несоблюдение порядка или стандартов оказания медицинской помощи) медицинским работником, если это повлекло по неосторожности смерть человека или заражение другого лица ВИЧ/СПИД. В развитых странах ведется статистика медицинских ошибок. Каждый десятый пациент в США подвергается медицинской ошибке в течение госпитализации. При возникновении разногласий о качестве лечения и обвинениях врачи в развитых странах защищены тем, что:

¹ См. Уголовный кодекс РК по ссылке: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31575252

1) застрахованы индивидуально или через работодателя;

2) развиты профессиональные ассоциации, членство в которых дает реальную защиту интересов врачей в обществе и на уровне законодательства;

3) внедрены стандарты JCI (Joint Commission внутри США) и протоколы лечения, в рамках которых каждое действие работника обосновано как правильное действие, если он действовал согласно прописанному алгоритму, и он защищен в суде.

В свою очередь, пациенты защищены тем, что есть организации по защите прав пациента, и юристы, специализирующиеся на подаче исков в адрес медработников или медицинских организаций.

ПУТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ИМИДЖЕВЫХ И СУДЕБНЫХ РИСКОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Один из способов снижения имиджевых рисков и поддержания высокого качества лечения через стандартизованные внутренние рабочие процессы – это престижная, желательна международная аккредитация и строгое следование утвержденным в стране протоколам или алгоритмам лечения. Аккредитация – это определение органом по аккредитации соответствия медицинской организации стандартам аккредитации на основе

систематической оценки (аудита на месте). Аккредитация – всемирно распространенный феномен в различных отраслях, и представляет собой измерение процессов и систем в организации и присуждение определенного статуса по результату проведенной оценки¹. Основные цели и эффект аккредитации медицинской организации зависят от целей, преследуемых авторами стандартов².

В мире существует десяток организаций, которые аккредитуют на международном уровне медицинские организации на предмет качества и соответствия профессиональным стандартам в области организации лечебных и рабочих процессов (рис. 1).

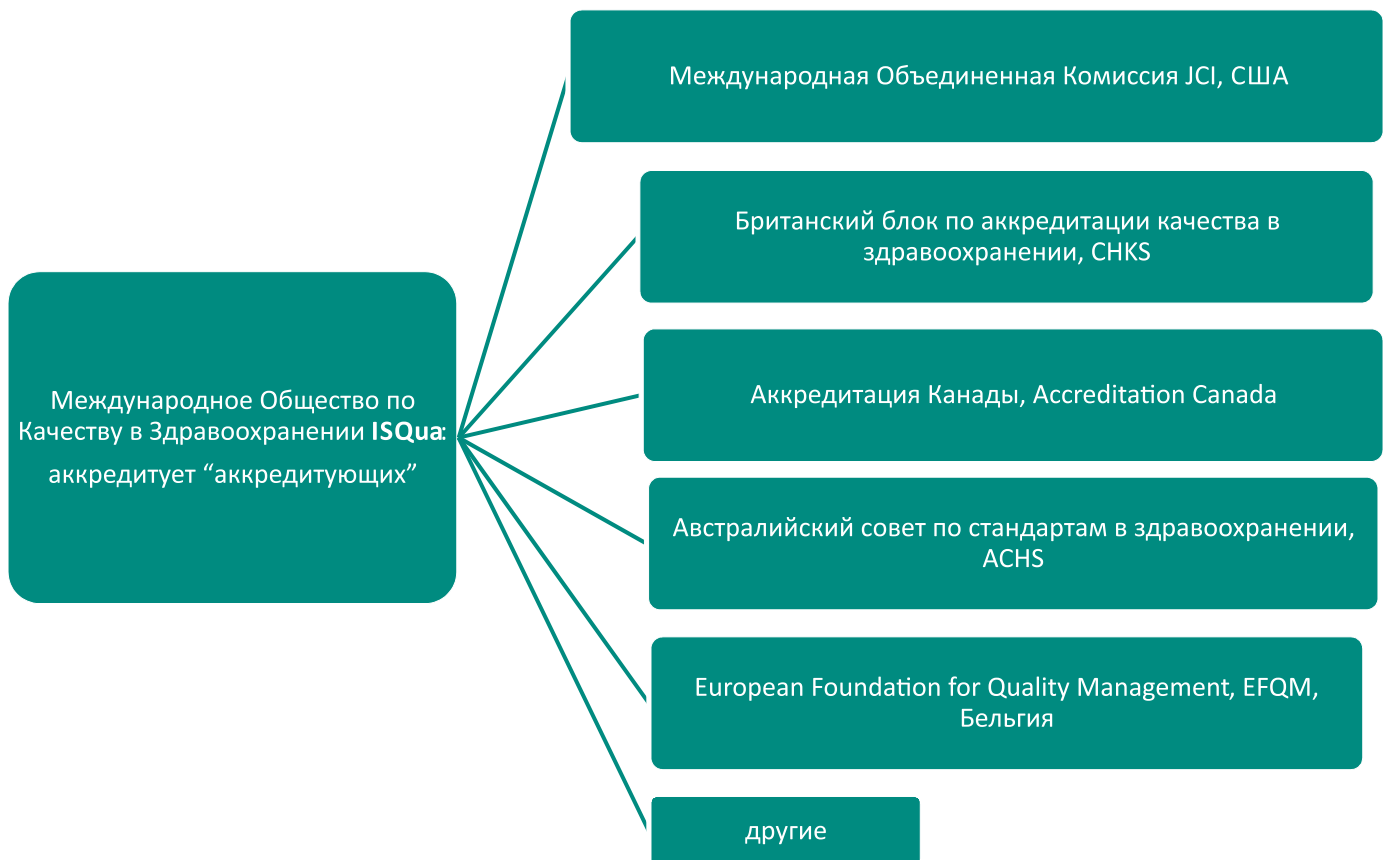


Рис. 1. Аккредитующие организации в области здравоохранения.
Источник: автор

Joint Commission International (JCI, «джей-си-ай»), или Международная Объединенная Комиссия, – это неправительственная некоммерческая организация, основанная в США, миссией которой является непрерывное улучшение качества медицинского ухода и безопасности в мировом пространстве путем предоставления обучения, консультаций, международной аккредитации и сертификации.

Аккредитация JCI является «**золотым стандартом**» для медицинских организаций, стремящихся улучшить качество и безопасность медицинских услуг. Стандарты JCI для больниц содержат около 1100 требований, изложенных в составе свыше 300 стандартов, распределенных в тематические 14 глав³. Внедрение международных стандартов – это очень многогранный, сложный, скрупулезный процесс, и чтобы пройти международную аккредитацию, организация готовится от 1 до 3 лет в зависимости от исход-

ного уровня готовности, ресурсов и установленных процессов.

Так как в глазах пациентов, государственных органов здравоохранения и для плательщиков за медицинские услуги (страховые компании и т. п.) аккредитация JCI – это признак надлежащего качества и безопасности медицинской помощи, эта аккредитация наиболее развита именно в странах с развитым или бурно развивающимся медицинским туризмом и странах, стремящихся доказать признание оказываемой медицинской помощи на мировом пространстве.

Организации по всему миру стремятся к этому золотому знаку качества, так как международная аккредитация JCI позволяет:

- быть конкурентоспособной организацией
- укрепить доверие общества
- подтвердить качество медицинских услуг и усилить меры по его улучшению

- снизить риски (для жизни пациентов, персонала, посетителей)
- поддерживать культуру безопасности и благоприятный корпоративный дух в коллективе.

Сертификат об аккредитации JCI выдается на три года, и через три года организация должна переподтвердить соответствие через повторный аудит.

JCI аккредитовала более 600 государственных и частных медицинских организаций в свыше 60 странах мира. В СНГ имеется 10 медицинских организаций, получивших эту сложную и самую престижную в мире аккредитацию:

- 2 – в РФ (г. Москва и г. Набережные Челны)
- 7 – в РК (пять клиник Национального медицинского холдинга и две клиники Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан – далее МЦ УДП РК).
- 1 – в Молдове.

Еще три медицинские организации аккредитованы JCI в Литве.

ОПЫТ КАЗАХСТАНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПРОХОЖДЕНИИ АККРЕДИТАЦИИ JCI

Среди стран СНГ Казахстан имеет самое большое количество аккредитованных JCI клиник:

- Национальный научный центр материнства и детства (2012, 2015)
- Национальный центр нейрохирургии (2013, 2016)
- Республиканский диагностический центр (2013)
- Республиканский детский реабилитационный центр (2013)
- Национальный научный кардиохирургический центр (2014)
- Центральная клиническая больница МЦ УДП РК (2015) в г. Алматы

- Больница медицинского центра УДП РК (2016) в г. Астане.

Для подготовки первых нескольких клиник в РК в 2011 – 2013 гг. государство привлекло **иностраных консультантов** из США, Европы, Ближнего Востока. Но последующие аккредитационные аудиты JCI в 2014 – 2016 гг. успешно прошли на основе подготовки клиник **казахстанскими экспертами-консультантами** – выпускниками Президентской стипендии «Болашак» с зарубежным образованием. Практический опыт внедрения стан-

дартов JCI и знание английского языка в совершенстве позволяют отечественным экспертам не зависеть от иностранных консультантов и существенно экономить расходы медицинских организаций на консультационные услуги по подготовке к международной аккредитации. Мне довелось быть пионером внедрения стандартов JCI и участвовать со своей командой молодых коллег-учеников в подготовке всех вышеуказанных медицинских организаций, прошедших аккредитацию JCI в Казахстане.

Время подготовки занимает не менее **9 месяцев** в зависимости от размера организации и спектра оказываемых услуг. Стандарты разделены на 14 глав. В каждой главе прописано около 25 стандартов. Рекомендуется определить ответственных «чемпионов глав» по каждой главе. В ходе подготовки организация сталкивается не только со сложностью в подготовке, ведь 1100 требований (измеримых элементов) международных стандартов затрагивают все аспекты работы и касаются каждого сотрудника, но и с **дороговизной** прохождения международной аккредитации.

Услуга аудита стоит **от 20 до 60 тысяч долларов США** в зависимости от размера медицинской организации и количества приезжающих иностранных аудиторов. Помимо расходов за услуги проведения аккредитационного аудита, организация тратит значительные средства на **закуп требуемых предметов и услуг** в целях соответствия международным стандартам. Например:

- установка в ваннах для пациентов и палатах кнопок вызова и поручней в местах их частой необходимости для профилактики падений, если они не были установлены изначально при строительстве;
- закуп действительно непрокальваемых пластиковых герметичных контейнеров для сбора и утилизации (КБСУ) острых, колюще-режущих предметов и их закрепление во избежание опрокидывания;
- централизация разведения и фасовки до индивидуальных доз

Пациент-ориентированные главы	Организационно-управленческие главы
1. Международные цели по безопасности пациента (МЦБП)	9. Повышение качества и безопасности пациента (КБП)
2. Доступность и преемственность лечения (ДПЛ)	10. Профилактика и контроль инфекций (ПКИ)
3. Права пациента и семьи (ППС)	11. Управление, лидерство и руководство (УЛР)
4. Осмотр пациента (ОП)	12. Менеджмент зданий и безопасность (МЗБ)
5. Оказание медицинской помощи (ОМП)	13. Квалификация и образование персонала (КОП)
6. Анестезия и хирургическое лечение (АХЛ)	14. Менеджмент информации (МИ)
7. Менеджмент и использование медикаментов (МИМ)	
8. Обучение пациента и семьи (ОПС)	

лекарственных средств и соответствующая перестройка помещения (все ЛС разводятся в аптеке, а не в процедурных кабинетах каждого отделения), стикеры для идентификации пациента, ламинарный бокс, тележки для транспортировки ЛС;

- твердые канцелярские папки с цветными разделителями для медицинских карт;
- стенды для каждого отделения для размещения наглядной информации по индикаторам отделения;
- обеспечение работы оборудования: сервисное обслуживание, калибровка, ремонт;
- обеспечение лекарственными средствами: заключение альтер-

нативных договоров с частными поставщиками для бесперебойной экстренной поставки случайно отсутствующего ЛС в ночное время, выходные дни.

Ярким примером того, что применяемые в Казахстане контейнеры для безопасного сбора и утилизации (КБСУ) острых, колюще-режущих предметов, поставляемые единым дистрибьютором по закупу лекарственных средств «СК-Фармация», не соответствуют международным стандартам, является тот факт, что КБСУ от «СК-Фармация» сделаны из картона (иглы прокалывают картон) и негерметичны: в углах через щели вытекает биологическая



Рис. 1-3. КБСУ, не соответствующие международным стандартам: сделаны из картона, негерметичны (медперсоналу приходится надевать на контейнер пластиковый пакет), прокалываются иглами.

жидкость, в т. ч. потенциально инфицированная кровь, из-за чего медицинскому персоналу приходится надевать на картонные коробки пластиковый пакет (см. рис. 1, 2, 3). Иностранные аудиторы расценивают это как высокий риск для безопасности персонала. А медицинская организация в безвыходном положении: по правилам закупа она не имеет права закупать пластиковые герметичные КБСУ, которые дороже, в обход поставляемым товарам от «СК-Фармация».

Тем не менее, организация, которая хочет соответствовать международным стандартам, должна обеспечить безопасность персонала и закупить пластиковые герметичные непрокальваемые КБСУ, как на рисунках 4, 5.

Частым замечанием при международной аккредитации являются вопросы пожарной безопасности. Должно быть достаточно знаков эвакуации, пути эвакуации не должны быть загромождены, двери, ограничивающие пожар и задымление, должны быть всегда прикрыты. Персонал может забывать прикрывать двери (см. рис. 6), поэтому должны быть установлены доводчики дверей, автоматически закрывающие двери. Организация тратит средства на закуп достаточного количества указателей выхода при пожаре и указателей на огнетушители (см. рис. 7).

В числе частых замечаний также безопасное обращение с химическими, дезинфицирующими и прочими опасными материалами (отходы, медицинские газы, реагенты, горюче-смазочные материалы в технических зонах). Они должны быть всегда подписаны (название и состав, дата вскрытия или дата разведения и срок годности), рядом должна быть инструкция по их безопасному применению: меры предосторожности на самом контейнере или отдельная инструкция (см. рис. 8-10). Большой фронт работы – это медицинские карты. Медицинская карта претерпевает революционное изменение: вводятся новые формы медицинской документации, трансформируется роль медсестер. Медицинские сестры проводят самостоятельный осмотр, ежедневную оценку пациента и заполняют поч-



Рис. 4-5. КБСУ, соответствующие международным стандартам: сделаны из пластика, водонепроницаемы, не прокальваются и закреплены во избежание опрокидывания.



Рис. 6. Двери, ограничивающие пожарные зоны, должны быть прикрыты



Рис. 7. Знаки выхода по пожарной безопасности и указатели на огнетушители.



Рис. 8. Неприемлемая этикетка со стертой надписью.



Рис. 9-10. Надлежаще маркированные емкости с дезинфицирующими средствами (название, сроки годности, меры предосторожности).





Рис. 11-12. Медицинская карта пациента до и после внедрения стандартов JCI.



Рис. 13. Аппарат для печати идентификационных браслетов с ФИО и датой рождения пациента.



Рис. 14. Проведение идентификации пациента перед каждой процедурой.



Рис. 15. Диспенсер для обработки рук антисептиком перед каждой палатой.

ти половину медицинской карты, для удобства персонала появляются четко разграниченные цветными разделителями разделы – например, отдельно для направительных документов, для осмотров врача, для записей медицинской сестры, для назначений врача, для результатов исследований (см. рис. 11-12). При этом ряд казахстанских форм, утвержденных МЗиСР, полностью заменяются на утвержденные медицинской организацией формы по международным стандартам, которые содержат все пункты из форм МЗиСР (что позволяет полностью отказаться от них, так как информация не теряется) и дополнительные пункты, удовлетворяющие повышенным международным требованиям. Требования из первой главы включены также в стандарты националь-

ной аккредитации. Это следующие шесть международных целей безопасности пациента:

1. Правильная идентификация пациента
2. Улучшение точности сообщений (коммуникации)
3. Повышение безопасности обращения с медикаментами высокого риска
4. Обеспечение правильности идентификации пациента, процедуры и места операции (через проверку готовности – предоперационная верификация по чек-листу и проведение краткой паузы перед операцией – тайм-аут, чтобы уточнить готовность всего персонала, ИМН, ЛС, оборудования, имплантов и документов)
5. Снижение риска ВБИ (через гигиену рук)
6. Профилактика падений.

Неисполнение хотя бы одной из шести целей ведет к отказу в международной аккредитации. Примеры внедрения представлены на рис. 13-14 (идентификация пациента) и рис. 15 (гигиена рук).

Эти краткие примеры иллюстрируют многогранность работы по внедрению стандартов. Стандарты JCI касаются всех: и высшего руководства (ежеквартальные отчеты о медицинских ошибках управляющему уполномоченному органу и ежегодная оценка главного врача по критериям оценки), и заместителей главного врача (оценка заведующих отделений и врачей по клиническим индикаторам в личном деле, мониторинг исполнения протоколов диагностики и лечения, анализ рисков, оценка поставщиков услуг и т. п.), и каждого руководителя подразделения (выбор и мониторинг инди-

«СПРАВЕДЛИВАЯ КУЛЬТУРА», ИЛИ «КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ», – ЭТО ПОДДЕРЖИВАЕМАЯ РУКОВОДСТВОМ АТМОСФЕРА В КОЛЛЕКТИВЕ, ПРИ КОТОРОЙ СОТРУДНИКИ НЕ БОЯТСЯ И НЕ СТЕСНЯЮТСЯ СООБЩАТЬ ОБ ОШИБКАХ.

каторов деятельности, выявление проблемы и меры по ее устранению с помощью проекта по улучшению работы), и каждого врача, медицинскую сестру, каждого немедицинского работника, все лаборатории, аптеку, службу по инфекционному контролю, пищеблок, прачечную, стерилизационное отделение, инженеров по пожарной безопасности, ЧС, медицинскому оборудованию, отдел кадров, архив, охранную службу (даже если на контрактной основе), даже арендаторов помещения на территории медицинской организации.

Большое внимание уделяется внедрению **культуры безопасности**. «Справедливая культура», или «культура безопасности», – это поддерживаемая руководством атмосфера в коллективе, при которой сотрудники не боятся и не стесняются сообщать об ошибках, где нет преследования, насмешек или наказания тех, кто сообщил об инциденте. Обстановка в коллективе должна способствовать выявлению проблем и ошибок, что повышает безопасность пациента. Вне зависимости от должности, возраста работник не должен бояться сообщать не только о явной случившейся ошибке, но и о почти ошибке (потенциальной ошибке). Для этого сотрудник может анонимно или с указанием своего имени заполнить «отчет об инциденте» и сдать его в соответствующее подразделение, например, в Службу внутреннего аудита. Бланк отчетов об инциденте должен быть доступен сотрудникам, и руководство должно своим личным примером и словами способствовать сообщению о проблемах и ошибках.

ВЫВОДЫ

Никакой врач не идет на работу, чтобы нанести вред пациенту. Одна-

ко текущее законодательство и поправки в Уголовный кодекс в виде лишения свободы за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей, если это повлекло по неосторожности смерть человека, бросают большой вызов руководителям медицинских организаций. Имиджевые, финансовые риски усиливаются с учетом широких возможностей для жалоб пациента – напрямую на блог министра, в уполномоченные органы, включая прокуратуру.

Один из путей решения – прописать и утвердить внутри организации детальные правила и процедуры на каждый рабочий процесс согласно международным стандартам и получить статус международной аккредитации JCI. Если сотрудник действовал согласно прописанным документам, на суде он будет прав и невиновен. Такая ситуация не будет оценена как «ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей», ведь сотрудник действовал строго по правилам, алгоритмам. Это дает шанс избежать введенное в стране уголовное наказание, даже если действия «повлекли по неосторожности смерть человека». То есть организация должна создать все условия, чтобы действия сотрудника были и оценивались как «надлежащие».

Выводы касательно управления медицинскими ошибками из современной литературы таковы, что от наказаний система не исправится, и вместо виновного работника X в следующий раз будет виноват Y, но улучшения не будет. Стандарты JCI в таких случаях требуют анализа корневых причин и принятия системных мер по улучшению. Как говорят американские аудиторы, приезжающие для проверки, никто не просыпается утром с идеей: «я сегодня совершу медицинскую ошибку; заражу пациента инфекцией; не ту процедуру сделаю». В любой стране случаются медицинские ошибки, лучшие врачи тоже ошибаются. Культура безопасности, выяснение истинных корневых причин и принятие мер, искореняющих повторение подобного, – вот что преследуют собой международные стандарты JCI.

Аккредитация Международной Объединенной Комиссии JCI – это самая объективная, многосторонняя, тщательная оценка систем и процессов в медицинской организации; это узнаваемый бренд, которому доверяют иностранные пациенты, страховые компании, государства как залог высокого качества и безопасности пациента.

Международная аккредитация JCI – это путь к непрерывному улучшению работы, признанию ошибок и их профилактике через системные меры, это изменение менталитета и мышления. Знак JCI – это еще и конкурентное преимущество в условиях глобализации рынка медицинских услуг!

Айнур Айыпханова

Список литературы:

1. Braithwaite J et al. Study protocol, A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation [LP0560737] BMC Health Services Research 2006, 6:113
2. Scriverens E. Assessing the value of accreditation systems. Eur J Public Health (1997) 7 (1): 4-8.
3. JCR. JCI Accreditation Standards for Hospitals, 5th Edition. 2013, США.

ДЕЛО ВРАЧЕЙ И ВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

(продолжение)



Алмаз Шарман,
профессор медицины

ПАЦИЕНТ И ВРАЧ В КАЛЕЙДОСКОПЕ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ

Никто не позаботится о здоровье пациента так, как сам пациент или близкие пациента. Поэтому процесс лечения должен полагаться на партнерство между медработниками и пациентами. Первый закон медицины, о котором указывалось выше, предусматривает то, что интуиция опытного врача призвана содействовать правильной интерпретации клинических данных. Тем не менее интуиция врача на то она и интуиция, что не всегда гарантирует полную объективность. Поэтому активное участие пациента в разъяснении своего недуга, а также индивидуальных особенностей является исключительно важным.

Однако следует признать, что мы, медики, остаемся эгоцентричными, склонными игнорировать мнение пациентов. Как можно в достаточной мере понять пациента, если врач поликлиники уделяет ему в среднем не более 5 минут своего времени. В разговоре врач уже на 15-й секунде прерывает пациента, не позволяя ему в достаточной мере высказаться о своих беспокойствах. Между тем если спрашивать самих пациентов о возможных причинах их недугов, то в большинстве случаев они сами способны предположить, в чем проблема. Например, родитель может догадываться о причинах бронхиальной астмы у ребенка, замечая, что приступы астмы чаще всего совпадают с теми днями, когда ребенок посещает дядю, который является заядлым

курильщиком. Медицина остается эгоцентричной, предполагая приоритетную значимость мнения врача. Так было раньше. Сегодня, благодаря информационным технологиям, знания и осведомленность самих пациентов приобретают все большую значимость. Медицина должна стать экосистемной, основанной на конструктивном партнерстве врача и пациента.

В этом смысле представляет интерес история сорокалетней давности с доктором Францем Ингелфингером – бывшим главным редактором престижного научного журнала *New England Journal of Medicine*. Доктор Ингелфингер являлся одним из ведущих в мире экспертов в области рака пищевода. По иронии судьбы на закате медицинской карьеры у него самого был диагностирован рак пищевода. Когда он обращался к различным специалистам, практически все отвечали следующим образом: а что бы ты сам сделал в таком случае не только как специалист, но и как осведомленный пациент? Это происходило до тех пор, пока доктор Ингелфингер не обратился к близкому другу, который посоветовал просто детально все объяснить врачу.

Сегодня мы живем в мире информационного изобилия, гаджетов и биомедицинских устройств, кото-

рых осведомленности и принятия информированных решений о здоровье. Нами разработан технологический продукт для пациентов под названием *symptomaster.com*. Он состоит из более чем ста простых алгоритмов симптомов и тысячи ресурсных материалов по различным болезням и патологическим состояниям, представленных в доступном виде. *Symptomaster.com* призван помочь пациентам выявлять возможные причины симптомов и принимать информированные решения по дальнейшему обращению к врачу-специалисту. Современные технологии способны реально сблизить пациента с врачом.

Для того чтобы помочь врачам лучше разобраться в правильной постановке диагнозов и дифференцировать различные заболевания, нами совместно со специалистами из США, Великобритании и Польши разработан другой инновационный продукт – *medmir.org*, в котором используется технология искусственного интеллекта и глубинного познания. Его работа основана на пошаговом использовании алгоритмов по симптомам, лабораторным результатам и факторам риска конкретных болезней. В технологии *medmir.com* заложены принципы вероятностной статистики и широкая база данных по основным болезням и патологическим состояниям.

В настоящее время нами ведутся переговоры с американскими разработчиками технологии *enlitic.com*, которая позволяет использовать искусственный интеллект для дистанционного распознавания радиологических изображений и, соответственно, диагностики заболеваний. Это международный проект, в котором участвуют радиологи и другие специалисты из многих стран мира.

Инновационные технологии призваны помочь как пациентам, так и врачам лучше разобраться в огромном калейдоскопе медицинских знаний. Без сомнения, в недалеком будущем они принципиально изменят образ и содержание медицинской профессии.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ

Мы пребываем в состоянии постоянной борьбы с нашим извечным врагом – болезнями. Причем наш противник постоянно расширяет свои территории за счет роста числа истощающих хронических и дегенеративных болезней, таких как сердечно-сосудистые заболевания, диабет, рак, деменция. К тому же мы ежегодно сталкиваемся с эпидемиями новых и возрождающихся

У ВРАЧЕЙ ИЗ-ЗА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И РАЗОЧАРОВАНИЙ ВОЗНИКАЕТ СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, КОТОРЫЙ СРЕДИ МЕДИКОВ НАМНОГО ВЫШЕ, ЧЕМ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ДРУГИХ ПРОФЕССИЙ.





**В ПОСЛЕДНИЕ
ДЕСЯТИЛЕТИЯ
ХАРАКТЕР РАЗВИТИЯ
МНОГИХ БОЛЕЗНЕЙ
ПРИБРЕЛ
ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ
ИЗМЕНЕНИЯ.
ЧАСТИЧНО ЭТО
СВЯЗАНО
С БЕСКОНТРОЛЬНЫМ
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
АНТИБИОТИКОВ
И РАЗВИТИЕМ
УСТОЙЧИВОСТИ
К НИМ.**

инфекционных заболеваний. Изобретение новых лекарственных препаратов и медицинских технологий становится все более и более дорогостоящим и ресурсоемким процессом. Плоды медицинских знаний, которые росли у основания древа познания, уже собраны, и для того чтобы добраться до верхних плодов, сегодня требуется больших усилий и ресурсов – интеллектуальных и физических.

У врачей из-за хронической усталости и разочарований возникает синдром эмоционального выгорания, который среди медиков намного выше, чем у представителей других профессий. Недавно проведенное клиникой «Мэйо» исследование показало, что в Соединенных Штатах синдром эмоционального выгорания наблюдается у 50 процентов врачей, увеличиваясь ежегодно на 9 процентов. Результатом становятся медицинские ошибки: каждый пятый диагноз, поставленный пациентам, является ошибочным. Каждый пятый! И это не только из-за недостаточной компетентности врачей.

В медицине существует множество неординарных ситуаций, болезней, клиническое течение которых не входит в обычные рамки.

В последние десятилетия характер развития многих болезней приобрел значительные изменения. Частично это связано с бесконтрольным использованием антибиотиков и развитием устойчивости к ним. С такими ситуациями весьма нелегко бороться, особенно в странах с ограниченными ресурсами и недостаточным профессиональным потенциалом медиков. Конечно, все это не может служить достаточным оправданием, и системе здравоохранения важно приложить максимум усилий для того, чтобы не допустить некомпетентности и халатности медиков при выполнении ими своих служебных обязанностей. Профессионализм и опыт достигаются десятилетиями интенсивной медицинской подготовки в конкурентной среде.

С другой стороны, немаловажной проблемой является приверженность к стереотипам. За десятиле-

тия практики головной мозг человека нарабатывает определенные привычки, которые реализуются в определенных стереотипах клинического мышления. В обиходе это называется врачебным опытом. В физиологическом смысле опыт отражает попытку головного мозга действовать максимально эффективно и рационально в целях рачительной траты энергии. Однако в условиях быстро развивающихся технологий многолетний опыт может включать как старые, так и вновь приобретенные стереотипы, которые не всегда в достаточной мере совместимы. Этот феномен в Соединенных Штатах принято называть «якорным отклонением». Имеется в виду приверженность многих опытных врачей к стереотипному мышлению, из-за которых любые отклонения от стереотипа воспринимаются неадекватно. Отсюда и определенная часть врачебных ошибок, которые являются результатом феномена «якорного отклонения».

Масштабное исследование, проведенное более десятилетия назад

Университетом Джонса Хопкинса, показало, что из-за неправильно поставленных диагнозов в палатах интенсивной терапии американских клиник ежегодно умирают до 40 тысяч пациентов. Недавно Университет Джонса Хопкинса опубликовал обновленные данные, согласно которым 9,5 процента смертных случаев обусловлено врачебными ошибками. По причинам смертности врачебные ошибки занимают третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и рака. Их диапазон достаточно широк – от назначения неправильно лекарств до проведения операции на не том органе, на котором положено.

Такова ситуация в Соединенных Штатах с самой технологичной и конкурентоспособной медициной в мире. В большинстве других стран ситуация существенно не отличается. В мировых масштабах численность пациентов, погибших от врачебных ошибок, достаточна для того, чтобы ежедневно загружать ими десятки авиалайнеров.

Неудивительно, что указанная статистика вызывает серьезную озабоченность общественности. Однако тот факт, что медики открыто публикуют крайне невыгодную для них статистику, играет позитивную роль. Благодаря конструктивному обсуждению проблем врачебных ошибок лишь за период с 2010 по 2014 год число летальных случаев от внутрибольничных инфекций в Соединенных Штатах снизилось на 17 процентов.

А СУДЬИ КТО?

Кто и как должен оценивать качество медицинской помощи? Экспертная оценка по вопросам врачебной ошибки требует высокого уровня компетенции и беспристрастного подхода. Критерием компетентного подхода в данном случае является то, что в мире называется научным консенсусом, который базируется не только на коллективном мнении нескольких экспертов, но и на обоснованной аргументации, опирающейся на данные мировой научной литературы и принципах доказательной медицины. Однако реальность такова, что медицинское сообщество в Казахстане относительно малочисленно, а говорить о каком-либо беспристрастном подходе весьма затруднительно, поскольку большинство экспертов, по сути, знают друг друга в лицо.

Поэтому необходимо развивать систему внутреннего контроля качества медицинских услуг. Несколько лет назад, в период руководства Национальным медицинским холдингом, мною было инициировано создание службы внутреннего медицинского аудита. Эта служба ориентирована не на карательные меры, а, скорее, на раннее выявление и глубокий анализ врачебных ошибок, оценку рисков и разработку комплекса мер по их предотвращению. Мне представляется, что этот опыт можно было бы распространить и на другие медицинские организации, внедрив специальность по типу ме-

дицинский аудитор, с учетом мировых тенденций в данной области.

В XVIII веке до н.э. Кодекс Хаммурапи в Месопотамии указывал на то, что «хирург получает 10 шекелей серебра за то, что выполнит хирургическую процедуру патрицию – вскрыет абсцесс или удалит катаракту при помощи бронзового ланцета». Как видно, еще в те времена вознаграждение врачу определялось по конечным результатам труда. Конечно, использование измеримых индикаторов является исключительно важным в медицине. Особенно когда это касается внутрибольничных инфекций и других показателей, от которых зависит заболеваемость и смертность. Роль государства при этом должна ограничиваться реальной защитой интересов пациентов и общества в целом, а также регулированием конкурентной среды.

ГОСУДАРСТВО И ВРАЧ

Государство способно успешно мобилизовать человеческие и материальные ресурсы для предупреждения эпидемий, обеспечения санитарной и пищевой безопасности, пропаганды здорового поведения и других вопросов охраны здоровья. Однако государство редко успешно справляется с функциями, имеющими отношение к индивидуальному профессионализму и творчеству, в данном случае к врачеванию. Это особенно актуально



**МЕДИКИ СТАНОВЯТСЯ ЗАЛОЖНИКАМИ
БЮРОКРАТИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЙ
ПО ДОКУМЕНТООБОРОТУ.**

в условиях, когда медицина становится все более технологичной и ресурсоемкой.

Считается, что одним из путей стандартизации и управления качеством в медицине является компьютеризация медицинских организаций. Это вполне разумное намерение. В реальности же от медиков зачастую требуют заполнения огромного количества документации, которая часто имеет эфемерную значимость в отношении конкретного пациента. Нередко индикаторы медицинской деятельности разрабатываются государственными органами без какого-либо участия медиков, в отрыве от реальности, и самое главное, не учитывая истинные причины их интересов и мотиваций.

Во многих странах бюрократизация здравоохранения сводится к тому, что врач с головой уходит в компьютер, уделяя недостаточное внимание осмотру и общению с пациентом. Казахстан не является исключением. Медики становятся заложниками бюрократических требований по

документообороту. Пытаясь облегчить задачи, их, эти задачи, еще более усложняют из-за требований по заполнению многочисленных форм, отчетов и справок, дабы обеспечить прозрачность и качество оказания медицинской помощи.

В реальности создается ситуация, при которой врачи тратят уйму времени и интеллектуальных ресурсов, лишь бы удовлетворить «капризам» компьютеров и формальных справок, а также отчетов для госорганов. Недавно проведенное в США исследование показало, что за 10 часов интенсивной работы в отделении неотложной помощи врачи «кликают» компьютерную мышку в среднем около 4 тысяч раз. Возникает ситуация, которую можно описать, как попадание в мишень, не достигая при этом цели. Медики сегодня больше заняты документооборотом, вместо того чтобы полноценно заниматься врачеванием.

Энди Славитт, руководитель крупнейшей американской компании медицинского страхования

Medicare, заявил, что его компания прекращает практику вознаграждения докторам на основе индикаторов качества, заложенных в системе электронных записей пациентов. Как заявил Славитт, «нам нужно вернуть сердца и умы врачей, поскольку они для нас потеряны».

Санитарный инспектор может предупредить пищевое отравление, но не способен создать вкусный и здоровый пищевой продукт. Также и чиновник от здравоохранения может в какой-то степени контролировать соблюдение стандартов безопасности, но не само ремесло и творческий процесс врачевания, что, по сути, и является квинтэссенцией качества в медицине. В этой связи вспоминается сатирическая кантата Шостаковича, в которой советский секретарь по идеологии Жданов учил композиторов писать лезгинку. За профессиональное исполнение своих обязанностей должны отвечать, прежде всего, сами медики, а оценку давать профессиональные ассоциации и сами пациенты.



**ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ИСПОЛНЕНИЕ СВОИХ
ОБЯЗАННОСТЕЙ
ДОЛЖНЫ ОТВЕЧАТЬ,
ПРЕЖДЕ ВСЕГО,
САМИ МЕДИКИ,
А ОЦЕНКУ ДАВАТЬ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
АССОЦИАЦИИ И САМИ
ПАЦИЕНТЫ.**

**В КЛЯТВЕ
ГИППОКРАТА
ПЕРВОСТЕПЕННАЯ
ЗНАЧИМОСТЬ
ОТДАЕТСЯ
БЛАГОПОЛУЧИЮ
ПАЦИЕНТОВ,
И ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ
ВНИМАНИЕ
УДЕЛЯЕТСЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ
И МОРАЛИ.**



О ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ АЛЬТРУИЗМЕ

Убежден, что ни один здравомыслящий врач не желает нанести ущерб пациенту. Это заложено в клятве Гиппократова, которой присягают врачи мира. Большинство из них в меру своих способностей и внутренней культуры стараются быть грамотными, квалифицированными, заботливыми, пациент-ориентированными, сервис-ориентированными. Как говорил профессор Университета Мичигана Аведис Донабедян, «секрет качества заложен в любви и альтруизме».

Слово «альтруизм» произошло от латинского и дословно переводится как «другие люди». Его ввел французский философ Огюст Конт, который верил в то, что моральным обязательством индивидуума должен быть отказ от личных интересов во имя блага других. Сказать честно, я совершенно не согласен с такой постановкой вопроса.

Предпочтительнее понятие профессионального альтруизма, центральным смыслом которого является

возможность профессионального самообогащения благодаря служению другим. Эта концепция отражена во многих культурах. На языке хинди слова «паропакари сева» означают служение обществу, предусматривающее личную выгоду тому, кто дает. На иврите под служением понимают «тиккун олам» – это вроде как принять мир с тем, чтобы его исправить. На испанском служение – это «солидарidad», то есть рассматривается больше как солидарность. Неразумно быть альтруистом, отказавшись от личных интересов, материальной независимости и фундаментальных принципов бытия – свободы и стремления к личному счастью. Врач не может в полной мере проявлять заботу о пациентах, не позаботившись прежде всего о себе. Врач не может служить людям, поделившись своим временем, эмоциями и благосостоянием, если этого благосостояния нет и если нечем делиться. Успех служения своей профессии всегда предусматривает критическое условие – удовлетворение внутренних потребностей в собственном благополучии, балансе,

гармонии и благосостоянии. Только осознав, в чем суть своих внутренних потребностей, можно рационализировать условия их реализации. Посвятить себя профессиональному служению и стать высокоморальной личностью можно, лишь руководствуясь рациональными личными интересами.

В клятве Гиппократова первостепенная значимость отдается благополучию пациентов, и значительное внимание уделяется медицинской этике и морали. Вместе с тем Гиппократ не призывал к тому, чтобы труд врача был безвозмездным. Вознаграждением врачу за этическое и компетентное служение пациентам, ответственность, открытость и объективность должно стать моральное и материальное благополучие, высоко привилегированное общественное положение. Общество должно по достоинству ценить самоотверженный труд медиков, без чего наши усилия могут обернуться невосполнимыми потерями для самого общества.

Алмаз Шарман, профессор медицины

КАРДИОЛОГИЯ НА УРОВНЕ ХАЙТЕКА

Как известно, инфаркт находится на втором месте в мировой статистике заболеваний, приводящих к смерти, после онкологических болезней. Аналогичная ситуация до недавнего времени наблюдалась и в Казахстане, что не могло не беспокоить врачей. Именно поэтому по инициативе Главы государства десять лет назад начала активно развиваться кардиологическая служба республики. В отечественные клиники пришли новые, поистине революционные методики лечения тяжелых кардиопатологий. Примером тому – алматинский городской кардиологический центр, который за годы своей работы вернул к жизни десятки тысяч людей.

Если бы лет десять назад кто-нибудь сказал, что ишемическую болезнь сердца, которая часто приводит к инфарктам, будут лечить с использованием стентов, вводимых прямо в сердечную артерию, наверное, никто бы не поверил, посчитав это фантазией. Но вчерашняя сказка сегодня становится былью. Изобретение стентов позволило не только существенно снизить риски, но и значительно сократить как время проведения самой операции, так и послеоперационный период. Ведь стентирование – это часть интервенционной кардиологии, нового направления в лечении сердечно-сосудистых болезней,

предполагающего нехирургический доступ к сосудам и сердцу, при котором через небольшой разрез в крупной вене вводится специальный зонд. По пути к сердцу он диагностирует сосуды, определяет наличие тромбов и атеросклеротических бляшек, и все это показывается на дисплее. При помощи зонда со специальным наконечником в щадящем для больного режиме хирурги могут ушить дефект межжелудочковой перегородки, откорректировать сердечный клапан или заменить его, увеличить просвет сосудов... Главный плюс таких операций – это то, что они относятся к малоинвазивной, то есть бескровной хирургии.

По словам руководителя алматинского кардиоцентра, кандидата медицинских наук **Алмата Кодасбаева**, стенты, которые устанавливаются здесь, – последнего поколения с лекарственным покрытием, поэтому, как правило, они не дают осложнений.

– Могу с гордостью сказать, что наш центр явился пионером в применении биоматериалов. В прошлом году, например, было проведено более 500 операций с биологически рассасывающимися стентами, которые в течение двух лет просто растворяются в крови без последствий для организма, но каркас остается, –

У ВРАЧЕЙ ЕСТЬ ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ «ЗОЛОТОЙ ЧАС» – 120 МИНУТ ОТ НАЧАЛА ПРИСТУПА ДО ОКАЗАНИЯ БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

поясняет главный врач. – *Я хотел бы особо подчеркнуть, что все экстренные операции в нашем центре для больных проводятся бесплатно, хотя стоимость одного стента в среднем 2500 долларов за штуку. Но государство берет на себя эти затраты, чтобы население нашей страны было здоровым.*

Если стентирование невозможно, а состояние сосудов катастрофическое, тогда врачи кардиоцентра могут провести открытую операцию на сердце, для этого тоже есть все необходимое – аппарат искусственного кровообращения, кардиомониторы, лабораторная служба, реанимация, то есть самое современное оборудование плюс очень дорогие лекарства, которые центр получает в полном объеме. Не случайно Казахстан вошел в двадчатку стран мира, проводящих уникальные высокотехнологические операции на открытом сердце.

Впервые в Казахстане именно в этом центре внедрена и методика очистки коронарных сосудов аппаратом «Ротаблатор» с помощью алмазного «мини-сверла» при тяжелых кальцинированных стенозах, когда стентирование невозможно. Это позволяет избежать более тяжелого аортокоронарного шунтирования. Кроме того, используются и такие суперсовременные методы, как хи-

рургическое лечение фибрилляции предсердий на открытом сердце, хирургическое лечение клапанов сердца. Другими словами, казахстанские врачи способны справиться практически со всеми «сердечными проблемами» во всем их разнообразии.

Например, провести коронарографическое исследование. Кстати, в центре их проводят до пяти тысяч в год. Это самые высокие показатели в стране. Используют здесь и трехкамерные кардиостимуляторы последнего поколения, которые не только контролируют ритм работы сердца, но и лечат: за счет установленных в них электродов в случае необходимости они могут активизировать все три отдела сердца.

– *Государственная программа интенсивного развития кардиохирургической помощи населению Казахстана и города Алматы способствовала увеличению объема и доступности современных экстренных терапевтических и интервенционных методов диагностики и лечения, а также всех основных видов неотложной высокотехнологической инвазивной помощи – эндоваскулярной, аритмологической и хирургической,* – говорит Алмат Турсыбекович. – *При этом надо учитывать и тот факт, что сейчас кардинально поменялись подхо-*

ды к лечению экстренных больных. У врачей есть так называемый «золотой час» – 120 минут от начала приступа до оказания больному необходимой медицинской помощи. Если она, эта помощь, оказана в кратчайший период времени, есть все шансы вернуть человека к нормальной жизни.

Понимая, что в случае тяжелой патологии дорога каждая минута, наш центр работает в тесной связи со службой скорой помощи: как только появляется тяжелый больной, работники скорой сразу сообщают об этом нам, а мы в свою очередь готовим к их приезду операционную и реанимацию. Несколько лет назад в Алматы был запущен пилотный проект по дистанционной передаче ЭКГ, для чего все специальные машины скорой помощи, где работают бригады кардиологов, оснащены специальным оборудованием, которое дает возможность на месте оперативно обследовать больного, оказать ему первую помощь, а затем привезти к нам.

В итоге новые подходы в лечении сердечно-сосудистых заболеваний уже дают положительные результаты – за последние пять лет летальность от острого инфаркта по Алматы снижена почти в два раза!

Елена Брусиловская

СМЕРТЕЛЬНАЯ СЛИЗЬ, или ОСТОРОЖНО – МУКОВИСЦИДОЗ

Семья Гаухар и Каната ждала пополнение. Молодая счастливая семья – он успешный бизнесмен, она востребованный, высококвалифицированный экономист, умница-дочка 8 лет. Семья мечтает о пополнении. И вот после стольких лет ожидания на свет рождается чудесный малыш. С его появлением в дом пришло счастье. Но что это? Вдруг у малыша начинаются проблемы с кишечником, он странно кашляет, много болеет. Родители посещают специалиста за специалистом, едут за рубеж в надежде установить диагноз. И вдруг как гром с ясного неба диагноз «муковисцидоз». Так что это за неизлечимый, смертельный недуг, от которого еще не найдено радикальных способов лечения, болезнь, обрекающая детей на пожизненное страдание с самого раннего возраста?

ПРИЧИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Муковисцидоз (cystic fibrosis), или кистозный фиброз, происходит от латинских слов *mucus* – «слизь» и *viscidus* – «вязкий». Это распространенное, потенциально летальное наследственное заболевание, характеризующееся тяжелейшим поражением желез наружной секреции. При этом секрет (слизь), выделяемый различными органами, приобретает высокую вязкость, густоту и, не имея свободного оттока, остается в органах, вызывая их тяжелейшее вторичное поражение. Помимо этого застой секрета в железах приводит к инфицированию его патогенной микрофлорой (золоти-

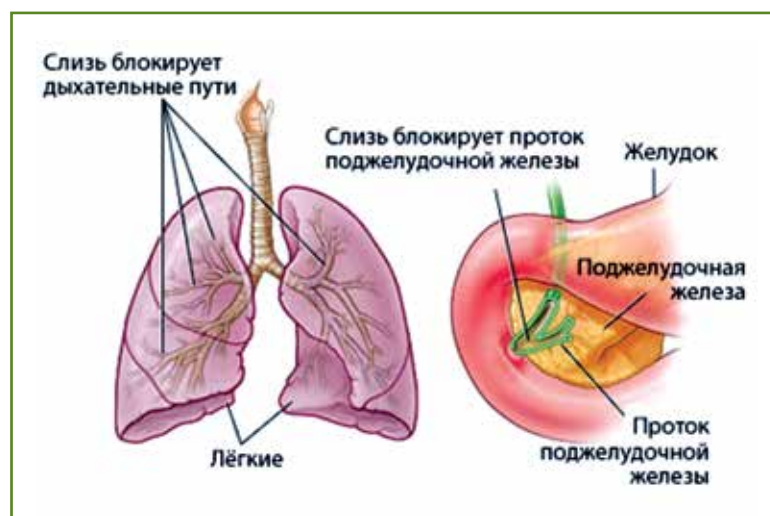


Рисунок 1 – Механизм поражения органов при муковисцидозе

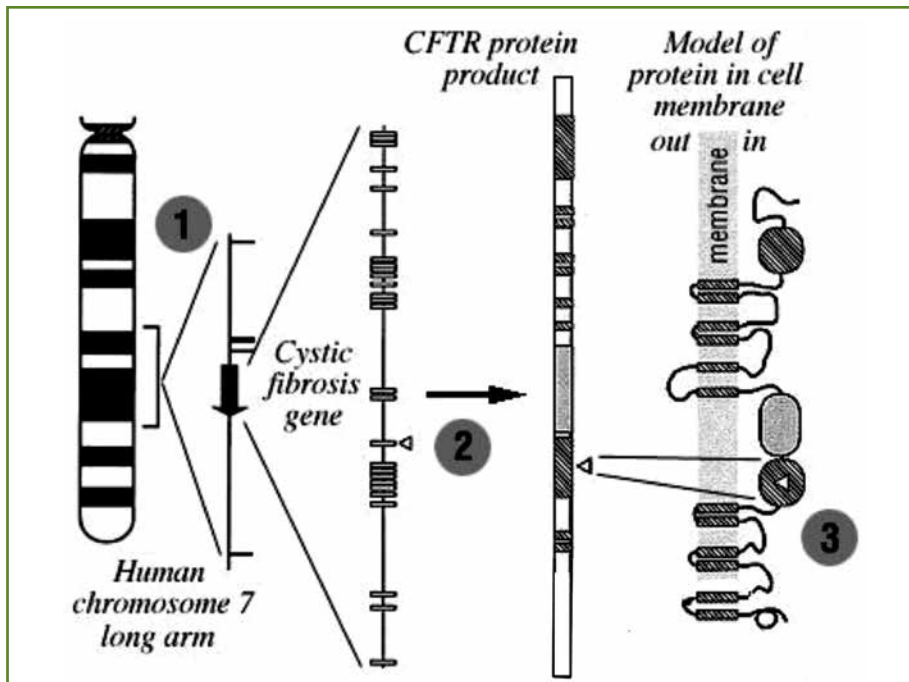


Рисунок 2 – Схема гена CFTR и его воздействие на работу хлорных, натриевых, АТФ каналов клетки

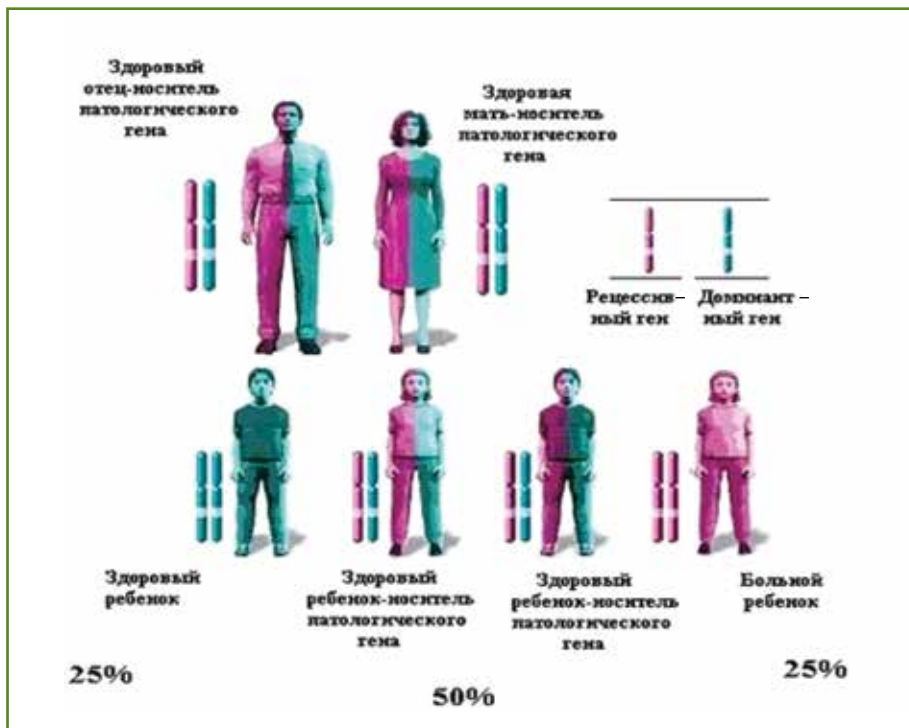


Рисунок 3 – Схема генетической передачи муковисцидоза в семье

стым стафилококком, синегнойной палочкой, гемофильной палочкой и др.) и развитию воспалительного процесса (рисунок 1).

Заболевание обусловлено мутациями в гене CFTR (англ. Cystic Fibrosis Transmembrane conductance Regulator или МТРП – муковисцидозный трансмембранный регулятор проводимости), который располагается в 7-й хромосоме. Белок CFTR локализуется главным образом в эпителиальных клетках дыхательных путей, слюнных потовых железах, поджелудочной железе, кишечнике. Данный белок регулирует работу хлорных и натриевых каналов, участвует в проведении воды и АТФ и выполняет ряд других важных функций (рисунок 2).

В настоящее время известно около двух тысяч видов мутаций этого гена-регулятора, которые приводят к развитию муковисцидоза, а также могут быть причиной мужского бесплодия. Если оба родителя являются носителями мутированного гена, то риск рождения ребенка с муковисцидозом равен 25% при любой по счету беременности. Носители дефектного гена клинических проявлений заболевания не имеют. Поэтому ребенок с муковисцидозом может родиться у таких здоровых родителей, которые являются носителями мутантного гена, не зная об этом (рисунок 3).

Муковисцидоз представляет особый интерес не только из-за широкой распространенности, но и потому, что это одно из первых наследственных заболеваний, которое пытались лечить. В России рождается в среднем один ребенок с муковисцидозом на 10 тысяч новорожденных, 5-6 на 10 тысяч в Ирландии, 7-8 на 10 тысяч в США и до 15-16 детей с муковисцидозом на 10 тысяч новорожденных в некоторых районах Франции. Разница в цифрах может быть связана как с популяционной особенностью населения, так и с лучшей диагностикой заболевания. Что касается Казахстана, то точной статистики в стране нет. Учитывая, что ежегодно в Казахстане рождается до 400 тыс. детей, то, основываясь на международных данных, можно предположить, что из них в среднем от 40 до 300 больны муковисцидозом.

КАКОВЫ ЖЕ ПЕРВЫЕ СИМПТОМЫ И КЛИНИКА МУКОВИСЦИДОЗА?

Следует отметить, что муковисцидоз – это системное заболевание, при котором поражаются практически все внутренние органы: поджелудочная железа; железы бронхолегочной системы; печень; слюнные железы; потовые железы; железы в стенках желудка и кишечника; половые железы. В зависимости от преимущественного поражения систем различают легочную, кишечную и смешанную формы муковисцидоза. Наиболее распространена (до 80% от числа всех случаев) смешанная, или легочно-кишечная, форма заболевания. В некоторых случаях дополнительно выделяют следующие формы: печеночная (с развитием цирроза печени и асцита); электролитная (с изолированным нарушением электролитного баланса); мекониальная непроходимость; атипичная; стертая. Болезнь имеет фазу ремиссии и фазу обострения.

ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Муковисцидоз может иметь первые клинические проявления уже

в раннем послеродовом периоде, когда происходит закупорка просвета кишечника слишком густыми каловыми массами новорожденного (меконием). Это состояние непроходимости кишечника встречается у 15 – 20% детей с муковисцидозом и называется «мекониальный илеус». У новорожденного отмечаются вздутие живота, рвота желчью, сухость и бледность кожных покровов. При этом ребенок становится вялым, отказывается от груди; за счет сгущения желчи и нарушения ее оттока у него может отмечаться длительная желтуха. Как осложнения могут возникнуть заворот кишок, образование плотных каловых пробок, заращение просвета кишки и даже перфорация стенки кишечника. Одним из ярких симптомов муковисцидоза у новорожденных является соленый вкус кожи за счет отложения на ней кристалликов соли.

ПРОЯВЛЕНИЯ У ГРУДНИЧКОВ

Однако чаще всего симптомы заболевания проявляются в период введения прикорма или перевода малыша на искусственное вскармливание. Родители вдруг обнаруживают, что каловые массы ребенка становятся густыми, жирными,

зловонными; может отмечаться выпадение прямой кишки. У ребенка отмечаются увеличение печени в размерах, выраженное вздутие живота, деформация грудной клетки. Кожные покровы становятся сухими, землистого цвета; конечности становятся худыми; фаланги пальцев имеют вид «барабанных палочек» (рисунок 4).

В результате скопления слизи в дыхательной системе, нарушения ее проходимости у детей могут возникать повторные бронхиты или пневмонии, и как следствие – формирование хронического бронхолегочного процесса с постоянной одышкой и сухим кашлем. Навязчивый сухой кашель часто вызывает рвоту, нарушает сон ребенка. Грудная клетка постепенно приобретает бочкообразную форму. Густая слизь, скапливаясь и в протоке поджелудочной железы, препятствует поступлению ферментов в 12-перстную кишку. Тем самым нарушается переваривание пищи. Ребенок отстает в физическом развитии. Масса тела снижена, хотя аппетит у ребенка остается хорошим или даже повышенным. Подкожно-жировой слой и мышечная масса уменьшаются. Отмечается дефицит жирорастворимых витаминов А и D.

ПРОЯВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

С возрастом признаки поражения бронхолегочной системы и недостаточности поджелудочной железы нарастают; отмечается задержка не только физического развития, но и полового созревания. Дети не выносят физических нагрузок. Наблюдается поражение верхних отделов дыхательной системы: полипоз носа, хроническое воспаление придаточных пазух носа. Дыхательные пути содержат гнойную вязкую массу, образующую пробки. Следует отметить, что хронический процесс в легких развивается абсолютно у всех больных детей и ведет к нарушению функции легких, развитию дыхательной недостаточности, одышке, кашлю (рисунок 5).

Недостаточность поджелудочной железы нарастает, и помимо плохого переваривания пищи и потери веса почти у каждого 5-го подростка

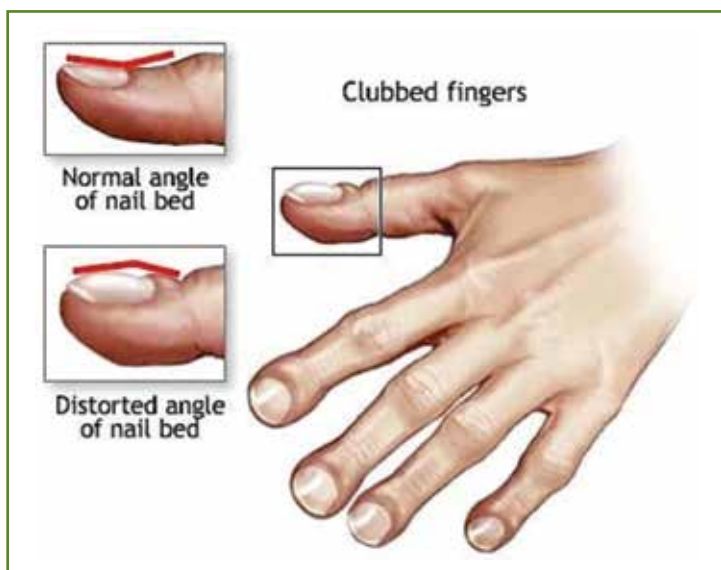


Рисунок 4 – «Барабанные палочки» при муковисцидозе



Рисунок 5 – Поражение легких при муковисцидозе

возникает сахарный диабет. Поражение печени постепенно приводит к формированию цирроза печени и варикозному расширению вен пищевода, из которых может возникать кровотечение. Поражение пищеварительной системы при кишечной форме муковисцидоза может осложниться развитием язв, воспалением пищевода, желчного пузыря, кишечной непроходимостью и др.

КАК ЖЕ ДИАГНОСТИРОВАТЬ МУКОВИСЦИДОЗ?

Для постановки диагноза «муковисцидоз» необходимо выявление четырех основных диагностических признаков:

- хронического поражения бронхолегочной системы;**
- кишечного синдрома;**
- положительного потового теста;**
- наличия случаев заболевания в семье.**

О клинических проявлениях заболевания мы упоминали выше. Для достоверного подтверждения диагноза проводится «потовый» тест, или количественное определение хлора в потовой жидкости. При проведении пробы стимулируют пототделение пилокарпином, собирают и измеряют количество выделенной жидкости и определяют содержание в ней хлора. При клинических проявлениях муковисцидоза у детей или наличии заболевания у членов семьи уровень хлора свыше 60 мэкв/л является подтверждением

диагноза. Потовый тест проводится 2-3 раза. У детей до года о высокой вероятности муковисцидоза можно говорить при концентрации хлора свыше 30 мэкв/л. Следует отметить, что отрицательный результат не является стопроцентной гарантией отсутствия заболевания. Тест на муковисцидоз достоверен уже через сутки после рождения, но в этот период не всегда удается получить необходимое количество потовой жидкости. Поэтому чаще пробу проводят малышу в 3-4-недельном возрасте.

Генную диагностику проводят в случае клинических проявлений, характерных для муковисцидоза, и нормальном уровне хлора в потовой жидкости. При выявлении муковисцидоза у ребенка на генную диагностику направляются и родители, и братья, сестры малыша. Обычно диагноз устанавливают и подтверждают у ребенка уже до года или же в раннем возрасте. Но у 10% больных заболевание диагностируется в подростковом возрасте и даже позже. Во многих странах генная диагностика проводится потенциальным родителям при планировании беременности или в дородовом периоде. Обнаружение при УЗИ плода повышенной эхогенности кишечника является свидетельством повышенного риска муковисцидоза. В этом случае проводится также генная диагностика.

Рентгенография органов и компьютерная томография грудной клетки, придаточных пазух носа позволяют выявить соответствующую патоло-

гию со стороны бронхолегочной системы и верхних дыхательных путей. Исследование функции легких выявляет их пониженные функциональные показатели.

ЛЕЧЕНИЕ

Надо сразу подчеркнуть, что лечение муковисцидоза – это лечение в течение всей жизни, так как вылечить это заболевание на современном уровне развития медицины невозможно. Однако при условии постоянной адекватной терапии человек с таким диагнозом может прожить долгую полноценную жизнь. Чем раньше установлен диагноз, чем раньше начато лечение, тем легче будет состояние больного, тем дольше и лучше он проживет.

В зависимости от степени тяжести терапия проводится в специализированном стационаре или дома. Цель терапии – борьба с развитием осложнений, особенно недостатком вентиляции легких, мучительным кашлем, лечение бактериальных бронхитов и пневмоний, облегчение состояния ребенка. В связи с тем, что легкие больных муковисцидозом работают лишь на 20 – 25%, то их жизнь некоторые авторы образно сравнивают с постоянным нахождением в противогазе, который день ото дня работает все хуже и хуже. Именно от дыхательной недостаточности погибает подавляющее большинство больных детей и взрослых. Так как муковисцидоз – это системное заболевание, то его лечением должна заниматься мультидисциплинарная команда. Если болезнь выявляется до рождения ребенка или в первые дни жизни, его начинают лечить неонатолог, а затем педиатр. Чуть позднее присоединяются пульмонолог, гастроэнтеролог, эндокринолог, ЛОР-врач. Родители консультируются у генетика.

Лечение муковисцидоза должно быть комплексным. В первую очередь больные нуждаются в муколитиках, веществах, используемых для разжижения мокроты, ее эвакуации и восстановления функции ресничек в дыхательных путях.

При легочной патологии применяются антибиотики с целью воздействия на патогенную флору,

вызавшую воспаление. Применяются цефалоспорины 3 поколения, аминогликозиды, фторхинолоны в зависимости от чувствительности выделенного возбудителя. Используется инъекционный и ингаляционный метод введения препаратов. Кортикостероидные препараты, антицитокины, ингибиторы протеаз и нестероидные противовоспалительные средства назначаются для более быстрого купирования воспалительного процесса.

Особое внимание уделяется кинезиотерапии – специальному комплексу дыхательной гимнастики, способствующему освобождению от мокроты дыхательных путей. Такие упражнения проводятся ежедневно и пожизненно. При серьезных обострениях муковисцидоза нужен кислородный концентратор. Для транспортировки тяжелых больных нужны кислородные баллоны, для регуляции тока кислорода – специальные приборы, пульсоксиметры. При преобладании поражения пищеварительного тракта рекомендуется постоянный прием ферментативных препаратов. В противном случае пища просто не будет усваиваться. При поражении печени применяют гепатопротекторы. Хороший эффект оказывает урсодезоксихолевая кислота в комбинации с таурином. При развитии печеночной недостаточности производится пересадка печени. При тяжелом поражении и легких, и печени возможна пересадка печени и легких. Параллельно назначаются витаминные комплексы с микроэлементами.

Питание больных муковисцидозом детей должно быть выше возрастной нормы по калорийности, содержанию витаминов и микроэлементов. Назначается белковая диета,

не ограничиваются и жиры, но при условии постоянного приема ферментативных препаратов.

ПРОГНОЗ И ПРОФИЛАКТИКА

Во всем мире уровень лечения муковисцидоза является показателем развития национальной системы здравоохранения. В США и европейских странах средний срок жизни этих больных ежегодно увеличивается. На данный момент это 40 лет в европейских странах, 50 и более лет жизни в Великобритании и США. В России средний срок жизни больных муковисцидозом гораздо ниже – всего 25 – 30 лет. Данные по Казахстану отсутствуют.

Учитывая, что методики лечения во всех странах основаны на одних и тех же принципах, в чем же разница продолжительности жизни больных муковисцидозом на Западе, в России и Казахстане? Разница заключается в объеме финансирования, которое направляется государством на диагностику, лечение и поддержку больных с муковисцидозом. Средняя стоимость поддерживающей терапии для больного муковисцидозом составляет как минимум от 10 000 – 25 000 и более долларов в год. Это большие деньги для бюджета как Казахстана, так и России.

Следует подчеркнуть, что муковисцидоз – это огромная социальная и экономическая проблема. Ребенку с муковисцидозом нужно на протяжении всей жизни постоянно принимать жизненно важные, порой очень дорогие препараты. Во всем мире дети с данным заболеванием обеспечиваются лекарствами полностью за счет государства. Даже достаточно обеспеченным родителям больного ребенка крайне трудно

самостоятельно ежемесячно оплачивать недостающие лекарства, стоимость которых порой достигает как минимум 2000 долларов в месяц.

Необходимость ежедневной кропотливой заботы о здоровье ребенка лишает, по крайней мере, одного из родителей возможности работать и зарабатывать средства к существованию. Тем самым резко снижаются доходы семьи, ее покупательная способность, а экономика теряет полноценного работника, и как следствие – возможность создавать дополнительную продукцию, услуги, а государство недополучает налоги. А что говорить о семьях со средним или ниже среднего уровня доходов или неполных семьях? В результате дети в Казахстане, России не получают должного лечения и живут как минимум в два раза меньше, чем их зарубежные сверстники.

Следует особо подчеркнуть, что больные муковисцидозом незаразны и умственно совершенно полноценны. Среди них много по-настоящему одаренных и интеллектуально развитых детей. Они особенно успешно занимаются делами, которые требуют покоя и сосредоточенности: изучают иностранные языки, много читают и пишут, занимаются творчеством, из них получаются замечательные музыканты, художники. Больные муковисцидозом могут создавать семьи. Если второй супруг не является носителем дефектного гена, такие пары могут иметь здоровых детей.

ЧТО ДЕЛАТЬ?

На сегодня в Казахстане официально зарегистрировано около 90 детей с этим заболеванием. Однако, по



ИЗ-ЗА ПЛОХО ПОСТАВЛЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ В КАЗАХСТАНЕ БОЛЬШИНСТВО РОДИТЕЛЕЙ ВЫНУЖДЕНЫ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ДЕТЕЙ ЗА ПРЕДЕЛАМИ СТРАНЫ.

К СОЖАЛЕНИЮ, ПОКА ДЛИТСЯ ВЯЛОТЕКУЩАЯ АКТИВНОСТЬ ОФИЦИАЛЬНЫХ СТРУКТУР ПО СОЗДАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ, И ПОИСК СООТВЕТСТВУЮЩИХ РЕСУРСОВ, МАЛЕНЬКИЕ ПАЦИЕНТЫ УМИРАЮТ.

словам специалистов, а также активистов общественного объединения «Дети-инвалиды, больные муковисцидозом», количество детей с этим заболеванием как минимум в 5 – 10 раз больше. При этом отсутствует полноценная государственная программа, по которой наши маленькие сограждане могли бы обеспечиваться в полной мере дорогими, но жизненно важными лекарствами.

Родители этих детей остаются один на один с проблемой постоянного поиска денег. Помимо этого вопрос еще и в том, что многие препараты для лечения муковисцидоза на сегодняшний день даже не зарегистрированы в Казахстане и завозятся по одноразовому разрешению соответствующих органов.

Именно поэтому инициативные родители детей с муковисцидозом в 2009 г. создали общественную организацию «Дети-инвалиды, больные муковисцидозом» с целью изменить существующую ситуацию в Казахстане. Они хотят вместе бороться за жизнь своих детей, добиваться результатов, поддерживать и помогать друг другу, так как прекрасно понимают, что в одиночку бюрократическую систему не победить.

Из-за плохо поставленной диагностики в Казахстане большинство родителей вынуждены диагностировать детей за пределами страны. Дальше лечение полностью ложится на плечи семей, и они просто выпадают из поля зрения официальных властей – по принципу «нет человека, нет проблемы».

Однако сказать, что ничего не сделано, тоже нельзя. Так, в результа-

те колоссальных совместных усилий общественного объединения, масс-медиа, некоторых депутатов Мажилиса в 2011 г. вышел Приказ Министерства здравоохранения РК, согласно которому следующие препараты должны выдаваться бесплатно больным муковисцидозом:

- **дорназа альфа** (орфанный препарат, обеспечивается по разовому вывозу по согласованию с уполномоченным органом в области здравоохранения), раствор для ингаляций;
- **панкреатин** (капсула в кишечнорастворимой оболочке, содержащая мини-микросферы);
- **тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат** (порошок для инъекций и ингаляций).

Однако это лишь малая часть необходимых для лечения данного недуга препаратов. В случае присоединения вторичной кокковой или синегнойной инфекции необходимо внутривенное или ингаляционное лечение антибиотиками, в частности, тобрамицином и колистином. К примеру, только месячный курс тобрамицина стоит более 1 млн тенге. Чтобы изменить ситуацию, государству необходимо сделать несколько простых шагов навстречу детям с муковисцидозом и их семьям. Это:

- 1. Признать наличие муковисцидоза как проблемы и разработать государственную программу по борьбе с этим недугом.**
- 2. Организовать специализированные и региональные центры по диагностике, лечению и реабили-**

тации больных муковисцидозом. Они должны базироваться в многопрофильных, хорошо оснащенных больницах с закрепленными боксами и иметь специализированный штат, а также все жизненно важные лекарственные средства и оборудование. Особенно важно нахождение детей, больных муковисцидозом, в отдельных специализированных палатах, во избежание их реинфицирования от других детей.

3. Улучшить диагностику муковисцидоза у детей, включая введение обязательного неонатального скрининга новорожденных на муковисцидоз.

4. Создать в Казахстане единый реестр всех больных муковисцидозом детей.

5. Расширить спектр препаратов, предназначенных для лечения муковисцидоза, и обеспечивать ими больных бесплатно, систематически и в достаточном объеме.

6. Обеспечить льготы для инвалидов детства, больных муковисцидозом.

К сожалению, пока длится вялотекущая активность официальных структур по созданию государственной программы поддержки детей, больных муковисцидозом, и поиск соответствующих ресурсов, маленькие пациенты умирают. Часть семей, устав ждать позитивного ответа от государства, вынуждена была сменить гражданство и переехать за границу.

В последние годы в мире были достигнуты значительные успехи в разработке и внедрении эффективных биотехнологических и фармакологических средств, направленных на лечение заболевания и, в частности, коррекцию генных дефектов при муковисцидозе. Будем надеяться, что совместными усилиями общества, энтузиастов, врачей-специалистов и государства мы если не победим болезнь, то, по крайней мере, продлим и сделаем более счастливой жизнь маленьких пациентов.

Болат Жантуриев,
к.м.н., ДБА, доцент КазНМУ
им. С.Д. Асфендиярова



ИНФАРКТ ПРИХОДИТ «МОЛЧА»

Медики замечают, что все чаще бессимптомный инфаркт миокарда поражает мужчин.

Впрочем, чтобы заметить это, не нужно быть врачом. Среди моих одноклассников и знакомых уже несколько человек имеют этот диагноз. И женщин среди них нет. Причем одних в больницу срочно увозила «скорая», другие узнавали о том, что перенесли инфаркт, можно сказать, случайно, во время профилактического осмотра и снятия электрокардиограммы. Без преувеличения, это трагедия. Для самих мужчин, для их семей. Все они еще в том возрасте, когда полны сил, могут работать и хотят жить полноценной жизнью. Но она после этого, конечно же, круто меняется. А у кого-то и заканчивается... Недавно опубликованы результаты исследований, которые показывают, что инфаркты, не сопровождающиеся типичными симптомами, встречаются чаще, чем можно предположить. Понятно, что опасность их

в том, что, не зная о болезни, люди не лечатся, и следующий приступ уже может оказаться летальным. Исследователь Элсайед Солиман и другие ученые проанализировали данные 10 тысяч пациентов среднего возраста. Выяснилось, что у 317 человек был диагностирован бессимптомный инфаркт. Его удалось выявить только при электрокардиографическом обследовании. А у 386 пациентов инфаркт сопровождался заметными симптомами. Ученые на основании этих результатов делают вывод (в публикации в журнале *Circulation*), что бессимптомные инфаркты составляют до 45 процентов от всех инфарктов в США. Таким образом, получается, что почти половина всех инфарктов проходит незаметно для больного. Причем у мужчин оба вида инфарктов случались значительно чаще, чем у женщин. В ходе других исследований было также доказано, что

риск «тихого» инфаркта был существенно увеличен у тех, кто курил, страдал лишним весом и принимал гипотензивные препараты. Способствовать инфаркту могут сильный стресс и большие физические нагрузки. Эти результаты подтверждаются и такой статистикой: ежегодно 500 из 100 тысяч мужчин и 100 из 100 тысяч женщин имеют эту патологию. Увы, около трети случаев инфаркта миокарда заканчиваются смертью в первый час. Почти треть больных погибают в течение 28 часов от момента госпитализации. И еще 4 – 10 процентов умирают в течение первого года от возникновения инфаркта. Понятно, что необходимое эффективное лечение значительно снижает этот риск. Что же представляет собой это заболевание. Инфаркт миокарда – это форма ишемической болезни сердца, при которой происходит

омертвление сердечной мышцы из-за резкого несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой. Основная причина – образование тромба в венечной артерии. Инфаркт миокарда возникает при закупорке сосуда, несущего кровь к мышцам сердца. А дефицит крови вызывает некроз миокарда – мышечного слоя сердца. Обычно при этом возникает сильная боль за грудиной, которая длится более 15 – 20 минут. Она не проходит и после приема нитроглицерина, человек при этом испытывает страх смерти. Но при бессимптомном инфаркте этих ощущений не бывает, он проходит незаметно. А это плохо – без лечения последствия могут быть самые печальные. И если еще не так давно врачи считали, что это бывает лишь в 10 – 25 процентах случаев, то сейчас научные, да и бытовые наблюдения показывают, что такое течение болезни встречается намного чаще – уже в два раза и больше. В чем же состоит профилактика? Кардиолог **Карлыгаш Исакова** для начала напоминает, что выбирать методы предупреждения болезни нужно обязательно вместе с врачом. И главная ее рекомендация – тренировать сердечную мышцу. – Как и любая другая мышца, сердечная требует тренировки. Но, конечно, при условии, что она ее выдержит, что риска развития болезни от тренировок нет, – говорит доктор. – Обтирания, обливания, контрастный душ, баня – все это стимулирует сокращение мышцы. Нужны и щадящие физические нагрузки, и гимнастика.



КАК И ЛЮБАЯ ДРУГАЯ МЫШЦА, СЕРДЕЧНАЯ ТРЕБУЕТ ТРЕНИРОВКИ

Понятно, что нужно отказаться от вредных привычек, вести здоровый образ жизни. Особенно это касается никотина, который очень негативно влияет на сердечную мышцу и сосуды, поскольку способствует нехватке кислорода и вызывает спазмы. Нужна умеренность и в потреблении алкоголя.

Приходится говорить и о совершенно очевидных и известных вещах, которыми мы, тем не менее, прене-

цах и помнить о полноценном сне и отдыхе.

Немаловажно и правильное питание. Строгих ограничений при этом нет, главное, чтобы не появлялся лишний вес и чтобы в меню были продукты, богатые калием и магнием, крайне нужными сердечной мышце. Как можно больше пищи растительного происхождения, постных сортов мяса, рыбы, птицы, морепродуктов – и организм получит все необходимые микроэлементы и витамины.

Как уже было сказано, значительная часть пациентов умирает, не успев попасть в больницу или в первые часы госпитализации. Это говорит о том, что человек не обращался в больницу, не лечился, не



ПОСЛЕ СОРОКА ЛЕТ ХОТЯ БЫ РАЗ В ГОД НАДО ДЕЛАТЬ ВИЗИТ К КАРДИОЛОГУ, СНИМАТЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММУ, ДАЖЕ ЕСЛИ ДЛЯ ЭТОГО НЕТ НИКАКИХ ВИДИМЫХ ПРЕДПОСЫЛОК.

брегаем. Для профилактики сердечных заболеваний нужно, чтобы на сердце было легко и спокойно. Давно доказано, что у нервно возбудимых и впечатлительных людей риск инфаркта миокарда на 25 процентов выше, чем у людей уравновешенных, спокойных. Поэтому так важно уметь расслабляться, настраивать себя на позитивный лад, иметь интересные увлечения, общаться с друзьями, заботиться о братьях наших меньших – о домашних питом-

занимался профилактикой. Поэтому так важно посещать кардиолога и периодически исследовать свое состояние. После сорока лет хотя бы раз в год надо делать визит к кардиологу, снимать электрокардиограмму, даже если для этого нет никаких видимых предпосылок. Помните о новой статистике бессимптомного инфаркта. И берегите свою главную мышцу!

Алия Сагитова

КУРС

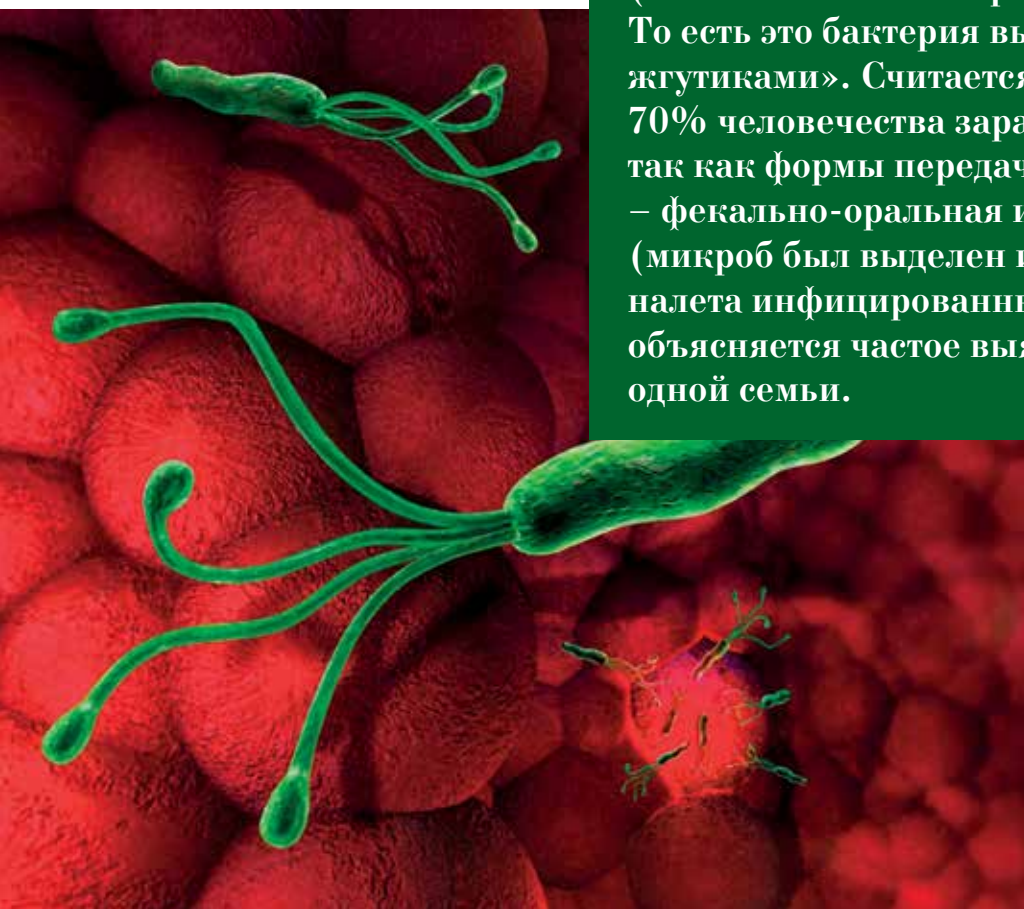
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ:

хеликобактер и с чем его едят



Сауле Сарсенбаева,
д.м.н., профессор кафедры интернатуры
и резидентуры по педиатрии КазНМУ
имени С.Д. Асфендиярова

Каждый второй житель на планете переносил в своей жизни такое заболевание, как гастрит, то есть человека пучило, была отрыжка, боли «под ложечкой», тяжесть в животе, беспокоила изжога и тошнота, порой доходило до развития язвы желудка. Если каких-нибудь 30 – 35 лет назад причину искали и находили в стрессе, нарушении питания, переутомлении, курении, то начиная с конца 80-х годов XX века заговорили о некоей таинственной бактерии – *Helicobacter pylori*. В названии кроются место обитания микроба («пилори» – пилорический отдел желудка), а также характеристика формы («хелико» – винтообразная, спиралевидная). То есть это бактерия выглядит как «сосиска со жгутиками». Считается, что на сегодня более 60 – 70% человечества заражено хеликобактериозом, так как формы передачи простые до ужаса – фекально-оральная и орально-оральная (микроб был выделен из кала, слюны и зубного налета инфицированных пациентов). Этим и объясняется частое выявление бактерий у членов одной семьи.



О бактерии заговорили после открытия 1979 года, которое сделал австралийский патолог Робин Уоррен, и затем в начале 80-х годов к его исследованиям присоединился доктор Барри Маршалл. Последний, чтобы доказать эту гипотезу, выпил культуру бактерии *H. pylori* и обнаружил у себя спустя 10 дней развитие воспаления желудка. В последующем Б. Маршалл продемонстрировал эффективность излечения данного заболевания с помощью 14-дневного применения препарата висмута и метронидазола. Это еще один из альтруистических примеров действия врачей во имя медицины и на благо человечества наряду с опытами над собой Ильи Мечникова (холера), А. Уайта (бубонная чума), Джесса Ласеара (желтая лихорадка), Жака Понто (сыворотка при укусе гадюки), Вернера Форсмана (катетеризация сосудов сердца) и др. Спустя почти 20 лет, в 2005 году, австралийские ученые получили за это Нобелевскую премию в области физиологии и медицины. Почему? Да потому, что было доказано, что *Helicobacter pylori*, во-первых, мо-

жет выживать в кислой среде желудка, что ранее считалось невозможным, во-вторых, является причиной большинства заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, к тому же бактерия отнесена к канцерогенам 1 типа, то есть вызывает развитие язвы-рака. А в-третьих, прием антибиотиков в составе терапии может вылечить или предотвратить болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Многие виды рода *Helicobacter* являются патогенными для человека и обитают в ротовой полости, желудке, различных отделах кишечника. Но все же единственным природным резервуаром *Helicobacter pylori* является слизистая оболочка желудка человека. Во всяком случае, на сегодняшний день пока не доказано, что обезьяны, кошки, собаки, мухи и простейшие действительно являются резервуарами хеликобактера, как это предполагают некоторые ученые. Поэтому помните, что облизывая край грязного стакана или использованную кем-то ложку, даже целуясь, вы рискуете инфицироваться этой злой бактерией. Небезопасными для человека и животных кроме *H. pylori* являются также виды *H. nemestrinae*, *H. acino-*

nichis, *H. felis*, *H. bizzozeronii* и *H. salomonis*.

Существует мнение, что *Helicobacter* занимает второе после герпеса место среди самых распространенных инфекционных болезней. Одно печалит, что у большинства (до 90%) инфицированных носителей *Helicobacter pylori* не обнаруживаются никаких симптомов заболеваний. Чаще это более крепкие и здоровые люди, не ослабленные стрессами и хроническими заболеваниями, ведущие «правильный» образ жизни. В их организме бактерия «спит» до поры до времени, не оказывая пагубного действия на органы. Но в то же время такая категория «носителей» является источником распространения микроба среди людей. И здесь возникает дилемма – лечить или нет...

Давайте посмотрим, что делает *Helicobacter pylori*, когда попадает на благоприятную почву в организме человека. С момента проникновения в желудок бактерия, благодаря своим жгутикам, может перемещаться и скрываться в слизи, которая покрывает стенки желудка и защищает клетки. Кроме того, хеликобактер усиливает защитную се-



ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ,
ЧТО ВСЕ «ЖЕЛУДОЧНЫЕ» ИЛИ
«ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ» ЖАЛОБЫ
И ОЩУЩЕНИЯ ТРЕБУЮТ ВЫЯСНЕНИЯ
У СПЕЦИАЛИСТА – ВРАЧА, И НЕ СТОИТ
ЗАНИМАТЬСЯ САМОЛЕЧЕНИЕМ.

крецию аммиака, нейтрализующего кислую среду желудка. Именно это свойство бактерии помогает распознать ее с помощью диагностических тестов. *Helicobacter pylori* единственный представитель желудочной микрофлоры, способный колонизировать слизистую оболочку желудка. Остальные бактерии, попадая в желудок, либо сразу же погибают, не выдержав действия кислой среды, либо незамедлительно перемещаются в кишечник. Хеликобактер выделяет фермент уреазу, которая обеспечивает выживаемость микроба на протяжении полутора часов при катастрофически кислой pH 2,0. К тому же уреазу действует как токсин, повреждающий эпителий слизистой оболочки желудка. Таким образом, размножаясь, бактерия способна разрушать клетки желудка, а высвобождение вредных веществ вызывает хроническое воспаление, приводя к гастриту и дуодениту. Слизистая желудка после такой экспансии выглядит под

микроскопом как «пчелиные соты». Поэтому клинически хеликобактериоз проявляется следующими симптомами, которые должны человека привести к врачу:

- боль, тяжесть в животе;
- тошнота, отрыжка и рвота;
- плохой запах изо рта, неприятный привкус;
- плохо переваривается мясо;
- чередующиеся, частые поносы и запоры;
- выпадение волос;
- грибок ногтей;
- кожная аллергия.

Как видим, признаки неспецифичные, но существующие сегодня инструментальные и лабораторные методы диагностики помогают поставить диагноз с точностью 100%. Все многообразие методов делится на инвазивные (фиброгастродуоденоскопия с бактериологическим, цитологическим и гистологическим исследованиями) и неинвазивные

(уреазный дыхательный тест, иммуноферментный анализ, ПЦР, анализ кала на *H. pylori* антиген – HpSA), прямые (определение *H. pylori*) и косвенные (определение продуктов жизнедеятельности *H. pylori*). Все эти методы диагностики проводятся в большинстве клиник и медицинских центрах страны. Однако результаты различных методов не всегда идентичны, следовательно, чтобы избежать получения ложнонегативных или ложнопозитивных результатов, для более точной диагностики наличия инфекции необходимо использовать как минимум два метода, и результат считать положительным или отрицательным при совпадении показателей обоих методов исследования.

В детской практике врачи стараются назначить неинвазивные методы диагностики. В то же время до 5 лет исследования на хеликобактериоз нецелесообразны. При этом для оценки эффективности проведенной антихеликобактерной терапии применяют преимущественно неинвазивные методы не ранее, чем через 1,5-2 месяца после окончания лечения. До этого времени нет смысла, так как иммунологическая память о присутствии бактерии в организме в прошлом будет сохраняться еще длительное время.

В 1987 году для выработки оптимальных подходов к диагностике и лечению *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний была создана Европейская группа по изучению *Helicobacter pylori* (European Helicobacter Study Group/EHSG), которая периодически публикует рекомендации «Маастрихтские консенсусы (соглашения)» от названия голландского города Маастрихта, в котором была проведена первая конференция EHSG. Последняя конференция проводилась в 2010 году во Флоренции («Маастрихт IV»). В соответствии с ее рекомендациями основным принципом лечения хеликобактерной инфекции является полное ее удаление и уничтожение, т.е. эрадикация, включающая два антибиотика и антисекреторный препарат (создание неблагоприятных условий для жизнедеятельности бактерии). Выбор схемы лечения, того или иного антибиотика, определение длитель-



ХЕЛИКОБАКТЕР В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ МОЖЕТ ВЕСТИ СЕБЯ И КАК ПАТОГЕН, И КАК КОММЕНСАЛ ИЛИ ДАЖЕ СИМБИОНТ, Т.Е. ЖИТЬ ЗА СЧЕТ ДРУГОГО ОРГАНИЗМА ИЛИ В СОЛИДАРНОСТИ С НИМ, НЕ ПРИЧИНЯЯ ЕМУ ВРЕДА.

ности курса проводятся после тщательного обследования и консультации гастроэнтеролога. Пациенту необходимо помнить, что все «желудочные» или «диспепсические» жалобы и ощущения требуют выяснения у специалиста – врача, и не стоит заниматься самолечением. А одним из простых и доступных методов профилактики инфицирования является соблюдение элементарных норм гигиены. Напоминаю про хеликобактерную цепочку: хеликобактериоз – гастрит/дуоденит – язвенная болезнь (язва) – рак.

Последнее десятилетие в исследовании хеликобактериоза характеризуется оценкой проявления инфекции вне органов желудочно-кишечного тракта. Например, консенсус «Маастрихт III» (2005) впервые включил показания к эрадикации бактерии при двух внежелудочных состояниях: железодефицитной анемии (ЖДА) и идиопатической тромбоцитопенической пурпуре (ИТП). Последняя проявляется недостатком в крови тромбоцитов и, как следствие, развитием кровотечений, синяков на коже. Роль хеликобактера в развитии ЖДА была доказана на основании выявления дефицита железа вследствие потребления его микроорганизмом, а также восстановлением показателей после эрадикации бактерии. Целесообразность эрадикационной терапии при ИТП была доказана снижением уровня антитромбоцитарных антител у больных после эрадикации *Helicobacter pylori*.

В то же время даже в этой хеликобактерной эпопее не все однозначно, несмотря на то, что *Helicobacter pylori* принято относить к числу «безусловно патогенных бактерий». Учитывая более 30 серотипов и штаммов бактерии, не каждая из них опасна для человека. Хеликобактер в зависимости от обстоятельств может вести себя и как патоген, и как комменсал или даже симбионт, т.е. жить за счет другого организма или в солидарности с ним, не причиняя ему вреда. Получается, что ее обнаружение не всегда требует немедленной антибактериальной терапии.

Несомненна роль микроба в развитии гастродуоденитов, но в настоящее время существует и лагерь оп-



ЕЩЕ ОДНИМ НЕГАТИВНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ВНЕДРЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ СХЕМ ТЕРАПИИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА ЯВИЛОСЬ УЧАЩЕНИЕ СЛУЧАЕВ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ.

понентов хеликобактерной теории развития язвенной болезни. Так, по мнению альтернативщиков, сезонность обострений язвенной болезни снижает значимость инфекционной теории. В последние годы было установлено, что кроме *H. pylori* в желудке многих здоровых людей обитают другие микроорганизмы, в частности лактобактерии, стрептококки, стафилококки, грибы рода *Candida*, бактероиды, коринебактерии и другие, т.е. не только она может выживать в кислой среде. Эти микроорганизмы также могут спровоцировать развитие воспаления.

Еще одним негативным результатом внедрения специфических схем терапии хеликобактериоза явилось учащение случаев неэффективности антибиотикотерапии, связанной как с антибиотикорезистентностью, так и с наличием в желудочно-кишечном тракте зон, в которых бактерии защищены от действия антибиотиков (например, кларитромицин-резистентные штаммы хеликобактера). В связи с большим числом носителей *H. pylori* нет гарантии, что после проведения эрадикации не возникнет реинфекция заболевания, более того, она очень вероятна. Тем более не так давно стало известно, что в неблагоприятных условиях *H. pylori* способна

превращаться из спиралевидной в круглую или шарообразную форму. Это способствует выживанию и распространению бактерии.

И в заключение... Наука не стоит на месте, и новым веянием исследовательской братии являются разработка и эксперименты по использованию пероральной вакцинации клеточным лизатом *H. pylori*. Современная клиническая медицина стала владеть уникальным оружием против хронических заболеваний желудка и 12-перстной кишки, препятствуя развитию тяжелых осложнений в виде язвы или рака. Эффект заключен всего лишь в трех (четырёх) таблетках, которые надо принимать 2-3 раза в день на протяжении немногим более недели. В этом уникальность открытия, совершенного 33 года назад и доказавшего свою состоятельность на протяжении долгих лет экспериментов, проб, апробаций и клинико-лабораторных эффектов. Человеку необходимо активно участвовать в профилактике хеликобактериоза и своевременно обращаться к врачу, чтобы не допустить тяжелых осложнений, распространения инфекции, а значит, обеспечивать благополучие в семье.

Сауле Сарсенбаева

СИБИРСКАЯ ЯЗВА.

Кто предупрежден, тот вооружен



Не так давно казахстанские СМИ пестрили заголовками о новых фактах заражения сибирской язвой. Помимо чтения официальных сводок и статистики в газетах казахстанцы невольно сталкивались с многочисленными слухами, связанными с очередной вспышкой особо опасной инфекции. Нужно ли говорить, какую панику сеяли рассылки и публикации в социальных сетях? Как бы то ни было, недостаточная информированность, паника и настороженное отношение к официальным данным привели к тому, что многие казахстанцы стали попросту отказываться от употребления мяса в страхе заразиться сибирской язвой. Тем не менее, мы не можем закрывать глаза на то, что природно-климатические условия

Казахстана являются благоприятными для возникновения и распространения эпидемии сибирской язвы. Этой статьей мы постараемся ответить на самые распространенные вопросы, касающиеся этой болезни.

Итак, как уже было сказано, сибирская язва относится к перечню особо опасных инфекций. Источником распространения болезни является скот – не только коровы, как принято считать, но и прочий крупный и мелкий рогатый скот, а также лошади, верблюды и свиньи. Инфекция быстро распространяется среди животных, содержащихся в близком контакте друг с другом, и приводит к массовому падежу скота. Места вспышек сибирской язвы чаще всего становятся эпицентром возникновения новых вспышек в будущем – бактерия-возбудитель выживает в почве около 70 лет.

МЕХАНИЗМ ЗАРАЖЕНИЯ

В первую очередь нужно понимать, как и где мы можем подхватить особо опасную инфекцию. Сибирской язвой чаще всего заражаются люди, имеющие контакт со скотом: работники ферм, сельскохозяйственных комбинатов, врачи-ветеринары, а также жители сельской местности, содержащие в своих домохозяйствах скот. Заражение происходит

при контакте с источником инфекции, которым может являться:

– **больное животное** (при уходе, забое, разделке туш, выделке шкур, уборке помещений, в которых содержатся выделения и продукты жизнедеятельности зараженного скота);

– **почва** (места захоронения павшего от сибирской язвы скота);

– **вода** (водоемы рядом с местами захоронения инфицированных животных, сток паводковых вод, вымывающих зараженную почву);

– **воздух**, зараженный спорами сибирской язвы (заражение через дыхательные пути встречается крайне редко).

Инфекция попадает в организм человека через повреждения кожных покровов – ранки и ссадины, царапины, микротравмы слизистых оболочек, а также в местах трения грубыми швами одежды. Реже известны случаи воздушно-капельного (пылевого) заражения и заражения через употребление зараженного мяса и молочных продуктов. Особо хотелось бы подчеркнуть, что заражение от человека к человеку невозможно, поэтому контактных лиц не разобщают.

Инкубационный период сибирской язвы короток: от нескольких часов до 7 дней. Тем не менее лиц, имевших контакт с зараженными объектами, наблюдают в течение нескольких недель. В целом восприимчивость человека к сибирской язве не так высока, как кажется: заболевают около 20% людей, подвергшихся риску заражения.

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

Как распознать сибирскую язву? Ответить на этот вопрос мы попросили врача-инфекциониста высшей категории **Елену Федоровну Крылову**. «Основными симптомами являются сильное повышение температуры тела, лихорадка, интоксикация, а также возникновение характерного

БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ ПРИ ПРИОБРЕТЕНИИ МЯСА И МОЛОЧНОЙ ПРОДУКЦИИ – НИКОГДА НЕ ПРИОБРЕТАЙТЕ ИХ У СЛУЧАЙНЫХ ПРОДАВЦОВ, НЕ ИМЕЮЩИХ ДОКУМЕНТАЦИИ, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЙ ПРОВЕРКУ И КАЧЕСТВО ПРОДАВАЕМОГО МЯСА.

для кожной формы изъязвления на месте непосредственного заражения. Вначале наблюдается уплотнение на коже, плотное и приподнятое образование, которое со временем превращается в язву с последующим проявлением некроза, отмирания ткани, – рассказывает Е.Ф. Крылова. – Похожие симптомы могут наблюдаться при возникновении фурункулов, карбункулов, любых гнойных заболеваний, и только врач может точно провести диагностику, с обязательным применением лабораторных методов. Поэтому в случае возникновения подозрений, особенно если имел место контакт со скотом, следует незамедлительно обратиться к врачу».

Медицина различает несколько форм протекания сибирской язвы: кожную, легочную и кишечную. Кожная, как уже было описано, возникает в случае, когда «входными воротами» для инфекции служит повреждение кожных покровов. Легочная и кишечная формы возникают, соответственно, при попадании спор язвы в легкие или кишечник, и протекают гораздо тяжелее. Одновременное проявление всех трех форм сибирской язвы называют генерализованным.

Так как же обезопасить себя от заражения сибирской язвой? В первую очередь профилактику заболеваемости обеспечивает качественный санитарно-эпидемиологический надзор. Ветеринарный контроль и вакцинация, соблюдение правил захоронения скота, а также соблюдение работниками сельскохозяй-

ственного производства техники безопасности и гигиены.

В Казахстане профилактика сибирской язвы проводится на государственном уровне. Тем не менее жителям сельской местности, особенно тем, кто держит дома скот, нужно постоянно помнить о риске заражения. Известны случаи, когда вялое и проявляющее признаки болезни животное забивают без установления причин недомогания и употребляют его мясо в пищу, чего, само собой, делать не следует. Скотоводам нужно проявлять ответственность и в случае смерти скота: ни одно павшее животное не должно быть захоронено без выяснения причин падежа, так как это определяет порядок его захоронения.

Что же необходимо предпринять городским жителям, особенно в период вспышки сибирской язвы? «Не следует поддаваться панике, особенно если вы не имеете никакого отношения к профессиям, связанным с разведением скота, его забоем или разделкой туш, – поясняет врач-инфекционист Елена Федоровна Крылова. – Избегайте контакта с возможными очагами заражения, будьте внимательны при приобретении мяса и молочной продукции – никогда не приобретайте их у случайных продавцов, не имеющих документации, подтверждающей проверку и качество продаваемого мяса. И самое главное – помните, что сибирская язва излечима, и при своевременном обращении к врачу прогноз, как правило, благоприятен».

Вячеслав Балыков

ОСТЕОПОРОЗ – «МОЛЧАЛИВЫЙ УБИЙЦА».

Современные подходы к диагностике и лечению остеопороза



Акмарал Нурбекова,
профессор кафедры эндокринологии
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,
главный эндокринолог УЗ г. Алматы

Наверное, каждый из вас видел сгорбленных старушек. Это остеопороз, точнее его проявление – множественные переломы тел позвонков. Для пожилых людей также типичны переломы бедра, приводящие к инвалидизации и риску смертности в самое ближайшее время (мы их не видим – это прикованные к постели больные). Для остеопороза характерны и переломы лучевой кости выше кисти. Таким образом, при остеопорозе кости становятся настолько хрупкими, что ломаются даже при небольшой нагрузке, при падении с высоты собственного роста. Именно поэтому остеопороз врачи все чаще называют «молчаливым убийцей», «безмолвной эпидемией».



К сожалению, до первого перелома, который может стать и последним, вызвав преждевременную смерть, пациенты не догадываются о существовании остеопороза, поскольку не испытывают болей.

Остеопороз – это заболевание костно-мышечной системы, которое приводит к уменьшению плотности костной ткани. С первых дней жизни у человека она наращается, и к 20 годам этот процесс достигает пика, а после 35 лет начинается «обратный отсчет» – костная масса уменьшается, и уже к 50 годам у женщин и к 60 у мужчин кости в буквальном смысле становятся «прозрачнее». По статистике в 70% случаев остеопороз – «виновник» переломов костей.

Термин «остеопороз» буквально означает «пористая кость», поскольку все кости при этом заболевании становятся хрупкими и тонкими, а значит, и более предрасположенными к патологическим переломам. Чаще всего при остеопорозе случаются переломы шейки бедра, позвонков и предплечья.

По данным ВОЗ, среди причин смерти остеопороз занимает **четвертое** место после болезней сердца и сосудов, злокачественных опухолей и сахарного диабета. Согласно отчету Международного фонда остеопороза, после 50 лет данное заболевание диагностируется у каждой 3-й женщины, каждого 5-го мужчины. В мире 25% людей с переломами шейки бедра умирают в течение первого года, 25% – становятся инвалидами.

Любопытный исторический факт: возлюбленная Маяковского Лиля Брик, дожив до 86 лет, сломала шейку бедра. Спустя три месяца после травмы, потеряв интерес к жизни и оставаясь прикованной к постели, она покончила жизнь самоубийством, приняв смертельную дозу снотворного. Брик прекрасно знала, какие мучения ждут ее впереди, ведь ее мать в свое время тоже страдала от остеопороза.

ГРУППЫ РИСКА

Никто из нас не застрахован от развития остеопороза. В «зоне опасности» – городские жители, люди, ведущие малоподвижный образ жизни и мало бывающие на солнце: из-за недостатка солнечных лучей снижается количество витамина D, процесс разрушения костной ткани ускоряется.

Женщины – особая группа риска. После наступления менопаузы уровень эстрогенов (женских половых гормонов) в организме падает. Поэтому нарушается всасывание кальция в кишечнике и увеличивается активность остеокластов, разрушающих кости. В результате развивается постменопаузальный остеопороз. Примечательно, что в первые три года после наступления менопаузы костная масса уменьшается в три раза.

Гормональные заболевания (гипотиреоз, тиреотоксикоз, болезнь Кушинга, сахарный диабет), ревматоидный или псориатический артрит также неблагоприятно влияют на

обмен минералов в костях. Наносят вред костям и некоторые лекарственные препараты (противосудорожные, глюкокортикоиды).

На обменные процессы в костях неблагоприятно влияют фастфуд и газированные напитки, столь любимые представителями подрастающего поколения. Злоупотребление кофе, чаем, алкоголем и курение также приводит к уменьшению всасывания кальция в кишечнике.

Сильно рискуют и любительницы диет, при соблюдении которых в организм поступает недостаточное количество минералов: кальция, составляющего основу скелета, а также магния и фосфора, необходимых для нормального усвоения кальция. Кроме того, уменьшение килограммов приводит к снижению уровня эстрогенов, так как частично они вырабатываются именно в жировой ткани.

ДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА

Зачастую именно перелом в результате небольшой травмы или даже вовсе без нее – первый «звоночек» недуга. Заболевание долгие годы развивается исподволь, никак себя не проявляя. Однако остеопороз можно распознать, не дожидаясь перелома, по косвенным признакам:

- Рост становится меньше на 3 см в год, нежели в 25 лет.
- Появляются сутулость и нарушения осанки.
- Человек чувствует боль в костях при изменении погоды.



НА ОБМЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ В КОСТЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯЮТ ФАСТФУД И ГАЗИРОВАННЫЕ НАПИТКИ, СТОЛЬ ЛЮБИМЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ.

- Волосы становятся ломкими, а ногти – хрупкими.
- Появляются судороги в мышцах ног, ноющие боли в спине, пояснице.
- Стремительно разрушаются зубы.

ДЕНСИТОМЕТРИЯ

Определять минеральную плотность костей (МПК) рекомендуется ежегодно женщинам старше 45 лет, а если наступила преждевременная менопауза, то и раньше. Мужчинам советуют проводить это исследование после 50 лет.

Основные методики определения минеральной плотности кости

1. «Золотым стандартом» по праву считается двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (технология DXA, остеоденситометрия), с помощью которой МПК измеряют в г/см² и сравнивают показатель пациента с референтной базой данных молодых здоровых женщин, выражая отличие от нее в стандартных отклонениях (Т-критерий).

Интерпретацию результатов DXA денситометрии женщин в пери- и постменопаузе и мужчин старше 50 лет проводят по следующим критериям:

- нормальные показатели – Т-критерий от + 2,5 до -0,9
- остеопения – Т-критерий от -1,0 до -2,4
- остеопороз – Т-критерий \leq -2,5
- тяжелый остеопороз – Т-критерий \leq -2,5 с наличием в анамнезе одного и более переломов.

2. Новый способ оценки риска перелома, предложенный ВОЗ, включает в себя помимо МПК в области шейки бедра также информацию о возрасте и половой принадлежности пациента, перенесенном ранее переломе, индексе массы тела, переломе проксимального бедра у родителей, указание на курение, прием глюкокортикоидов, наличие ревматоидного артрита и других заболеваний, способных вызывать вторичный ОП, а также информацию о злоупотреблении алкоголем. Алгоритм расчета получил название FRAX, он размещен на сайте www.shef.ac.uk/FRAX. Любой врач или

пациент может зайти по этой ссылке и рассчитать индивидуальный 10-летний абсолютный риск основных остеопоротических переломов и перелома проксимального бедра. Важно, что величину риска перелома можно рассчитывать даже без определения МПК. Это особенно полезно, когда доступа к денситометрическому оборудованию нет.

ОПРЕДЕЛЯТЬ
МИНЕРАЛЬНУЮ
ПЛОТНОСТЬ
КОСТЕЙ (МПК)
РЕКОМЕНДУЕТСЯ
ЕЖЕГОДНО
ЖЕНЩИНАМ
СТАРШЕ 45 ЛЕТ.





НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ, ЧТО ЛЕЧЕНИЕ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ ОБОЮДНОГО УЧАСТИЯ И ВРАЧА, И ПАЦИЕНТА.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение остеопороза – процесс длительный, поэтому вам придется набраться терпения. К сожалению, полного излечения не происходит. Однако можно приостановить развитие недуга и укрепить кости.

Группы препаратов для лечения остеопороза

- Бисфосфонаты
- Паратиреоидный гормон (терипаратид)
- Ингибиторы RANKL – деносумаб
- Стронция ранелат
- Менопаузальная гормональная терапия (по показаниям)
- Селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов
- Кальцитонин

Таким образом, в современном арсенале патогенетической терапии имеются препараты двух основных направлений – антирезорбтивные средства (бисфосфонаты, деносумаб – подавляющие избыточную костную резорбцию остеокластами) и анаболического действия (препараты паратиреоидного гормона, стимулирующие костеобразование остеобластами), а также средства двойного действия (стронция ранелат).

Необходимо помнить, что лечение данного заболевания длительное, требующее обоюдного участия и врача, и пациента.

Препараты кальция

Есть множество соединений кальция, которые можно принимать для увеличения плотности костной

ткани. Однако следует помнить, что организм не может усвоить большие объемы кальция без помощи вспомогательных препаратов. Поэтому принимать препараты кальция надо под контролем врача и вместе с препаратами, которые помогают усвоению микроэлемента.

Витамин D для усвоения кальция

Самое известное вещество, которое способствует усвоению кальция, – витамин D. Он синтезируется в организме под воздействием солнечного света. При нехватке солнца необходимо восполнять нехватку этого витамина.

Бисфосфонаты против разрушения костей

Кости регулярно обновляются благодаря работе двух типов клеток: остеокластов и остеобластов. Остеобласты строят кость, остеокласты разрушают. Разработаны препараты, которые затормаживают развитие остеокластов и нейтрализуют работу клеток-разрушителей. Таким образом, остеобласты продолжают свою созидательную работу, а остеокласты бездействуют, и в результате кальций усваивается максимально эффективно – «приходит по назначению». К классу таких препаратов относятся бисфосфонаты (золендроновая кислота, алендроновая кислота, памидроновая и др.). Бисфосфонаты выпускаются в следующих формах:

- **в виде таблеток для ежедневного потребления** – назначаются продолжительными курсами, что требует от пациента дисциплины для регулярного приема препарата;

- **растворы для инъекций** – укол делается в среднем 1 раз в полгода, как правило, в кабинете врача при явке на очередной осмотр;

- **растворы для капельницы** – эту процедуру достаточно делать 1 раз в год, чтобы поддерживать плотность костной ткани на одном и том же уровне или даже развернуть остеопороз вспять.

Техника безопасности

При применении бисфосфонатов необходимо ежедневно потреблять достаточную дозу кальция (от 1000 до 1500 мг) в комплексе с витамином D.

Бисфосфонаты в виде таблеток могут доставлять дискомфортные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта (изжога, тошнота), поэтому принимать их надо не менее чем за 30 минут до еды. В этой же связи нельзя принимать препараты кальция в течение 2-3 часов после приема бисфосфонатов. Тем более нельзя принимать кальций вместе с данными таблетками.

Прием препаратов может вызвать воспаление слизистых оболочек пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. Чтобы снизить риск воспаления, рекомендуется после приема таблетки 30 – 60 минут находиться в вертикальном положении, тогда таблетка «ляжет на дно» и будет контактировать с минимумом поверхности слизистой.

После первого внутривенного введения бисфосфонатов могут появиться гриппоподобные симптомы: лихорадка, мышечные боли. Они не требуют лечения, хотя сообщить об этой неприятности врачу надо. Как правило, при втором введении

препарата (через полгода или год) такая острая реакция не наступает.

Стронция ранелат

Первый антиостеопоротический препарат, который обладает двойным механизмом действия: он одновременно стимулирует образование костной ткани и подавляет костную резорбцию. Стронция ранелат восстанавливает баланс костного обмена в пользу образования новой и прочной костной ткани, что обеспечивает раннюю и продолжительную эффективность в профилактике переломов позвоночника и периферического скелета при постменопаузальном остеопорозе. Препарат принимается в порошке (саше 2 г) один раз в сутки, желательно на ночь, предварительно его растворяют в стакане воды. Лечение стронция ранелатом, как и другими средствами от остеопороза, необходимо сочетать с приемом кальция и витамина D, но принимать не ранее чем через 2 часа после кальция.

Деносумаб

Это биологический препарат, представляющий собой моноклональное антитело к лиганду рецептора акти-

ватора фактора каппа-В (RANKL). Сам рецептор (RANK) является важнейшим звеном в активации остеокластов, однако без присутствия лиганда (RANKL) его активация не происходит. Показано, что избыточная продукция остеобластами RANKL лежит в основе развития постменопаузального остеопороза. Она приводит к образованию большого количества и чрезмерной активности остеокластов, что проявляется в усилении костной резорбции. Блокада RANKL соответствующим моноклональным антителом, каковым является деносумаб, приводит к быстрому снижению в сыворотке крови концентрации маркеров костной резорбции и увеличению минеральной плотности костной ткани во всех отделах скелета. Эти процессы сопровождаются снижением риска переломов, включая переломы позвоночника, проксимального бедра и других внепозвоночных переломов. Деносумаб вводится подкожно через уже заполненный препаратом шприц-тюбик раз в 6 месяцев.

Кальцитонин

Помимо указанных выше средств первой линии лечения остеопороза в отдельных случаях может ис-

пользоваться кальцитонин лосося – синтетический аналог гормона щитовидной железы кальцитонина, участвующего в регуляции кальциевого гомеостаза. Особенностью препарата Миакальцик, содержащего кальцитонин лосося, является то, что он снижает риск переломов при отсутствии выраженной динамики МПК, что объясняется его позитивным влиянием на качество костной ткани (ее микроархитектонику). Риск новых переломов позвонков при лечении Миакальциком снижается на 36%. При этом препарат обладает еще одним свойством, которое широко используется в клинической практике: Миакальцик оказывает выраженный анальгезирующий эффект при болях, вызванных переломами.

Перед назначением антиостеопоротических препаратов необходимо исследовать кальций сыворотки крови и клиренс креатинина. Низкая концентрация кальция сыворотки чаще всего бывает вызвана дефицитом витамина D и при его назначении полностью корректируется при условии адекватного поступления кальция с пищей и/или лекарственными препаратами. При клиренсе креатинина





ЕДИНСТВЕННАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ОСТАНОВИТЬ НЕДУГ – КАК МОЖНО БОЛЕЕ РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА ЕГО РАЗВИТИЯ: ЗДОРОВЫЙ И АКТИВНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.

менее 30 мл/мин бисфосфонаты и стронция рanelат не назначают. Вместе с тем деносумаб может назначаться при хронической почечной недостаточности, при этом коррекции его дозы не требуется. Лечение остеопороза любым из указанных препаратов должно быть длительным, не менее 3-5 лет. Обязательной составной частью любой схемы лечения остеопороза является адекватный прием кальция и витамина D.

ПРОФИЛАКТИКА

Предупрежден – значит вооружен. Единственная возможность остановить недуг – как можно более ранняя профилактика его развития: здоровый и активный образ жизни, сбалансированное питание, отказ от вредных привычек. Укреплять кости нужно с детства, включив в рацион молоко и кисломолочные продукты. Сбалансированное питание для профилактики остеопороза – комбинация овощей, фруктов, бобовых, йогурта, хлеба, картофеля, нежирного мяса, жирных видов рыбы, а также 250 мл молока или молочных продуктов (кефир, йогурт, сыр).

Важной составляющей профилактики остеопороза является адекватная физическая активность, вполне достаточно ходьбы (40 – 60 минут в день). Необходимо отказаться от чрезмерного употребления алкоголя и кофе, курения, шипучих напитков. Согласно исследованиям, на 20% увеличивается ломкость костей у тех, кто пьет газированные напитки. В период роста, беременности и лактации, а также людям старше 50 лет нужно принимать препараты, содержащие кальций и витамин D. Рекомендуемая норма суточного потребления кальция – 1000 – 1200 мг в сутки, предпочтительнее в составе карбоната кальция, суточное потребление витамина D – 800 – 2000 МЕ.

Поможет восстановить костную ткань и периодический прием пищевых добавок либо поливитаминных комплексов, содержащих минералы – кальций, фосфор, магний и витамин D. Подружитесь с солнцем (но не загорайте интенсивно), поскольку ультрафиолетовые лучи даже в тени способствуют образованию витамина D.

Люди с остеопорозом вынуждены просчитывать каждый свой шаг, поскольку одно неосторожное движение – и незапланированная встреча

с травматологом обеспечена. Несколько советов для людей, страдающих остеопорозом:

- Измените обстановку в доме: вдоль лестниц установите поручни, освободите проходы и лестницы, закрепите болтающиеся провода и ковры, избавьтесь от нагромождений в доме и шатких стульев.
- В ванной установите поручни, используйте нескользкие напольные коврики.
- Носите устойчивую обувь на низком каблуке.
- Установите полки в доме таким образом, чтобы было удобно доставать с них предметы, не вставая на стремянки или стулья.

На протяжении большей части жизни мы ощущаем радость от каждого движения – будь то танец, бег, поворот или наклон туловища. И нам кажется, что так будет всегда. К сожалению, это не так. Помните, что остеопороз не дремлет, а постепенно и незаметно разрушает наши кости. Относитесь бережно к себе, занимайтесь спортом и правильно питайтесь!

Акмарал Нурбекова



В ПОГОНЕ ЗА МОЛОДОСТЬЮ

Когда-то мудрый Свифт произнес фразу: «Каждый хочет жить долго, но никто не хочет быть старым» и, по сути, определил задачи относительно новой науки – геронтологии, которая призвана не просто увеличить продолжительность жизни человека, но и сделать преклонный возраст полноценным. Об этом мы говорим с директором Международного института геронтологии, профессором Нурланом Нурумовым.

– Знаете ли вы, что буквально за каких-то 100 – 150 лет средняя продолжительность жизни человека увеличилась почти в два раза – с 45 – 47 до 88, как сейчас в Японии? Людей пожилого возраста становится все больше, – поясняет Нурлан Маратович. – Например, когда я учился в нашем алма-атинском медицинском институте, это был конец 70-х – начало 80-х годов, у нас даже предмета такого не было – гериатрии, то есть лечения людей старше 60 лет, потому что тогда средний возраст в Союзе не превышал 62-х лет. Конечно, бывало, что люди доживали до 80 лет и более, но это единичные случаи. Сейчас ученые уже доказали, что человек вполне может жить 120 лет, именно на столько рассчитаны резервы его организма. Правда, таких долгожителей в Казахстане я не знаю, но столетних уже немало, а уж тем более людей, которым за 80. Поэтому медицинская наука озадачена сейчас не столько продлением жизни, сколько тем, как замедлить процессы старения организма, сделать старость не обузой для человека, а нормальной, полноценной жизнью. Этим занимается и наш институт. Наверное, некоторые

наивно представляют, что вот, дескать, пришла ко мне дряхлая старушка, а я сделал из нее молодую красавицу. Нет, чудес не бывает. Не только честь надо беречь смолоду, но и себя, собственный организм, собственное тело.

Мало кто знает, но процесс старения организма начинается с... 20 лет. Вот уж поистине, рождаясь, мы делаем первый шаг к смерти. И каждое последующее прожитое десятилетие приближает старость. Например, после 20 лет происходит постепенное и практически незаметное невооруженному глазу снижение остроты слуха, зрения, осязания, обоняния и вкуса.

В 30 лет, по данным медиков, падает количество эстрогенов, тестостерона, уменьшается плотность костей, снижается устойчивость к стрессам, слабеют мышечные волокна.

К 35 годам у большинства людей наблюдается так называемая дермопауза – последовательная потеря тонуса кожи, вызываемая сокращением выработки коллагена.

В 40 лет основная масса населения ощущает ухудшение деятельности сердечно-сосудистой системы, усиливается кислотность желудочного сока, начинают формироваться

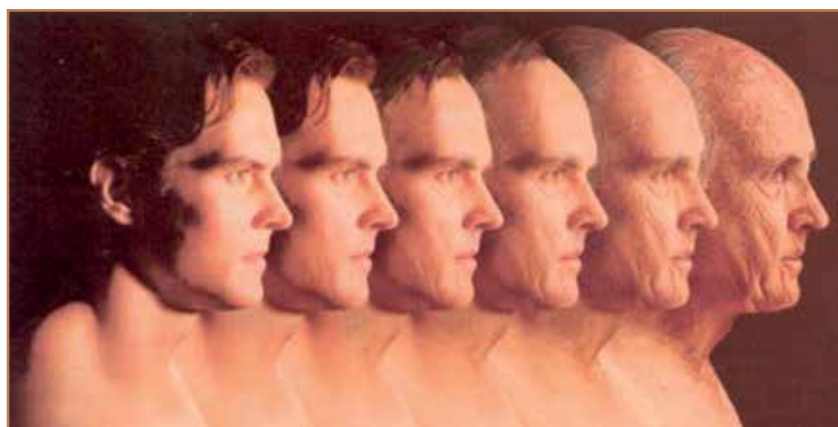
желчные камни, ухудшается фильтрация токсинов. На фоне этих проявлений постепенно слабеет внимание, ухудшается память.

45 лет – возраст, когда падает скорость мозговых волн, повышается восприимчивость к инфекциям и снижается тонус мочевого пузыря.

К 50-летнему юбилею основная масса людей признает потерю сексуального влечения, а специалисты констатируют ухудшение эластичности и снижение функций легких. Как правило, начиная с 60 лет учащаются резкие перепады настроения, человека начинает мучить беспричинное беспокойство.

К 80 годам одна болезнь сменяет другую... Другими словами, происходит включение организмом таких процессов, которые способствуют его саморазрушению, старению и гибели.

Возникает естественный вопрос – можно ли это остановить? Как показывает история, таким вопросом задавались во все времена, пытались создать волшебный эликсир молодости. Со временем на смену алхимии пришла наука. За последние сто лет в генетике, молекулярной и клеточной биологии, иммунологии, биотехнологии накопилось



МАЛО КТО ЗНАЕТ, НО ПРОЦЕСС СТАРЕНИЯ
ОРГАНИЗМА НАЧИНАЕТСЯ С... 20 ЛЕТ.



ЕСЛИ ХОТИТЕ ЖИТЬ ДОЛГО, СНИЖАЙТЕ КАЛОРИЙНОСТЬ ПИТАНИЯ.

достаточно знаний, чтобы начать разработку методов, позволяющих человеку полностью реализовать отпущенный природой срок жизни в 100 – 120 лет. А может быть, и отодвинуть эту границу.

Кстати сказать, Казахстан, как и многие европейские страны, тоже уже переступил «порог старения» – у нас доля людей старше 60 лет сейчас составляет 7,4% процента. А значит, проблема активного долголетия актуальна и для нашего государства.

Говоря о методах коррекции возраста, профессор Нурумов отметил, что важный пункт здесь – физическая активность. Ведь при старении снижается мышечная работоспособность, изменяется характер реакций различных систем организма на мышечную нагрузку. В пожилом и старческом возрасте гипокинезия особенно отрицательно сказывается на состоянии различных органов и систем организма, течении обменных процессов.

И здесь на помощь приходит современная геронтология, которая создала целый ряд препаратов, обладающих серьезным геропротекторным эффектом. Другими словами, используя специальные меры, которые замедляют обмен веществ в организме, мы можем существенно растянуть жизненный цикл и тем самым существенно отдалить

запуск тех процессов, что ведут к прекращению обновления и самоубийству клеток.

Вот, скажем, мелатонин – основной гормон эпифиза, регулятор суточных ритмов. Он вырабатывается в организме с 12 до 3 часов ночи, поэтому людям, особенно пожилого возраста, в это время надо спать. Соблюдение биоритма является важнейшим фактором долголетия и хорошего здоровья. Так считает директор Санкт-Петербургского института геронтологии и биорегуляции человека профессор Владимир Хавинсон, который часто бывает в нашей стране и активно сотрудничает с казахстанскими геронтологами. Победить старость можно и путем активизации и увеличения теломер, концов молекул ДНК. Кстати, за исследования механизма защиты хромосом теломерами в 2009 году трое американцев – Элизабет Блэкберн, Кэрол Грейдер и Джек Шостак получили Нобелевскую премию по медицине. В то же время, как утверждает профессор Хавинсон, в Санкт-Петербургском институте геронтологии это удалось сделать еще в 2003 году. Теломеры считаются важнейшим маркером старения, и, как показали исследования, не только старения – у спортсменов при больших нагрузках длина теломер тоже уменьшается, то есть это функциональный показатель и стрессов.

Кроме того, если хотите жить долго, снижайте калорийность питания. Исследования показывают, что уменьшение калорийности питания всего на 30%, то есть уменьшение потребления сладостей и жирного, не только продлевает жизнь, но и на 50% снижает заболеваемость раком и почти на 90% – диабетом. При этом продолжительность жизни увеличивается на 15 – 20%.

Ученые считают, что мощными биорегуляторами являются и пептиды – особые вещества, молекулы которых построены из двух и более остатков аминокислот, соединенных в цепь пептидными (амидными) связями – C(O)NH.

«Вводя пептиды, мы восстанавливаем активность генов, восстанавливаем синтез белков, и человек может быть здоровым до 90 – 95 лет, – считает Хавинсон. – Причем для каждого органа нужен свой активатор, например, пептид печени активирует только клетки печени, пептид мозга – только мозга».

Возможно, в недалеком будущем появятся универсальные препараты, которые бы комплексно воздействовали на разные органы. Нечто вроде таблеток от старости: выпил – и здоров. Это одно из перспективных направлений работы геронтологов.

Елена Брусиловская



www.zeren.kz

только ЛУЧШИЕ
ВОСПОМИНАНИЯ
от отдыха



Коттеджи
Комфортабельные номера
Лечебно-оздоровительные процедуры
Организация активного отдыха на природе



Казахстан, Акмолинская область, с.Зеренда
тел.: +7 (716 32) 21 3 06, моб.: +7 775 847 30 50, +7 771 162 42 64
Бронирование: zeren_zeren@rambler.ru

Ключевая фигура – УЧЕНЫЙ

В прошлом номере нашего журнала Дос САРБАСОВ, один из первооткрывателей белковых комплексов МТОR и изучения их функций в регуляции роста клеток и пролиферации (разрастании тканей), рассказал о своих важных для развития онкологической науки исследованиях, о сотрудничестве с казахстанскими коллегами. Мы продолжаем беседу с нашим соотечественником биологом PhD, профессором департамента молекулярной и клеточной онкологии в Онкологическом центре МД Андерсона Техасского университета (Хьюстон, США).



– Дос Джурмаханбетович, вы работаете за рубежом два десятка лет и, конечно, хорошо знаете о том, как финансируется наука в США, как работают научные коллективы и какова связь науки и практики.

– Это сразу несколько больших вопросов! Начнем с того, что бюджет научных институтов и центров складывается из нескольких источников, и основные из них – государственные. Наука финансируется мощно и главное стабильно, постоянно. Финансирование научных изысканий заложено в госбюджет так же, как субсидирование обороны, медицины, образования. Самая серьезная сумма идет через Национальный институт здравоохранения – в год через эту организацию направляется 32 миллиарда долларов, это самое сильное в мире финансирование. Есть еще одна научная организация – Национальный научный фонд, через который на исследования направляется 8 миллиардов долларов в год. Это то, что выделяется только государством, причем на постоянной основе, и это очень важный момент. Лишь в кризисные периоды объем может колебаться, но очень незначительно, уровень сохраняется тот же, только нет увеличения на инфляцию.

Довольно мощные инвестиции в исследования делают и частные компании и фонды. К примеру, в нашей области это Американское общество рака, имеющее развитую грантовую систему. Показательным примером можно считать фонд Ховарда Хьюза, известного американского предпринимателя, голливудского режиссера, авиастроителя, продюсера. В послевоенные годы он оставил большие деньги, завещав создание института, который финансировал бы науку. Капитал фонда сейчас позволяет направлять серьезное финансирование в области биомедицинской исследовательской работы. В настоящее время около 300 научных лабораторий финансируются до миллиона долларов в год этим фондом. Он только в 2015 году направил 666 миллионов долларов в наиболее успешные научные лаборатории, а общий объем за последние 10 лет – это около 8

миллиардов долларов инвестиций в науку.

– А как проводится отбор, кто решает, что перспективно, а что нет?

– Каждая финансовая организация или фонд имеет отдел, который занимается отбором грантов. Обычно приглашается группа ученых экспертов в области финансирования. Затем идет тщательный отбор. Каждая секция, в составе которой около двадцати ученых определенной специализации, изучает гранты. Как минимум три независимых эксперта дают рецензии и оценки по каждому гранту. После этого происходит совещание экспертов, где уже обсуждают гранты и дискутируют, если есть расхождения в оценке определенных проектов.

Выбираются самые лучшие, потом снова сообщается на селективной основе из них отбираются самые перспективные. Никто не может сверху сказать: «Дайте этому человеку грант». Все решается коллегиально, так создана вся структура, и она работает уже много лет. Таким образом, гарантируется качество научных исследований, поскольку через грантовую систему действительно отбираются лучшие, наиболее актуальные и перспективные работы.

После чего направляются средства, обычно 3-5 лет идет финансирование на один проект. Понятно, что обязательно есть отчетность, но она минимальная. Каждый год подается годовой отчет (обычно 1-2 страницы), и в конце финансирования проекта пишется конечный отчет (3-4 страницы).

– А если проект требует продолжения?

– После истечения срока финансирования гранта необходимо подавать новый. Если лаборатория за время финансирования не развивает научное направление или не находит новые интересные данные, то получить новое финансирование очень затруднительно. Со временем в таком случае лаборатория закрывается. В общем, конкуренция в научной среде очень серьезная, потому что финансируются только лучшие

проекты, что составляет 10 – 15 процентов.

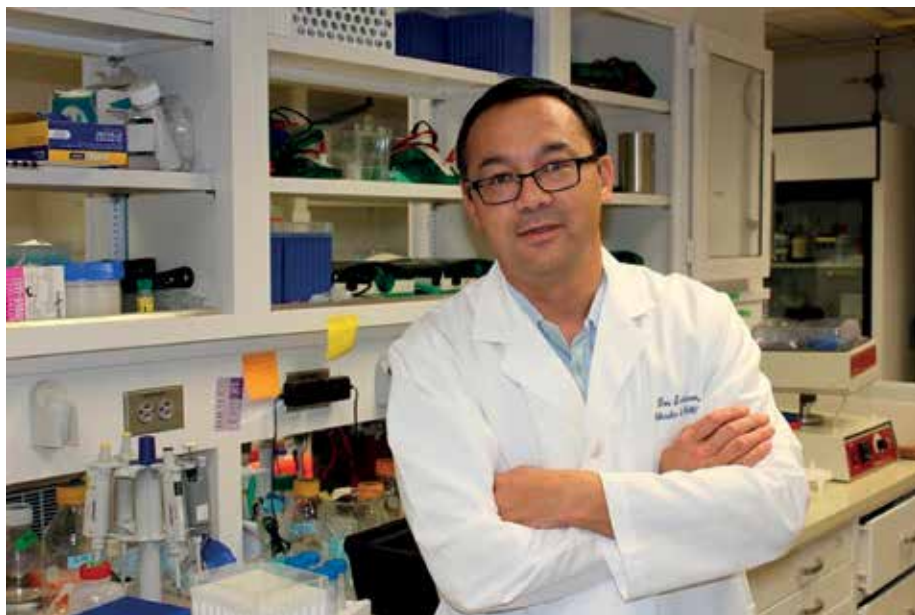
Но есть еще такой важный момент: никто не требует, чтобы результатом этих исследовательских работ была материальная прибыль. Нет такого, чтобы через три года или другой какой-то срок вложенные средства возвратились и дали прибыль. Говорить об этом – значит не понимать сути и значения науки.

– Как же общество, государство получают эти средства обратно, то есть пользу от вложенного финансирования?

– Очень просто. Если изыскания дали результат, ученые патентуют свои открытия, и эти патенты двигают производство. Биотехнология, фармацевтика, химическая промышленность в лице частного капитала создают новые компании, стартапы и покупают право на патенты, это могут делать и уже сложившиеся компании. Тут работает уже в основном только частный капитал. Хотя государство небольшое количество стартап-компаний тоже финансирует (например, Национальный институт здравоохранения), ученые для этого пишут заявки и на конкурсной основе выигрывают гранты. Но в основном государственные деньги идут на базовую и прикладную науку.

Не менее важно и то, что сами ученые распределяют эти средства, решая, что сейчас должно быть в приоритете. Эти вопросы решают не чиновники, не министерство науки, а научные сотрудники, руководители структур. Так, директором Национального института здравоохранения, в составе которого еще несколько научных институтов, является обычно признанный известный ученый. В них создаются группы, отделы, которые занимаются разными направлениями в медицине. Создана целая система отбора тем исследований для грантов. Ученые информируются о том, какие именно направления сейчас интересны.

Показательно и то, что никто не требует возвращать эти средства. Как я уже сказал, результаты научных исследований регистрируются в виде



этот ученый, для того чтобы университет содержал инфраструктуру лаборатории. Эти средства идут на оплату электроэнергии, помещения, воды, газа и так далее. Поэтому и университет заинтересован, чтобы его ученые выигрывали гранты.

В южных штатах на эти цели Институт здравоохранения выделяет 56 процентов от суммы гранта, поскольку здесь жизнь дешевле. Причем мы наличные деньги не получаем, есть отделы закупки реактивов и других материалов, которые обеспечивают всем необходимым за счет грантовых средств. Все продумано, заложено от «а» до «я», и у ученых, таким образом, голова ни о чем не болит, кроме самой научной работы.

– Как вы думаете, может быть, именно такого подхода не хватает казахстанской науке?

– Конечно, в США наука поставлена и развита действительно серьезно, и эта система уже проверена временем. Копировать ее, конечно же, нет необходимости, но принципы, которые формируют и двигают научное развитие, понять и внедрить необходимо. Главное, должны быть четкие неизменные условия, стабильное государственное финансирование. И именно ученые, научные руководители должны объективно, исходя из общественных интересов, решать, на какие научные направления выделять средства.

Мне кажется, в нашей стране надо определиться со стабильным бюджетом в науке. Понятно, что суммы будут другие, но важно определить размер бюджета. И это решающий момент, уровень бюджета и определит в конечном итоге уровень науки в Казахстане. Относительно бюджета необходимо установить научные направления и определить финансирование разных научных проектов. В данном случае если даже бюджет будет незначительным, то необходимо сфокусироваться на качестве, а не на количестве. И это будет напрямую зависеть от второго фактора – это распределение финансирования по объективной грантовой системе.

Насколько я знаю, система рецензий грантов начала работать в Казахстане три-четыре года назад, ког-

патентов, под которые открываются стартапы. Кстати, многие финансисты, банкиры имеют хорошее образование, PhD, и они очень тщательно подходят к отбору патентов. В каждом банке есть научный отдел, эксперты которого ищут перспективные патенты, чтобы вкладывать средства. Такая система позволяет ускорить дорогу от разработки до производства.

– То есть государство не вкладывает деньги в промышленность, в бизнес?

– Государство может опосредованно поддерживать предпринимательство налоговыми льготами и другими мерами, но прямых инвестиций в частный бизнес нет. Хотя, конечно, бывают исключения, к примеру, когда в 2008 году был кризис, государство поддержало автомобильную индустрию, банковский сектор, но эти деньги потом вернулись.

Банки заинтересованы вкладывать средства в новые производства, многие люди держат деньги в банках, и надо, чтобы эти средства работали, приносили дивиденды. Поэтому финансовые структуры нанимают экспертов, ищут патенты для развития новых производств. Причем все не так легко, риски значительные, только около 10 процентов стартапов оказываются успешными. Но

они окупают все затраты, поэтому банки идут на такие вложения. Кстати, те новые компании, которые не получили экономического эффекта, хотя и уходят с рынка, но их деятельность не бесследна. Попытки что-то создать всегда приводят к новым идеям.

– Известно, что немало средств в создание новых препаратов вкладывают фармацевтические компании...

– Да, это тоже мощный источник финансирования. Фармгиганты ежегодно направляют на создание и тестирование новых препаратов по несколько миллиардов долларов. Там хорошо понимают: чтобы компания развивалась, была конкурентоспособной, она должна вкладывать в науку, поддерживать научные проекты.

– Итак, грант получен, как дальше идет распределение средств, на что эти деньги тратятся?

– Ключевая фигура гранта – ученый, заведующий лабораторией – получает, к примеру, миллион долларов на пять лет. Одновременно Институт здравоохранения выделяет еще в виде непрямого финансирования миллион долларов (один к одному) университету, где работает

да западные ученые давали оценки и рецензии по проектам, и после этих рецензий только гранты с высокими баллами рассматривались для финансирования. И я считаю это большим успехом. То есть в этом направлении есть уже хороший опыт. Но размер бюджета был всегда под вопросом и имел остаточный принцип.

– Что еще может мешать развитию науки и мотивации заниматься научной деятельностью?

– Больше всего меня огорчает, что в Казахстане от ученых активно требуют доходов и прибыли. Это как-то не соответствует самой сути научной деятельности. Наука изучает естественные процессы природы и дает объяснения того, как они происходят, а также изучает, как мож-

как будет поддерживаться вся необходимая инфраструктура. Главное, распределить на конкурсной основе эти средства, выбрать интересные проекты с хорошими учеными, руководителями грантов. Надо дать время ученым поработать, а не загружать написанием многотомных отчетов каждый квартал в течение года. И надо не забывать, что если научная лаборатория непродуктивна и не дает серьезных результатов, то она должна закрыться по истечению гранта. Он ведь дается не навсегда. При конкурентной системе открытия обязательно появятся.

А дальше свое слово скажет экономика, частный бизнес будет приобретать патенты, открывать новые производства. Развивается бизнес, увеличиваются налоги, пополняется казна, круговорот работает. Наверное, тут уместно такое срав-

очень прибыльная работа. Зарплата средняя, и ученые в основном люди небогатые. Жить, впрочем, конечно, можно. В основном бизнесмены, юристы, врачи и фармацевты имеют хорошие доходы, поэтому американцы выбирают эти специальности. А наука больше пополняется иностранцами – перспективными молодыми учеными из Китая, Индии и других стран. То есть США изначально вкладывает в аспирантов, в том числе из других государств, и получает высокообразованных специалистов.

– Вы сотрудничаете с казахстанскими институтами, участвуете в подготовке PhD.

– Да, и я вижу, что много сильной молодежи и у многих есть желание учиться, развиваться, добиваться

**НЕЛЬЗЯ КУПИТЬ НАУКУ.
ОНА НЕ ПРОДАЕТСЯ,
ЕЕ МОЖНО ТОЛЬКО СОЗДАТЬ И РАЗВИТЬ.**

но внедрять природные процессы для улучшения нашей жизни. В ходе исследований ученые создают интеллектуальную собственность, которая определяется как патент. А дальше уже дело бизнесменов, экспертов вкладывать деньги в научные достижения, продвигать их в индустриальный сектор и получать доходы и прибыль.

Сейчас у нас ученые и бизнесмены далеки друг от друга. Но со временем, если наука будет развиваться, то будет развиваться и само общество. И новое поколение студентов станет постоянным источником специалистов, экспертов, молодых ученых. То есть появится кузница специалистов в стране. А мы все знаем, что кадры решают все. Этот постулат остается очень актуальным.

Важно создать систему, при которой ученые будут знать, какие средства получат в ближайшие годы, и

нение: это как посадить дерево, поливать его, ухаживать за ним, и потом со временем оно начинает давать плоды.

Хотел бы подчеркнуть: на рынке можно купить все. Продукты, машины, даже заводы и фабрики. Но нельзя купить науку. Она не продается, ее можно только создать и развить. Да, на это уходят годы и немалые средства, но это необходимо для развития страны и ее процветания, это гарантия экономической независимости.

– У нас часто сетуют на недостаточное внимание к науке. Можно ли говорить о высоком статусе науки в западных странах?

– Могу судить только о США. Науку в этой стране уважают, но сами американцы идут в нее не очень активно. Дело в том, что профессия ученого не очень выгодная, это не

успехов. Стараюсь поддерживать самых мотивированных, желающих заниматься научной деятельностью, в Штаты «вытаскивать», чтобы они, обучаясь здесь на PhD, увидели мировую науку изнутри, овладели лабораторными навыками. Для этого нужно направлять в западные страны одаренных детей с высшим образованием и знанием английского языка, чтобы они прошли серьезную многолетнюю подготовку (PhD, а это 5-6 лет), и, вернувшись на родину, занимались научными изысканиями в различных актуальных направлениях.

Словом, интерес у молодежи к науке есть, главное, чтобы были условия для занятий наукой. И это обязательно будет способствовать развитию производства, самого общества, прогрессу страны.

Беседу вела **Ольга Малахова**

К ВОПРОСУ О ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Внематочная беременность – осложнение беременности, при котором прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки. За редким исключением, внематочная беременность нежизнеспособна и нередко опасна для здоровья матери из-за внутреннего кровотечения. Внематочную беременность относят к состояниям, требующим неотложной медицинской помощи, так как без лечения она может привести к смертельному исходу.

МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

При нормальной беременности оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом наступает в маточной трубе, откуда зигота поступает в полость матки, где достаточно места для развития плодного яйца. При внематочной беременности зигота не достигает полости матки и прикрепляется в трубе или выталкивается из трубы в обратном направлении и прикрепляется в яичнике или на окружающей брюшине. Поскольку вне матки нет нормальных условий для развития эмбриона, ворсины хориона внедряются в ткань органа и повреждают ее, вызывая кровотечение в брюшную полость.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По месту расположения внематочной беременности различают трубную, яичниковую, брюшную беременность и беременность в рудиментарном роге матки. Кроме того, выделяют гетеротопическую беременность, при которой имеются два плодных яйца, одно из которых расположено в матке, а другое вне ее.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ

Внематочная беременность встречается примерно в 2% от всех бере-

менностей. Трубная беременность составляет 98% от всех внематочных беременностей.

ФАКТОРЫ РИСКА

В 30 – 50% случаев внематочной беременности причины остаются неизвестными. К факторам риска относят:

- хирургические вмешательства в брюшной полости
- контрацепцию
- гормональный сбой либо гормональную недостаточность
- воспалительные заболевания и инфекции женских половых органов
- нарушение транспортной функции в маточных трубах
- опухоли матки и ее придатков
- аномалии развития половых органов.

СИМПТОМЫ

На самых ранних стадиях внематочная беременность по течению не отличается от маточной и может сопровождаться тошнотой, сонливостью, повышенным аппетитом, увеличением и болезненностью молочных желез. Неблагоприятные симптомы обычно появляются в сроки от 3 до 8 недель со дня последней менструации. К ним относят:

- **Боль.** Она может быть ноющей, схваткообразной или режущей. Возникает боль внизу живота на одной стороне, а при излитии крови в брюшную полость может отдавать в прямую кишку и/или плечи. Мочеиспускание и опорожнение кишечника также могут быть болезненными.
- **Кровотечение.** Несмотря на то, что при внематочной беременности кровотечение из поврежденных сосудов происходит в брюшную полость, часто при этом возникает и маточное кровотечение в связи с падением уровня прогестерона. Кровотечение может напоминать менструацию, но в большинстве случаев кровянистые выделения бывают скудными и продолжаются длительно. Обильное маточное кровотечение встречается крайне редко.
- **Шок.** При большой кровопотере могут наблюдаться потеря сознания, бледность кожи, падение артериального давления, частый слабый пульс.

КЛИНИКА ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Прогрессирующая внематочная беременность – оплодотворенное яйцо по мере роста внедряется в мышечную стенку трубы и разру-

шает ее. Характеризуется вероятными признаками беременности и незначительными мажущими кровянистыми выделениями из половых путей.

Прервавшаяся внематочная беременность. Протекает по двум типам:

- по типу *трубного аборта* – полная или частичная отслойка эмбриона от стенки маточной трубы и выход яйцеклетки в брюшную полость. Клиническая картина трубного аборта зависит от интенсивности кровотечения. Боли внизу живота, наличие выделений из половых путей в виде кровянистых сгустков. При исследовании матка увеличена и не соответствует сроку беременности, увеличены придатки, возникает болезненность заднего свода влагалища – Крик Дугласа.

- по типу *разрыва маточной трубы* – как правило, возникает с 6 по 10 неделю беременности. Характеризуется развитием угрожающего для жизни внутреннего кровотечения в маточно-прямокишечное углубление (Дугласов карман). Резкая кинжальная боль внизу живота слева или справа. При исследовании задний свод влагалища выпирает, матка «плавает» – симптом Банки.

ДИАГНОСТИКА

Во всех случаях задержки месячных, болей и кровянистых выделений должна быть заподозрена внематочная беременность. При симптомах шока, положительном тесте «на беременность», отсутствии плодного яйца в матке и наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ ОМТ диагноз внематочной беременности не представляет трудностей. В остальных случаях определяющее значение



Елена Лазарева



Илона Турабаева



Татьяна Тулегинова

имеет концентрация ХГЧ в крови и трансвагинальное УЗИ. Если уровень ХГЧ превышает 1500 мМЕ\мл, а плодное яйцо в полости матки не определяется, это может говорить о внематочной беременности. Если уровень ХГЧ ниже 1500 мМЕ\мл, то целесообразно повторение анализа через 48 часов. Прирост менее чем в 1,6 раза, отсутствие роста или падение уровня ХГЧ свидетельствуют в пользу внематочной беременности. Обнаружение плодного яйца вне матки по УЗИ случается довольно редко, в большинстве случаев ориентируются на такие признаки, как отсутствие плодного яйца в матке, наличие свободной жидкости за маткой и неоднородного объемного образования в области придатков на одной стороне.

ЛЕЧЕНИЕ

- **Хирургическое.** К операции прибегают во всех случаях неотложного состояния с признаками внутреннего кровотечения. В большинстве случаев проводят операцию эндоскопическим доступом, при которой удаляют только плодное яйцо или маточную трубу при ее разрыве.

- **Химиотерапия.** Лечение метотрексатом эффективно на ранних сро-

ках беременности; оно приводит к прекращению развития и рассасыванию плодного яйца.

ПОСЛЕДСТВИЯ

Внематочная беременность может в дальнейшем приводить к бесплодию и повторной внематочной беременности. Вероятность нормальной беременности и родов составляет около 50%, повторной внематочной беременности – около 20%, бесплодия – около 30%. При лечении метотрексатом в сравнении с хирургическим или при сохранении маточной трубы в сравнении с ее удалением вероятность бесплодия и повторной внематочной беременности меньше. Более гладкому протеканию послеоперационного периода, улучшению состояния маточных труб способствуют медикаментозное лечение, физиотерапевтические процедуры (магнитотерапия, лазерная терапия, иглоукалывание, массаж и др.). В некоторых случаях женщине может понадобиться помощь психолога или психотерапевта. Даже при тубэктомии маточная труба с противоположной стороны нуждается в терапии, особенно если было сильное внутрибрюшное кровотечение. После внематочной беременности нужно очень внимательно относиться к вопросу контрацепции. Не рекомендуется беременеть в течение, как минимум, шести месяцев после операции. Все это поможет благополучному зачатию и вынашиванию ребенка.



ТОО «Private Clinic Almaty»
Елена Лазарева, заведующая
гинекологическим отделением,
врач-гинеколог
Илона Турабаева, врач-гинеколог
Татьяна Тулегинова, врач-гинеколог



СВОБОДА ОТ ЦИСТИТА

Цистит – одно из самых частых заболеваний мочевых путей. Причины его возникновения очень разнообразны, так же, как и методы его лечения. Разобраться в этом сложном вопросе нам поможет Рахим Сапарович Назаров, врач-уролог медицинского центра «Медикер», г. Алматы.

НАЙТИ И УНИЧТОЖИТЬ!

Разберемся для начала, каким может быть цистит.

По течению – острым и хроническим.

По источнику инфекции – первичным или вторичным.

По причине – инфекционным, аллергическим, химическим, лучевым.

По локации и распространенности – очаговый, диффузный, шеечный.

По характеру морфологических изменений – катаральный, геморрагический, интерстициальный, язвенный, гангренозный.

Провокационные факторы, влияющие на развитие цистита:

- задержка и застой мочи;
- переохлаждение тела и длительное пребывание в воде;
- нарушение питания и правил личной и половой гигиены (случайные связи, оральные и анальные сексы);
- поносы, запоры, пищевые отравления;
- воспалительные процессы в других мочеполовых органах;
- ношение гигиенических прокладок;
- наличие микролитов в моче.



ОЧЕНЬ ОПАСЕН ЦИСТИТ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ОСОБЕННО НА РАННИХ СРОКАХ.

Симптоматика при разных случаях цистита будет отличаться. Если появится подтекание мочи, жжение во время или после мочеиспускания в области половых губ или проекции мочевого пузыря, тянущие или режущие боли, позывы к мочеиспусканию более двух раз в час – необходимо сразу обратиться к урологу и пройти комплексное обследование. Для уточнения диагноза используется: общеклинический анализ мочи, УЗИ мочевого пузыря, проверяется наличие заболеваний половых органов. Может быть назначена урофлоуметрия, биопсия, цистоскопия. При хроническом цистите сдаются еще бактериологический посев мочи с чувствительностью к антибиотикам.

КТО И ПОЧЕМУ БОЛЕЕТ ЦИСТИТОМ?

«Мужчины практически не болеют циститом, этим недугом в основном страдают женщины. В связи с тем, что у женщин уретра (мочеиспускательный канал) короткая и широкая. Плюс половые губы перекрывают уретру вместе с влагалищем. Из-за чего любая гинекологическая инфекция может легко проникнуть в мочевой пузырь и далее по мочеточникам в лоханки почек. Очень опасен цистит для беременных женщин, особенно на ранних сроках. При беременности меняется гормональный фон, концентрация мочи, чаще всего выходит образование осадка в мочевом пузыре и моче. Инфекция у беременных очень быстро распространяется, может развиваться серьезное осложнение в виде пиелонефрита. Лечение должно проводиться только под наблюдением врача, принимать следу-

ет те препараты, что позволительны в данный срок беременности.

У детей цистит чаще всего связан с нарушением гигиены. Часто стирают белье детей вместе с бельем взрослых, которые могут быть носителями какой-нибудь инфекции. Бывает аллергический цистит на ополаскиватели. Химические вещества ополаскивателей для взрослых могут вызвать раздражение наружных половых органов у ребенка и привести к воспалению, которое, поднявшись в мочевой пузырь, вызовет цистит. К лечению цистита у детей нужно подходить очень серьезно. В связи с тем, что использование антибиотиков впоследствии может нарушить антибиотиковый резерв ребенка.

Уже потеряны целые классы антибиотиков в связи с нечувствительностью возбудителей, и требуются все более сильные синтетические. Происходит это из-за того, что антибиотики легкодоступны. Многие люди занимаются самолечением, принимая их без назначения врача, по неправильной схеме, не долевывая свои заболевания до конца. Из-за этого часть бактерий остается в организме, которые потом передают своему потомству генетическую информацию, а также устойчивость к ранее назначаемым антибактериальным препаратам. Например, в Европе и США более 20 лет все антибактериальные препараты выдаются строго по рецепту. Благодаря этому у них идет возвращение к более легким природным антибактериальным препаратам, таким как пенициллин. На который, к сожалению, у большинства нашего населения аллергия.

Не бывает унифицированного лечения, к каждому заболеванию требуется индивидуальный подход.

При каждом конкретном случае заболевания мочеполовой системы подбирается препарат, который не будет нефротоксичным и не вызовет тяжелых осложнений иной локализации», – рассказывает **Рахим Назаров**, врач-уролог медицинского центра «Медикер».

РЕКОМЕНДАЦИИ

Не забывайте, что лечение цистита всегда комплексное. Самое главное, нужно употреблять больше чистой воды для скорейшего выведения инфекции и продуктов воспаления из организма (не менее 2-2,5 литров в день). Важно не переохлаждать ноги и соблюдать личную гигиену. Чаще подмываться теплой водой с использованием специальных средств интимной гигиены или детского мыла. Придерживаться здорового образа жизни. Выполнять специальные упражнения Кегеля для укрепления мышц малого таза и заниматься плаванием.

Унифицированной диеты при цистите нет, она подбирается индивидуально, под конкретный случай цистита. Единственное, что признано Европейской ассоциацией урологов, – это клюквенный морс. Желательно исключить из питания острое, жирное, жареное и ограничить употребление поваренной соли.

Всевозможные лекарственные травы в период обострения цистита вряд ли помогут, так как вещества, содержащиеся в этих травах, присутствуют в минимальных дозах. Будет уместно принимать их после терапии, для восстановления флоры.

Наталья Рыльцева

ГИПОДИНАМИЯ: скрытая угроза

На сегодняшний день одна из наиболее острых проблем таится в, казалось бы, безобидном малоподвижном образе жизни, то есть гиподинамии. Вследствие того, что с каждым днем увеличивается развитие техники, облегчающей жизнь нам, людям, мы все больше перестаем двигаться. А это не может не сказаться на здоровье.

МЕНЬШЕ ДВИЖЕНИЙ – БОЛЬШЕ ПРОБЛЕМ

Появилась целая «эра офисных работников», когда человек больше всего времени проводит сидя за компьютером на работе, практически не двигаясь. Передвижение стало также более комфортным, люди все больше приобретают автомобили, передвигаясь на них даже на малые расстояния. Выходные дни, опять-таки, многие предпочитают провести лежа перед телевизором (либо снова за компьютером или планшетом), нежели посещая какие-нибудь активные места отдыха. В итоге мы все меньше и меньше

двигаемся, а наши мышцы становятся все более слабыми.

Клиническая картина проявлений гиподинамии очень разнообразная: боли в спине, усиливающиеся при активном движении, повышенная утомляемость, слабость, эмоциональная неустойчивость, головные боли, бессонница, снижение иммунитета, нарушение менструального цикла у женщин. А также заболевания опорно-двигательного аппарата: остеохондроз, артроз, снижение минеральной насыщенности костной ткани (остеопороз). Гиподинамия приводит и к серьезным заболеваниям организма, таким как сахарный диабет, ишемическая бо-

лезнь сердца, артериальная гипертония, инсульт, атеросклероз, инфаркт миокарда.

Исследования показывают, что в основном гиподинамии подвержены молодые люди от 25 до 45 лет. Но не обходит стороной эта проблема и детей, особенно школьного возраста, которые предпочитают проводить свободное время крайне неактивно (за игровыми приставками, просмотром чего-нибудь в интернете).

«Механизм развития гиподинамии прост и таит в себе ужасные последствия. У человека, который ведет малоподвижный образ жизни, замедляются обменные процессы. Все, что он кушает, практически



ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗЫВАЮТ, ЧТО В ОСНОВНОМ ГИПОДИНАМИИ ПОДВЕРЖЕНЫ МОЛОДЫЕ ЛЮДИ ОТ 25 ДО 45 ЛЕТ.



не расходуется, и вот эта излишняя энергия организмом скапливается впрок, то есть лишние питательные вещества откладываются в жиры. Это приводит к тому, что увеличивается масса тела, при которой повышается нагрузка на опорно-двигательный аппарат. Появляются боли в коленных суставах, повышенная нагрузка на позвоночник ведет к различным искривлениям, протрузиям, грыжам, а также артриту и артрозам. Далее мышечная масса человека уменьшается, а жировая ткань увеличивается. Повышенный жир в крови, тот же холестерин, способствует тому, что сужается просвет сосудов, нарушаются кровообращение, обеспечение клеток кислородом, микроциркуляция в мелких сосудах. Появляются варикозное расширение вен, нарушение мозговой деятельности и проблемы с сердечным ритмом с вытекающими последствиями», – рассказывает **Анастасия Викторовна Басалаева**, врач общей практики.

Нарушения функций многих органов и систем при гиподинамии могут быть разные, и, к сожалению, не всегда их связывают именно с пониженной физической активностью человека.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПОДИНАМИИ

В первую очередь оцените свое начальное состояние организма, можно пройти минимальные обследования, чтобы выяснить, если ли какие противопоказания к физическим нагрузкам.

«Если уже развились какие-то заболевания (ожирение, артериальная гипертензия, половая дисфункция), тогда к физическим занятиям человек допускается только с разрешения врача. К примеру, если гиподинамия привела к ожирению, и оно уже довольно выражено (2-3-й степени), то там однозначно

могут быть противопоказания. Так как при сильном ожирении происходит лимфатический отек нижних конечностей, и может развиваться варикозное расширение вен, а это опасно осложнением тромбоза. Поэтому для начала нужно пролечить само заболевание, а потом уже подключать легкие физические нагрузки. Если противопоказаний нет, то можно начать с минимальных нагрузок. Это пешие прогулки, легкий бег, плавание в бассейне, массаж. Можете выбрать время между работой и домом, чтобы посещать

ми специалистами, поэтому очень много уделяется внимание активному образу жизни людей в обществе», – советует врач Анастасия Басалаева.

Надо отметить, что в нашей стране, согласно поручению Президента Н.А. Назарбаева, огромное внимание уделяется именно решению проблемы гиподинамии у населения. Создаются условия для активного отдыха и занятий спортом. В Алматы популяризируются велосипедное движение и массовые забеги, развиваются горный туризм

ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ ДОЛЖНЫ БЫТЬ РЕГУЛЯРНЫМИ, МИНИМАЛЬНО ДВА РАЗА В НЕДЕЛЮ ПО 10 – 30 МИНУТ.

какой-нибудь спортзал. Занятия спортом должны быть регулярными, минимально два раза в неделю по 10 – 30 минут.

Лечение гиподинамии – это долгий, достаточно тяжелый труд, требующий ежедневной систематической работы и терпения. Включите свою силу воли, ограничьте употребление лишних калорий, по возможности избавьтесь от вредных привычек, ведите активный образ жизни. Например, врачи в развитых странах больше делают акцент на питании и физической активности при различных заболеваниях. Даже при далеко зашедших случаях заболевания опорно-двигательного аппарата стараются не прибегать к медикаментозному лечению. То есть в начале человек должен справиться сам, только потом, если необходимо, прибегают к лечению, подключая в помощь препараты. Такие методы также вводятся в практику и наши-



и альпинизм, появляется больше фитнес-залов, спортивных площадок, заведений здорового питания. Как сказал аким Алматы Бауыржан Байбек: «Развитие массовых видов спорта, культивирование здорового образа жизни – для нас приоритетная задача». Значит, от каждого из нас зависит наше здоровье и наше будущее.

Наталья Рыльцева



БОЛЬ РАЗВЕДУ РУКАМИ

Мануальная терапия давно уже стала признанным методом лечения, которому подвластны многие недуги. Вместе с тем, несмотря на солидный возраст, она до сих пор существует как бы параллельно с традиционной медициной. Почему? На эти и другие вопросы мы попросили ответить специалиста по мануальной терапии Александра Усенова. Надо сказать, что прежде чем стать мануальным терапевтом, Александр Уралканович более 10 лет проработал анестезиологом-реаниматологом. Видимо, этот симбиоз традиционной и нетрадиционной медицины позволяет ему добиваться хороших результатов в лечении.

– Александр Уралканович, насколько я понимаю, мануальная терапия предполагает лечение с помощью рук без применения лекарственных препаратов?

– В переводе с латинского manus – означает «кисть руки», отсюда и название этого метода лечения. Причем мануальную терапию, по сути, никто не изобретал. Она, как и массаж, издревле существует. Вспомните, когда мы долго сидим или только просыпаемся, хочется потянуться, размять мышцы, суставы. Поэтому можно сказать, что мануальная терапия – плод многовекового развития этих навыков.

– А что может мануальная терапия? Ведь не только вправлять вывихи?

– Конечно. Возможности этого метода лечения огромны – за счет внешних механических воздействий мануальная терапия может вернуть нормальную подвижность позвоночнику и суставам, устранить болезненность мышц и фасций, снять излишнее напряжение и спазмы скелетной мускулатуры. Кроме того, она обладает способностью улучшать кровоток (в том числе мозговой), микроциркуляцию, нормализовать иннервацию органов и тканей, позитивно влиять на функции органов, особенно на их моторику, даже оказывает позитивное влияние в психической сфере.

– Я знаю, что существуют различные методики такого лечения.

– Да, мануальная терапия использует различные методы ручного

воздействия – массаж, воздействие на фасциальную ткань, толчковые техники, существует висцеральная мануальная терапия (воздействие на внутренние органы), кранио-сакральные техники. Ударные техники, которые широко применялись когда-то, на сегодняшний день используют редко. Это скорее прерогатива хиропрактиков. Если вы помните, в свое время был такой известный целитель – доктор Касьян. Вот он был хиропрактиком, «бил кулаком», но такие техники, как правило, дают серьезные осложнения.

Существует остеопатическая школа. Причем граница между мануальной терапией и остеопатией достаточно условна. Остеопатические техники предполагают прекрасное знание анатомии, функциональных особенностей соединительной ткани и наличие определенной чувствительности рук при работе с пациентами. Здесь надо учитывать и такой момент, что практически у всех людей, страдающих хроническим недугом, есть проблемы с душевной сферой. Речь идет о психосоматике. Согласитесь, там, где есть боль, всегда плохое настроение. И наоборот. Вы замечали, если что-то болит, человек

рефлекторно сутулится? Что, в свою очередь, может вызвать нарушения в том же позвоночнике. Плечи идут вперед, голова опускается. Что происходит? Напрягаются трапециевидные мышцы, мышцы шеи. И длительное нахождение в таком положении приводит к головной боли за счет статического напряжения. Причем боли могут возникнуть и в межлопаточной области. Человек чувствует, что задыхается, ему не хватает воздуха, и он бежит к кардиологу. А все связано с дисфункцией межлопаточной области – не двигаются позвонки, возникают нарушения со стороны диафрагмы, отсюда и проблемы с дыханием. И чтобы это исправить, надо просто выпрямиться. Уже доказано, что хорошая осанка повышает самооценку, снимает усталость, у человека начинается даже карьерный рост.

Ну а если уж к нам обращается человек за помощью, то очень важно как можно больше о нем узнать, чтобы определить причинно-следственные связи и найти оптимальный метод лечения. Это то, что называется клиническим мышлением. В самом начале моей деятельности у меня был необычный пациент, которого мучили сильные головные



ПРАКТИЧЕСКИ У ВСЕХ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕДУГОМ, ЕСТЬ ПРОБЛЕМЫ С ДУШЕВНОЙ СФЕРОЙ.





НУ А ЕСЛИ УЖ К НАМ ОБРАЩАЕТСЯ ЧЕЛОВЕК ЗА ПОМОЩЬЮ, ТО ОЧЕНЬ ВАЖНО КАК МОЖНО БОЛЬШЕ О НЕМ УЗНАТЬ, ЧТОБЫ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ И НАЙТИ ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ.

боли, более того, появился панический страх смерти. Сначала это было только в ночное время, потом и днем... Я просто терялся, не понимал, что происходит. И мануальную терапию применял, и капельницы ему делал, и препараты назначал сосудорасширяющие и успокаивающие. Направил его к кардиологу, ничего не нашли, пошел он к невропатологу, там его начали лечить, как говорится, по полной программе, и все бесполезно. А недели через две я обратил внимание, что он слегка прихрамывает, я внимательно осмотрел его ноги и увидел крошечное образование на стопе. Спрашиваю – что это такое? Оказалось, что месяц назад он разбил банку с вареньем и порезался, но решил, что все стекла вытащил. И тем не менее, когда я вскрыл это образование, там был крошечный осколок стекла. Я его извлек, нагрузка на позвоночник стала нормальной, и вскоре у пациента все прошло – и головные боли, и настроение улучшилось. Вот, казалось бы, такая ерунда.

– Мне кажется, что каждый врач, работающий в области мануальной терапии, с годами приобретает свой подтекст, если можно так сказать.

– Вы правы, в этом плане мануальная терапия, наверное, сродни искусству, где тоже нет двух одинаковых специалистов. Однако общие закономерности можно проследить, поэтому существует множество школ мануальной терапии, например, европейские, восточные. Есть российская школа, внутри которой можно выделить московскую, питерскую, казанскую, новокузнецкую, кисловодскую.

– А вы по какой учились?

– Я учился дважды в Москве в институте усовершенствования врачей при Министерстве обороны РФ. Затем у нас в Алматы. Как говорится, век учись...

– Александр Уралканович, ваши пациенты – это люди в возрасте или есть молодые?

– Молодых даже больше. Когда-то к мануальным терапевтам обращались в основном люди, которые занимались тяжелым физическим трудом, а сегодня большинство моих пациентов – это молодежь от 20 до 35 лет, как правило, офисные работники. Главная причина их

болей – это длительная работа за компьютером в одной позе. Но даже когда они встают из-за компьютера, то хватаются за мобильный телефон и зависают с ним опять же в согнутом состоянии с опущенной головой, тем самым нарушая кровоток. А потом жалуются на головокружение или головные боли. А посмотрите, как помолодели инсульты. Они возникают даже у подростков, чего никогда раньше не было!

– Имеет ли мануальная терапия противопоказания?

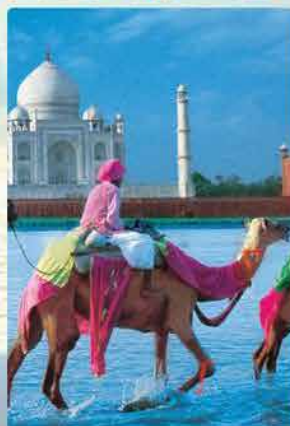
– Естественно. Прежде всего, это онкология, например. Видите ли, мануальный терапевт такой же врач, как и другие, поэтому я, как и многие мои коллеги, прежде чем лечить, если это сложный случай, прошу пациента сделать рентген либо МРТ, проверить сердце и даже сделать анализ крови. Порой это необходимо для выбора правильной тактики лечения. Преимущество мануальной терапии перед другими методами лечения состоит в скорости и эффективности воздействия.

Елена Брусиловская



Медицинский туризм

Авиабилеты • Туризм • Золотые пляжи
Круизы • Лучшие отели мира • Альпинизм



www.appletour.kz

Авиатургентство «Appletour»
г. Астана, пр. Кабанбай батыра, 17 Е
тел.: +7 (7172) 919191, 919999, 919797
моб.: +7 701 5225170

Интересное об известном

МЕДИЦИНА –

ДРЕВНЕЕ ИСКУССТВО

Часть 1





Одна из древнейших наук, бесспорно, медицина. Первый человек на Земле естественным образом и был первым больным. Укусы животных и насекомых, раны от борьбы за жизнь, опыт поедания несъедобной пищи, холод, жара и т. д. Тогда же появились и первые лекари из числа наиболее «головастых» или «продвинутых» людей. В их арсенале присутствовали различные подручные инструменты – палки, обточенные камни, заостренные кости животных, листья растений, жир животных и др. Какими они были, древние врачеватели? Откуда познавали азы и как совершенствовались в своей профессии? При изучении исторической литературы, посвященной медицине, обнаружено довольно много источников – это и статьи, посвященные Древней Греции или Северной Америке, и отдельные очерки о Гиппократе и Асклепии, а также археологические публикации казахстанских ученых. Особый интерес представил труд Т.С. Сорокиной «История медицины», где в географическом порядке структурирована подробная информация о врачевании разных культурных этносов. У кого будет время и возможность, обязательно прочитайте полностью.

Историки делят человеческую эпоху на бесписьменный и письменный периоды, и поэтому мы можем получить совершенно разную по достоверности информацию об исторических аспектах медицины. В первом случае приходится верить «на слово», а во втором – «скрепя сердце» доверяем древним письменам, которые чаще всего доходят до нас в неоднократно переписанном виде. Однако давайте пройдем быстрым шагом по местам «боевой славы» древних медиков. Пещерные тысячелетия, древний мир Китая, Ближнего Востока, Египта, Индии, Греции, Америки и Евразии. Сравним, насколько было похожим и как отличалось «лечебное искусство» (лат.

medicina) в разных точках планеты. Не будем писать о неудачах медиков (лат. *medeor* – «исцеляю») прошлых столетий, когда не были классифицированы известные нам заболевания, свирепствовали смертельные эпидемии, отсутствовали элементарные знания о гигиене, а лечение ограничивалось кровопусканием или наложением повязок. Единственным рецептом тех времен был «*cito, longe, tarde*» (лат.), то есть бежать из зараженной местности скорее, дальше и возвращаться позже. Кто читал Декамерона, поймет. Ведь эре антибиотиков будет суждено наступить только в XX веке. Войдем вглубь веков и оценим наших коллег-предшественников с их рвением к открытиям в области медицины и фармакологии.

Сначала бесписьменный период развития человечества вынуждал передавать накопленные знания и «медицинские технологии» из уст в уста преимущественно по семейственному пути. Так зарождались династии врачевателей, державшие в тайне свое искусство. Конечно, в древний период никто не вел статистику выживаемости больных после лекарских манипуляций, но археологи находят трепанированные при жизни черепа, сросшиеся переломы, скелеты с ампутированными конечностями и т. д. То ли здоровье у этих людей было крепким, то ли врачебное искусство повлияло... Хотя доживали первобытные люди максимально до 50 лет, а чаще погибали до 30, сражаясь за жизнь с природой.

В то же время следы болезней, актуальных и в наше время, палеонтологи и антропологи находят повсеместно. Во Франции в пещере Ла Шапель-о-Сен найден скелет неандертальца, шейные позвонки которого срослись в единую кость, что является свидетельством артрита. А атеросклеротические бляшки, обнаруженные в мумиях древних аборигенов Северной Америки, свидетельствуют о существовании у них атеросклероза. В современных странах Азии, Америки, Африки, на островах Океании до сих пор существуют народные врачеватели-знахари, методы «терапии» которых основаны на магических ритуалах. В Южной Америке это куран-дэро, на западном побережье Африки – нгдмбо, в Центральной Африке – нганга, в странах Востока – хаким, в Индии – вёдьа, в Бангладеш – кобириз.

«Искусство медицины состоит из трех элементов: болезнь, больной и врач».
Гиппократ

В «письменную эпоху» открывались школы последователей первых медиков, создавались библиотеки, записывались рецепты. Это случилось благодаря появлению в IV тысячелетии до н. э. иероглифической письменности у шумеров, египтян, критян, китайцев, индейцев майя. В 1900 г. англичанин А. Эванс открыл на острове Крит развалины Кносского дворца (III тысячелетие до н. э.), в котором имелись санитарно-технические сооружения: система канализацион-

ных труб из обожженной глины, водоотводящие каналы, сточные ямы, шикарные бани с вентиляцией. Такие же санитарно-технические объекты найдены в г. Мохенджо-Даро на территории современного Пакистана. Следовательно, гигиенисты «старинной глубокой» обладали необходимым набором знаний в области профилактической медицины.

В этот же период времени древние врачеватели начали вести записи медикаментов и процедур, тому свидетельство найденная при раскопках шумерского города Ниппура (около Багдада) глинописная табличка, содержащая 15 рецептов (конец III тысячелетия до н. э.). На сегодня это древнейшая «фармакопея» в истории человечества. В Шумере существовали гигиенические традиции – не пить воды из нечистой посуды, не простирать к богам немытые руки, ограничивать себя во вредной пище.

Последователем медицинских традиций шумеров являлся Вавилон. К середине II тысячелетия до н. э. в древней Месопотамии сформировались два основных направления врачевания: асугу (искусство врачевателей) и ашипуту (искусство заклинателей). Врачеватель-асугу чаще связывал возникновение болезней с естественными причинами. Заклинатель-ашипу – со сверхъестественными силами, определяя чаще неблагоприятный прогноз: «он умрет», «он не выздоровеет». При этом, в отличие от асугу, если прогноз был безнадежен, ашипу не начинал врачевания. Прогнозы асугу были чаще оптимистичны и содержали заключение «он выздоровеет», «его нужно лечить». А вот неблагопри-

ятный прогноз звучал так: «Если человек так страдает от желтухи, что его болезнь дошла до центра глаз, этот человек болен, весь болен, он протянет недолго и умрет».

Цели лечения асугу были довольно практичны, т.е. «остановить лихорадку и жар», «отвести отеки», «заставить болезнь уйти», «успокоить выступающие сосуды рук и ног», поэтому в его арсенале были лечебные травы, корни, семена, овощи, листья и плоды деревьев, кедровый бальзам, минеральные средства, продукты животного происхождения, экскременты птиц и овец. Естественно, что приемы асугу были намного эффективнее. Однако ни в одном медицинском тексте древней Месопотамии нет упоминания о хирургических вмешательствах, нет свидетельств об удалении зубов, прижизненной операции кесарева сечения или трепанации черепа, существовании медицинских школ. Но имеется единичное упоминание о женщине-враче, которая лечила женские болезни. Может быть, земля еще не выдала всех исторических артефактов, и мы еще узнаем много нового и интересного о медицине Древнего Вавилона и Ассирии.

Древнеегипетские папирусы также содержат характеристики болезней, напоминающие современному доктору клинику инсульта и инфаркта миокарда, ревматизма и пародонтоза, тяжелые инфекционные (оспа, малярия, чума) и паразитарные заболевания, гельминтозы, а также описание многих органов человека и мышц. Тому свидетельство наличие оспенных пустул на коже лица Рамсеса II (приблизительно в 1279 – 1213 гг. до н. э.), палочки чумы на



В ТО ВРЕМЯ АКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАЛАСЬ
ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА, ЗАСТАВЛЯВШАЯ
ВРАЧА ОЗВУЧИВАТЬ ПАЦИЕНТУ ПРОГНОЗ
ЗАБОЛЕВАНИЯ.



В ОТЛИЧИЕ ОТ ДРУГИХ СТРАН ДРЕВНЕГО МИРА, В КИТАЕ ИМЕЛИСЬ ТАКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ, КАК ИГЛОУКАЛЫВАНИЕ (АКУПУНКТУРА) И ПРИЖИГАНИЕ АКТИВНЫХ ТОЧЕК НА ТЕЛЕ ЧЕЛОВЕКА.

других мумиях. Древние египтяне заметили, что повреждение мозга вызывает болезненное состояние других частей тела (паралич конечностей). По свидетельству Геродота, они были убеждены в том, что «все людские недуги происходят от пищи», и поэтому «желудок свой ... очищают каждый месяц три дня подряд, принимая слабительные средства, и сохраняют здоровье рвотными и клистирами». Факт, что изобретение клизмы приписывают египтянам.

Покровительницей врачей в Египте являлась богиня Сах-мет, а женщинам и роженицам благодетельствовала богиня Тауэрт (изображали в виде гиппопотама), статуэтки которой размещали рядом с новорожденным. Знаменитый большой папирус Эберса (Фивы, XVI в. до н. э.) достигает в длину 20,5 м и состоит из 108 листов с 900 прописей лекарств для лечения известных тогда заболеваний. Отдельный раздел был посвящен косметическим средствам для разглаживания морщин, удаления родинок, изменения цвета кожи, окраски волос и бровей, усиления роста волос, исправления косоглазия. Хирургический папирус Эдвина Смита (XVI в. до н. э.) содержит тексты о строении человеческого тела и оперативном лечении 48 случаев травматических повреждений костей черепа, мозга, шейных позвонков, ключиц, предплечья, грудной клетки и позвоночного столба.

В то время активно использовалась врачебная этика, заставлявшая врача озвучивать пациенту прогноз заболевания.

Перемещаясь в Индию, находим свидетельства врачебных знаний в древнеиндийских источниках: «Ригведа» (веда гимнов и мифологических сюжетов, XII – X вв. до н. э.), где упомянуты проказа, чихотка, кровотечение, и «Атхарваведа» (веда заклинаний и заговоров, VIII – VI вв. до н. э.) с описанием лекарственных растений. Главными медицинскими божествами ведийского периода были близнецы Ашвины, Рудра, боги Агни, Индра и Сурья. В более поздний период появилось учение о долгой жизни, или искусство врачевания, – всем известная аюрведа. В рукописи IV в. н. э. «Сушрута-самхита» описана тактика обследования больного (теплота тела, цвет кожи и языка, выделения, шумы в легких, тембр голоса и др.), подходы к опросу пациента, стадии воспаления (три), сахарное мочеиспускание, определяемое по вкусу мочи, дана характеристика более 300 операциям, в т. ч. ринопластике и ведению осложненных родов, перечислено 120 хирургических инструментов и 650 лекарственных средств. Удивительно, что древние индийцы различали 7 перепонок, 500 мускулов, 900 связок, 90 сухожилий, 300 костей, 107 суставов, 40 главных сосудов и 700 разветвлений, 24 нерва, 9 органов чувств и 3 субстанции (прана, слизь и желчь).

Во времена выдающегося правителя Древней Индии Ашоки (268 – 231 гг. до н. э.) при буддийских храмах строили лечебницы для больных («дхарма-шала»). На Европейском континенте об этом узнают многие века спустя.

Этические нормы предписывали врачу, чтобы он «...был здоров, опрятен, скромн, терпелив, носил коротко остриженную бороду, старательно вычищенные, обретенные ногти, белую надушенную благовониями одежду, выходил из дома не иначе, как с палкой и зонтиком, в особенности же избегал болтовни». Правовые нормы ставили перед врачом запрет брать плату за лечение с бедняков, нищих, друзей врача и брахманов. В Средние века опыт индийской медицины был заимствован тибетскими лекарями, о чем свидетельствует известный трактат индо-тибетской медицины «Чжуд-ши» (VIII – IX вв. н. э.).

«Врачевание излечивает только излечимые болезни».
Китайское изречение

Фундаментом медицинского мировоззрения врачей Древнего Китая являлось равновесие начал инь и ян, пяти стихий у син. Нарушение их правильного взаимодействия приводило к развитию заболевания, которое можно было выявить при подробном опросе больного, осмотре кожи, глаз, слизистых и языка, определении настроения больного, запахов, выслушивании звуков в теле человека, путем давления на активные точки и исследовании пульса не менее чем в девяти точках (28 видов пульса). В самом древнем медицинском трактате Китая «Иэй цзин» находим описание кровообращения: «Кровь в сосудах циркулирует непрерывно и кругообразно, а сердце хозяйничает над



кровью». В Европе только во II веке н.э. Клавдий Гален и в XVII в. Уильям Гарвей дали описание системе кровообращения человека и роли сердца в этом процессе.

В отличие от других стран древнего мира, в Китае имелись такие медицинские манипуляции, как иглоукалывание (акупунктура) и прижигание активных точек на теле человека. Первые иглы делались из камня, яшмы, кости, бамбука, затем – из бронзы, серебра, золота, платины. Причем иглы были полыми, чтобы регулировать движение энергии ян. Примечательно, что первые медицинские школы начали открываться в Китае с VI в. н.э., а до этого периода обучение проводилось в индивидуальном порядке среди детей (династия) или избранных учеников (круг посвященных).

Древние люди болели и искали пути излечения, и на авансцену вышел представитель новой, зарождающейся профессии – «врачеватель», названный так народом, потому что главным инструментом его работы было слово, заклинание, заговор (старослав. «вырати»). В болгарском языке слово «врач» первоначально значило «знахарь, колдун». В сербохорватском этим словом также называли чародеев и колдунов, а глагол «врачити» означал «ворожить, гадать, лечить». Позже

появятся «доктора» (лат. *docere*), представляющие ученую прослойку медиков. Этот термин впервые стал упоминаться в середине XIII века применительно к учителям, к тем, «кто знает». Со временем это слово приобрело значение «врач», или «ученый врач», в отличие от недипломированных знахарей.

Медицину как искусство всегда сопровождало особое отношение людей, которое емко укладывается в древнюю поговорку: «Если человек выздоровеет, благодарят природу, если нет – ругают врача». По-прежнему тема врачебных ошибок и медицинских неудач является кормом для средств массовой информации, излюбленной темой пересудов в обществе. В древности врача наказывали жестче, «просто» отрубая голову. Сейчас вводят уголовное наказание, которое перечеркивает как карьеру, так и жизнь медика. Один из многих вариантов ответов на это – ценность человеческой жизни, поэтому все, что посягает на нее, является априори негативным. И, наверное, человеку без медицинского образования проще судить, прав врач или нет, так как за его плечами отсутствуют долгие годы зубрежки анатомии и физиологии, познания функций организма, изучения сотни болезней, как в классическом проявлении, так и атипичном, и т. д.

Тем более человек по сути своей всегда старается найти виновного в своих бедах. С детства родители прививают ребенку эту черту характера, обвиняя и шлепя табуретку, о которую больно ударился малыш, неуклюже шагая по дому. И так по всей жизни идем, ища виновного. Об этом стоит задуматься всем, и врачам, и пациентам.

В моей практике был случай, когда мама больного ребенка ежедневно третировала лечащего врача и заведующего отделением, находя во всем одни недостатки. Жалобу написала на имя главного врача. То кроватка жесткая и белье серое, то духота в палате и медсестры нерасторопные, то процедуры не те, и ребенку не лучше, то мамы-соседки раздражают и т. д. У самой же черная грязь под ногтями и пятки заскорузлые. А при выписке, выясняя, в каких условиях в дальнейшем будет жить часто болеющий ребенок, врачи были шокированы, что семья живет в хибаре в дачном массиве, без воды и канализации, вшестером в маленькой комнате... Вот так. Конечно, среди медицинских работников есть оборотни и халатные люди, как, впрочем, в любой другой профессии, но в нашей все слишком ярко проявляется. Однако профессия врача на протяжении тысячелетий считалась одной из престижных и высокооплачиваемых.

Социализация человека, развитие общественного строя, последовавшие за этим конфликты между племенами и народами, активная миграция населения по всему земному шару стали причинами появления новых болезней. Заболевания, в свою очередь, дали мощный толчок развитию таких медицинских направлений, как гигиена, терапия, травматология, хирургия, стоматология, акушерство и гинекология, гериатрия, эпидемиология, дерматология, инфектология и др.

О зарождении медицины в Древней Греции, на Американском континенте и в Евразии поговорим в следующем выпуске.

Сауле Сарсенбаева,
д.м.н., профессор кафедры интернатуры
и резидентуры по педиатрии КазНМУ
имени С.Д. Асфендиярова



The Imperial Tailoring Co.

г. Алматы, ул. Кабанбай Батыра 88,
уг. ул. Валиханова,
тел.: +7 (727) 258 82 20,
факс 258 76 17,
моб.: + 7 777 2218374,
e-mail: almaty@mytailor.ru

г. Астана, ул. Достык 1, ВП-11,
тел.: +7 (7172) 524 292, 524 472,
моб.: + 7 777 2275598,
e-mail: astana@mytailor.ru

г. Атырау, моб.: +7 777 0770400

г. Шымкент, моб.: +7 777 0770400

г. Актау, моб.: +7 777 8701326

г. Актобе, моб.: +7 777 8701325

г. Караганда, моб.: +7 777 8701325

www.mytailor.ru

Мужская одежда ручной
работы из лучших итальянских и
английских тканей.

ИММУНИТЕТ:

здоровье от рождения

Сейчас широко распространено мнение, что детям нужно иметь крепкий иммунитет для защиты организма, особенно в сезон простуд. Но вот как этого добиться, да и надо ли вмешиваться в столь сложную систему детского организма?

ИЗ ЧЕГО ПОСТРОЕНО НАШЕ ЗДОРОВЬЕ?

*Приоткрыть завесу тайны поможет нам педиатр-иммунолог **Карина Владимировна Сагитова**.*

«В общем понимании иммунитет – это способность организма противостоять внешним агрессорам. Но мало кто знает, что на борьбу с чужеродными для организма бактериями, вирусами, простейшими, грибами иммунная система человека расходует лишь 20% своей силы. Основная функция иммунной системы (80%) – регулировать

внутреннее постоянство организма. К тому же в нас живет огромное количество чужеродных бактерий, которые иммунная система (ИС) вовсе не убивает. Происходит симбиоз, совместное взаимовыгодное сосуществование.

Иммунная система начинает формироваться еще во внутриутробном периоде (конец 1-го – начало 2-го триместра беременности). Новорожденный уже имеет очень сильную и мощную иммунную систему. Первичные врожденные иммунодефициты очень редки. Врожденный иммунитет способен идентифици-

ровать и обезвреживать разнообразные патогены до первой встречи с ними. Кожа, слизистые оболочки буквально сразу же начинают заселяться бактериями, с которыми ребенок будет учиться жить. Поэтому важен послеродовой контакт матери и ребенка «кожа к коже». И не нужно всячески дезинфицировать окружающий мир ребенка. Когда ребенок тянет в рот игрушку, в этот момент он знакомится с внешним миром, и его ИС вырабатывает особые клетки памяти. За счет этого и строится иммунитет. После перенесенного заболевания или после вве-

деня вакцины у ребенка возникает приобретенный активный иммунитет. Приобретенный пассивный иммунитет он получит при попадании в организм готовых антител с молозивом матери или внутриутробным способом, и он будет потом защищать его в течение первого года жизни. Поэтому важно, чтобы флора в материнских родовых путях была здоровой и продолжительность беременности соответствовала норме. Общепринято говорить, что с молоком матери ребенок получает иммунитет, но, по сути, мама помогает ему засеять готовые иммуноглобулины, содержащиеся в грудном молоке. Так как в кишечнике ребенка при рождении появляются небольшие колонии бактерий, то под влиянием молока матери они начинают размножаться. Вот почему первые месяцы у ребенка кишечные колики. В этот момент ИС ребенка знакомится с этими бактериями, и она должна выработать к ним толерантность. Если ребенок на искусственном вскармливании, то тут придется дать пробиотики. Но нужно правильно подобрать, в какой момент, какой пробиотик. Не стоит вводить их при нормальном грудном вскармливании. Они имеют структуру, похожую на ту, что у нас в кишечнике, но есть отличия. Иммунная система их распознает и уничтожает как чужеродные. К тому же из-за гибели лактобактерий происходит дополнительное газообразование», – говорит доктор.

ОПАСНЫЕ ИГРЫ С ИММУНИТЕТОМ

Ребенок в течение года, при нормально работающей иммунной системе, может перенести до 4-5 легких инфекций (в виде насморка, кашля, невысокой температуры). И не более 1-2 раз тяжелых вирусных инфекций (грипп, аденовирусная инфекция). Если ребенок хорошо температурит, сильно развиты симптомы заболевания, то это хорошая работа ИС. Протекание болезни в течение 5-6 дней – это норма. Но если вяло и долго протекает болезнь, то это показывает ослабление ИС. Антибиотики назначают лишь в том случае, если есть видимый гной или



**ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ
ЗДОРОВОГО
ИММУНИТЕТА
У РЕБЕНКА ВАЖНО
СОБЛЮДАТЬ
НОРМАЛЬНЫЙ
РЕЖИМ СНА,
ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ,
УМЕРЕННЫЕ
ФИЗИЧЕСКИЕ
НАГРУЗКИ, ПРОГУЛКИ
НА СВЕЖЕМ ВОЗДУХЕ,
ЗАКАЛИВАНИЕ.**



лабораторно подтверждена бактериальная природа заболевания. Если вы считаете, что у ребенка проблемы с иммунитетом, ни в коем случае не занимайтесь самолечением. Обязательно нужно обратиться к врачу-иммунологу, который сможет правильно подобрать нужные анализы и методы лечения. Прием иммуномодулирующих препаратов не сможет защитить от заболевания. Притом это еще и очень опасно, ведь

можно запустить сложный процесс самоуничтожения. Когда иммунная система начинает уничтожать свои собственные клетки наравне с чужеродными. Некоторые делают профилактическую прививку от гриппа (конец сентября – октябрь). Но надо помнить, что вы вакцинируетесь только от вируса гриппа, а не от всех вирусов, которые вызывают ОРВИ. И прежде получите нужное разрешение от врачей (терапевта, невропатолога, гастроэнтеролога, иммунолога).

Для поддержания здорового иммунитета у ребенка важно соблюдать нормальный режим сна, здоровое питание, умеренные физические нагрузки, прогулки на свежем воздухе, закаливание. В местах скученности народа не забывайте наносить



ребенку на слизистую носа специальные защитные препараты (оксолиновая мазь, интерферон). Для профилактики можно принимать витаминные комплексы, где микроэлементы и витамины разделены друг от друга. Можно применять настой шиповника, смородины, малины, так как они богаты витамином С, признанным антиоксидантом. Подводя итоги, можно сказать, что здоровый иммунитет – это целая наука. А в науке главное точность! Не экспериментируйте со здоровьем. Это одна из главных ценностей в нашей жизни.

Наталья Рыльцева

ПОЧЕМУ У ВАС ПОСТОЯННО ЗАЛОЖЕН НОС?



Вы не больны, да и аллергиями, насколько вам известно, не страдаете. Так почему же нос постоянно заложен? Хотя простуда, грипп и аллергии на пыльцу и животных – частые причины заложенности носа, есть и другие неожиданные причины, почему дышать через нос становится так тяжело. Вот 6 малоизвестных причин, о которых стоит знать.

РАЗДРАЖЕНИЕ (НО НЕ АЛЛЕРГИЯ) НА ЧТО-ТО

Почти каждый третий, страдающий от воспаления носовых пазух, страдает от так называемого неаллергического ринита – это значит, что иммунная система тут ни при чем. «Если вас проверяли на наличие аллергий и не выявили ни одной, скорее всего, у вас неаллергический ринит», – говорит глава отделения иммунологии при Университете Луизианы Джеральд Ли. Одна из его распространенных форм – вазомоторный ринит (ложный насморк) – как правило, появляется, когда организм испытывает раздражение на сигаретный дым, духи или сухой воздух. Температурные колебания тоже могут способствовать его появлению. Лучший способ борьбы – выяснить, что провоцирует заложенность носа, и стараться этого избегать. Если такая стратегия не работает, попросите врача выписать вам противозастойное средство или аэрозоль для носа с антигистаминным составом или кортикостероидом.

БЕРЕМЕННОСТЬ

Помимо большого живота вам приходится иметь дело с множеством изменений в организме, вынашивая плод. Гормональные перепады грандиозны, а по телу циркулирует больше крови. Хотя многие знают о сопровождающих беременность отеках ног, про отеки носовых пазух известно далеко не всем. Эта перемена может привести к заложенности носа (кстати, кровотечения из носа – также не редкость у будущих мам). Увлажнитель воздуха, обильное питье и солевой аэрозоль для носа могут облегчить проблему. А вот прием любых безрецептурных препаратов стоит обсудить со своим врачом.

РЕЦИДИВНАЯ ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА

Противоотечные аэрозоли для носа могут творить чудеса, если вы страдаете от простуды или аллергии. Но

будьте на чеку: если не следовать инструкциям (такими средствами нельзя пользоваться более 3 дней подряд), отечность носа может вернуться бумерангом. И вы опять возьметесь за бутылочку со спреем. Этот замкнутый круг напоминает зависимость. Разорвать ее необходимо, как бы плохо вы себя ни чувствовали. Некоторым для этого могут понадобиться рецептурные препараты по назначению врача.

ВЯЛАЯ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА

Еще один камень в огород гормонов. Гипотиреоз – состояние, при котором в организме не вырабатывается достаточного количества гормонов, стимулирующих работу щитовидной железы. Он может привести к заложенности носа вкупе с усталостью, запорами, редящими волосами, сухой кожей и постоянным ощущением холода. Если вы подозреваете у себя эту проблему, попросите врача направить вас на соответствующие анализы. Прием препаратов с синтетическими гормонами щитовидной железы поможет решить проблему.

ИНФЕКЦИЯ НОСОВЫХ ПАЗУХ

Простуда все никак не закончится? Большинство вирусных инфекций, включая простуду, заканчиваются в течение 1-2 недель. Если вы болеете дольше (или заметили, что простуда заканчивается, только чтобы начаться опять), обращайтесь к врачу. У вас может развиться бактериальная инфекция носовых пазух, которая будет требовать лечения антибиотиками. Другими признаками бактериальной инфекции являются жар, гнойные выделения из носа и сильная боль.

НОСОВЫЕ ПОЛИПЫ

Другая причина «вечной простуды» – полипы. Эти нераковые образования (которые могут появиться в носовых пазухах) не опасны, но способны физически перегораживать

вать дыхательные пути в носу, отчего приятно не будет точно. Полипы чаще всего встречаются у людей с аллергиями, астмой и хроническими носовыми инфекциями. Если вы постоянно ощущаете закупорку носа, плохо различаете запахи и вкусы, отправляйтесь на проверку к врачу. Полипы можно удалить, но они, как правило, вырастают заново. Стероидный аэрозоль для носа помогает уменьшить размер полипов.



СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ.

*Виноват
вирус или стресс?*

Кто из нас не испытывал упадок сил и повышенную утомляемость? Впрочем, если после полноценного отдыха работоспособность восстанавливается, то такие ощущения вполне укладываются в норму. Однако порой бывает, что, несмотря на многодневный отдых, вы ощущаете себя разбитым, вас не покидает чувство постоянной, непреходящей усталости. Если чувство «разбитости» беспокоит человека постоянно, то, возможно, в его появлении виновата вирусная инфекция. Данное состояние называется *синдромом хронической усталости* (CFS, или *Chronic fatigue syndrome*) и является самостоятельным заболеванием.

ИСТОРИЯ

Впервые заболевание было подробно описано и изучено в 1984 г. в Америке в небольшом городке Инклайн Виллидж, штат Невада, где одновременно заболело более 200 человек. Причиной заболевания врачи считали вирус Эпштейна – Барр (ВЭБ), или герпес-вирус человека 4 типа, так как у практически всех заболевших в крови были обнаружены антитела к указанному вирусу. Однако последующие более углубленные исследования позволили выявить у пациентов антитела и к другим герпес-вирусам. Одновременное возникновение заболевания у большого количества людей и обнаружение противовирусных антител позволило американским врачам П. Чейни и Д. Петерсону предположить, что *синдром хронической усталости* является вирусным заболеванием.

Следует отметить, что подобные вспышки заболевания отмечались и ранее в различных географических районах: в Лос-Анджелесе (1934 г.), в Исландии (1948 г.), в Лондоне (1955 г.), во Флориде (1956 г.). Однако в то время врачи не могли определить этиологию заболевания, считая, что причиной могли быть различные факторы, в частности, плохая экология.

Помимо исследований в Америке активное изучение данного феномена было проведено учеными других стран, в частности, Австралии, Великобритании, Германии. Это позволило в 1988 г. сформировать основные клинические и диагностические критерии синдрома хронической усталости. Учитывая, что при данном заболевании в первую очередь поражаются ЦНС и иммунная система, то данная патология получила название *«синдром хронической усталости и иммунной дисфункции»*. Синдром хронической усталости также имеет и другие названия, такие как *миалгический энцефаломиелит, иммунная дисфункция, синдром поствирусной астении*. Это полнее отражает патофизиологическую причину заболевания и подчеркивает различие между CFS и естественным недомоганием больных после острых и хронических заболеваний или травм.

Следует отметить, что в *Международную классификацию болезней 10-го пересмотра* (МКБ-10), разработанную ВОЗ, данное заболевание включено под несколькими кодами: G93.3 *«Синдром утомляемости после перенесенной вирусной болезни»*, F48.0 *«Неврастения»*, R53.0 *«Недомогание и усталость»*.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Синдром хронической усталости, как правило, является неизбежным «атрибутом» цивилизованных развитых стран. В особой группе риска находятся жители мегаполисов, бизнесмены и служащие, представители профессий, сопряженных со значительным эмоциональным и психическим напряжением (авиадиспетчеры, железнодорожные операторы, операторы крупных промышленных объектов, врачи, работники паллиативных служб и др.). Провоцирующими факторами заболевания могут быть интеллектуальные и эмоциональные стрессы; неблагоприятная экологическая и санитарная обстановка, хронические заболевания, в т.ч. вирусные. В среднем *синдром хронической усталости* встречается у 10 человек из 100 тысяч населения в США, и у 37 человек на 100 тысяч в Австралии. Причем у женщин CFS диагностируется чаще, чем у мужчин; в основном это пациентки в возрасте 25 – 45 лет. В осенне-зимнее время года синдром встречается в 3 – 5 раз чаще, чем в весенне-летний период; у людей городского «офисного» образа жизни – приблизительно в 10 раз чаще, чем у работников физического труда.



В развитых странах темпы распространения CFS приобретают масштабы эпидемии, и заболевание представляет значительную социальную и экономическую проблему. Так, только в одной Америке количество пациентов с *синдромом хронической усталости* насчитывается более нескольких миллионов. При этом затраты на их лечение превышают более 10 миллиардов долларов в год.

ПРИЧИНЫ CFS

Ученые считают, что CFS – это полиэтиологическое вирусное заболе-

вание. Причиной могут быть один из герпес-вирусов (вирус герпеса человека 4 типа или вирус Эпштейна – Барр – ВЭБ, цитомегаловирус – ЦМВ, вирус герпеса человека 1, 2, 6 и 7 типа – ВГЧ 1, 2, 6, 7), вирусы Коксаки А или В, энтеровирусы и др. Однако большинство ученых считают, что причиной *синдрома хронической усталости* являются вирусы герпеса человека, в первую очередь самый распространенный из них – вирус Эпштейна – Барр (рисунок 1).

ВЭБ – это ДНК-содержащий вирус, который обычно проникает в организм человека в раннем детстве воз-

душно-капельным путем. Что самое интересное, ВЭБ, как и все вирусы герпеса человека, может годами находиться в организме, клинически никак не проявляя себя. Почти 90% людей на Земле являются потенциальными источниками заражения и носителями вируса Эпштейна – Барр в латентной или активной форме, так как он практически не поддается полному уничтожению в организме (рисунок 2).

Если в силу каких-то причин у человека снижается иммунитет, то вирус может активизироваться и поразить иммунную систему. Толчком к его размножению может служить

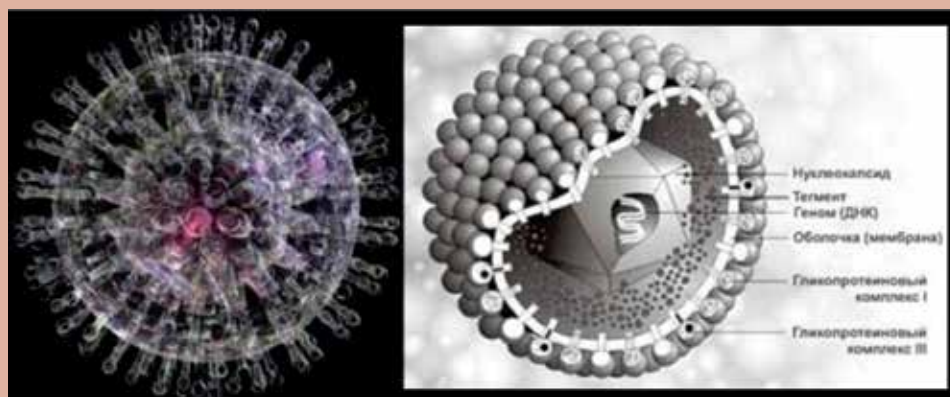


Рисунок 1 – Схематическое строение вируса Эпштейна – Барр



Рисунок 2 – Свойства вируса Эпштейна – Барр.

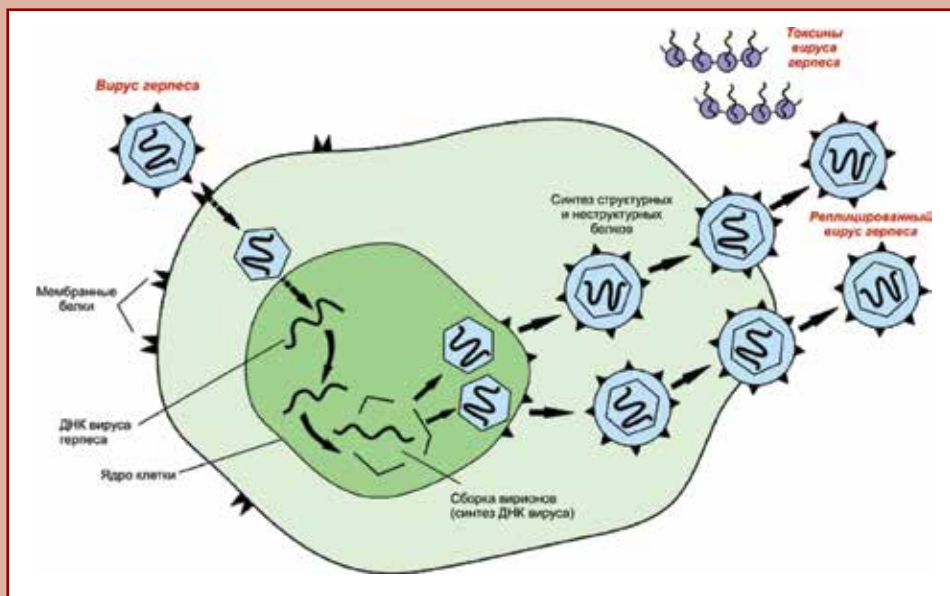


Рисунок 3 – Размножение вирусов герпеса в клетке.

все что угодно: стресс, простудные заболевания, переохлаждение, авитаминоз, переутомление, обострение хронической инфекции и т.д. Считается, что активный вирус поражает В-лимфоциты, одну из важнейших защитных клеток нашей иммунной системы (рисунок 3). Он живет и размножается за их счет, что приводит к дисфункции иммунной системы и соответствующей клинической картине. Однако следует отметить, что углубленное обследование иммунной системы может и не выявить реального иммунодефицита. Количественно число лимфоцитов в организме практически может не отличаться от нормы, но качественно и функционально они неэффективны.

СИМПТОМЫ И ПРОЯВЛЕНИЕ CFS

Если у ранее здорового человека появляются постоянная усталость, недостаток энергии и понижение работоспособности на 50 или более процентов в течение как минимум

полугода, то это уже является основным и обязательным признаком CFS. При этом у человека не должно быть других заболеваний или причин, которые могут вызвать утомляемость и чувство усталости, не проходящей после отдыха. У большинства пациентов хроническая усталость и другие сопутствующие симптомы, начавшись в период гриппоподобного заболевания, через 1-2 недели уменьшаются, но выздоровление не наступает.

В качестве главных симптомов, указывающих на заболевание, можно отметить состояние сильного утомления, снижение памяти и интеллекта, спутанность мышления и внимания; разбитость после сна, порой бессонница, головные боли, головокружение, состояние тревоги, депрессию, апатию, а порой беспричинные приступы гнева и пр. Кроме того, для CFS характерны признаки хронической инфекции: субфебрильная температура, мышечные и суставные боли, увеличение лимфатических узлов, боль в горле, хронический фарингит.

Очень часто *синдром хронической усталости* сопровождается при-

знаками вегетативно-эндокринного нарушения: снижение аппетита, быстрое изменение массы тела, аритмия, дисфункция желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей, потливость по ночам, светобоязнь, выпадение волос. CFS также могут сопутствовать симптомы аллергии или повышенной чувствительности к лекарствам, солнечному свету, алкоголю и другим неблагоприятным факторам.

В наиболее тяжелых случаях может начаться сильная депрессия, наступает потеря концентрации внимания и резкая физическая слабость.

ДИАГНОСТИКА

Для диагностики CFS существуют критерии Центра контроля за заболеваниями (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC, USA*), которые включают в себя комплекс больших, малых и объективных критериев. *Большими диагностическими критериями* служат:

1) не проходящая усталость и снижение работоспособности (не менее



Рисунок 4 – Некоторые признаки синдрома хронической усталости.

чем на 50%) у ранее здоровых людей в течение последних шести месяцев;

2) исключение других причин или болезней, которые могут вызвать хроническую усталость.

К *малым* симптоматическим критериям заболевания следует отнести следующие:

1) острое начало заболевания как при гриппе с повышением температуры до 38°C;

2) боли в горле, першение;

3) небольшое увеличение (до 0,3 – 0,5 см) и болезненность шейных, затылочных и подмышечных лимфатических узлов;

4) необъяснимая генерализованная мышечная слабость;

5) болезненность отдельных групп мышц (миалгия);

6) мигрирующая боль в суставах (артралгия);

7) периодические головные боли;

8) быстрая физическая утомляемость с последующей продолжи-

тельной (более 24 часов) усталостью;

9) расстройство сна (гипо- или гиперсомния);

10) нейропсихологические расстройства (фотофобия, снижение памяти, повышенная раздражительность, спутанность сознания, снижение интеллекта, невозможность концентрации внимания, депрессия);

11) быстрое развитие (в течение часов или дней) всего симптомокомплекса.

Объективными (физикальными) критериями служат:

1) субфебрильная лихорадка;

2) неэкссудативный фарингит;

3) пальпируемые шейные или подмышечные лимфоузлы (менее 2 см в диаметре).

Диагноз CFS устанавливается при наличии 1 и 2 больших критериев, а также малых симптоматических критериев: 6 (или больше) из 11 симптоматических критериев и

2 (или больше) из 3 физикальных критериев; или 8 (или больше) из 11 симптоматических критериев (рисунок 4).

Для постановки диагноза CFS необходимо исключить у пациента фибромиалгию (ФМ), ревматические, неврологические, гематологические, хронические системные заболевания, заболевания эндокринной системы, отравление тяжелыми металлами, наркотиками, алкоголем, последствия облучения и т.д., которые могут давать сходную клинику и симптоматику.

При постановке диагноза *синдрома хронической усталости*, помимо определенных клинических и объективных критериев, необходимо учитывать и ряд иммунологических показателей, которые имеют определенное диагностическое значение. Однако следует подчеркнуть, что в настоящее время не существует лабораторных тестов, которые однозначно и абсолютно четко указы-

вали бы на наличие или отсутствие у пациента CFS. Это связано с тем, что у больных с CFS может наблюдаться как количественный, так и функциональный иммунологический дисбаланс. Что самое интересное, иммунологические показатели могут изменяться как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения. Например, по некоторым источникам, у 20% больных с CFS наблюдается *лейкоцитоз* (увеличение числа лейкоцитов), а у такого же количества – *лейкопения* (снижение количества лейкоцитов). Относительный *лимфоцитоз* (повышение числа лимфоцитов) отмечается в среднем в 22% случаев (от 0% до 71% по разным данным). В то же самое время австралийские исследователи, напротив, обнаружили *лимфопению* (снижение количества лимфоцитов) у 28% пациентов. У 30% больных могут присутствовать атипичные лимфоциты, и в 48% случаев наблюдается моноцитоз.

Что касается антител, то в среднем у каждого третьего пациента (31%) отмечается снижение уровня сывороточных иммуноглобулинов классов А, D, G и М. По другим материалам, уровень иммуноглобулинов увеличен у 28% больных CFS. В среднем 53% пациентов имели низкие уровни циркулирующих

иммунных комплексов, у 25% отмечалось снижение активности комплемента.

Проявление дисфункции иммунной системы у больных CFS выразилось также в снижении цитологической активности естественных киллеров; повышении уровней интерлейкинов 1-альфа, 2 и 6; снижении у митоген-стимулированных лимфоцитов повышенного содержания альфа-интерферона и других цитокинов; изменении числа и функции Т- и В-лимфоцитов.

Замечено, что у большинства пациентов с CFS заболевание сопровождается аллергическими проявлениями, включая повышенную кожную реакцию к целому ряду аллергенов и увеличению уровня циркулирующего IgE. Имеются факты наличия в низких концентрациях антиядерных антител и ревматоидного фактора, но без клинических проявлений системной волчанки или ревматоидного артрита.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение *синдрома хронической усталости* комплексное и основано на индивидуальном подходе. В первую очередь оно направлено на устранение причины и симптомов

заболевания, повышение иммунитета и тонуса организма, улучшение настроения, работоспособности и качества жизни. Следует отметить, что при *синдроме хронической усталости* возникает своего рода *порочный круг*, при котором вирус как первопричина запускает механизм поражения иммунной системы, приводящий к снижению функции органов и тканей. В свою очередь, нарушение деятельности важнейших органов вызывает дальнейшее ухудшение деятельности иммунной системы, что опять же влияет на функционирование всего организма. При CFS проводится специфическая противовирусная терапия, симптоматическое, иммунокорректирующее лечение, а также витаминотерапия и физиотерапия. При заболевании замедляются обменные процессы, поэтому питание должно быть полноценным, включать витамины (особенно С) и микроэлементы, большое количество свежих овощей и фруктов. Ввиду снижения активности пищеварительных ферментов рекомендуется ограничение жирной, калорийной и тяжелой пищи. Для активизации обменных процессов и улучшения пищеварения рацион следует дополнять полезными пищевыми добавками: корнем имбиря, а также острыми и



ОЧЕНЬ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ДОЗИРОВАННАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА, ДАЖЕ САМАЯ ПРОСТАЯ В ВИДЕ ХОДЬБЫ, ОСОБЕННО НА ПРИРОДЕ, ИЛИ УТРЕННЕЙ ЗАРЯДКИ.



**НЕБЛАГОПРИЯТНО
ДЕЙСТВУЕТ
НА ИММУНИТЕТ
И СМЕНА ЧАСОВЫХ
ПОЯСОВ.
ДАННОЕ ЯВЛЕНИЕ
НАЗЫВАЕТСЯ
ДЕСИНХРОНОЗ,
ИЛИ ДЖЕТЛАГ.**

жгучими специями, чесноком, луком, перцем.

Очень рекомендуется для пациентов дозированная физическая нагрузка, даже самая простая в виде ходьбы, особенно на природе, или утренней зарядки, которые улучшают состояние и благотворно действуют на больных. Учитывая общий упадок физических сил и энергии, а также психологическое состояние апатии и разбитости, к выбору объема и вида физических нагрузок следует подходить особенно тщательно, после консультации со специалистами (врачом, тренером по фитнесу).

Что касается распространенной в последнее время практики краткосрочных поездок зимой на южные курорты, то больным с *синдромом хронической усталости* настоятельно рекомендуется избегать таких перелетов. Организм человека с CFS не приспособлен к тому, чтобы за несколько часов перенестись из зимы в лето и обратно. Это огромный стресс для организма, даже для здорового, не говоря уже о больном. Следует подчеркнуть, что в данном случае нормальная физиологическая адаптация организма занимает 5 – 7 дней на курорте и столько же – по возвращении домой. К тому же неблагоприятно действует на

иммунитет и смена часовых поясов. Данное явление называется *десинхроноз*, или *джетлаг* (от англ. *Jet* – реактивный самолет и *lag* – запаздывание). *Джетлаг*, или *синдром смены часового пояса*, – это явление несовпадения ритма человека с дневным ритмом, вызванное ночной работой, переходом на летнее время или быстрой сменой часовых поясов при перелете на самолете, которое может сопровождаться усталостью, бессонницей, головной болью, потерей аппетита и другими состояниями дискомфорта.

Особо следует подчеркнуть важность улучшения качества и соблюдения режима сна, что повышает жизненный тонус, работоспособность организма. Научные данные свидетельствуют, что если человек работает ночью, нарушая естественный режим сна, его иммунитет восстановится только на третий день. Необходимо ложиться спать вовремя, избегая по возможности просмотра и/или прочтения перед сном негативной информации, обильного приема пищи, эмоционального и психического перевозбуждения. Еще лучше пройтись перед сном 20 – 30 минут, подышать свежим воздухом, избавиться от переживаний и негативных мыслей,

принять теплый расслабляющий душ.

Для нормализации энергетического состояния организма, улучшения нервной системы и восстановления баланса парасимпатической и симпатической нервных систем (процессов активизации и торможения в организме) применяются фитопрепараты, акупунктура, точечный массаж и другие методы физиотерапии.

Прогноз заболевания в большинстве случаев благоприятный. Однако пациентам необходимо запастись терпением, так как заболевание протекает циклически, с периодами улучшения и ухудшения, и выздоровление происходит в течение нескольких лет. Впрочем, у части больных (до 15 – 20%) отмечается прогрессивное усиление симптоматики.

И в заключение следует подчеркнуть, что успех излечения на 90% зависит от самого пациента – насколько он предан самому себе и будет готов что-то предпринять для своего выздоровления.

Болат Жантуриев,
к.м.н., ДБА, доцент КазНМУ им. С.Д.
Асфендиярова



MEDICELLBANK - банк персонального
длительного хранения гемопоэтических
стволовых клеток пуповинной крови

«MediCell»

Является надежной
компанией по хранению
стволовых клеток
пуповинной крови
новорожденных
и придерживается
строжайших процедур
в данной сфере для того,
чтобы сохранить стволовые
клетки для всей семьи

Более детальную информацию Вы можете получить:

посетив сайт
www.medicellbank.kz

либо обратившись по телефону
+7 701 522 2885

Медицинские консультанты
пуповинной крови
Медицеллбанка
остаются с Вами на связи
24 часа в сутки
7 дней в неделю

и готовы оказать Вам
квалифицированную
консультацию
Астана, Ташенова 20
педиатрическая клиника
«Медикер»



ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ



Профессия онколога относится к одной из самых трудных медицинских специальностей.

Злокачественного типа опухоли развиваются незаметно, трудно лечатся и отличаются стремительным разрастанием, поэтому врачу необходимо быть широкопрофильным специалистом. Онколог – это врач, обладающий знаниями по симптоматике, причинам возникновения, специфике развития онкологического заболевания, владеющий диагностическими методами и лечебно-профилактическими методиками. Классификация онкологов в зависимости от возможного лече-

ния: хирургическое воздействие – иссечение новообразования; медикаментозная терапия – применение фармакологических веществ (химиотерапия); радиационное (лучевая терапия); интервенционное воздействие – минимально инвазивная терапия посредством визуального контроля; педиатрическое (диагностирование и лечение детей с раковыми образованиями); гинекологическое (терапия опухолей женских репродуктивных органов); и др. Важно отметить, что каждый онколог вносит незаменимый вклад в науку, делаясь своими клиническими знаниями, практическим опытом и открытиями.

Онколог также имеет коммуникативно-психологические навыки, которые необходимы в процессе работы, особенно при общении с умирающими пациентами. От умения доктора настроить пациента на выздоровление во многом зависит терапевтический прогресс и возможность исцеления.

Одной из сложных задач для врача-онколога является ежедневное общение с больными, с их страхами и сомнениями, общение с их окружением, близкими людьми, находящимися подчас на грани отчаяния. Весь этот эмоциональный накал замыкается на враче-онкологе, и поэтому от его душевного состояния, его деонтологического мастерства зависят не только настроение, но и судьбы людей.

Для подавляющего большинства людей в обществе слово «онкология» по-прежнему ассоциируется с чем-то тяжелым и страшным, а точнее – с обреченностью, болью, страданием, безысходностью и смертью. Причем данная ассоциация существует очень давно, как глубоко укоренившийся ментальный стереотип, и поэтому возникает даже не на уровне сознания человека, а на уровне его подсознания и интуиции. Следует обязательно подчеркнуть то обстоятельство, что ни для кого не секрет, что именно в онкологической сфере каждый человек, и прежде всего пациент, чувствует себя в психологическом и эмоциональном плане наиболее беспомощно и уязвимо.

Несмотря на все успехи и достижения в онкологии, на сегодняшний день почти для половины пациентов, как правило, пожилого возраста и при запущенных формах, это заболевание все еще остается неизлечимым. Именно отсюда панический страх и беспомощность. Именно беспомощность и уязвимость перед этим недугом вынуждает каждого пациента интуитивно искать в онкологической сфере для себя хоть какую-то опору и поддержку – информационную, эмоциональную, психологическую. Это совершенно естественное интуитивное стремление человека найти для себя какую-то отдушину и утешение, что позволило бы ему освоиться ментально и душевно от

скорбных мыслей и переживаний. Это естественное стремление любого пациента найти для себя в кризисной ситуации какой-то позитив, какую-то зацепку, опору и надежду на благоприятный исход.

Естественно, что в роли данной опоры, а точнее опор для пациента и для его близких приходится выступать прежде всего специалисту-онкологу. Именно поэтому каждому онкологическому пациенту, проходящему лечение в онкологическом учреждении, кроме стандартного и протокольного общения со специалистом-онкологом по вопросам назначений, процедур для предстоящего лечения так важны его личное внимание к пациенту и эмоциональная составляющая их взаимоотношений.

Традиционно и в общественном сознании, и в научной литературе при изучении профессиональной деятельности специалистов социальных профессий, к которым относится и профессия врача-онколога, акцент делается прежде всего на позитивных аспектах работы с людьми. Вместе с тем совершенно очевидно, что именно работа с людьми в силу предъявляемых ею высоких требований, особой ответственности и эмоциональных нагрузок потенциально содержит в себе опасность тяжелых переживаний, связанных с рабочими ситуациями, и вероятность возникновения профессионального стресса.

Майра Азимхановна Кайназарова, врач-офтальмолог центра опухолей головы и шеи (ОГШ) КазНИИОиР: *«Почти все специалисты, работающие годами в онкологическом стационаре, подвержены риску возникновения синдрома эмоционального выгорания. Работая в атмосфере боли, тревожности, испытывая чувство бессилия перед неизбежностью, врачам приходится прилагать невероятные усилия для сохранения собственного душевного комфорта. Ситуация усугубляется ненормированным рабочим днем, редкими полноценными выходными днями. Довольно часто мои коллеги-хирурги проводят длительные операции по 6-7 часов подряд, затем, невзирая на выходные и праздники, «пропадают» на работе, вы-*

живая тяжелых пациентов. Это колоссальная физическая и психоэмоциональная нагрузка. Поэтому создание психологической поддержки в нашем институте необходимо не только для наших пациентов, но и для медперсонала. Мне понравились лекции-семинары и тренинги, которые проводят наши психологи, а также привлечение зарубежных специалистов. Психологическая работа с пациентами идет тоже успешно. Хочется надеяться, что работа будет продолжена, и мы всегда сможем получить поддержку и совет от грамотного психотерапевта как в личном плане, так и в сложных случаях с нашими пациентами».

Количество психо-эмоционального напряжения для каждого человека (согласно Г. Селье) весьма индивидуально, не все работники онкологических учреждений в равной степени могут одинаково хорошо справляться с тем объемом информационного и эмоционального груза, который от них требуют пациенты. К сожалению, довольно часто желание отдельных специалистов никому не отказать во внимании довольно быстро приводит к истощению их психических и эмоциональных ресурсов, что и проявляется незамедлительно в виде синдрома эмоционального выгорания. Вполне естественно, что данное обстоятельство вынуждает онкологов (и медиков вообще) искать любые формы психической защиты от истощения со стороны пациентов. Существуют различные варианты такой защиты. Один и при этом наиболее распространенный вариант защиты – это формализация отношений и дистанцирование от пациентов (т. е. уход от личностных и доверительных взаимоотношений). Пути преодоления проблемы выгорания каждый специалист видит по-своему. Но через снижение на первоначальном этапе энтузиазма, через частые головные боли, бессонницу, расстройство желудочно-кишечного тракта, через чувства подавленности, скуки, вины, разочарования, через раздражительность, потерю жизненных ориентиров и перспектив, через опустошенность, неспособность

принимать решения и злоупотребление алкоголем проходят многие. Следует откровенно признать, что онкология – это действительно непростая сфера человеческих взаимоотношений, и видимая внешняя замкнутость, информационная ограниченность, уход от доверительного общения с пациентами с налетом формализма имеют место по совершенно конкретным и четким причинам. Уход от глубоко личностного общения с пациентом в онкологии в подавляющем большинстве случаев это не невнимательность, а совершенно естественная защитная реакция человеческой психики на стрессовую ситуацию. Главная причина одна – это сохранение (сбережение) от выгорания личностного психо-эмоционального потенциала специалистов-онкологов и сотрудников онкологических учреждений. Нужно четко понимать, что врач-онколог – это не психолог, не социолог и, конечно же, не духовник. Именно по этой причине он не должен брать на себя не свойственные ему функции социально-психологической или духовной помощи и поддержки. Если еще несколько лет назад о компенсации и преодолении синдрома

выгорания в онкологии задумывались лишь наиболее прогрессивные и продвинутые руководители онкологических учреждений, то сегодня можно уже совершенно уверенно говорить о том, что эта работа должна стать необходимой и повседневной практикой в каждом онкоучреждении, что обеспечит сбережение психо-эмоционального и человеческого ресурса в онкологической службе и будет способствовать повышению уровня медицинской культуры. В зарубежной практике в помощь специалистам-онкологам для решения целого ряда психологических проблем пациентов используется помощь соответствующих специалистов по психолого-социальной и духовной работе. Важность и значение этой помощи в онкологии сегодня трудно переоценить. Именно по этой причине для уменьшения уровня стрессовой нагрузки на персонал во все онкологические диспансеры республики были введены в штат специалисты социально-психологической помощи (в рамках реализации п. 39 Плана мероприятий «Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012 – 2016 годы»), которые

и занимаются профессионально социально-психологической работой с пациентами, тем самым уменьшая уровень стрессовой и психо-эмоциональной нагрузки, как на пациентов, так и на сотрудников.

На сегодняшний день одним из практических направлений работы отдела психолого-социальной помощи КазНИИ онкологии и радиологии является работа с медицинским персоналом.

В связи со сложным спектром задач, решаемых медицинским персоналом в онкологической службе, возникла проблема его психологического сопровождения. Психологическое сопровождение является важным современным компонентом в системной работе с персоналом.

Карашаш Утишовна Карабалина, старшая медсестра отделения маммологии КазНИИОУР, г. Алматы: «На сегодняшний день началось проведение тренинговой работы с медицинским персоналом, в частности, с медсестрами, очень актуальное направление, так как дефицит психологических знаний с каждым днем возрастает. На то имеется ряд причин: психо-эмоциональная



ОДНОЙ ИЗ СЛОЖНЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ВРАЧА-ОНКОЛОГА ЯВЛЯЕТСЯ ЕЖЕДНЕВНОЕ ОБЩЕНИЕ С БОЛЬНЫМИ, С ИХ СТРАХАМИ И СОМНЕНИЯМИ, ОБЩЕНИЕ С ИХ ОКРУЖЕНИЕМ, БЛИЗКИМИ ЛЮДЬМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ ПОДЧАС НА ГРАНИ ОТЧАЯНИЯ.

нагрузка в силу специфики медицинского труда, энергоемкий труд медсестры, невозможность в той или иной степени своевременного восстановления человеческих ресурсов и многое другое. Все это приводит к возникновению эмоциональной истощаемости, состоянию усталости и, конечно же, к астеническим проявлениям личности медицинской сестры, которая, в свою очередь, не имеет достаточно времени для систематического прохождения повышения квалификации, семинаров или подобного рода психологических разгрузок. И поэтому проведенная в рамках института дает возможность переключить свое внимание на личностное и профессиональное развитие, пополнить свой арсенал методов психологическими знаниями и умениями в области развития коммуникативных навыков, снятия стресса, возможности получить расслабление, а также научиться новым подходам, которые являются энергосберегающими. Надеюсь, что данное направление будет укрепляться и развиваться, так как медсестры нуждаются не только в профессиональном развитии, но и решении каждодневных личностных проблем, касающихся таких сфер, как детско-родительские отношения, психологические навыки управления стрессом, управления своим временем и т. д.»

Термин «сопровождение» прочно входит в профессиональную жизнь практических психологов, работающих в медицинском учреждении, как концептуально, так и в отношении практической деятельности. Многие исследователи отмечают, что сопровождение «предусматривает поддержку естественно развивающихся реакций, процессов и состояний личности». Более того, успешно организованное социально-психологическое сопровождение открывает перспективы личностного роста, помогает человеку войти в ту «зону развития», которая ему пока еще недоступна.

Итак, можно сказать, что психологическое сопровождение – это:

- во-первых, один из видов социально-психологического патронажа как целостной и комплексной



НУЖНО ЧЕТКО ПОНИМАТЬ, ЧТО ВРАЧ-ОНКОЛОГ – ЭТО НЕ ПСИХОЛОГ, НЕ СОЦИОЛОГ И, КОНЕЧНО ЖЕ, НЕ ДУХОВНИК.

системы социальной поддержки и психологической помощи, осуществляемой в рамках деятельности психологических служб;

- во-вторых, интегративная технология, сердцевина которой – создание условий для восстановления потенциала развития и саморазвития личности и в результате эффективного выполнения отдельным человеком своих основных функций;
- в-третьих, процесс особого рода бытийных отношений между сопровождающим и теми, кто нуждается в помощи.

Психологическое сопровождение врачей и медсестер, работающих в онкологической службе, учитывающее и степень их психологической пригодности к специальности, и степень проработанности у них экзистенциальной проблематики, даст возможность создать корректную программу психологической помощи. Разработанные программы могут проводиться на том или ином отделении медицинского учреждения, а также могут быть включены в курсы повышения квалификации, что значительно уменьшило бы организационные трудности, связанные с режимом работы медсестер и врачей.

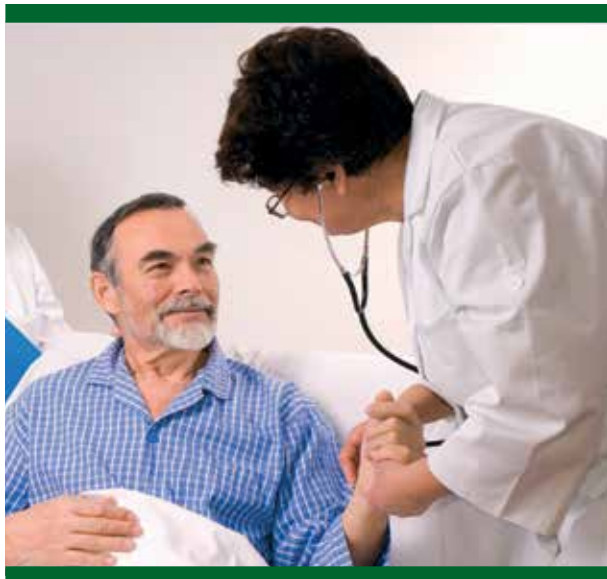
Основными видами деятельности (психологического сопровождения) психолога являются: психодиагностика, психоконсультирование, психопрофилактика, психокоррекция, психопросвещение.

Психологическая работа с медицинским персоналом проводится в форме как индивидуального консультирования, так и группового.

Следует особо подчеркнуть то обстоятельство, что отдельным направлением психологического сопровождения медицинского персонала является профилактика синдрома эмоционального выгорания, вызывающего стрессовые расстройства.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это специфический вид профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с клиентами/пациентами при оказании профессиональной помощи. Этот синдром проявляется в чувстве эмоционального истощения, дегуманизации (тенденции к развитию негативного отношения к пациенту), недостатке чувства профессионального мастерства.

Результатом стресса могут быть разнообразные астенические проявления: психическая и физическая



ГРАМОТНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ «ВЫГОРАНИЯ» МОГУТ ПОМОЧЬ В ПРИОСТАНОВКЕ НАЧАВШЕГОСЯ ПРОЦЕССА ИЛИ ПРЕДУПРЕДИТЬ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЕ, СОХРАНИВ ВРАЧА КАК ЗДОРОВУЮ ЛИЧНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОГО ПРОФЕССИОНАЛА.

утомляемость, истощаемость, снижение уровня активности с дефицитом бодрости и энергии, снижением мотивации и профессиональной продуктивности, повышение возбудимости, раздражительности, комплекс соматоформных проявлений в виде мышечной и головной боли, сердцебиения, диспептических нарушений, расстройства сна, что влечет за собой потребность в дополнительном отдыхе.

Наиболее ярко выгорание проявляется в случаях, когда коммуникации отягощены эмоциональной насыщенностью, как правило, на почве стресса. Длительное наличие этого синдрома приводит профессионалов к различным вариантам саморазрушающего поведения.

Наиболее доступным в качестве профилактических мер является использование способов саморегуляции и восстановления себя. Это своего рода техника безопасности для специалистов, имеющих многочисленные и интенсивные контакты с людьми в ходе своей профессиональной деятельности.

Большой популярностью для предупреждения и преодоления выгорания пользуются различные СЭВ-тренинги. Они могут проводиться как в сплоченной команде, так и с работниками из различных подразделений. Тренинги совме-

щают несколько подходов: техники релаксации, управление когнитивным стрессом, тайм-менеджмент, тренинг социальных умений, управление дидактическим стрессом и изменение установок. Тренинг – это воздействие на негативные эмоции и состояния, формирование позитивных и рациональных жизненных установок по отношению к трудным жизненным ситуациям.

Изучение всего комплекса причин появления «выгорания» у медицинских работников приобретает особую актуальность на сегодняшний день, так как грамотная диагностика и профилактика развития «выгорания» могут помочь в приостановке начавшегося процесса или предупредить его возникновение, сохранив врача как здоровую личность и эффективного профессионала.

В психопрофилактическом направлении предупреждения развивающегося синдрома эмоционального выгорания, а также при имеющемся СЭВ можно использовать различные подходы: личностно-ориентированные методики, направленные на улучшение способностей личности противостоять стрессу через изменение своего поведения, отношения; меры, направленные на изменение рабочего окружения (предупреждение неблагоприятных обстоятельств); психологические

тренинги, направленные на развитие коммуникативных навыков, обучение навыкам эффективного межличностного общения, раскрытие творческих ресурсов, тренинги уверенности в себе, также тренинги личностного роста, телесно-ориентированной терапии, по стресс-менеджменту, тайм-менеджменту.

Таким образом, на сегодняшний день роль психологического сопровождения медицинского персонала, несомненно, возрастает. Медицинский персонал как никогда нуждается в квалифицированной поддержке и помощи на рабочем месте. И поэтому для обеспечения медицинских работников качественным психологическим сопровождением очень важна правильная организация психотерапевтических стратегий и методов работы.

Ильмира Хусаинова,

президент Республиканского общественного объединения «Казахская Ассоциация медико-психолого-социальной поддержки онкобольным» (КАМПСПО), член Межнационального центра исследования качества жизни (МЦКИЖ) (Россия-Франция), руководитель отдела психолого-социальной помощи КазНИИ онкологии и радиологии г. Алматы

Эльзара Исхакова,

к.м.н., психолог по работе с медперсоналом КазНИИ онкологии и радиологии



*Прикоснись
к истории...*

мечеть на 1000 мест;
отель «ФАРАБ» - от эконом до класса люкс;
кафе на 100 мест;
центр обслуживания паломников;
чайхана, шубатхана, сувенирный бутик;
прокат велосипедов и инвалидных кресел;
посещение древнего города Сауран
и раскопок в городище Отрар;
экскурсии по святым местам;
трансфер из г. Шымкент и г.Туркестан



тел.: +7 725 44 26 720
моб.: +7 776 31 11 333

ВКУСНЫЙ ПУТЬ К ВАШЕМУ ЗДОРОВЬЮ

Многие люди завтраку не уделяют должного внимания, и готовы пожертвовать им ради всевозможных важных дел, забирающих массу времени утром, или же из-за отсутствия аппетита. И даже есть те, кто пропускает завтрак, надеясь тем самым уменьшить потребление калорий в погоне за идеальной фигурой. А некоторые из тех, кто завтракает, не всегда делают это правильно, перекусывая наспех или слишком наедаясь.

ДЛЯ ЧЕГО НУЖНО ЗАВТРАКАТЬ?

Ночной перерыв в питании составляет больше 8 часов. Проснувшись, в вашем организме начинают активно работать все замедлившиеся за ночь процессы, и будут необходимы новые запасы энергии, поступающие с пищей. Если вы по каким-то причинам утром не поели, обмен веществ замедляется и переходит в режим экономии энергии. Появляются вялость, сонливость, раздражительность, беспокойство, ослабляется память и мыслительные процессы, снижается стрессоустойчивость, возможны обмороки и ухудшение зрения. Особенно тяжело приходится пищеварительной системе.

«Желудочный сок, ферменты поджелудочной железы и желчь в определенном количестве вырабатываются независимо от того,

планируете ли вы прием пищи или нет. В пустом желудке они скапливаются в большом количестве и застаиваются. Так как это горькая и кислая среда, этим они раздражают (как бы обжигая) слизистую желудка, увеличивая кислотность в нем. Может начаться воспалительный процесс, а с годами перейти в заболевания желчного пузыря, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, вплоть до эрозии и язвы желудка.

Но не нужно, однако, и плотно завтракать. Желудок имеет гофрированную форму, при переедании он увеличивается, появляются вздутие, тяжесть, брожение и газообразование. Может быть рвота, отрыжка или понос. Часть пищи застаивается в желудке, так как не может перевариться, и следующую трапезу вы будете вынуждены пропустить. При этом центр насыщения и центр голода угнетаются, импульсы бло-

кируются, и человеку невозможно в будущем чувствовать меру, принимая пищу. Непереваренная пища откладывается в жировое депо, и в дальнейшем может привести к ожирению», – рассказывает **Лазат Омаровна Казанбаева, врач-гастроэнтеролог высшей категории многопрофильного медицинского центра «Private Clinic Almaty».**

ЕШЬ И ХУДЕЙ!

Полноценный завтрак, на удивление многих, может спасти от лишнего веса. Утром наш организм сжигает очень большое количество калорий, чтобы запустить все внутренние системы организма на весь день. Если он не получит питания, то он сожжет меньше калорий, чем мог бы. Помимо того, он может воспринять это как угрозу голода и начать откладывать про запас. К

тому же аппетит в течение дня будет только повышаться, и вы рискуете съесть больше, чем нужно. Не говоря уже о том, что для того, чтобы найти силы для работы, организм будет черпать энергию вовсе не из жировых отложений, а добывая витамины и минералы из личных запасов (волосы, ногти и прочее). Если утром вы не можете съесть хоть что-нибудь, то причайте себя

ставе завтрака: 50% углеводов, 30% белков и 20% жиров от дневной нормы.

Белки: нежирное мясо (куриное филе, телятина, тунец); нежирные молочные продукты; яйца (омлет или «всямку»).

Жиры: орехи, сметана, сыр, оливковое и кунжутное масло (содержат омега-3 жирные кислоты).

Углеводы: каши из цельных

ЕСЛИ УТРОМ ВЫ НЕ МОЖЕТЕ СЪЕСТЬ ХОТЬ ЧТО-НИБУДЬ, ТО ПРИУЧАЙТЕ СЕБЯ К ЗАВТРАКУ ПОСТЕПЕННО. НАЧИНАЙТЕ С ЛЕГКИХ ПРОДУКТОВ: ЙОГУРТ, ХЛОПЬЯ ИЛИ МЮСЛИ С МОЛОКОМ.

к завтраку постепенно. Начинайте с легких продуктов: йогурт, хлопья или мюсли с молоком.

Чтобы улучшить аппетит по утрам, после пробуждения примите стакан воды. Можно начать с пары глотков воды и, постепенно увеличивая, дойти до нужного объема. Вода поможет очистить организм и запустить работу пищеварительной системы. Уже через полчаса у вас появится желание кушать. Гимнастика или пробежка утром тоже улучшает аппетит, плюс поможет вам быть всегда в форме. Завтракать, кстати, желательно в одно и то же время, не позднее, чем через 1,5 часа после пробуждения. Если не получается позавтракать дома, то обязательно возьмите что-нибудь с собой, что не будет доставлять хлопот при употреблении.

ЧТО У НАС НА ЗАВТРАК?

Ваш организм будет хорошо работать, если придерживаться дробного (пятиразового) питания.

Весь свой дневной рацион можете распределить так: завтрак – 25% (около 370 – 500 ккал), второй завтрак – 10%, обед – 35%, полдник – 10% и ужин – 20%.

Важно соблюдать баланс биологически активных компонентов в со-

злаков, хлеб грубого помола, зерновое печенье или хлопья, мёд.

Клетчатка: фрукты, овощи, зелень.

«Любая острая, горькая, кислая пища, которая раздражает желудок, на завтрак не рекомендуется. Кофе пить утром на голодный же-

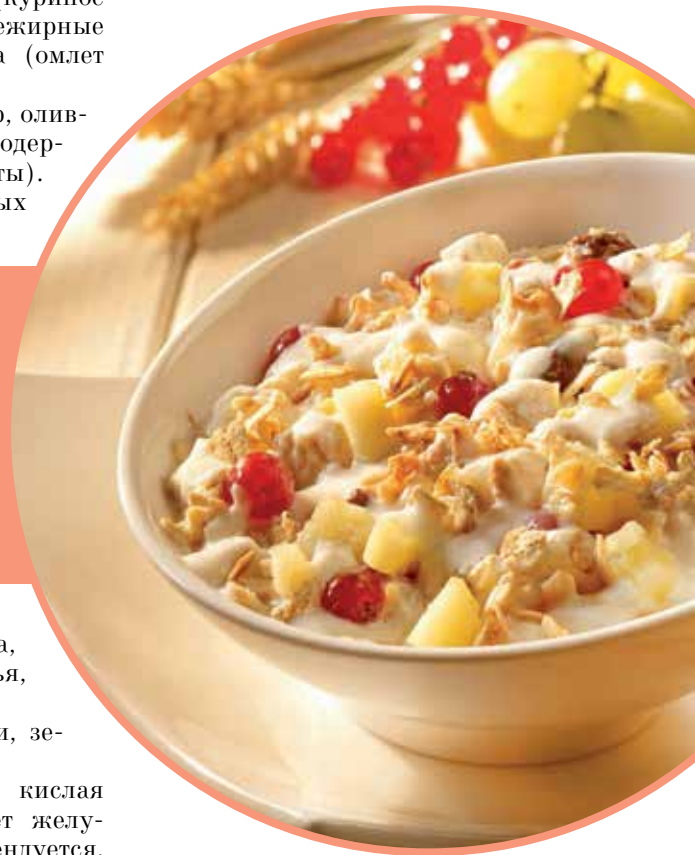
ВАЖНО СОБЛЮДАТЬ БАЛАНС БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ КОМПОНЕНТОВ В СОСТАВЕ ЗАВТРАКА: 50% УГЛЕВОДОВ, 30% БЕЛКОВ И 20% ЖИРОВ ОТ ДНЕВНОЙ НОРМЫ.

лудок также нельзя, потому что он усиливает моторику ЖКТ, тем самым снова увеличивая желчевыделение. Если не можете утром без кофе, то выпейте его между первым завтраком и обедом. Молоко лучше добавлять в чай, каши. Кефир будет отличным перекусом на вечер. На завтрак все-таки каша лучше всего. Она протертая, нежная, легко насытит желудок и мягко снизит концентрацию желчи и соляной кислоты. Также подойдут для за-

втрака любые бутерброды и сэндвичи (но без использования копченых изделий), овощной салат, булочка со сметаной. Вообще, для каждого человека варианты завтрака можно подобрать на его вкус и желание, здесь нет четких критериев, главное, чтобы это было полезно», – советует врач-гастроэнтеролог.

Как видите, путь к вашему здоровью может быть не только легким, но и вкусным.

Наталья Рыльцева



СУПЕРФУДЫ ПО-КАЗАХСТАНСКИ: *безграничная польза при ограниченном бюджете*

«...И слышал царь, что за тридевять земель, в тридесятом царстве есть сад с молодильными яблоками и колодец с живой водой. Если съест старик это яблоко – помолодеет, а водой этой умыт глаза слепцу – будет видеть». Этот отрывок вспоминают все дети и взрослые, которым когда-то читали сказку про молодильные яблочки. «Сказка ложь – да в ней намек», и те, кто не только умеет читать между строк, но и держит руку на пульсе мировых трендов в области здорового питания, пусть с улыбкой, но согласятся – знакомая нам сказка повествует о суперфудах.

Суперфуд (*англ. «super food»*) – это неологизм, который дословно переводится «супер-еда», и мы не можем не отметить, что медицинским термином он не является. Никакого научно утвержденного перечня суперфудов не существует, ведь на самом деле речь идет о продуктах растительного происхождения, которые обладают рекордной концентрацией полезных веществ, не встречающейся в подобных пропорциях более ни в одном другом продукте. Заезженные апельсины с их витамином С и творог с его кальцием просто меркнут в сравнении с волшебными корешками, семенами, листьями, водорослями, ягодами, употребляемыми как в натуральном виде, так и в виде порошков, соков и вытяжек. Растут они, как правило, в труднодоступных местах планеты вроде Амазонки и Тибета, но местные аптеки и интернет-магазины забиты ими под завязку. Годжи и спиру-

лина, хлорелла и лукума, гуарана, амарант, киноа, чиа... да, мы все еще говорим по-русски.

Но есть и обратная сторона употребления разрекламированных суперфудов. Во-первых, клинические исследования их эффективности проводятся сравнительно недавно, и их результаты подвергаются серьезному сомнению со стороны практикующих медиков. Дело в том, что народы, у которых мы «подглядели» привычку употреблять эти суперпродукты в пищу, веками возделывали эти растения и были полностью адаптированы к их усвоению. Так что нет никаких гарантий, что организм нашего земляка способен усваивать хитрые корешки и порошки, эффект от которых может быть непредсказуем.

О том, насколько важно употребление суперпродуктов, мы спросили врача-гастроэнтеролога высшей категории, кандидата медицинских наук **Ольгу Васильевну Николаеву**.

«Во многом высокая популярность суперфудов обусловлена не столько их пользой, сколько коммерческим интересом тех, кто их продает. Однако было бы несправедливо сказать, что заморские суперпродукты не обладают полезными свойствами – это так. Но я хочу отметить, что и у нас есть немало продуктов, которые не уступают по уровню пользы заморским аналогам», – сообщила Ольга Васильевна.

Так что же делать нам с мировым трендом на суперфуды? Поддаться искушению отнести добрую половину зарплаты в магазин био-эко-живых добавок, или вообще игнорировать сам факт существования супереды? Ответ, на самом деле, прост и очевиден: нужно искать суперфуды, которые дает нам наша родная земля. Поверьте, их немало, их состав восхищает, эффект от них понятен нам и предсказуем, а цена вовсе не бьет по кошельку. Начнем, пожалуй?



1. ЧЕРНАЯ СМОРОДИНА

Вместо того чтобы шерстить интернет в поисках ягод асаи, купите у бабушки на рынке ведерко черной смородины. Она содержит рекордное количество витамина С, который усиливает эластичность клеточных мембран, что позволяет организму правильно распределять энергию. Но самое удивительное вещество, которое содержится в черной смородине, что и делает ее суперфудом, это так называемые ингибиторы моноаминоксидазы. Это фермент, который отвечает за регенерацию клеток и выведение опасных для организма соединений, а также помогает правильному функционированию нервной системы. Употребление черной смородины снижает риск заболевания раком и сахарным диабетом. Про антиоксиданты вообще молчим – их в черной смородине хоть отбавляй.

2. ТЫКВЕННЫЕ СЕМЕЧКИ

Прежде чем бежать за дорогими кремами для лица и без конца проводить модные «детокс-программы», всыпьте горсточку тыквенных семечек в свой любимый салат. Они таят в себе два главных сокровища – цинк и марганец. Цинк участвует в процессе обновления клеток кожи, способствует образованию коллагеновых волокон, уменьшает аллергические реакции, лечит угревую сыпь, позволяет избежать сухости кожи и волос. Цинк также помогает работе фагоцитов, уничтожающих болезнетворные бактерии в организме человека. Марганец не менее важен – он регулирует уровень глюкозы в крови, что служит профилактикой сахарного диабета. В качестве бонуса к цинку и марганцу вы получаете незаменимые аминокислоты, витамин Е и кукурбитин, который обладает противоглистным воздействием.

3. ГРЕЧКА

Кальций, железо, калий, йод, кобальт, медь, цинк, марганец, алюминий и витамины групп В, А, Е, РР, а также совсем редкие микроэлементы, такие как холин, стронций, титан, селен и ванадий – вот неполный список весомых аргументов включить в свой рацион гречку.

Наш родной суперфуд содержит не меньше белка, чем модные киноа и амарант. Прибавим к этому тот факт, что гречка экологически чиста, так как ее выращивание не требует совершенно никаких удобрений. Флавоноиды, содержащиеся в ней, избавляют от свободных радикалов, а фолиевая кислота улучшает работу сердечно-сосудистой системы и крайне полезна для будущих мам.

4. ЛЁН

Говоря о суперфудах, нельзя не упомянуть пусть не самый привычный на первый взгляд, но родной и доступный продукт – семена льна. По своим полезным свойствам они не уступают заморским чиа по содержанию Омега-3 ненасыщенных жирных кислот. Белок, клетчатка, а также железо, калий, магний, фосфор прочно закрепляют лён в списке суперполезных продуктов. Ученые также выяснили, что регулярное употребление семян льна в пищу является профилактикой артрита, псориаза, диабета и в особенности рака груди. Употреблять лён в пищу проще простого: семена льна следует измельчить в ступке или кофемолке и добавлять в кашу или йогурт. Не следует забывать также о нерафинированном льняном масле: его несложно найти в местных супермаркетах, стоит оно не дороже оливкового масла и сохраняет все полезные свойства семян.

5. ЯБЛОКИ

Начиная с яблок, закончить эту статью мы решили тоже яблоками. В преддверии наступающей осени просто преступно не включить разнообразие и обилие сортов яблок в свой рацион. В Казахстане выращивают множество уникальных сортов яблок, а наша южная столица – Алматы (старое название – Алма-Ата) – даже своим названием связана с этим бесценным фруктом. Яблоки богаты антиоксидантами и борются со свободными радикалами, что выводит их на вершину рейтинга антираковых продуктов. Богатые клетчаткой, они налаживают работу желудочно-кишечного тракта. Как и все свежие фрукты и овощи, возразите вы, и будете лишь отчасти

правы. Ведь в яблоках содержится вещество, отличающее их от многих фруктово-овощных аналогов, – это пектин. Вы замечали, как быстро портится персик, дыня или груша, и как много времени нужно яблоку, чтобы сгнить? Все это благодаря пектину, который тормозит развитие плохой микрофлоры, причем не только в самом яблочке, но и в нашем кишечнике. Польза яблок проявляется не только при употреблении их в свежем виде – запеченные яблоки являются основой основ любого диетического и лечебного питания, а равное содержание сахаров и органических кислот позволяет избежать резкого подъема глюкозы в крови, что делает яблоки едва ли не основным лакомством и десертом диабетиков. Для тех, кто следит за фигурой, сушеные яблоки могут стать отличной альтернативой вредным чипсам и калорийным орешкам. Вот сколько преимуществ у нашего родного, доступного и знакомого суперфуда – яблок.

«Очень важно использовать те продукты, к которым мы привыкли, поскольку, во-первых, экзотические продукты по тем или иным причинам могут просто не подойти нашему человеку. Во-вторых, импортные суперфуды существенно повышают стоимость рациона», – рассказала врач-гастроэнтеролог.

В заключение хочется отметить, что, безусловно, в этой статье мы перечислили далеко не полный перечень доступных, недорогих и понятных казахстанцам суперфудов. Наши сады-огороды, базары и магазины полнятся полезными, уникальными по своему составу растениями и злаками, а любой местный экологичный и сезонный продукт превращается в настоящую супереду. В погоне за здоровьем и молодостью нужно сохранять рассудительность и понимать, что ни один заморский суперфуд не освобождает нас от ответственности следить за своим питанием, которое должно быть сбалансированным, а также заниматься физическими упражнениями и своевременно проходить диагностические процедуры.

Вячеслав Балыков

Санаторий
«АЛТЫН-БУЛАК»
САРЫАГАШ



Санаторий «Алтын-Булак» – это многопрофильная здравница круглогодичного действия. Расположен он в Сарыагашском районе в поселке Коктерек на территории действующего курорта Сарыагаш, в лесопарковой зоне на берегу живописного озера. Занимаемая площадь 14 га.



«Алтын-Булак» – бальнеологический санаторий, лечебным фактором является минеральная вода со скважины № 1-ДН Сарыагашского месторождения подземных минеральных вод Приташкентского водоносного бассейна. Является природной питьевой лечебно-столовой азотной слабоминерализованной слабощелочной акротермой (температура 50° С) гидрокарбонатного натриевого состава, содержит повышенную концентрацию кремниевой кислоты (32-42 мг/дм), спектр малых доз микрокомпонентов (бром, йод, бор, фтор и др.). Минеральная вода используется в виде питья, в виде минеральных ванн, кишечных и желудочных орошений.

Показанием для лечения является ряд заболеваний желудочно-кишечного тракта, болезни сердечно-сосудистой системы, нервные, гинекологические, урологические, кожные расстройства, а также заболевания костно-мышечного аппарата, органов дыхания. Санаторий принимает взрослых пациентов, а также детей старше шести лет.

Достаточно мощная и современная диагностическая база позволяет произвести недостающие исследования в минимальные сроки. Помимо традиционных клинических и биохимических анализов можно пройти УЗИ, гастрофиброскопию, колоноскопию, ректороманоскопию, электрокардиографию, электроэнцефалографию.

Основные оздоровительные процедуры – бальнеолечение, спелеотера-

пия, физиолечение, теплотечение, различные виды массажа, лечебная физкультура, фитотерапия, микроклизмы с бифидобактериями, озонотерапия, сухое вытяжение на аппарате Rehatrak, всевозможные орошения. Высокая эффективность бальнеолечения обеспечивается поступлением минеральной воды в процедурные кабинеты непосредственно из скважины, что сохраняет изначальные параметры воды.

Каждый пациент нашего санатория может получить лечение по стандартной схеме, но кроме этого разработаны и с успехом используются индивидуальные программы с набором лечебных процедур, направленных на конкретную патологию, – это «Здоровый позвоночник», «Красота и здоровье», «Синдром хронической усталости». Одним из немаловажных факторов индивидуального подхода к лечению пациентов считается лечение как основного, так и сопутствующих заболеваний, мы учитываем состояние и нервной системы, и сердечно-сосудистой, дыхания и пищеварения. Таким образом, лечебными факторами воздействуем на организм в целом, добиваясь его оздоровления.

Чтобы выполнять эту задачу, санаторий постоянно расширяет лечебную базу, внедряются новые современные методики. Одной из наших разработок является комплексная терапия пробиотика с применением галотерапии и озонотерапии у больных с синдромом раздраженного кишечника. Актуальность заболевания связана с ухудшением качества жизни таких больных,



снижением трудоспособности, что может привести к социальной изоляции пациента. Предложенное лечение способствует нормализации кишечной микрофлоры, улучшению клинической симптоматики, восстановлению иммунологической реактивности слизистой оболочки толстой кишки.

Помимо стандартного перечня процедур, которые назначаются в рамках стоимости, санаторий «Алтын-Булак» предлагает выбор платных услуг, а именно скипидарные, пантовые ванны, пантовые микроклизмы, общий массаж. Все процедуры отпускаются ежедневно, строго по времени.

Мощность санатория 40 номеров. Инфраструктура соответствует уровню четырехзвездочного отеля. Комфортабельные одно- и двухместные номера европейского типа «люкс» и «полулюкс» имеют уютные интерьеры и оснащены современным оборудованием (спутниковое телевидение, Wi-Fi, кондиционеры, мини-холодильники, электронная система охраны). В здравнице име-

ются 33 номера «полулюкс», 4 номера «люкс», 3 номера для VIP-персон. Любой номер рассчитан на проживание двух отдыхающих с возможностью поселения ребенка.

В ресторане санатория установлен четырехразовый режим питания по пятнадцати различным диетам, устанавливаемым индивидуально каждому гостю. Питание осуществляется по ресторанному меню заказной системы обслуживания. Для отдельных категорий отдыхающих в соответствии с медицинскими показаниями, а также для детей питание осуществляется пять раз в день. Для тех, кто заботится о калорийности пищи, существует особая программа подсчета калорий, содержащихся в заказываемых блюдах. Большой и уютный ресторан позволяет одновременно вместить всех отдыхающих, поэтому питание осуществляется в одну смену.

Желающие могут посетить оборудованный тренажерный зал, оснащенный широким спектром снарядов и тренажеров; занятия ведет опытный инструктор по лечебной физкульту-

ре. Любители игровых видов спорта прекрасно проведут время на теннисном корте, баскетбольной и волейбольной площадках. Есть бильярд, настольный теннис, соответствующий мировым стандартам крытый плавательный бассейн, сауна.

На аллеях лесопарка разработано несколько пешеходных маршрутов (терренкуров) с дозированной нагрузкой. На территории санатория имеется озеро, в летнее время функционирует лодочная станция. В распоряжении отдыхающих моторная лодка, предоставляется рыболовное оборудование. Прогулка на свежем воздухе способствует хорошему настроению, усиливает целебное воздействие принятой минеральной воды.

В условиях кризиса многие возвращаются из-за границ на подзабытые уже родные курорты. Солнце, воздух, целебные источники для курорта еще не все. Важно, чтобы живущие и работающие там люди искренне радовались гостям и помогали им осуществить мечту о лучшем в Казахстане отдыхе.



Сапалы қызмет көрсету - кәсіби істің кепілі



*Біздің басты мақсатымыз -
тұтынушыларымызға барлық жағдайды жасау !*



+7 (7172) 792 713, 792 712 +7 702 999 9459, e-mail: cccastana2012@mail.ru

МЕДИКЕР

С заботой о Вас!

СЕТЬ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ МЕДИКЕР



16 Медицинских
центров

www.mediker.kz

Круглосуточный call center:

+7 (7172) 901 955

+7 (701) 999 36 52

Горячая линия:

+7 800 080 43 57

(звонок бесплатный по территории
Республики Казахстан с городских телефонов)