

Не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности.

ГИППОКРАТ

газета
для здоровых
и больных

ЕГО ВЕЛИЧЕСТВО —

Пациент

Ежемесячная газета

Выпускается с 2001 года

Февраль 2021 № 2 (201)

ОДЕССКИЙ МЕДУНИВЕРСИТЕТ — ОДЕССИТАМ

В НОМЕРЕ:

- | | | | |
|---|--------|--|--------|
| • Технологии на страже здоровья | стр. 1 | • Реактивный артрит | стр. 5 |
| • Первичный гиперпаратиреоз — скрытая эпидемия? | стр. 3 | • Алкоголь: такой, какой он есть, и типичные заблуждения | стр. 6 |

ЧЕМ ЖИВЕШЬ, МЕДУНИВЕРСИТЕТ?

ТЕХНОЛОГИИ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ. ТОП ИННОВАЦИЙ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ ОДЕССКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Вопреки непростой ситуации в здравоохранении, все больше сложных операций, в том числе онкологических, проводится в Украине. Мнение о том, что высококвалифицированная помощь доступна только за границей за большие деньги, успешно опровергает Университетская клиника Одесского национального медицинского университета. Каждый год здесь появляется новое и новое оборудование, аналогов которому нет во многих украинских и мировых клиниках. Проводя для нас экскурсию по операционному блоку клиники, заведующий кафедрой хирургии № 3 ОНМедУ, д. мед. наук, профессор, заслуженный врач Украины Александр Ткаченко не без гордости знакомит нас с современными достижениями хирургических технологий.

Щадящая хирургия

Первым в клинике нас встречает ультразвуковой деструктор Sonosа 300. Профессор Александр Ткаченко рассказывает о приборе.

«Уникальный аппарат для Украины и даже для мировой хирургии. Он гарантирует высокую степень фрагментации тканей и селективность, что обеспечивает надежность препарирования с низким уровнем потери крови. Он незаметен при операциях на печени и мягких тканях. Специальная на-

садка подает жидкость под очень высоким давлением с очень высокой скоростью, оптимальная ирригация и эффективная аспирация улучшают видимость оперируемых органов. Поток раствора позволяет целенаправленно проводить диссекцию пораженных тканей, отделяя их от здоровых.

Недавно в клинике оперировали женщину 35 лет. Гигантская десмоидная опухоль в передней грудной стенке, которая проросла в плечевое нервное сплетение,



окутывала подключичную артерию, вену, проросла в полость грудной клетки. Благодаря этому аппарату получилось провести радикальную диссекцию с сохранением нервных и сосу-

К дистых структур, с сохранением ребер. Благодаря этому опухоль удалили радикально и с минимальной травматичностью, что позволило через несколько дней вернуть пациентку к нормальной жизни», — рассказывает Александр Ткаченко.

Запущенная стадия рака — не приговор

Надолго останавливаемся возле аппарата для гипертермической химиоперфузии органов брюшной полости и сосудов конечностей. Он называется Performer НТ. Александр Ткаченко рассказывает, что в нашей клинике этот аппарат появился в 2016 году и был первым в Украине. Это незаменимый помощник хирурга и надежда пациента в тяжелых онкологических ситуациях. До внедрения этих технологий шансов на выздоровление у данных пациентов не было, и они считались безнадежными.

«Небольшую опухоль, как правило, легко удалить. Но есть опухоли, которые выходят далеко за пределы одной анатомической области. Внутри брюшной полости опухоли иногда разрастаются на соседние органы и распространяются по брюшине — по всей брюшной полости. Это называется канцероматоз. Такой характер метастазирования характерен для рака толстой кишки, желудка, яичников. Мы овладели одной из новых концепций лечения распространенных опухолей брюшной полости и малого таза — сочетание циторедуктивной хирургии и внутрибрюшной химиоперфузии», — объясняет Александр Ткаченко.

Проще говоря, после того как видимые опухолевые массы удалены, оставшиеся в брюшной полости вредные клетки в течение часа-полтора вымываются горячим раствором с химиопрепаратами. Так лечат запущенные стадии рака, ранее считавшиеся неоперабельными.

Альтернатива ампутации конечности

Второе применение аппарата Performer НТ — при злокачественных опухолях кожи, мягких тканей конечностей. На руках и ногах такие новообразования растут незаметно для больного, но очень агрессивны. Они разрастаются и «вбедаются» в важные анатомические структуры, например, в седалищный нерв. Удалить такую опухоль, не нарушив функции конечности, крайне проблематично. И прежде единственным радикальным методом лечения была ампутация. Решить задачу сохранения конечности помогает Performer НТ.



На время процедуры с его помощью пораженную конечность изолируют от системного кровотока. Через артерию вводят агрессивный химиопрепарат для химиоперфузии. Препарат омывает пораженные участки, не проникая в общий кровоток, в печень, почки, сердце и другие жизненно важные органы. Препарат убивает только опухоль.

«Мы имеем уникальный для отечественной медицины опыт. Прооперировали порядка 15 пациентов с меланомой кожи, с саркомами нижних конечностей, которых нельзя было оперировать традиционным способом. Мы поражены эффектом: от полного исчезновения опухоли до редукции опухоли на 60–70 %».

Это позволяет выполнить операцию в органосберегающем режиме, сохранить конечность и ее функцию, обеспечить качество жизни и повысить процент выживаемости таких больных.

«Этот аппарат — уникальная возможность для наших студентов прикоснуться к сверхновым технологиям, потому что на данный момент в Украине, кроме нас, этим методом не владеет никто. В Европе есть несколько центров, которые занимаются подобными революционными методами лечения злокачественных опухолей. Хирургия за последние десятилетия очень изменилась. Теперь врачи берутся за те клинические ситуации, в которых раньше были вынуждены отказываться, — при последних стадиях заболевания, при распространении опухоли на важные органы и сосуды. Отказывали, потому что не могли гарантировать безопасную

операцию с восстановлением функциональных возможностей. Не могли гарантировать, что после операции пациент проживет хотя бы месяц. Сегодня с разработкой комбинированных методов лечения и инновационного оборудования это стало возможным даже в Украине. Мы обучаем студентов с формированием компетентности использования таких современных технологий, проводим циклы тематического усовершенствования для практикующих врачей, которые хотят повысить свою квалификацию», — говорит Александр Ткаченко.

Рентгенологические технологии в операционной

С помощью видеосвязи с операционной наблюдаем за операцией по восстановлению проходимости бедренных сосудов, пораженных атеросклерозом. При такой патологии кислород и питательные вещества не поступают к тканям ноги, угрожая гангреной и ампутацией.

Эндоваскулярная хирургия — это современная высокотехнологичная методика лечения сосудистой патологии любой локализации в рамках перспективной концепции «малоинвазивных вмешательств», которая позволяет восстановить кровоток по сосудам без выполнения разреза кожи. В сосуд через прокол кожи вводится специальный стэнт, который позволяет обеспечить кровообращение и спасти ногу. Над пациентом — рентгеновский электронно-оптический преобразователь. Он переводит рентгеновское изображение в оптический формат, позволяет моделировать клиническую ситуацию в

реальном времени и быстро реагировать на изменения, происходящие в сосудах. Без рентгенологического контроля такую операцию здесь провести не смогли бы. Также это позволяет комбинировать данную малоинвазивную методику с открытой операцией, что значительно уменьшает травматизм операции и позволяет ускорить процесс реабилитации пациента в послеоперационный период. Такие гибридные операции на сегодняшний день на юге Украины выполняются только в Университетской клинике. Студенты и курсанты, обучающиеся в Одесском национальном медицинском университете, имеют возможность изучать современные методики лечения сосудистой патологии.

Флуороскопия

Fluoptics — очередная инновация современной хирургии. Технология появилась в мире относительно недавно. Одесский национальный медицинский университет приобрел такой прибор для Университетской клиники с целью оптимизации учебного и лечебного процессов. В Украине

на то время он был представлен в единственном экземпляре. Его основная задача — определить лимфатические узлы, пораженные метастазами. Чаще всего используется при опухолях кожи, молочной железы и других локализаций. Такое поражение можно распознать и с помощью УЗИ, но если метастазирование микроскопическое, выявить его своевременно невозможно. Технология ICG заключается в следующем: в пораженную область вводят специальный контраст, который светится в лазерном луче. Если доктор видит свечение — лимфоузел поражен.

«Мы его можем удалить и при микроскопическом исследовании выявить, есть ли там метастазы или нет. Результат определяет прогноз заболевания и тактику дальнейшего лечения: химиотерапия или лучевая терапия. Оборудование уникальное для Украины и мира. Возможность прикоснуться к такой технологии — мечта каждого продвинутого онкохирурга. В Одесском медицинском университете такую возможность име-

ют все обучающиеся», — говорит Александр Ткаченко.

Нейромониторинг

Настоящий квест для хирурга — оперировать опухоли, расположенные близко с функционально важными нервами. Например, щитовидная железа, по задней поверхности которой проходит нерв, обеспечивающий работу голосовых связок. Его повреждение может нарушить речь и даже дыхание пациента. Нейромониторинг с помощью специального аппарата позволяет оперировать безопасно.

«Во время операции мы подключаем аппарат, используем специальные зонды, ищем нерв, который проходит через интересующий нас участок. Если мы близко к нерву, появляется звуковой сигнал, который указывает: мы оперируем в опасной зоне или нет. Визуализация нервных структур в хирургии позволяет избежать грозных осложнений. Безопасность — самый важный тренд в хирургии. Мы должны не только выполнить операцию, но и обеспечить функционально качественную жизнь пациента», — говорит Александр Ткаченко.

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ — СКРЫТАЯ ЭПИДЕМИЯ?

Гиперпаратиреоз — это заболевание, возникающее вследствие повышения секреции паратгормона паращитовидных желез (ПЩЖ). В нашей стране нет систематизированных эпидемиологических данных по заболеваемости гиперпаратиреозом. Различают первичный, вторичный и третичный гиперпаратиреоз. Вторичный и третичный развиваются у больных, которые находятся на перманентном гемодиализе. Его развитие, в какой-то степени, прогнозируемо. А первичный, или спорадический, гиперпаратиреоз (ПГПТ) по распространенности среди эндокринных болезней занимает третье место.

Не будем останавливаться на анатомии и физиологии паращитовидных желез, но отметим, что именно паратгормон, который вы-

деляют паращитовидные железы, является основным регулятором уровня в кальция крови. А расположены паращитовидные железы, как следует из их названия, рядом с щитовидной железой. Известный ученый-эндокринолог Фуллер Олбрайт шутил, что ученые не смогли бы так тщательно изучить паращитовидные железы, если бы они не были расположены рядом с щитовидной железой, а потому главным достижением в изучении щитовидной железы является открытие паращитовидных желез.

Частота первичного гиперпаратиреоза среди населения составляет от 0,1 до 2 %. В нашей стране это заболевание составляет 10–15 случаев на 100 тыс. населения, то есть 200–300 случаев ежегодно. В то же время в США и странах За-

падной Европы средняя заболеваемость примерно 100 случаев на 100 тыс. населения, что связано со скринингом (определение уровня кальция входит в стандартный анализ крови, который застрахованные пациенты сдают регулярно). Морфологической основой болезни является аденома, то есть доброкачественная (а иногда злокачественная) опухоль паращитовидных желез. В 80 % случаев аденома одиночная, но примерно в 20 % встречается аденома двух, трех или четырех паращитовидных желез. Кроме того, есть случаи, когда у человека есть не 4, а 6 или 8 паращитовидных желез. Но это, скорее, казуистика. К тому же, по мнению многих исследователей, большую роль играет массовый дефицит витамина D, ➤4



ется хорошая визуализация при минимальной операционной травме, замечательный косметический эффект, сокращение сроков реабилитации после операции.

Часто аденомы за счет своей массы и особенностей строения межфасциальных пространств шеи под действием силы тяжести могут мигрировать на шею в переднее, заднее средостение или находиться позади трахеи. Тогда эндоскопическая техника имеет особые преимущества перед традиционной операцией. В нашей клинике уже выполнено более 30 таких операций с хорошим клиническим эффектом. В послеоперационном периоде пациент нуждается в контроле уровня кальция, паратгормона и витамина D.

К сожалению, такая патология, как первичный гиперпаратиреоз, плохо диагностируется в нашей стране. И главное то, что врачи недостаточно осведомлены об этой патологии. Это касается не только семейных врачей, но и урологов, нефрологов, гастроэнтерологов, кардиологов, травматологов. Рутинное определение уровня общего кальция позволяет у подавляющего числа больных заподозрить заболевание. Ну а если у пациента есть мочекаменная болезнь, необъяснимый другими причинами остеопороз, частые переломы, отложения кальция в сосудах, хрящах, то определение уровня кальция в крови является просто жизненно необходимым. Если будет выявлен повышенный его уровень, то дальнейшим обследованием должен заниматься уже эндокринолог или эндокринный хирург. Как правило, оперативное вмешательство является единственным эффективным методом диагностирования первичного гиперпаратиреоза. Будучи выполненным вовремя, оно избавляет пациента от многих неприятных последствий заболевания, которые неизбежно возникнут с течением времени. А миниинвазивные «прицельные» операции являются лучшим методом лечения единичных аденом паращитовидных желез.

В. В. Грубник,
д. мед. н., профессор,
зав. кафедрой хирургии № 1
с последипломной подготовкой
ОНМедУ,

Р. С. Парфентьев,
к. мед. н., доцент кафедры
хирургии № 1 с последипломной
подготовкой ОНМедУ

З который возник во всем мире за последние две сотни лет, чему способствовали цивилизационные изменения в жизни человечества. Клиническая картина в большинстве случаев имеет незначительно выраженные симптомы или они вовсе отсутствуют. Но у некоторых пациентов можно встретить классическую триаду: “Stones, Bones and Abdominal Groans” — кости (боль в костях на фоне остеопороза, вплоть до деформации и укорочения костей), камни (в почках, иногда в желчном пузыре), абдоминальные расстройства (в виде неопределенной по локализации боли в животе и расстройства стула, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки). Иногда к этому добавляют психические нарушения и слабость. Но возможны и фатальные последствия заболевания: при отсутствии лечения и длительном его течении постепенно развивается кальциноз сосудов, что может привести к нарушению сердечного и мозгового кровообращения (инфаркты, инсульты). Частота ПГПТ, как этиопатогенетического фактора мочекаменной болезни, составляет 7–8 %. Причиной хондрокальциноза более чем в 20 % случаев является гиперпаратиреоз. У 5–8 % пациентов пожилого возраста, наблюдающихся по поводу психических расстройств, причинным фактором патологии является ПГПТ.

Нормальный уровень кальция в крови — 2,55 ммоль/л. Если он выше этого уровня — пациенту необходимо пройти дальнейшее

дообследование: необходимо определить уровень паратгормона и витамина D. А также применить дополнительные методы визуализации паращитовидных желез, а именно: ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, изотопная скintiграфия препаратами с технецием. Самым достоверным методом визуализации является позитронно-эмиссионная томография, но этот метод пока недоступен для массового применения.

В некоторых случаях при наличии лабораторного подтверждения гиперпаратиреоза так и не удается точно визуализировать аденому (или аденомы) паращитовидных желез, поэтому только операция, при которой необходимо провести ревизию всех паращитовидных желез, часто является окончательным методом диагностики, несмотря на успехи современной медицинской визуализации. При единичных аденомах паращитовидных желез перспективно использование миниинвазивных методов оперативных вмешательств: через небольшой разрез удастся прицельно выделить пораженную паращитовидную железу.

Кафедра хирургии № 1 Одесского национального медицинского университета внедрила в клиническую практику метод миниинвазивных оперативных вмешательств на паращитовидных железах через небольшой разрез на шее, с применением эндоскопической техники. Благодаря этому достига-

РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ

Наша жизнь — это постоянное движение. Мы ходим, бегаем, прыгаем, то есть активно двигаемся. А все потому, что у нас есть суставы. Все наши активные действия возможны при здоровых суставах. Суставы отвечают за плавное движение в том или ином направлении, а также за движения вверх-вниз, вправо-влево и вращательные.

Все суставы покрыты оболочкой — хрящевой тканью, которая постоянно обновляется и выделяет суставную жидкость, смазывающую поверхность хряща, питающую его и улучшающую скольжение. Хрящ уменьшает трение костей в суставе и смягчает их удары друг о друга.

Здоровый человек не чувствует своих суставов, когда идет или бежит. Конечно, ведь суставной хрящ обеспечивает его здоровому хозяину свободное движение суставов. Но когда появляется боль или ограничение подвижности хотя бы в одном суставе, наша жизнь замедляется и становится значительно скучнее, так как без движения жизнь уже не совсем полноценна.

Причиной заболевания суставов и разрушения хряща может стать инфекция. Человек носит в себе много различных микробов и вирусов. Активность тех или иных организмов, продукты их жизнедеятельности ведут к разрушению хряща. Смазочная жидкость выделяется в этом случае в недостаточном количестве, и хрящ превращается в рубцовую ткань, а в дальнейшем замещается костной тканью.

Одним из заболеваний суставов, вызываемых вирусами и бактериями, является реактивный артрит. Среди ревматических болезней реактивный артрит — самое распространенное заболевание.

Реактивный артрит — воспалительное заболевание суставов, которое развивается одновременно или после инфекции. Инфекция, вызывающая развитие реактивного артрита, обычно поражает носоглотку, мочевыводящие пути и половые органы, желудочно-кишечный тракт. Обычно артрит развивается через 2–4 недели после возникновения инфекции.

Реактивному артриту более подвержены мужчины. Пик заболеваемости приходится на возраст 18–40 лет. Часто патологию диагностируют и у детей. Мужчины в девять раз чаще женщин заболевают реактивным артритом, связан-

ым с инфекциями, передающимися половым путем (хламидиоз или гонорея).

Реактивный артрит не связан с распространением инфекции по организму и ее попаданием в сустав. Инфекция играет роль только пускового фактора, самого микроба-возбудителя в суставах нет, артрит — это реакция организма на микроб или вирус. Предполагают, что воспаление сустава развивается из-за того, что микроорганизмы содержат вещества (антигены), которые похожи на антигены тканей организма. Иммунная система «путает» антигены сустава и микроорганизмов, в результате она атакует и микробы, и сустав. В суставе развивается асептическое воспаление, которое и причиняет проблемы.

Причины реактивного артрита — инфекции мочеполовой системы и желудочно-кишечного тракта.

Чаще всего реактивный артрит связан с микроорганизмами, называемыми хламидиями.

Кроме этого, реактивный артрит могут вызывать бактерии, поражающие желудочно-кишечный тракт: сальмонеллы, шигеллы, иерсинии и кампилобактерии. Симптомом поражения желудочно-кишечного тракта является диарея (понос). Инфицирование происходит из-за приема неправильно приготовленной пищи, при контакте с инфицированными людьми или фекалиями (микроорганизм должен попасть в желудочно-кишечный тракт).

Реактивный артрит развивается далеко не у всех людей после перенесенной инфекции. Причины такой избирательности неясны. Показано, что чаще болезнь развивается у людей, имеющих ген HLA B 27.

Проявления реактивного артрита могут быть разнообразными. Как правило, за 1–4 недели до появления суставных изменений пациент переносит ОРВИ, кишечное расстройство или уретрит (воспаление мочеиспускательного канала).

Артрит начинается остро, сопровождается повышением температуры тела, ухудшением общего самочувствия. Обычно воспаляются при реактивном артрите коленные, голеностопные суставы, мелкие суставы стоп, часто пациенты отмечают боль в пятках. Вовлеченные в процесс суставы обычно поражаются асимметрично, то есть одна или другая сторона тела поражается больше. Воспаление ведет к скованности (затруднение движений в суставах после сна), болезненности, отечности, повышению температуры кожных покровов и их покраснению в области пораженного сустава. Для реактивных артритов характерно «осевое» поражение суставов кистей и стоп (что придает пальцам внешний вид «сосисок»). Артрит чаще начинается с одного сустава, и далее, в течение 1–2 недель, патологический процесс распространяется на другие суставы. Суставы припухают. Боли могут быть выраженными. Функция суставов ограничена. Часто возникает боль в позвоночнике.

Наряду с суставными проявлениями отмечают признаки уретрита и поражения глаз (конъюнктивит).

Кроме того, на коже ладоней рук и/или подошв ног могут образовываться крошечные, заполненные жидкостью пузырьки, которые иногда наполняются кровью. Пораженная кожа может шелушиться и напоминать псориаз.

В ротовой полости могут образовываться изъязвления на твердом, мягком небе, языке. Они могут быть не замечены пациентом, так как часто безболезненны.

В большинстве случаев симптомы конъюнктивита и уретрита выражены очень слабо. У некоторых пациентов, однако, реактивный артрит может быть тяжелым, что ограничивает их физическую активность.

Специалисты разделяют реактивный артрит на несколько видов в зависимости от того, как он влияет на жизнь и трудоспособность больного:

I — профессиональный труд не нарушен;

II — пациент теряет работоспособность, но спосо-



5 бен самостоятельно ухаживать за собой;

III — больной нуждается в посторонней помощи даже для выполнения элементарных действий самообслуживания.

Опасен ли реактивный артрит? Прогноз для жизни и длительного сохранения функциональной способности в целом благоприятный.

Реактивный артрит часто разрешается самопроизвольно в течение 3–4 месяцев, но у более чем 50 % пациентов симптомы рецидивируют в течение многих лет. Хроническое рецидивирующее течение может приводить к хроническому воспалению суставов, позвоночника или крестцово-подвздошных суставов. Таким образом, в некоторых случаях заболевание может вызвать инвалидизацию.

К факторам неблагоприятного прогноза при реактивном артрите относятся: частые обострения суставного синдрома, наследственная предрасположенность к ревматическим заболеваниям, неэффективность противовоспалительной и антибактериальной терапии.

Смертельные исходы при реактивном артрите встречаются редко, основная причина — поражение сердца.

Осложнения реактивного артрита зависят от локализации поражения и того, своевременно ли было начато лечение. Они могут быть следующими:

- нарушения в работе сердца;
- нарушение трудоспособности вплоть до инвалидности;
- деформация пораженных суставов, позвоночника;
- экзофтальм — выпячивание глазных яблок;
- тяжелое поражение кожи;
- нефрит — группа воспалительных заболеваний почек.

Для уменьшения риска развития осложнений и предотвращения перехода острого течения реактивного артрита в хронический необходимо своевременное и адекватное лечение инфекционного воспалительного процесса, что требует постоянного наблюдения врача-ревматолога.

Диагноз болезни Рейтера или реактивного артрита ставят на основании данных о предшествующей

инфекции, анализа особенностей клинической картины, данных лабораторных и инструментальных методов обследования и результатов бактериологического исследования.

Целью лечения при реактивном артрите является ликвидация инфекционного агента, достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии.

Лечение больного реактивным артритом проводят в условиях специализированного стационара. Оно включает в себя использование антибактериальных препаратов, нестероидных противовоспалительных средств, по показаниям — глюкокортикоидов. В период стихания острых воспалительных явлений показаны ЛФК, массаж.

Профилактика реактивного артрита — здоровый образ жизни, соблюдение правил личной гигиены, раннее обращение к врачу-ревматологу и выполнение его рекомендаций.

И. В. ЖУРАВЛЕВ,
ассистент кафедры внутренней
медицины № 3,
М. А. ЖУРАВЛЕВА,
врач-ревматолог

ДИСКУССИЯ

АЛКОГОЛЬ: ТАКОЙ, КАК ОН ЕСТЬ, И ТИПИЧНЫЕ ЗАБЛУЖДЕНИЯ

*«Истина в вине» (Омар Хайям)
... но так ли это на самом деле?*

Среди наркотических веществ и стимуляторов нет, пожалуй, ни одного, который бы вызывал такое количество дискуссий, порождал бы такое количество суждений, подчас противоречивых, как этиловый спирт.

Что же такое алкоголь? Вот одно из многочисленных, очень сходных между собой, его определений: «Этанол (винный спирт, этиловый спирт) представляет собой бесцветную прозрачную жидкость со своеобразным запахом и жгучим вкусом. Широко применяется в промышленности, лабораториях, медицинской практике и в быту, входит в состав всевозможных спиртных напитков».

Более подробное и развернутое определение алкоголя дают ответственные судебные медики — А. Х.

Завальнюк, Г. Ф. Кривда, И. А. Юхимец. Как указывают они, этиловый спирт — одноатомный спирт, представляет собой бесцветную, прозрачную, летучую, жгучую по вкусу жидкость со специфическим запахом. Образуется в результате брожения (расщепления) органических веществ (пищевого сырья, преимущественно углеводов) путем гидролиза растительных материалов или синтетически (гидратацией этилена). Спирт-сырец очищают от сивушных масел ректификацией, то есть неоднократной дистилляцией в специальных аппаратах — ректификационных колоннах. Полученный спирт-ректификат содержит 4–4,5 % воды, он может быть обезвожен. Представляет собой слабый наркотик, используется для приготовления алкогольных напитков. Отдельные напитки, которые изготавливают непосредственно из винного спирта с

добавлением различных компонентов и эссенций, содержат различную пропорцию чистого спирта, что выражается в объемах на 100. Например, пиво содержит 2–6 % алкоголя, натуральное вино 6–14 %, водка — 40 (от 38 до 42 % в зависимости от марки), ликеры и ром — 35–40 %, коньяки — 40–55 %. Показатель градусов алкоголя того или иного напитка умноженный на 0,79 (плотность этанола) отображает концентрацию винного спирта в граммах.

Эти же авторы отмечают, что алкоголь употребляют с целью опьянения, поскольку в определенных дозах алкоголь снимает психическое напряжение, повышает настроение, создает ощущение свободы, раскованности и веселья. Эти ощущения временные, и по мере увеличения дозы алкоголя сменяются состоянием возбуждения с утратой самоконтроля и критической оцен-

ки ситуации, ослаблением сдерживающих усилий, а нередко злостью, агрессивностью или угнетенным настроением. Именно в таком состоянии пьяный совершает антисоциальные поступки вплоть до тяжких преступлений насильственного характера (хулиганство, немотивированное нанесение телесных повреждений, изнасилование, убийство и т. д.), иногда оканчивает жизнь самоубийством.

Обоснованно считается, что этанол в соответствующих дозах обладает выраженным токсическим действием на человека, поскольку является сильным цитоплазматическим ядом пролонгированного действия. Поскольку одно из основных действий алкоголя — наркотическое, он способен вызывать у человека вначале состояние эйфории, в чем, в общем-то, и причина употребления людьми спиртного, особенно в сложных ситуациях. И крайне важно уметь не выходить за пределы эйфории (уметь поддерживать в организме такую концентрацию алкоголя, которая не оказывает выраженного тормозящего, токсического эффекта). Некоторые сильные личности это умели.

Вместе с тем есть и более резкие мнения — даже в небольших количествах алкоголь весьма небезобиден: вызывает нарушение функции центральной нервной системы, в первую очередь, коры головного мозга, вызывая ее угнетение и приводя к растормаживанию и возбуждению подкорковых центров. Кроме того, алкоголь нарушает процессы обмена веществ, в частности, метаболизм миокарда, функцию эритроцитов, и таким образом приводит к состоянию гипоксии, весьма характерному для алкогольной интоксикации.

Это — самые общие сведения об алкоголе. Но нам предстоит ответить на важнейший вопрос: чем же все-таки является алкоголь для человека — злом или благом? Следует ли его употреблять, и если да, то как, либо же следует полностью отказаться от этого продукта?

Представляется нужным начать изучение этого вопроса с непрерываемого авторитета Священного Писания, в котором сказано об алкоголе немало.

Согласно Священному Писанию, история появления алкоголя восходит к глубокому, еще ветхозаветным временам. Первым из людей, «открывшим» для человечества алкоголь, был праведный Ной:

«Ной начал возделывать землю и насадил виноградник; и выпил он вина,

и опьянел, и лежал обнаженным в шатре своем. И увидел Хам, отец Ханаана, наготу отца своего и, выйдя, рассказал двум братьям своим. Сим же и Иафет взяли одежду и, положив ее на плечи свои, пошли задом и покрыли наготу отца своего; лица их обращены назад, и они не видали наготы отца своего. Ной проспался от вина своего и узнал, что сделал над ним меньший сын его, и сказал: проклят Ханаан; раб рабов будет он у братьев своих».

Вот первый опыт употребления человеком алкоголя, и опыт, как видим, весьма печальный. Алкоголь вызвал одновременно и унижение отца перед сыновьями, и повлек за собой, пусть косвенно, отцовское проклятие по отношению к Хаму.

Согласно Книге Притчей Соломона, злоупотребление алкоголем представляет собой реальную опасность ввиду того, что оно ведет к глупому поведению, особенно к дракам:

«У кого вой? у кого стон? у кого ссоры? у кого горе?

у кого раны без причины? у кого багровые глаза?

У тех, которые долго сидят за вином, которые приходят отыскивать вина приправленного.

Не смотри на вино, как оно краснеет,

как оно искрится в чаше, как оно улаживается ровно:

впоследствии, как змей, оно укусит, и ужалит, как аспид;

глаза твои будут смотреть на чужих жен,

и сердце твое заговорит развратное,

и ты будешь, как спящий среди моря и как спящий на верху мачты.

И скажешь: “били меня, мне не было больно;

толкали меня, я не чувствовал.

Когда проснусь, опять буду искать того же”».

То есть алкоголь оказывает негативное влияние на способность человека, выходящего за пределы эйфории, ясно мыслить, лишая его, таким образом, способности принимать мудрые решения.

«Вино — глумливо, сикера — буйна; и всякий, увлекающийся ими, неразумен».

Таким образом, в частности для царя, пристрастие к алкоголю — весьма пагубно, так как от его решений, как правило, зависит судьба многих людей.

«Не царям, Лемуил, не царям пить вино,

и не князьям — сикеру,

чтобы, напившись, они не забыли закона

и не превратили суда всех угнетаемых».

С другой стороны, обращаясь к Лемуилу, его мать рекомендует



алкоголь тем, кто испытывает сильную боль и страдания в своей жизни. Тот же онемевший эффект алкоголя, который опасен для правителей, в то же самое время привлекателен для тех, кто попал в несчастие.

«Дайте сикеру погибающему и вино огорченному душею; пусть он выпьет и забудет бедность свою и не вспомнит больше о своем страдании».

Итак, казалось бы, все ясно: на данном примере четко видно, что по крайней мере с ветхозаветной точки зрения алкоголь, за небольшими исключениями, — явное зло. Но... не все так просто.

Евангелие от Иоанна говорит совсем о другом примере: *«На третий день был брак в Кане Галилейской, и Матерь Иисуса была там. Был также зван Иисус и ученики Его на брак. И как недоставало вина, то Матерь Иисуса говорит Ему: вина нет у них. Иисус говорит Ей: что Мне и Тебе, Жено? еще не пришел час Мой. Матерь Его сказала служителям: что скажет Он вам, то сделайте. Было же тут шесть каменных водоносов, стоявших по обычаю очищения Иудейского, вмещавших по две или по три меры. Иисус говорит им: наполните сосуды водою. И наполнили их до верха. И говорит им: теперь почерпните и несите к распорядителю пирса. И понесли. Когда же распорядитель отведал воды, сделавшейся вином, — а он не знал, откуда это вино, знали только служители, почерпавшие воду, — тогда распорядитель зовет жениха и говорит ему: всякий человек подает сперва хорошее вино, а когда напьются, тогда худшее; а ты хорошее вино сберег доселе».*

7 Отсюда видно, что Сам Спаситель, Сын Божий, не только не осуждал употребление спиртного как такового, но даже и поспособствовал этому в приведенном случае.

Но что же в таком случае говорит Первоверховный Апостол Павел: *«Не обманывайтесь: ни блудники, ни идолослужители, ни прелюбодеи, ни малакии, ни мужеложники, ни воры, ни лихоимцы, ни пьяницы, ни злоречивые, ни хищники — Царства Божия не наследуют».*

Как же так? Сам Спаситель превратил воду в вино для празднующих, а Апостол Павел, преданный Господу и Его учению, строго предостерегает от употребления алкоголя под угрозой действительно самого страшного, что может случиться с человеком, — лишения Царства Божия.

А дальше еще интереснее: тот же Апостол Павел в своем Послании к Тимофею говорит: *«Впредь пей не одну воду, но употребляй немного вина, ради желудка твоего и частых твоих недугов».*

При поверхностном изучении приведенного может показаться, что Писание содержит противоречия. Но это вовсе не так. В действительности, Писание (и процитированные места в частности), говоря об алкоголе, дает нам постичь, что последствия употребления алкоголя могут быть вовсе не одинаковыми, и что алкоголь можно употреблять по-разному: по весьма достойным поводам, либо в небольшом количестве (что не предосудительно и в ряде случаев даже полезно), и явно злоупотреблять им (что явно влечет за собой плачевные последствия).

Помимо авторитета Священного Писания, небезынтересно узнать, что же говорят по поводу алкоголя крупнейшие ученые, в том числе наши современники.

Выдающийся судебный медик, профессор М. И. Райский по этому поводу считал так: *«Начальную опьяняющую дозу мы определили бы в 50 г, но для лиц крепких и для всех потребляющих алкоголь количество его в 50–80 г, особенно в тяжелых физических и моральных условиях, является незаменимым средством укрепления силы, поднятия бодрости и ослабевающей энергии,*

сохранения или возвращения волевого напряжения к перенесению и преодолению окружающих трудностей. Алкоголь может действовать как вреднейший яд и быть большим социальным злом, но при умелом пользовании это могущественнейший и незаменимый по благотворному действию фактор».

Нельзя проигнорировать и другие полезные качества некоторых видов спиртного. Так, в красном вине хорошего качества содержится ценнейший антиоксидант — ресвератрол. Его, и отнюдь не случайно, называют «королем антиоксидантов», поскольку он обладает рядом ценнейших свойств: способностью предотвращать онкологические заболевания, повышает устойчивость к стрессам, эффективен при лечении расстройства потенции, снижает риск развития заболеваний нервной системы, оказывает противовоспалительное и антимикробное действие, эффективен для профилактики заболеваний сердца, имеет массу других полезных качеств. Так вот, для того чтобы обеспечить поступление в организм ресвератрола в нужном количестве, рекомендуется ежедневно выпивать бокал хорошего красного вина.

Правда, вино можно с успехом заменить виноградным соком, который выпивается пополам с водой (из-за большего содержания сахара в соке), в количестве того же бокала. Для тех, кто не имеет возможности принимать красное вино или виноградный сок, можно рекомендовать прием капсул «Ресверазин», которые имеются в аптеках.

Принципиально другой позиции придерживается академик с мировым именем Федор Углов: *«Попытки отнестись вредное влияние алкоголя только к тем, кто признан алкоголиком, в корне неверны. Ибо сами термины: алкоголик, пьяница, много пьющий, умеренно-, малопьющий и т. д. имеют количественные, а не принципиальные отличия и многими понимаются различно. Некоторые относят к алкоголикам только тех, кто пьет запоем, кто допивается до белой горячки и т. д. Это также неверно. Запой, белая горячка, галлюцинации, корсаковский психоз, алкогольный приступ*

ревности, алкогольная эпилепсия и др., — все это последствия алкоголизма. Сам же алкоголизм — это потребление спиртных напитков, оказывающее вредное влияние на здоровье, быт, труд, благосостояние общества. Всемирная организация здравоохранения признала в 1975 г. алкоголь наркотиком и определила алкоголизм как зависимость человека от алкоголя. Надо признать также неправомерным термин “злоупотребление”. Ведь если есть злоупотребление, то, значит, есть употребление не во зло, а в добро, т. е. полезное. Но такого употребления нет. Более того, нет употребления безвредного. Любая принятая доза вредна. Дело в степени вреда. Термин “злоупотребление” неверен по существу. И в то же время очень коварен, потому что дает возможность прикрыть пьянство отговоркой, что я, мол, не злоупотребляю. Но границы между употреблением и злоупотреблением нет и быть не может. Любое употребление спиртных напитков есть злоупотребление. Даже если пить сухое вино и небольшими дозами, но употреблять его чаще, чем 1 раз в неделю, мозг не будет приходить в норму от наркотического отравления совсем. И вред его несомненен. Потому те, кто рекомендует подавать к каждому обеденному столу бутылку сухого вина, явно рассчитывает на спаивание народа».

Нелишне заметить, что, по распространенному обычаю народов Кавказа, перед тем, как зачать ребенка, принято воздерживаться от употребления любого спиртного в течение минимум месяца.

По данным исследований японских ученых, продукты распада алкоголя и вызванные им нарушения метаболизма оказывают негативное влияние на человека в течение 3 месяцев после приема этого продукта!

Нелишне отметить и тот факт, что у разных народов восприимчивость к алкоголю и его переносимость сильно рознятся.

Но об этом в следующем номере.

Г. Ф. Кривда,
д. мед. наук, профессор,
зав. кафедрой судебной медицины,
П. В. Плевинский,
д. мед. наук

Редактор выпуска И. В. Барвиненко
Ответственные секретари
А. В. Попов, Р. В. Мерешко
Учредитель и издатель — Одесский
национальный медицинский
университет

Адрес редакции:
65082, Одесса, ул. Софиевская, 2. Тел. 723-29-63.
Свидетельство о регистрации: ОД № 685 от 29 марта 2001 г.
Подписано к печати 22.02.2021. Тираж: 50. Заказ 2233.
Напечатано в издательстве Одесского национального медицинского
университета, 65082, Одесса, ул. Софиевская, 2. Тел. 723-29-63.