

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

Март 2021 № 3 (202)

ОДЕССКИЙ МЕДУНИВЕРСИТЕТ — ОДЕССИТАМ

В НОМЕРЕ:

- | | | | |
|--|--------|--|--------|
| ● Интервью с профессором Анатолием Соном | стр. 1 | ● Позитивное мышление | стр. 5 |
| ● Не опоздайте к ортодонту | стр. 3 | ● Алкоголь: такой, какой он есть, и типичные заблуждения (Окончание, начало в № 201) | стр. 6 |

ЧЕМ ЖИВЕШЬ, МЕДУНИВЕРСИТЕТ?

ПЕРВЫЙ В УКРАИНЕ МИКРОСКОП “МИТАКА” И УНИКАЛЬНЫЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКЕ ОНМедУ

Нейрохирургия — одна из сложнейших медицинских дисциплин. Одно неверное движение хирурга может обернуться для пациента инвалидностью. Именно поэтому меры безопасности при операциях на головном и спинном мозге возведены в абсолют. Сложнейшие нейрохирургические операции выполняют в Университетской клинике Одесского национального медуниверситета. Недавно для клиники закупили уникальный нейрохирургический операционный микроскоп, аналогов которого в Украине нет. О современных нейрохирургических технологиях и оборудовании, которое сделало их доступными в нашей стране, в интервью с заведующим кафедрой неврологии и нейрохирургии Одесского национального медуниверситета, профессором Анатолием Соном.



— Расскажите о микроскопе. Какие возможности врачам и пациентам он дает?

Можно сказать, что таких моделей в мире две. Одну производит немецкий производитель, вторую — японская “Mitaka”. Они равны по многим параметрам, в обоих есть модули, которые позволяют

контрастировать опухоль или проводить ангиографию — увидеть сосуды во время операции. Но в “Mitaka”, которая теперь стоит в Университетской клинике, есть важное преимущество — лучшая глубина резкости.

Мы работаем в глубокой узкой ране, на дне которой аневризма

или опухоль. Для более качественной работы необходимо видеть всю рану одинаково хорошо. Это и есть глубина резкости. Большинство микроскопов позволяют видеть хорошо только то, что мы непосредственно делаем — удаляем опухоль или клипируем аневризму. Всю остальную ра-



К ну мы видим плохо и нечетко. Наш микроскоп решает эту проблему. Это как сравнивать, что лучше: стереоскопическое зрение или плоскостное. Операционный микроскоп здорово облегчает работу, делает движения более точными.

— **Какое увеличение он дает?**

Это единственный операционный микроскоп в мире, который дает увеличение более 70. Пишут даже, что максимум — 72–74. Это беспрецедентно большое увеличение. Все остальные микроскопы дают до 50.

— **В таком увеличении есть потребность при операциях?**

Скажем, мы накладываем микроанастомозы на сосуды, сшиваем сосуды диаметром менее 1 мм. Для того чтобы эффективно сшить сосуд и, что важнее всего, чтобы он после этого работал, нам нужно хорошо видеть стенку сосуда. Для этого необходимо большое увеличение. Да, не обязательно в 70 раз. Часто мы работаем на меньшем увеличении, но изображение получается гораздо лучше и четче, чем от обычного операционного микроскопа. Это очень важное преимущество.

Для нейрохирургов также важна мобильность микроскопа. Например, офтальмолог меняет хрусталик. Он навел микроскоп, и аппарат на протяжении всей операции находится в этом положении. Нам же во время операций постоянно нужно менять угол зрения. Система подвески позволяет в любой момент изменить угол зрения, при этом микроскоп не теряет из виду нужную нам зону.

Любой микроскоп ускоряет операции и повышает их точность. Что говорить о микроскопе с таким функционалом. Я работаю нейрохирургом с 1978 года, уже больше 40 лет. Из них с 1985 года оперирую только с микроскопом — большую часть жизни. Когда я приехал в Одессу, 25 лет назад, тут нейрохирурги с микроскопом не оперировали. Мне мои сотрудники говорили: «Давайте без микроскопа прооперируем, будет быстрее». Когда они убедились, что быстрее и качественнее с микроскопом, ни одна операция больше без него не проводится.

— **Он позволяет более сложных пациентов оперировать?**

У нас все пациенты сложные. Нейрохирургия уже давно стала исключительно микрохирургией. Хорошие микроскопы позволяют лучше видеть, делать более точные движения, тратить меньше времени. Понимаете, скорость операции не самоцель. Больной под наркозом. Понятно, что чем меньше он под ним — тем для него лучше.

— **Микроскоп “Mitaka” дорогов в обслуживании?**

Скажем, у нас есть защитный стерильный чехол, который мы обязательно надеваем на микроскоп на время операции. Для операционных микроскопов других производителей этот чехол стоит порядка 25 евро, и он одноразовый. Мы можем пользоваться нашими, украинскими, чехлами за условные 100 грн. Почему? Потому что в нашем микроскопе защитное стекло предусмотрено на объективе, а у других производителей — в каждом чехле свое стекло. Могу сказать, что это значительно удешевляет операцию и упрощает нам жизнь.

— **Все 25 лет в Одессе вы работаете в Университетской клинике. Как она изменилась за эти годы?**

Да, все эти годы моя трудовая книжка находится в одном месте — в университете. Но у нас разные клинические базы. В первые годы я работал в военном госпитале, потом в городской больнице. Тогда Университетская клиника не была достаточно оснащена. Сейчас все, что у нас есть, — ультрасовременно.

— **Что еще кроме микроскопа?**

У каждого нейрохирурга во время операции в руках постоянно 2 инструмента. Это аспиратор и пинцет для коагуляции сосудов. Обычный аспиратор удаляет жидкость из раны. Полгода как мы используем ультразвуковой, который, кроме этого, разрушает саму опухоль, не травмируя при этом нервы и сосуды. Это топовое не-

мецкое оборудование, совершенно неограниченное с точки зрения безопасности пациента.

Понимаете, мозг — особенный орган. Если мы его рассекаем, — это нарушение функций. Нам надо мозг препарировать. Во-первых, без микроскопа этого просто не сделаешь. Во-вторых, электрическая коагуляция. Как это работает? Мы подаем ток на пинцет — идет коагуляция сосудов. Пинцет как бы пригорает и прилипает к ткани. Если мы пинцет убираем от ткани, он ее рвет. Сейчас у нас электрохирургическая система, которая позволяет оперировать без пригорания пинцетов. Соответственно, травматизация сведена к нулю. А все это дает главное — качественную и успешную операцию.

— **Операции на головном мозге отличаются от любых других еще и тем, что бригаде в процессе операции нужно постоянно отслеживать его функции...**

Мы во время операций проводим мониторинг функций мозга и нервов при помощи специальной системы нейромониторинга, которая позволяет постоянно отслеживать их функции, а значит, безопасно для функций мозга и нервов удалить опухоль. Наш операционный стол — рентгенопрозрачный. Когда оперируем на позвоночнике, все время идет рентгеновский контроль. Вы понимаете, что для нас значит прозрачный для рентгеновских лучей стол.

Или, скажем, во время операции на головном мозге мы жестко крепим голову к столу. Это должно быть обязательно. Иногда мы больных пробуждаем, чтобы увидеть, как работает мозг. При этом нельзя допустить ни малейшего движения, поэтому голова фиксируется. Это называется головодержатель (headholder). Он тоже рентгенопрозрачный. Казалось бы, зачем это нужно? У нас в планах есть интраоперационная компьютерная томография, а ее можно сделать только с прозрачным головодержателем. Что это такое? Во время операции мы должны контролировать полноту удаления опухоли. Это выглядит примерно так: где-то в углу в операционной стоит портативный компьютерный томограф. Нажимаем на кнопку, он сам подъезжает к столу, «заезжает» на голову пациента и проводит томографию. Поэтому головодержатель должен быть прозрачным для рентгеновских лучей.

Обычно мы делаем это после операции — отвозим пациента к большому томографу. Представь-

те, насколько важно иметь возможность контролировать свои действия во время операции.

— Студенты проходят обучение на этом оборудовании или оно только в клинических целях используется?

Конечно, не все студенты имеют возможность участвовать в операциях. Это доступно членам научного студенческого кружка нашей кафедры. Но все студенты обязательно должны видеть, как проходят современные операции. Почти каждую мы транслируем для них

онлайн прямо с операционного микроскопа или эндоскопа. Сейчас же дистанционное обучение, студенты находятся дома и могут подключиться к операции в любой момент. Они должны видеть сложные случаи и понимать, как нейрохирург с ними справляется.

Безопасность пациента во время операций на нервной системе превыше всего. Ее нельзя гарантировать без оборудования. Понятное дело, необходим квалифицированный персонал. Но одних лишь людей тут мало. Для нейрохирур-

гов самое главное — это функции мозга. За каждым нашим движением во время операции стоит какая-то функция мозга. Некачественная работа нейрохирургов очень хорошо видна. Последствия даже самой сложной операции на сердце визуально не видны. Ошибки нейрохирургов заметны всем: человек или не видит, или рука парализована и так далее. Высокая квалификация врача в комплексе с топовым оборудованием может гарантировать, что такого не случится.

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

НЕ ОПОЗДАЙТЕ К ОРТОДОНТУ

А вы знали, что 20 сентября в Китае отмечают День любви к своим зубам? Этот праздник не случаен, если вспомнить, что самым запоминающимся впечатлением о человеке считают его улыбку. И с самых давних времен люди стараются сделать ее прекрасной.

Не существует двух одинаковых зубных рядов. Строение челюсти, расположение, форма и размер у каждого из нас индивидуальные и уникальны — как отпечатки пальцев. Но идеальным прикусом могут похвалиться не многие. Прототипы современных «брекетов» ученые обнаружили даже на некоторых мумиях в Египте — кишечник животных, обернутый вокруг зубов, был примитивной попыткой выпрямления некрасивого прикуса. В 1072 году монахами были изобретены металлические пластины, а позже их прототипы использовались британскими солдатами для защиты зубов в бою. В древнем Китае знатные дамы скрывали зубные изъяны пластинами из серебра, украшенными жемчужинами.

Но только в 1728 году отец стоматологии — Пьер Фаухард — совершил прорыв и разработал первые официальные брекеты из металлического материала, соединенные с зубами тонкой нитью. Его изобретение развил и усовершенствовал почти через 200 лет дантист Эдвард Энгля, который предложил в 1915 году ортодонтические аппараты, подобные



скобам, из золота, и таким образом положил начало ортодонтии.

Область ортодонтии совершила гигантский скачок в развитии благодаря разработке НАСА. В 1959 году американцами был создан металлический сплав «никель-титан». Этот термостойкий металл для космических челноков оказался идеальным для изготовления тонких гибких проводов, которые могли бы поддерживать свою форму после того, как согнуты и прикреплены к зубам человека. И этот металл позволил успешно решать вторую задачу ортодонтии — исправление эстетических проблем пациентов. Сегодня ортодонтия стала практически инженерной наукой, специалисты которой создают самые сложные системы, незаметные для стороннего глаза, но

дающие колоссальный эффект в процессе применения.

Вопреки тому, что первые упоминания о попытках исправления положения зубов встречаются еще в трудах Гиппократов, отечественная ортодонтия начала свое развитие только с 1950 года. Возможно, именно по этой причине осталось множество открытых противоречивых вопросов в этой непростой науке для отечественных стоматологов.

В каком возрасте нужно привести ребенка на прием к ортодонту? Когда нужно начинать ортодонтическое лечение? Эти вопросы актуальны не только для родителей, но и для дипломированных врачей-стоматологов. Кафедра ортодонтии ОНМедУ под руководством профессора Влади- ➤4



нии, формируя ровные зубные ряды, а не перемещаются с применением силы через ортодонтические аппараты.

Выдающийся хирург Н. И. Пирогов говорил: «Будущее принадлежит медицине профилактической». Поэтому среди рекомендаций кафедры ортодонтии ОНМедУ — обязательность и регулярность профилактических осмотров школьников у стоматологов. Показателем факт — в результате обследования одних и тех же детей школ Одессы на протяжении 9 лет было установлено, что скученность зубов у детей с 6–7 до 12 лет увеличивается, и без ортодонтического лечения саморегуляция не происходит, а патология зубочелюстной системы только усиливается. Как результат — усложняется план лечения, возрастает вероятность возникновения осложнений после ортодонтического лечения. Неудивительно, что из-за отсутствия должного внимания к зубам сохранить полный комплект своих зубов к 60-летнему возрасту удается менее 60 % людей, остальным приходится основательно протезироваться. Учитывая эти факты, ассистенты кафедры проводят профилактические осмотры детей дошкольного и школьного возраста для своевременного выявления и проведения лечения отклонений в развитии прикуса. В лечении детей и взрослых используются съемные ортодонтические аппараты и самые современные брекет-системы: металлические, керамические, сапфировые; саморегулирующие, техника двойной дуги.

И напоследок о главных правилах для вашей идеальной улыбки. Успех ортодонтического лечения зависит прежде всего от точного выполнения пациентом рекомендаций доктора. Чем тщательнее соблюдаются предписания лечащего врача, тем лучше и длительней будут результаты лечения. Самое главное — не опоздать с посещением ортодонта. А сделать это вовремя стоит в любом возрасте! По данным Ассоциации ортодонтов, один из пяти пациентов с ортодонтической проблемой — это взрослый человек, причем нередко, 40-, 50- и 60-летнего возраста. Известные люди, такие как Вупи Голдбер, Челси Клинтон, обаятельный Том Круз, родились далеко не с идеальными зубами, но силами ортодонтов обрели сияющие голливудские улыбки. И вам это под силу!

Е. Л. КОРДОНЕЦ,
ассистент, завуч кафедры
ортодонтии

Змира Несторовича Гороховского рекомендует проводить раннее ортодонтическое лечение. А более 5 лет активной научной работы, проводимой кафедрой в этом направлении, — серьезная аргументация такого совета. Кроме того, согласно рекомендациям Ассоциации ортодонтов, каждый ребенок должен быть осмотрен стоматологом-ортодонтом не позднее возраста 7 лет. Среди наиболее часто встречающихся дефектов в наше время — адентия зубов мудрости, уменьшение размеров челюстей у детей и, как следствие, возникновение скученности зубов. Все это является последствием уменьшения жевательной нагрузки на зубочелюстную систему из-за употребления мягкой, перетертой и обработанной пищи, уменьшения доли сырых овощей и фруктов в питании современных детей, вялого жевания из-за боли зубов в результате отсутствия своевременного лечения кариозных, не кариозных поражений и их осложнений. А там, где нет нагрузки, нет и нормального развития.

В последнее время, кроме уменьшения размеров челюстей, наблюдается уменьшение толщины альвеолярных отростков, особенно на нижней челюсти, что существенно осложняет лечение. С появлением 3D компьютерной томографии специалисты выявили, что у многих детей со скученностью зубов, которые еще не проходили ортодонтическое лечение, на корнях резцов и клыков с вестибулярной стороны отсутствует костная ткань. В дальнейшем это может привести к рецессии десны, преждевременной атрофии альвеолярного отростка и потере зубов. А при ортодонтическом лечении перемещение зубов в вес-

тибулярно-оральном направлении приведет к еще большей потере костной ткани в области корней и увеличению рецессии. Поэтому лечение таких пациентов в период постоянного прикуса возможно только с удалением постоянных зубов. Этих осложнений можно избежать при раннем обращении к профильному специалисту.

На кафедре ортодонтии Одесского национального медицинского университета особое внимание уделяют именно изучению совершенствования раннего ортодонтического лечения, направленного на развитие и рост костей челюстей, которое проводится в период сменного прикуса у детей (когда есть и молочные, и постоянные зубы, обычно в 6–10 лет). В этот период лечения могут использоваться съемные и несъемные ортодонтические аппараты для расширения челюстей.

В результате научной работы ассистента кафедры к. мед. н. Ю. В. Гороховской впервые было доказано, что за счет перемещения молочных зубов с помощью съемных ортодонтических аппаратов происходит направленное формирование альвеолярных отростков, что создает условия для прорезывания постоянных зубов по центру данных отростков. Также ортодонтический аппарат постоянно дает нагрузку на альвеолярный отросток и таким образом стимулирует его развитие.

Одним из не менее важных преимуществ такого лечения является отсутствие необходимости фиксации постоянного ретейнера для сохранения результатов лечения. Поскольку мы стимулируем рост челюстей, постоянные зубы прорезываются в правильном положении

ПОЗИТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ КЛЮЧ К СЧАСТЛИВОЙ И БЕСПРОБЛЕМНОЙ ЖИЗНИ?

В 90-х годах прошлого века президент Американской психологической ассоциации Мартин Селигман заявил, что пессимизм — это линия поведения, которую можно и нужно избегать, а сила позитивного мышления даст все. У него нашлось много сторонников, и не только психологов, которые стали пропагандировать эту идею. А так ли полезно ежесекундно быть оптимистом?



Одно из важнейших мест в потребностях человека занимает общение. Именно в общении формируются межличностные отношения. Дружба — это важнейший вид эмоциональной привязанности и межличностных отношений. И именно то, что сплачивает социум, позволяет укреплять социальные связи и делает нашу жизнь лучше и эффективнее. Люди всегда считали дружбу высшей нравственной ценностью. Вместе с тем признавали подлинную дружбу редкой и расцвет ее, как правило, относили к прошлому. Каждый день нашей жизни ставит перед нами новые задачи, приносит радости и разочарования. В современном обществе негативных ситуаций становится все больше: нестабильная ситуация в стране, вирусная пандемия, рост

цен и тарифов на жилищно-коммунальные услуги, безработица. Поэтому, когда рядом друзья, переносить жизненные невзгоды легче. А если наши друзья еще и оптимисты!!! Нам кажется, что жизнь становится легче. Кроме ежедневной борьбы за выживание, современный человек «борется» с собой. Со своими стрессами, с болезнями, неудовлетворенностью. Считается, что оптимисты обладают лучшими адаптивными возможностями, их шансы на социализацию выше. Вероятно, это правильно. Мысли могут менять жизнь. Вера в лучшее помогает стремиться к большему и не терять надежду. Исследования доказывают, что оптимисты испытывают меньше стресса каждый день и меньше подвержены депрессиям. К тому же они чувствуют

себя лучше, чем те, кто видит жизнь в темных тонах.

В современной психологии в настоящее время не существует четкого определения понятия «оптимизм». Это связано с тем, что оптимизм как психологическая категория — понятие весьма емкое и многозначное. В повседневной жизни под оптимизмом чаще всего подразумеваются такие качества человека, как бодрость, жизнерадостность, мироощущение, при котором человек во всем видит светлые стороны, верит в будущее, в успех и в то, что в мире господствуют положительное начало и добро.

Для меня понятие «оптимизм» тесно связано с позитивным мышлением в целом и позитивным настроением в частности. Мартин Селигман в книге «Оптимистичное отношение к будущему» определяет оптимизм как стиль мышления, при котором человек неудачи считает случайными и непостоянными во времени, а благоприятные события — закономерными и естественными. В противовес пессимисту, неудачи которого обычны, а хорошие события — случайны, не зависящие от его достоинства и усилий.

Но правда ли, что оптимизм — ключ к счастливой и беспроблемной жизни?

Принято считать, что позитив — панацея от любых проблем. Даже раковым больным советуют смотреть на мир с оптимизмом, утверждая, что это крайне важная, если не обязательная часть успешного лечения. На самом деле это не так. Оптимизм не гарантирует, что мы будем жить долго и счастливо. Положительные мысли могут влиять на здоровье, но это не единственный важный фактор, а способность видеть во всем хорошее — не спасение от неприятных ситуаций: она всего лишь помогает легче их переживать.

Мера позитивного и негативного в нашем взгляде на мир, в прогнозе будущего



5 < го во многом определяется тем, как проявляются у нас базовые функции интеллекта: насколько мы склонны анализировать собственные возможности и способности, учитываем ли свой прошлый опыт, насколько реально оцениваем ситуацию, сложившуюся на данный момент. Вне такого интеллектуального контроля оптимизм, например, превращается в иллюзорную картину мира и становится просто опасным — его можно назвать токсичным оптимизмом. Он нередко сочетается с конформным поведением человека, безответственным отношением к ситуации, иждивенчеством. И в этом смысле пессимист более ответственный, чем токсичный оптимист. Потому что он прилагает реальные интеллектуальные усилия для того, чтобы ситуация стала для него более комфортной.

Не оставляя за позитивным взглядом на мир места для настоящих эмоций, мы сами загоняем себя в ловушку. Если нет возможности

прожить эмоции, то нет и личностного роста, а без этого любой позитив лишь притворство.

Если мы отказываем себе и близким в праве на выражение настоящих чувств, оптимизм становится токсичным. Мы говорим: «Посмотри на это с другой стороны — могло быть и хуже», надеясь, что собеседнику станет легче от подобной поддержки. У нас хорошие намерения. Но подобные высказывания обесценивают чувства человека и лишают его права на отрицательные эмоции. Мы должны разрешить себе и окружающим выражать негатив для того, чтобы услышать проблему и рефлексировать. Весь негатив из жизни удалять нельзя.

Первый шаг к настоящему жизненному прорыву — начать игнорировать чужие мнения. Вы должны научиться с большим разбором относиться к дружеским советам и утверждениям сторонников оптимистического мышления. Вот несколько рекомендаций:

— нормально, если у вас не получается сразу полюбить себя;

— нормально, если не выходит смотреть на мир позитивнее;

— нормально, если нужно время, чтобы простить себя и справиться с травмирующей ситуацией;

— нормально, если сейчас вам кажется, что лучше уже не будет;

— нормально, если вы считаете, что происходящее — одна большая несправедливость;

— полюбить себя — не одномоментный процесс, на это может потребоваться время;

— если сейчас вам кажется, что все плохо, это не значит, что так будет всегда;

— некоторые вещи просто случаются. Нет ничего плохого в том, чтобы испытывать из-за этого отрицательные эмоции. Вы не обязаны все время чувствовать себя хорошо.

И в заключение: как бы мы не старались мыслить оптимистично, но жизнь человеческая устроена так, что позитив невозможен без негатива! И это нужно просто принять.

ДИСКУССИЯ

АЛКОГОЛЬ: ТАКОЙ, КАК ОН ЕСТЬ, И ТИПИЧНЫЕ ЗАБЛУЖДЕНИЯ

Окончание (Начало в № 201)

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

Нелишне отметить и тот факт, что у разных народов восприимчивость к алкоголю и его переносимость сильно разнятся. Так, некоторые южные народы воспринимают алкоголь сравнительно легко (например, жители юга Украины, Молдовы). Некоторые северные народы, например, жители Финляндии, Прибалтики воспринимают алкоголь гораздо тяжелее. Видимо, именно с этим связано введение в некоторых странах (в той же Финляндии) сухого закона.

Со всей закономерностью встает вопрос: в чем же дело? Почему так разнятся мнения ученых, в том числе и выдающихся, по поводу употребления спиртного? По-видимому, ответ нужно искать в современных исследованиях, касающихся дей-

ствия алкоголя на организм человека.

Прежде всего, нужно принять во внимание тот факт, что алкоголь в организме человека претерпевает химические превращения и происходит это под влиянием ферментов организма.

При этом основное значение в химических изменениях алкоголя, попавшего в организм, имеют два фермента — алкогольдегидрогеназа и альдегиддегидрогеназа.

В общем, химические превращения алкоголя в организме сводятся к следующему: вначале этанол под действием алкогольдегидрогеназы превращается в ацетальдегид — высокотоксичный метаболит распада алкоголя. Данный метаболит по своей токсичности намного превосходит сам алкоголь.

Затем сам ацетальдегид, уже под действием альдегиддегидрогеназы, расщепляется с образованием уксусной кислоты и воды. При-

чем именно ацетальдегид, в силу своей высокой токсичности, и обуславливает на протяжении весьма значительного времени после употребления алкоголя (особенно высоких доз) появление крайне неприятного комплекса ощущений, называемого «похмельным синдромом». Синдром «похмелья», если говорить в общем, представляет собой своеобразный комплекс расстройств со стороны прежде всего центральной нервной системы, а также дыхания и кровообращения.

Но это весьма общие слова по поводу синдрома «похмелья». Нами были опрошены несколько человек, переживших «похмельный синдром» после длительного запоя. И вот что они сообщают. Похмелье — ни с чем не сравнимое состояние, ни с какой иной интоксикацией, ни с подавляющим числом болезней. В похмелье человек не может ничего: ни стоять, ни ходить, ни сидеть, ни даже лежа отдыхать.



Организм в состоянии полной разбитости. Полноценного сна нет, а в состоянии кратковременного забытья человека мучают ужасающие кошмары. И трудно решить, что страшнее — бодрствование в состоянии тяжелой депрессии или же эти кошмары. Человек всего боится — встать, выйти на улицу, даже ответить на телефонный звонок, так как воля полностью парализована. Человек вздрагивает от малейшего шума, его мучают ознобы, приступы тошноты и рвоты. Воля, способность чему-то противостоять полностью парализованы. В таком состоянии человек смирится с чем угодно, в том числе и с чьей-то злой волей, навязанной ему (не в этом ли причина, почему алкоголики так часто остаются без своего имущества и даже без собственного жилья?). Ни к какой работе, ни к какой активной деятельности человек не способен. Он даже не способен вести какой-то содержательный разговор. Все время переживаются негативные события и поступки, которые совершил человек в состоянии опьянения (в лучшем случае — кого обидел, с кем плохо поступил, какие ненужные проблемы породил). Сказать, что человеку плохо, — ничего не сказать. Состояние похмелья — это ад при жизни. И такое состояние может длиться несколько дней. Но и после того, как оно начинает проходить, полное восстановление длится долго, иногда несколько недель, в течение которых человек продолжает испытывать внутренний дискомфорт, быструю истощаемость, сильную потливость даже после незначительных усилий.

Как доказано сравнительно недавними исследованиями, «высокая индивидуальная чувствительность некоторых людей к этанолу связана с наличием у них так называемого неблагоприятного метаболического фона расщепления этанола. Зависит это от присутствия в печени таких людей атипичной формы алкогольдегидрогеназы, исключительно высокая активность которой приводит к быстрому окислению этанола до ацетальдегида и, следовательно, к накоплению в организме в значительных количествах этого высокотоксичного метаболита. Особенно неблагоприятный метаболический фон наблюдается у тех людей, у которых сочетается необычно высокая активность алкогольдегидрогеназы с малой активностью альдегиддегидрогеназы (так называемый двойной неблагоприятный метаболический фон). Высокая чувствительность к этанолу наблюдается также у лиц, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму».

Смерть в результате употребления алкоголя может наступить по разным причинам:

1. В результате непосредственного токсического действия алкоголя на дыхательный центр (от паралича дыхательного центра).

2. В тех случаях, когда алкогольная интоксикация сопровождается рвотой, может иметь место аспирация рвотных масс и, таким образом, смерть наступает от механической асфиксии.

3. От сердечно-сосудистой недостаточности в результате кардиогенного действия токсических доз

алкоголя (что бывает даже у практически здоровых людей).

4. От осложнения длительного употребления алкоголя — резкого отека головного мозга (что проявляется в виде так называемой белой горячки).

Считается, что судебно-медицинская диагностика смерти от острого отравления этиловым алкоголем не вызывает существенных затруднений, если в крови погибших обнаруживают токсические концентрации алкоголя (5 и более промилле), а выраженные патологические изменения сердца и других внутренних органов отсутствуют.

Как отмечают судебные медики, «Нередко после приема алкоголя смерть может наступить не на высоте алкогольной интоксикации, а значительно позже, иногда спустя 1–2 сут. при незначительной концентрации этанола в крови, и даже при полном отсутствии его. В таких случаях смертельный исход является результатом острой сердечной недостаточности, причиной которой могут быть или кардиомиопатия на почве хронического злоупотребления алкоголем, или же ишемическая болезнь сердца на фоне алкогольной интоксикации».

При всем уважении к авторам солидного руководства, с последними доводами нельзя полностью согласиться. Представляется, что спустя значительное время после последнего приема спиртного (1–2 сут.) смерть наступает за счет высокотоксичного действия ацетальдегида буквально на все органы и ткани организма (следствием чего может быть, конечно, и острая сердечная недостаточность в том числе). Именно поэтому, если в состоянии похмелья принять новую дозу алкоголя, состояние человека значительно облегчается (новый алкоголь блокирует на некоторое время высокотоксичное действие ацетальдегида на организм).

При этом наши коллеги отмечают, что «В связи с различной чувствительностью к этанолу, а также неодинаковыми условиями приема (крепость напитка, темп введения, степень наполнения желудка пищей и т. п.) установить какую-то однозначную смертельную дозу этанола не представляется возможным. В некоторых случаях, например, для непьющего человека смертельной дозой может оказаться 100–150 г чистого алкоголя. В то же время известны случаи, когда прием 600–800 г этанола не вызывал смертельного исхода».

На наш взгляд, коллеги забыли упомянуть еще один

7 < важнейший фактор, обуславливающий повышенную токсичность алкоголя — смешение спиртных напитков. Общеизвестно и не нуждается в каких-либо особых доказательствах, что прием одной и той же дозы этанола в составе одного и того же напитка протекает значительно легче, чем прием такой же дозы, но в составе разных напитков (например, путем смешивания водки и вина, водки и пива и т. д.).

Отсюда ясно, что дело не только в количестве принятого чистого этанола как такового; по-видимому, дело еще и в действии либо иных веществ, содержащихся в различных спиртных напитках, либо этанол в составе разных напитков чем-то отличается и в силу этого имеет разные свойства. В доступной нам литературе подобных сведений нет, и этот вопрос должен являться предметом дальнейших исследований.

Еще одна проблема, и проблема прежде всего судебной медицины и наркологии — оценка степеней алкогольного опьянения. Приведенная чуть ли не в каждом учебнике судебной медицины таблица, с ее градациями и соответствующими цифрами (незначительное влияние алкоголя, алкогольное опьянение легкое, средней степени, сильное, тяжелое отравление алкоголем, смертельное отравление) хотя и используется повсеместно, однако, вместе с тем, не выдерживает никакой критики. Прежде всего потому, что не учитывает двух факторов:

1. Индивидуальную чувствительность конкретного человека к алкоголю.

2. Состояние его ферментных систем и состояние здоровья (печени, почек и головного мозга).

3. Наличие, помимо алкоголя, других веществ в организме человека (прежде всего ацетальдегида).

Вот и получается, что, например, выходящий из длительного запоя человек, в крови которого содержится 0,5 промилле этилового спирта, должен считаться человеком, находящимся в легком алкогольном опьянении! А на деле он находится в состоянии тяжелейшего отравления продуктом распада этанола — ацетальдегидом, и нуждается, как минимум, в интенсив-

ной терапии. О каком «опьянении» с его соответствующей, описанной во многих пособиях симптоматикой здесь может идти речь? Таких примеров, касающихся «объективности» упоминаемой таблицы, можно привести немало. Так, у пьяного водителя, совершившего ДТП, который агрессивно разговаривает с сотрудниками ГАИ, размахивая при этом руками, в крови при освидетельствовании обнаружено 7,5 промилле этилового спирта! Согласно пресловутой таблице, он должен был бы уже умереть...

Дискуссии с коллегами по поводу использования данной таблицы неизменно сводятся к одному и тому же: убежденные сторонники использования таблицы все время говорят о том, что, дескать, таблица содержит некие «усредненные» данные, но, конечно, могут быть исключения... Аргумент, на наш взгляд, методологически порочный. Если бы в судебной медицине существовала методика проведения неких «усредненных» экспертиз, экспертиз «в общем», а не по каждому конкретному, индивидуальному случаю, все было бы в порядке. Но козь скоро каждая экспертиза касается особого, индивидуального случая, пользоваться при этом некими «усредненными» данными, видимо, некорректно...

На основании всего изложенного выше пора подводить итоги. И прежде всего ответить на вопрос: так добро алкоголь или зло? И на него приходится отвечать следующим образом:

Во-первых, для кого как и как когда. Для лиц крепких, с нормальными ферментными системами в определенных случаях алкоголь является или стимулятором (при сильной усталости, перенапряжении и т. д.), или может употребляться, и то в весьма небольших дозах, как средство достижения легкой эйфории по торжественным поводам. И, естественно, потребление алкоголя возможно только теми людьми, которые не страдают алкогольной зависимостью и могут контролировать потребление спиртного.

Если же человек имеет аномальные ферментные системы (о чем подробно сказано выше) или же не может контролировать количество

выпитого спиртного, такому человеку потребление алкоголя категорически не рекомендуется в любых дозах, не взирая ни на что.

Во-вторых, в любом случае алкоголь должен употребляться в умеренных дозах. Как определить умеренную дозу? Представляется, что она не должна превышать 50–100 мл в пересчете на чистый этиловый спирт (и это — максимум!).

В-третьих, для любого человека существуют ситуации, когда потребление алкоголя в любых дозах категорически недопустимо. Это, например, ситуация, когда вскоре нужно сесть за руль, выполнить сложную и опасную операцию, решить задачу, требующую высокого интеллектуального напряжения.

В-четвертых, категорически нельзя согласиться с мнением, что алкоголь — всегда, в любых дозах, при любой периодичности приема — яд. Это опровергается как авторитетом Священного Писания, так и самой жизнью. Не хочется бросать тень ни на кого конкретно, но, учитывая чудо, сотворенное Спасителем в Кане Галилейской, такие мнения граничат с утверждением, что Спаситель претворил воду... в яд? Да не дойдем мы до такого. По-настоящему образованный человек не скажет подобного, ибо это — прямое богохульство...

Г. Ф. КРИВДА,
д. мед. н., профессор,
завкафедрой судебной медицины,
П. В. ПЛЕВИНСКИС,
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 17.03.2021. Тираж: 50. Заказ 2234.
Напечатано в издательстве Одесского национального медицинского
университета, 65082, Одесса, ул. Софиевская, 2. Тел. 723-29-63.