

Медицинская

1 августа 2014 г.
пятница
№ 56 (7481)

газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Тенденции

Четыре руки и один врач

Пациентов на Дальнем Востоке теперь тоже оперирует робот



Впервые в России к востоку от Урала выполнена хирургическая операция аппаратом Da Vinci. Специалистами Медицинского центра Дальневосточного федерального университета проведена роботизированная резекция толстой кишки и удалена злокачественная опухоль.

Медцентр ДВФУ не похож на обыкновенную больницу. Здесь в холле витает аромат кофе, а техническое оснащение напоминает картины из научной фантастики.

О работе медицинской робота рассказывает руководитель центра хирургии, доктор меди-

цинских наук, профессор Кирилл Стегний.

— С помощью этого аппарата уже делали операции наши урологи и гинекологи. На начало июля 2014 г. ими проведено 15 операций. Но в такой хирургической практике мы его опробовали совсем недавно.

У этой техники масса преимуществ перед традиционными методами. Во-первых, 3D-картинка на мониторе — объемное и четкое изображение, на котором видны мельчайшие сосуды, нервы, лимфатические протоки. Во-вторых — инструменты (ножницы, зажимы, крючки и т.п.) очень маленькие, что позволяет точно работать с тканями.

(Окончание на стр. 2.)

НА СНИМКЕ: один из моментов операции.

Дежурный по номеру: Роман КАЛИНИН

Ректор
Рязанского
государственного
медицинского
университета
им. И.П.Павлова,
доктор
медицинских наук,
профессор.



Акции

С.-Петербург стремится стать городом здоровья

В Северной столице отметили Всемирный день борьбы с гепатитом.

Эксперты сходятся во мнении: к сожалению, посещение фитнес-центра не обезопасит от рака и сердечно-сосудистых заболеваний, а тщательная гигиена не защищает от гепатита В или С. Прежде всего, необходимо регулярно проходить профилактические обследования, чтобы на самых ранних стадиях поймать зарождающуюся болезнь.

Статистика неутешительна: жители города на Неве в 3 раза чаще болеют гепатитом С, чем в целом по России. По данным специалистов, 25% петербуржцев даже не подозревают о том, что являются носителями вируса этого серьезного во всех отношениях заболевания.

Проект «Город здоровья» стал результатом инициативы

С.-Петербургского благотворительного общественного фонда медико-социальных программ «Гуманитарное действие». В помощь врачам был запущен специальный медицинский информационный портал.

В Приморском парке Победы на Крестовском острове все желающие смогли посетить бесплатные мастер-классы по здоровому питанию, научиться приемам регби, кунг-фу, освоить игру на африканских барабанах.

Здесь же стало возможным сделать первый серьезный шаг навстречу своему будущему здоровью и пройти профилактический экспресс-тест на гепатит С или ВИЧ-инфекцию в специально оборудованном автобусе. Это занимало не более 5-10 минут и было совершенно безопасно.

Марк ВИНТЕР
МИА Сити!

Начало

Анемии — стоп!

На базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова открылся центр «Анемия-Стоп». Он предназначен для своевременной диагностики анемических состояний и терапии заболеваний у женщин с использованием современных методов.

По данным экспертов ВОЗ, в мире анемией страдает около 40% населения, при этом у женщин она выявляется в 3 раза чаще, чем у мужчин. Во время беременности снижение гемоглобина в крови обнаруживается у 50% женщин, из них случаи анемии из-за дефицита железа достигают 90%.

Анемия опасна тем, что чаще всего затрагивает наиболее уязвимые группы населения: дети в возрасте до 5 лет, беременные женщины, лица

с хроническими заболеваниями и пожилые люди. Резкое снижение уровня гемоглобина имеет тяжелые последствия, так как может способствовать усугублению различных патологических состояний, приводя к новым симптомам к имеющимся заболеваниям и тем самым усложняя лечение. При анемии высок риск развития сердечной недостаточности и кардиомиопатии.

Благодаря реализации программы ВОЗ «Гемоглобиновое оздоровление населения» в странах Западной Европы и США проблемы, связанные с дефицитом железа, частично решаются. Но в России данная инициатива не реализуется, и анемия остаётся серьёзной медико-социальной проблемой.

Данная задача теперь успешно

начала решаться в центре «Анемия-Стоп».

— К счастью, современная медицина располагает совершенно уникальными препаратами, способными за короткое время восстановить уровень гемоглобина. Наш центр обладает всеми лабораторными и профессиональными возможностями, позволяющими комплексно разобраться в самых тяжелых формах анемии, — комментирует директор НЦАГиП им. В.И.Кулакова Г.Сухих. — И мне очень приятно, что проект «Анемия-Стоп», стартовавший в западных странах, получил своё продолжение на территории Российской Федерации именно у нас, в самом крупном национальном центре акушерства и гинекологии. Надеюсь, в дальнейшем подобные центры будут открыты во многих медицинских учреждениях.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Итальянские медики находят много общего с коллегами из Ставрополя.

Стр. 4.

СПИД-диссидентство — новый термин из новой проблемы.

Стр. 6.

На пути к предсказательно-предупредительной медицине.

Стр. 7.

Что нового у строкологов.

Стр. 10–11.

Приживётся ли доказательная медицина в нашей стране.

Стр. 12.

Новости

Десять тромбозов за три месяца

За прошедшие 3 месяца врачи первичного сосудистого отделения Дальнереченской центральной городской больницы выполнили 10 эффективных тромбозов. На севере Приморского края это одно из немногих ЛПУ, которое успешно осваивает передовые технологии в лечении инфарктных больных.

Мы активно пользуемся препаратом третьего поколения, применение которого не только спасает пациенту жизнь, но и позволяет ему вести её в дальнейшем полноценно, – рассказывает Николай Лехнер, заведующий терапевтическим отделением Дальнереченской ЦГБ.

По его словам, успех работы врачей можно разделить вместе с жителями города, которые быстро усвоили информацию, полученную от специалистов. После многочисленных консультаций и публикаций в местной прессе, в которых описывались ранние симптомы инфаркта и инсульта, а также алгоритм действий при них, люди стали действовать организованнее.

– Время довоза пациента службой скорой помощи в отделение не превышает 20 минут. Сейчас больные поступают в первые 1,5-2 часа после инфаркта. Многие уже понимают, что в данном случае своевременность обращения – это спасённая жизнь, – продолжает Н.Лехнер.

После тромбоза пациент находится в стационаре в среднем 4-5 дней, затем его выписывают домой. Большинство больных едет во Владивосток или Хабаровск на дальнейший этап, там производится коронарография и интервенционные методы лечения – стентирование и аортокоронарное шунтирование.

Николай ИГНАТОВ.

Приморский край.

Живём дольше, рождаем чаще

В Омской области продолжает снижаться смертность населения, а естественный его прирост, напротив, увеличиваться. О чём красноречиво свидетельствует ряд демографических показателей.

Число, например, родившихся в январе – мае нынешнего года в Омске и сельских районах Прииртышья составило 12 039 человек. Это на 493 ребёнка больше, чем за аналогичный период 2013 г. А естественный прирост за это же время достиг 1209 человек, или 1,4 в расчёте на тысячу населения, превысив численность умерших. В Сибирском федеральном округе, для сравнения, этот показатель равняется 0,9, а в Российской Федерации в целом – 0,5.

Уровень смертности населения в Омской области за первые 5 месяцев нынешнего года снизился по сравнению с прошлым годом на 6,3% и составил 13,3 в расчёте на тысячу человек населения. Это на 2,2% ниже среднего значения по СФО (13,6 промилле) и на 0,7% ниже среднероссийского (13,4 промилле). Мало того, зафиксированы также снижение младенческой смертности и смертности от несчастных случаев.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омская область.

В Рязани — магистратура

Новое направление подготовки высшего образования «Общественное здравоохранение» с присвоением квалификации «магистр» открылось в Рязанском государственном медицинском университете им. И.П.Павлова.

Профильная направленность магистратуры «Общественное здравоохранение» предполагает углублённую подготовку выпускников медицинских вузов и заинтересованных лиц с высшим не медицинским образованием к научно-производственной и проектной профессиональной деятельности. А значит, и юрист, и экономист, и проектировщик, если он собирается работать в области здравоохранения, может получить недостающие знания и стать востребованным и высокооплачиваемым экспертом.

Обучение в магистратуре «Общественное здравоохранение» позволит стать востребованным на рынке труда специалистом, готовым к самостоятельному созданию и реализации научно-исследовательских и практических программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения.

Екатерина ИВКИНА.

Рязань.

Оперировать одномоментно

При Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии в Хабаровске открылась гибридная операционная, единственная в своём роде на Дальнем Востоке. Всего в России существует 4 таких операционных.

По словам заведующего отделением рентгенохирургии Константина Полякова, уникальность оборудования этой операционной состоит в том, что на нём можно выполнять так называемые гибридные операции, одномоментно сочетающие в себе элементы «открытой» и эндоваскулярной хирургии.

– Раньше такое хирургическое лечение проводилось поэтапно, что было чревато лишними осложнениями, а в некоторых случаях было просто нежелательно. Сделать всё одномоментно – более безопасно для пациента, – объясняет врач.

Примером такой операции может служить вмешательство при мультифокальном атеросклерозе. Планируется оперировать около 300 пациентов в год.

В открытии нового медицинского объекта принимал участие губернатор Хабаровского края Вячеслав Шпорт, который и перерезал красную ленточку у входа в новую операционную. Общая стоимость объекта составила 140 млн руб.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Хабаровск.

Новости подготовлены корреспондентами «МГ» и Медицинского информационного агентства Cito!

Ориентиры

Первая градская в современной оправе И её возможности пока не исчерпаны

Там, где раскинулись корпуса Первой городской клинической больницы им. Н.И.Пирогова, без преувеличения, – святое место Москвы. Открытая в 1802 г. по завещанию и на средства князя Дмитрия Голицына, по проекту известного архитектора Матвея Казакова, как «больница для бедных», она, как могучий дуб, разрасталась и крепла. В её облик органично вписался и храм, а некоторые строения и по сей день считаются архитектурными памятниками.

Нет, она не соперничала с уже существующими тогда Екатерининской на Страстном бульваре и Павловской близ Даниловского монастыря. Ей был предначертан свой путь, пройдя который она заняла особую нишу в охране здоровья москвичей. А с осуществлением программы модернизации Пироговская поднялась ещё выше в материально-техническом оснащении. В её нынешнем развитии есть и заслуга профессора Алексея Шабунина, руководившего в последние годы лечебным учреждением. Сегодня «у руля»



кандидат медицинских наук Алексей СВЕТ. И дай Бог ему сделать для совершенствования лечебного процесса не меньше, чем его предшественники. А почему бы и

нет? Время сейчас такое – деловые, профессиональные качества организатора в чести.

(Окончание на стр. 5.)

Тенденции

Четыре руки и один врач

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Аппаратом удобно работать в труднодоступных местах, его рука имеет семь степеней свободы, и может повернуться как угодно. С роботом врачу не нужен ассистент. И к тому же он делает малоинвазивные операции. В нашем случае уже на следующий день пациент самостоятельно ходил по отделению.

Зарубежная компания, производитель робота, создала единую обучающую сеть, которая даёт допуск специалистам со всего мира на работу с этими системами. Недавно наши хирурги прошли обучение по этой программе в Страсбурге. Сейчас туда же собирается вторая группа врачей медцентра. Мы на практике убедились, насколько эффективен Da Vinci. И теперь каждую неделю будем наращивать количество операций.

Отметим, что операции с помощью робота входят в перечень высокотехнологичной медицинской помощи и выполняются за счёт средств федерального бюджета.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».



Кирилл Стегний

Владивосток.

Перемены

В Туве всё посчитали

В Республике Тыва решено провести оптимизацию сети медицинских учреждений. Реструктуризация не умозрительная, она имеет научное обоснование, которое по заказу НИИ медико-социальных проблем и управления Республики Тыва разработали учёные Института общественного здоровья и управления здравоохранением Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. Они же рассчитали нормативы объёмов амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, необходимой населению республики.

Как пояснили в Министерстве здравоохранения Тувы, расчёты проводились с учётом региональной специфики: климатогеографических и демографических особенностей, транспортной доступности, возрастного состава населения, заболеваемости, уровня социально значимой патологии. Здесь

также подчёркивают, что главной целью оптимизации сети лечебных учреждений является не экономия финансовых средств, а правильная организация медицинской помощи, обеспечение её доступности для пациента.

По предварительным расчётным данным, к 2020 г. в Туве коечный

фонд может сократиться со 117 до 106 на 10 тыс. населения, но всё равно будет превышать среднероссийский показатель, что обусловлено особенностями республики. Так, объём фтизиатрической помощи снижать нельзя из-за высокой заболеваемости туберкулёзом, а объём педиатрической помощи – из-за высокой рождаемости в регионе. В целом же определён профицит и дефицит мощностей по всем профилям медицинской помощи во всех районах республики.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Кызыл.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 51 (1818)

Политравма – это тяжёлая либо крайне тяжёлая сочетанная или множественная травма (тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П > 8, тяжесть травмы по ISS > 25 баллов), сопровождающаяся острым нарушением жизненно важных функций (тяжесть состояния пострадавших при поступлении по шкале ВПХ-СП > 31 балла) и требующая интенсивной терапии и неотложной многопрофильной специализированной хирургической помощи в травмоцентре первого уровня.

Введение

Политравма не является нозологической единицей, поскольку травмы этого типа определяются более конкретными понятиями – множественная или сочетанная травма с конкретной характеристикой тяжести, характера и локализации повреждений. Это понятие организационное. Им обозначается контингент пациентов, нуждающихся в неотложной интенсивной специализированной многопрофильной и дорогостоящей медицинской помощи только в травмоцентрах первого уровня. И при таком подходе травмоцентры первого уровня должны лицензироваться и аккредитироваться под подобный вид деятельности, а также быть соответствующим образом оснащёнными; они должны комплектоваться квалифицированными медицинскими кадрами и адекватно финансироваться.

Политравма является сложной научной и клинической проблемой, поскольку включает в себя неоднородные нозологические формы травматической патологии, неоднозначно трактуемые термины и понятия, а также целый ряд дискуссионных вопросов, связанных как с проблемой травм в целом, так и с частными вопросами повреждений различных областей тела. Острота проблемы в последнее десятилетие усилилась в связи с появлением новых представлений о патогенезе травм и их осложнений, внедрением в научный и практический менталитет врачей новых терминов и определений таких патологических процессов, патологических состояний и клинических синдромов, как системный воспалительный ответ (СВО), полиорганная дисфункция (ПОД) и полиорганная недостаточность (ПОН), синдром острого повреждения лёгких (СОПЛ) и острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), появлением новых определений и классификации инфекционных осложнений (ИО), в том числе сепсиса. Стремительное внедрение новых методов диагностики и лечения тяжёлых травм разрушает традиционные каноны, не сформулировав окончательно новых. Всё это требует скрупулёзного и взвешенного методического подхода к проблеме тяжёлых травм вообще и политравм в частности, чтобы сформулировать современный российский стандарт диагностики, оказания медицинской помощи и лечения этой наиболее тяжёлой травматической патологии.

К проблеме политравм нами применена методология лечения тяжёлых ранений и травм в военно-полевой хирургии, длительно и настойчиво, но не всегда успешно внедряемая в травматологию и хирургию повреждений мирного времени. Эта методология как совокупность знаний и методов лечения травм разрабатывалась и совершенствовалась на протяжении более 50 лет несколькими поколениями военно-полевых хирургов на кафедре военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, под руководством профессоров А.Беркутова, И.Дерябина, И.Ерюхина, Е.Гуманенко. Она основана на опыте лечения и научном обобщении более 12 тыс. пострадавших с тяжёлыми сочетанными травмами мирного времени в клинике военно-полевой хирургии – специализированном многопрофильном травмоцентре С.-Петербурга, а также на обобщении опыта оказания хирургической помощи более 5 тыс. раненым с тяжёлыми ранениями различной локализации во

время войны в Афганистане (1979-1989) и вооружённых конфликтов на Северном Кавказе (1994-1996, 1999-2002). Развитие этой методологии от 1960-х годов до наших дней представлено в многочисленных статьях, монографиях, учебниках и руководствах.

Современная терминология

Гносеологической основой методологии лечения травм является рациональное определение понятий и их иерархии в общей патологии травм, соответствующее современному уровню знаний проблемы. С этой позиции основными общепатологическими понятиями в хирургии повреждений являются понятия «повреждение»

и «травма». В современной трактовке они не синонимы, как определялось ранее, а две отдельные категории общей патологии, представляющиеся в иерархии понятий как «часть» и «целое». В результате воздействия на человека ранящих снарядов, холодного оружия или предметов окружающей среды в экстремальных условиях в теле образуется одно или несколько повреждений, которые представляют собой морфологический компонент травмы. В ответ на повреждение организмом человека запускается генетически детерминированная программа, которая реализуется в виде защитных, компенсаторных и приспособительных реакций, составляя функциональный компонент травмы. Он формируется в динамике на патогенетической основе, имеет клинические проявления в виде синдромов и определяется как «общее состояние» пострадавшего. Таким образом, применительно к первому этапу травматогенеза формируются следующие понятия и их определения.

Повреждение – результат воздействия ранящих снарядов, поражающих факторов или окружающих предметов на ткани, органы и системы человеческого тела. Как нозологическая категория повреждение представляется в виде сотрясения, ушиба, сдавления, вывиха, перелома, раны, разрыва, разрушения, отрыва и т.п.

Рана – частный вид повреждения, обязательным компонентом которого является нарушение целостности кожного покрова или слизистых оболочек, а часто и повреждение глубже расположенных тканей и органов.

Общее состояние пострадавшего – результат взаимодействия механизмов защиты организма с этиопатогенетическими факторами повреждений, их ближайших последствий и осложнений. Как клиническая категория оно проявляется в остром периоде травматическим шоком, или терминальным состоянием, острой дыхательной, сердечной недостаточностью, или травматической комой, в последующие периоды – синдромами дисфункции или недостаточности систем и органов, системного воспалительного ответа, эндотоксикоза и т.п. Как функциональный и динамичный компонент травмы – является объектом мониторинга.

Травма – общий результат взаимодействия человеческого организма с факторами окружающей среды в экстремальных ситуациях. Включает все повреждения как морфологический компонент и общее состояние пострадавшего как функциональный компонент травмы.

Ранение – частный вид травмы, морфологическим компонентом которого является рана.

Повреждение как морфологический компонент травмы является основой и структурным элементом общепатологической классификации травм.

Изолированные травмы – травмы, при которых возникло одно повреждение тканей, сегмента опорно-двигательной системы либо внутреннего органа.

Множественные травмы – травмы, при которых возникло несколько повреждений в пределах одной анатомической области тела.

Сочетанные травмы – травмы, при которых возникло несколько повреждений в нескольких анатомических областях тела (голова, шея, грудь, живот, таз, позвоночник, конечности).

Политравма – тяжёлые либо крайне тяжёлые сочетанные или множественные травмы, сопровождающиеся острым нарушением жизненно важных функций и требующие неотложных мероприятий интенсивной терапии и многопрофильной специализированной хирургической помощи в травмоцентре первого уровня.

Объективная оценка тяжести травм

Основополагающим разделом современной методологии лечения травм является

объективная оценка их тяжести. Если необходимость объективизации тяжести травм в настоящее время единодушно признаётся, то методический подход к объективной оценке существенно различается, поскольку отсутствует единое определение понятия «тяжесть травмы». В контексте представленной методологии «тяжесть травмы» складывается из двух составляющих: «тяжести повреждений» и «тяжести состояния» пострадавшего.

Тяжесть травмы – комплексное понятие, объединяющее и морфологический компонент травмы (тяжесть полученных повреждений), и функциональный (тяжесть состояния пострадавшего).

Тяжесть повреждения(ий) как морфологический компонент травмы определяется совокупностью морфологических изменений, происшедших в органах и тканях человеческого тела вследствие его взаимодействия с повреждающим фактором. Этот компонент травмы стабильный, его величина зависит от масштаба, характера и количества локализации повреждений, значимости повреждённых структур в жизнеобеспечении организма, а в итоге – от влияния полученных повреждений на окончательный исход травмы.

Тяжесть состояния пострадавшего как функциональный компонент травмы определяется состоянием органо-функциональных систем организма в конкретный момент времени, характером и выраженностью патологических процессов, с одной стороны, и эффективностью компенсаторно-приспособительных реакций – с другой. В отличие от тяжести повреждений этому компоненту свойственна динамика изменений под влиянием этиопатогенетических факторов травмы и интенсивной терапии.

Система объективной оценки тяжести травм была создана коллективом учёных ВМА им. С.М.Кирова в интересах медицинской службы Вооружённых сил России в 1990-е годы и обозначена аббревиатурой ВПХ (военно-полевая хирургия). Методической основой её создания были анализ недостатков существующих в мире методик, их устранение, поликритериальная ориентированность на окончательный исход лечения, целевое предназначение и целевая иерархия разработанных шкал.

Система ВПХ предназначена для решения следующих задач:

1. Объективизация диагноза травмы – по шкале ВПХ-П (повреждение) оценивается индекс тяжести повреждений в баллах (при множественных и сочетанных травмах индексы суммируются), по шкале ВПХ-СП (состояние при поступлении) – рассчитывается индекс тяжести состояния пострадавшего при поступлении в баллах; тяжесть травмы оценивается или двумя индексами, или одним индексом с максимальным значением.

2. Идентификация травм для их объективной классификации, сравнительного

анализа исходов лечения пострадавших, методов лечения, результатов работы лечебных учреждений, сопоставления данных научных исследований – используются шкалы оценки тяжести повреждений: ВПХ-П(МТ) – для механических травм, ВПХ-П(ОР) – для огнестрельных ранений, ВПХ-П(Р) – для колото-резаных ранений.

3. Объективная оценка тяжести состояния пострадавших на различных этапах лечения, мониторинг состояния в процессе интенсивной терапии, объективная оценка показаний к выполнению оперативных вмешательств, объективизация лечебно-тактических решений – используются шкалы оценки тяжести состояния: ВПХ-СГ-II (состояние, госпитальная, версия 2007) – для отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) неспециализированных лечебных учреждений; ВПХ-СС (состояние, специализированная) – для ОРИТ специализированных центров.

4. Диагностика ПОД, ПОН, СВО, СОПЛ, ОРДС, жировой эмболии, тромбоэмболии, прогнозирование вариантов течения травматической болезни, вероятности развития

инфекционных осложнений, летального исхода – используются шкалы ВПХ-СС и ВПХ-СЖЭ (синдром жировой эмболии). Более чем 15-летняя апробация показала высокую эффективность шкал системы ВПХ в решении указанных задач.

Травматическая болезнь

В основе современной методологии лечения тяжёлых травм вообще и политравм в частности лежит концепция травматической болезни (ТБ) как идея и совокупность современных знаний об общей патологии тяжёлой травмы, системе и методах её лечения. Идея концепции ТБ принадлежит видному отечественному реаниматологу академику РАМН В.Неговскому, сформулировавшему концепцию постреанимационной болезни, а авторами концепции ТБ являются выдающийся военно-полевой хирург И.Дерябин и выдающийся патофизиолог С.Селезнёв. В отличие от широко распространённой в 1960-1970-е годы концепции травматического шока концепция ТБ динамична, то есть она даёт трактовку не только возникающим сразу после травмы патологическим процессам и механизмам их развития, но и тем явлениям, которые развиваются в последующие периоды вплоть до окончательного исхода лечения. Следовательно, ТБ как категория общей патологии – это патогенетическая сущность и современная патогенетическая модель тяжёлой травмы, на основании которой создаётся концепция лечения и система оказания медицинской помощи. Как динамическая модель ТБ имеет научно обоснованную и апробированную на практике периодизацию. При этом каждый период содержит характерные для него этиопатогенетические факторы, ведущее звено патогенеза, клинические проявления, лечебную тактику и методы лечения.

Первый (острый) период ТБ – период острого нарушения жизненно важных функций – начинается сразу после травмы и продолжается в среднем 12 часов, включая догоспитальный и госпитальный этапы лечения. Он является патогномоничным для ТБ и характеризуется тяжёлым (ВПХ-СП > 20), крайне тяжёлым (> 31) или критическим (> 45) состоянием пострадавших, которое проявляется следующими клиническими формами: травматическая кома (ТК), травматический шок (ТШ), острая дыхательная недостаточность (ОДН), острая сердечная недостаточность (ОСН) или их сочетание, а также наиболее тяжёлая из них – терминальное состояние (ТС).

В I периоде формируются и развиваются патологические реакции и процессы, которые возникают в результате повреждения тканей, органов и систем, расположенных в различных областях тела. В очагах повреждений страдают кровеносные сосуды, в результате чего возникает кровотечение; образуется первичный некроз – возникает эндотоксикоз и аутоаггенизм; нарушается кровообращение в тканях – наступает

гипоперфузия, гипоксия клеток, затем – ишемия, гибель клеток, вторичный некроз. Антигены различного происхождения активируют механизмы неспецифической резистентности – запускаются реакции воспаления, направленные на создание барьеров и локализацию очага повреждения. При возобновлении кровотока происходит реперфузия тканей – возникает вторая, более мощная волна эндотоксикоза и аутоантигенемии. Эти процессы имеют патологический характер и обозначаются как ближайшие последствия травмы. Если же очаг повреждения составляет жизненно важные органы и системы (головной мозг, сердце, крупные кровеносные сосуды, трахея, бронхи) – ближайшие последствия их повреждений приобретают стремительный необратимый характер и приводят к смерти без своевременного оказания медицинской помощи. Поэтому они обозначаются как жизнеугрожающие последствия травмы. Таким образом, на втором этапе травматогенеза формируются ещё два общебиологических понятия.

Ближайшие последствия травмы – патологические процессы, развивающиеся в очаге повреждения сразу же после травмы в результате разрывов мелких кровеносных сосудов и первичного некроза тканей: кровоотечение, ишемия, эндотоксикоз.

Жизнеугрожающие последствия травмы – стремительно развивающиеся и необратимые патологические процессы, возникающие в очаге повреждения сразу же после травмы в результате повреждения крупных кровеносных сосудов, дыхательных путей и жизненно важных органов. Типичными из них являются: асфиксия, сдавление головного мозга, продолжающееся профузное наружное или внутриполостное кровоотечение, тампонада сердца, напряжённый пневмоторакс, а также ещё два жизнеугрожающих последствия травмы, связанных с тяжёлым повреждением грудной стенки: открытый пневмоторакс и рёберный клапан (парадоксальные движения грудной стенки).

В результате повреждения крупных кровеносных сосудов и жизненно важных органов при политравме возникают патологические реакции, из которых формируются патологические процессы, проявляющиеся патологическими состояниями. В ответ на них организм мобилизует генетически детерминированные защитные, компенсаторные и приспособительные реакции, из которых формируются компенсаторно-приспособительные процессы. Основными из них при политравмах являются централизация кровообращения, аутогемодилюция, тахикардия и гипервентиляция. Исключением являются политравмы с тяжёлым повреждением головного мозга (ГМ). При них защитная программа организма не запускается, поскольку повреждаются стволовые структуры ГМ (гипоталамо-гипофизарная система), обеспечивающие её реализацию. Таким образом, в I периоде ТБ при политравмах формируются патологические состояния, содержание которых определяется характером повреждённых систем и органов, жизнеугрожающих последствий травмы и выраженностью патологических и защитно-приспособительных процессов. Каждое из них имеет свой патогенез, характерную клиническую картину в виде синдрома, а следовательно, является клинической формой тяжёлого состояния пострадавшего и, соответственно, – клинической формой I периода ТБ.

Травматический шок – патологическое состояние, характеризующееся резким падением минутного объёма кровообращения и системными расстройствами микроциркуляции. Его составляют два типовых патологических процесса: острая кровопотеря и эндотоксикоз, а также избыточная ноцицептивная афферентная импульсация. Как синдром ТШ проявляется артериальной гипотонией (САД – 100 мм рт.ст. и ниже) и тахикардией (ЧСС – 90 уд./мин и более). Частота его при политравмах составляет 58%.

Острая дыхательная недостаточность – патологическое состояние, характеризующееся резким снижением поглощения кислорода лёгкими и выделения ими углекислого газа вследствие нарушения системы внешнего дыхания (вентиляционная ОДН). Основу её патогенеза составляют гипоксия и респираторный ацидоз. Как синдром ОДН проявляется гипервентиляцией (ЧДД > 20/мин), гипоксемией ($\text{PaO}_2 < 60$ мм рт.ст.), гиперкапнией ($\text{PaCO}_2 > 60$ мм рт.ст.) или гипокапнией ($\text{PaCO}_2 < 32$

мм рт.ст.). Частота её при политравмах составляет 13%.

Острая сердечная недостаточность – патологическое состояние, характеризующееся резким падением производительности сердца как насоса системного кровообращения вследствие диастолической или систолической дисфункции левого желудочка. Как синдром ОСН проявляется гипотонией (САД менее 100 мм рт.ст.), тахикардией (ЧСС более 100 ударов в мин), повышением центрального венозного давления более 12 см вод.ст., набуханием шейных вен. Частота её при политравмах составляет 6%, из них при ушибе сердца – 5,6%, при тампонаде сердца – 0,4%.

Травматическая кома – патологическое состояние, характеризующееся крайним угнетением сознания как интегративной функции ГМ и всей центральной нервной системы вследствие повреждения морфофункциональных образований ствола ГМ: ретикулярной формации, ядер вегетативных центров и черепно-мозговых нервов. Основу её патогенеза составляют два типовых патологических процесса: отёк и дислокация ГМ, ишемия и гипоксия ГМ. Как синдром ТК проявляется отсутствием сознания, нормальной рефлекторной деятельности и симптомами, характеризующими уровень повреждения ГМ и, соответственно, глубину комы. Частота её при политравмах составляет 18%.

Терминальное состояние – патологическое состояние, характеризующееся крайней степенью нарушения жизненно важных функций, переходящее в клиническую смерть. Оно полиэтиологично. Как синдром, ТС проявляется отсутствием пульса на периферических артериях при сохранении его на сонных и бедренных артериях и отсутствием АД, определяемого традиционным методом. При политравмах частота ТС составляет 5%.

Второй период ТБ – период относительной стабилизации жизненно важных функций – наступает после стабилизации гемодинамики, дыхания и общего состояния на уровне субкомпенсации (ВПХ-СГ-II = 35-50 баллов), что соответствует временному интервалу 12-48 часов.

Нарушения жизненно важных функций не проходят бесследно. В результате длительного нарушения гемодинамики в I периоде ТБ, системной гипоперфузии, гипоксии, ишемии и последующей реперфузии тканевой произошёл выброс огромного количества антигенов в системный кровоток. При этом аутоантигенемия нарастает лавинообразно, быстро достигая своего предела, за которым воспалительные реакции приобретают генерализованный характер и трансформируются из защитных в патологические. Это первая (посттравматическая) волна СВО. В ответ на массивную аутоантигенемию происходит системная активация системы неспецифической резистентности организма, в результате чего клетки моноцитарно-макрофагального ряда начинают продуцировать цитокины и другие активационные медиаторы воспаления – формируется сеть взаимосвязанных функциональных звеньев, называемая цитокиновой сетью. Последняя представляет собой совокупность трёх функционально связанных звеньев: 1 – клетки, обеспечивающие неспецифическую резистентность, и иммунокомпетентные клетки (полиморфноядерные лейкоциты, моноциты/макрофаги, лимфоциты), 2 – продуцируемые ими цитокины и другие активационные медиаторы и 3 – отвечающие на активацию клетки любой функциональной специализации, в том числе эндотелиоциты всей сосудистой системы.

Активация цитокиновой сети является патогенетическим механизмом СВО. Она происходит стадийно и соответствует трём стадиям развития СВО. Первая стадия – локальной продукции цитокинов – воспаление локализовано в очаге повреждения. Вторая стадия – малого выброса цитокинов в системный кровоток при сохранении равновесия между действиями провоспалительных и противовоспалительных цитокинов; на этой стадии воспаление приобретает системный характер и распространяется за пределы очага повреждения на органы и системы с обширной сосудистой сетью: прежде всего – на лёгкие, печень, почки; клиническим проявлением этой стадии СВО является синдром системного воспалительного ответа (ССВО). Третья стадия – неконтролируемого выброса цитокинов в системный кровоток

(«цитокиновый пожар»), которая возникает в результате нарушения равновесия между действиями цитокинов провоспалительной и противовоспалительной функциональной направленности в пользу провоспалительных цитокинов – происходит генерализация воспаления, что клинически проявляется сепсисом. Таким образом, на этой стадии травматогенеза формируются два относительно новых понятия.

Системный воспалительный ответ – совокупность воспалительных реакций активационного типа, вышедших за пределы очага повреждения.

Синдром системного воспалительного ответа – совокупность клинических проявлений СВО, характеризующаяся четырьмя симптомами: 1) тахикардия более 90 уд./мин; 2) тахипноэ более 20/мин или гипокапния с PaCO_2 менее 32 мм рт.ст. на фоне ИВЛ; 3) гипертермия с температурой тела более 38°C или гипотермия менее 36°C; 4) лейкоцитоз с количеством лейкоцитов в периферической крови более $12,0 \times 10^9/\text{л}$ или лейкопения – менее $4,0 \times 10^9/\text{л}$ либо число незрелых форм лейкоцитов более 10%; ССВО диагностируется при выявлении любых двух симптомов. У пострадавших с политравмой ССВО на 2-е сутки диагностируется в 68% случаев.

Основными участниками СВО являются эндотелиоциты и активированные гранулоциты. Морфологическим субстратом, в пространстве которого реализуется СВО, является микрососудистая система (артериолы, капилляры, вены), а патогенетическими эффектами СВО – системное микротромбообразование и миграция лейкоцитов в интерстициальное пространство с формированием множественных воспалительных микроинфильтратов, то есть генерализованный васкулит. В последние годы появилось новое патофизиологическое понятие – эндотелиоз, как системное повреждение микрососудистой эндотелиальной выстилки в ходе развёртывания третьей стадии СВО.

Патогенез этих процессов может быть представлен следующим образом. Во-первых, под воздействием провоспалительных цитокинов (прежде всего, $\text{IL1}\beta$ и $\text{TNF}\alpha$) эндотелиальная выстилка артериол, капилляров и венул трансформируется в кубовидный эндотелий, вследствие чего между эндотелиоцитами образуются щели, обеспечивающие свободную эмиграцию лейкоцитов и моноцитов в интерстициальное пространство. Во-вторых, эндотелиоциты сами начинают продуцировать цитокины и избыточно экспрессировать широкий спектр молекул клеточной адгезии. Вследствие этого происходит адгезия лейкоцитов и моноцитов к эндотелиоцитам микрососудистого русла – формируются воспалительные внутрисосудистые конгломераты, нарушающие проходимость сосудов. Далее активированные эндотелиоциты начинают вырабатывать активаторы адгезии и агрегации тромбоцитов, что обуславливает системное микротромбообразование и его крайнюю степень – диссеминированное внутрисосудистое свёртывание. В-третьих, адгезированные лейкоциты и моноциты начинают миграцию в интерстициальное пространство через щели в эндотелиальной выстилке микрососудов с развёртыванием в окружающих сосудах тканях воспалительной реакции при явлениях альтерации, то есть генерализованного васкулита. В-четвёртых, в результате системного диссеминированного микротромбообразования и генерализованного васкулита происходит одновременное нарушение функции нескольких обильно кровоснабжаемых органов (лёгкие, печень, почки), а также систем, участвующих в СВО (иммунной системы, системы гемостаза) – формируется полиорганная дисфункция. И, если развитие этих патологических процессов не компенсируется защитными и компенсаторными реакциями, а последствия первичной и вторичной альтерации суммируются – ПОД прогрессирует и развивается ПОН. Таким образом, к концу II и началу III периода ТБ развиваются важные для общей патологии патологические состояния, которые являются новыми, неоднозначно трактуются и нами определяются следующим образом.

Полиорганная дисфункция – патологическое состояние, при котором в результате СВО одновременно происходит нарушение функции нескольких жизненно важных органов и систем организма на уровне субкомпенсации по шкале ВПХ-СС. **Полиорганная недостаточность** – стадия развития ПОД, при которой хотя

бы в одной из жизненно важных систем или органе нарушение функции достигло уровня декомпенсации по шкале ВПХ-СС.

При таком подходе ПОД в чистом виде диагностируется только до 2 суток ТБ, поскольку уже с 3 суток дисфункция в одной из систем организма перерастает в недостаточность по шкале ВПХ-СС, и поэтому более рационально использовать объединённое понятие «полиорганная дисфункция/недостаточность» (ПОД/ПОН), что сегодня широко применяется в зарубежной литературе. У пострадавших с политравмами максимальная частота ПОД/ПОН выявляется на 4-е сутки – 51%.

Особенности структуры и функции лёгких являются причиной того, что СВО в максимальной степени (среди органов) реализуется именно в них – в респиронах, а точнее – в альвеолярно-капиллярной мембране. Поэтому дисфункция системы дыхания является практически обязательным компонентом в структуре ПОД/ПОН. У пострадавших с политравмой частота дисфункции в системе дыхания составляет 49,1%, а недостаточности – 11,5%. Поскольку диагностика дисфункции в системе дыхания по шкале ВПХ-СС оценивается по четырём информативным показателям (ЧДД , $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, HbO_2 и PaCO_2), а градиация их соответствует СОПЛ и ОРДС, то СОПЛ является клиническим проявлением паренхиматозной дисфункции, а ОРДС – недостаточности системы дыхания. Поэтому с позиций общей патологии они могут определяться следующим образом.

Синдром острого повреждения лёгких – патологическое состояние, выражающееся острой паренхиматозной дыхательной дисфункцией вследствие СВО. Как синдром СОПЛ при ИВЛ проявляется снижением индекса оксигенации крови ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) от 300 до 200 мм рт.ст., не смотря на нормальное PaCO_2 .

Острый респираторный дистресс-синдром – крайняя степень СОПЛ, выражающаяся острой паренхиматозной дыхательной недостаточностью и проявляющаяся снижением индекса оксигенации крови ниже 200 мм рт.ст.

Третий период ТБ – период максимальной вероятности развития осложнений – начинается с 3 суток после травмы. Именно в это время формируются экзо- и эндогенные микрорекосистемы, а вторая (инфекционная) волна СВО достигает максимума в своём развитии. ССВО диагностируется у 68,2% пострадавших с политравмами, а ПОД/ПОН – у 54%. Стремительное развитие и быстрая генерализация второй волны СВО при политравмах приводит к быстрому истощению всех защитных и компенсаторных механизмов организма пострадавших, и прежде всего иммунной системы. Огромные затраты иммунной системы на реализацию СВО неизбежно и быстро приводят к глубокой длительной и многофакторной иммунодепрессии, а непосредственный расход иммунокомпетентных клеток – к тяжёлому и комбинированному иммунодефициту. Эти нарушения в иммунной системе являются благоприятным фоном для развития инфекционных осложнений и их генерализации. В III периоде ТБ не у всех пострадавших с политравмами развиваются ИО (66%), но вероятность их развития именно в это время патогенетически максимально обусловлена. И если они не развились, то только благодаря своевременной и эффективной профилактике. В этих случаях продолжительность III периода ТБ завершается на 10-е сутки, а при развитии ИО – до их излечения или перехода в местные хронические формы.

Таким образом, в III периоде ТБ у пострадавших с политравмами возникают патологические процессы, патологические состояния и осложнения, которые требуют чёткого определения с целью формулирования иерархии понятий в общей патологии травмы и единства среди медицинской общестественности в процессе практической работы, преподавания, создания нозологических классификаций, проведения медицинского учёта и отчётности, научных исследований.

(Окончание следует.)

Евгений ГУМАНЕНКО,
главный врач городской больницы Святой великомученицы Елизаветы,
заведующий кафедрой общей хирургии
медицинского факультета С.-Петербургского
государственного университета.
С.-Петербург.

Нынешний ежегодный форум строкологов (специалистов по инсульту) мало чем отличался от предыдущих (см. «МГ» № 50 от 07.07.2010, № 58 от 03.08.2011 и № 56 от 03.08.2012) как по разнообразию тем, так и по составу участников. В его работе участвовало около 4 тыс. человек более чем из 60 стран, прозвучало около 1,5 тыс. сообщений. По-прежнему в центре внимания были вопросы эпидемиологии, профилактики, диагностики, лечения и реабилитации острых нарушений мозгового кровообращения.

Выход из полутени

Традиционно конференция открылась лекцией лауреата Вепферовской премии (по имени знаменитого швейцарского врача Иоганна Якова Вепфера (J.J.Wepfer, 1620–1695). Правда, лауреатов на сей раз было двое – экс-президент Всемирной организации инсульта (ВОИ) Джеффри Доннан (G.Donnan) и нынешний президент ВОИ Стивен Дэвис (S.Davis). Оба окончили медицинский факультет в Мельбурне (Австралия), где и продолжают трудиться, но в разных клиниках. Тридцать лет совместной работы были резюмированы в одной Вепферовской лекции, первую половину которой прочёл Доннан, а вторую – Дэвис. В начале 1980-х годов на модельном оборудовании с помощью радиоактивного ксенона (¹³³Xe) было обнаружено локальное несоответствие (mismatch) уровня мозгового кровотока и метаболизма кислорода в бассейне средней мозговой артерии. Из этого был сделан вывод о наличии потенциально жизнеспособной мозговой ткани, которая позднее получила название ишемической пенумбры (или полутени). Каковы же её критерии? Во-первых, это зона патологической мозговой ткани, физиологические и/или биохимические параметры которой свидетельствуют о дисфункции клетки, но не о её смерти. Во-вторых, она находится рядом с зоной инфаркта. В-третьих, эта ткань может выжить или погибнуть и, в-четвёртых, спасение этой ткани улучшает клинические исходы. По данным позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), максимальная продолжительность существования пенумбры у людей составляет от 24 до 48 часов, причём чем больше проходит времени с начала инсульта, тем реже встречается пенумбра. Данные однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ), а также диффузионно-взвешенной (DWI) и перфузионно-взвешенной (PWI) МРТ позволяют осуществлять отбор больных для острого лечения ишемического инсульта. В своём выступлении Доннан отметил преимущества перфузионной компьютерной томографии (ПКТ). Такое исследование, не уступая в точности МРТ, занимает всего несколько минут, повсеместно доступно (томографы сейчас есть даже в российских ЦРБ), дёшево, и, в сочетании с КТ-ангиографией (КТА), позволяет оценить состояние коллатералей. Таким образом, ПКТ может стать надёжным инструментом для отбора больных для тромболизиса. Концепция пенумбры до сих пор подвергается критике (например, см. «МГ» № 13 от 23.02.2011 – интервью М.Чоппа), но внутривенный тромболизис с помощью альтеплазы на сегодняшний день считается единственным доказанным методом лечения острого ишемического инсульта. Выступление Дэвиса было посвящено прогнозированию результатов такого лечения. По данным клинического исследования (КИ) EPITHET, при введении альтеплазы через 3-6 часов после начала инсульта удваивается (по сравнению с плацебо) число больных с реперфузией более 90%, но восстановление перфузии и клиническое улучшение – далеко не синонимы. Однако, как показало КИ DEFUSE 2, чем выше реперфузия, тем благоприятнее прогноз. Более того, часто пенумбра со-

храняется более 4,5 часа с начала инсульта. Докладчик рассказал о начавшемся двойном слепом мультицентровом КИ EXTEND, целью которого является возможность увеличения терапевтического окна при внутривенном тромболизисе вдвое (т.е. до 9 часов), причём мозговая перфузия будет оце-

Деловые встречи

Это было у моря...

В Ницце состоялась 23-я Европейская конференция по инсульту

ниваться с помощью ПКТ. Как известно, при окклюзии крупных сосудов (таких, как внутренняя сонная или средняя мозговая артерии) внутривенный тромболизис неэффективен даже в ранние сроки (менее 4,5 часа). В КИ EXTEND-1A одна группа таких больных будет получать только внутривенный тромболизис, а во второй он будет сочетаться с эндоваскулярной экстракцией тромба.

Единственным препаратом для внутривенного тромболизиса пока является альтеплаза, но сейчас ведутся КИ нового тромболизиса – тенекеплазы. По предварительным данным, тенекеплаза позволяет достичь лучших результатов, нежели альтеплаза.

Закрываются старые двери

По окончании торжественной церемонии профессор Джеффри Доннан любезно ответил на вопросы специального корреспондента «МГ».

– Что изменилось в строкологии за последние годы?

– Я бы отметил несколько значительных достижений. Во-первых, контроль артериального давления (АД) при внутримозговом кровоизлиянии. Исследование под руководством моего австралийского коллеги профессора Крэга Андерсона (C.Anderson) INTERACT-2 показало, что быстрое значительное снижение АД в остром периоде геморрагического инсульта (ГИ) значительно улучшает исходы. При ишемическом инсульте (ИИ), по-видимому, никакой пользы от снижения АД нет.

– До какого же уровня надо снижать АД при ГИ?

– Целевым значением для систолического АД (САД) было 140 мм. рт.ст. Резкое снижение САД в остром периоде инсульта до этой цифры, по-видимому, оказывает благоприятное действие.

Вторым прорывом я бы назвал вторичную профилактику инсульта с помощью так называемых новых оральных антикоагулянтов (НОАК), представляющих собой ингибиторы Ха и VII факторов свёртывания крови. Они не уступают по эффективности варфарину, одновременно уменьшая число таких ятрогенных осложнений, как внутричерепные кровоизлияния. НОАК безопаснее и не требуют мониторинга МНО. Сейчас эти препараты зарегистрированы во

многих странах и широко применяются в рутинной практике.

– А что вы можете сказать по поводу тромболизиса?

– Мы пытаемся увеличить терапевтическое окно путём тщательного отбора больных с помощью нейровизуализации, выявляя тех, у кого осталась жизнеспособная ткань (пенумбра). Проводится КИ, результаты которого станут известны 3-4 года спустя. Стивен Дэвис упомянул о новом тромболизисе – тенекеплазе. По данным небольшого КИ II фазы, проведённого Майклом Парсонсом и Крисом Леви (M.Parsons, C.Levy), она оказалась эффективнее альтеплазы. Сейчас мы начинаем более масштабное КИ, чтобы эти предварительные данные подтвердить. Также в стадии завершения

задать личный вопрос. Вы более 30 лет сотрудничаете со Стивеном Дэвисом. Как это происходит? Случай в неврологии, насколько мне известно, уникальный.

– Случай действительно уникальный. Во-первых, мы давно дружим и полностью друг другу доверяем. Во-вторых, когда мы вели раздел «Противоречия» в журнале Stroke, мы сначала обсуждали материал, а потом вместе писали статью. Хотя работаем в разных клиниках, обычно встречаемся не реже одного раза в неделю и обмениваемся мнениями о выполняемой работе. Во время таких встреч иногда появляются новые идеи, и мы решаем, как заинтересовать ими наших коллег. Как сказал Стивен, наши встречи – один из самых при-

расстройств. Большинство из тех, кто нуждался в психологической помощи, её не получали.

Для прогнозирования эффекта реабилитации большое значение имеет состояние проводящих путей. В этой связи безусловный интерес представляет количественный анализ микроструктурных нарушений в белом веществе с помощью трёхмерного диффузионно-тензорного изображения (ДТИ, или так называемая трактография), представленный В.А.Лютасом (V.A.Lioutas, США). Исследование 11 больных после инсульта и здоровых испытуемых выявило значительные двусторонние нарушения целостности кортикоспинального тракта в хроническом периоде после малых ишемических инсультов, несмотря на отсутствие



ятных эпизодов нашей работы.

Безрезультатные испытания

Упомянутая в интервью Доннана сессия по большому КИ традиционно открывает (и закрывает) ЕКИ. Большинство доложенных КИ оказались безрезультатными. Например, дополнительная доза кислорода не улучшила исходы больных с инсультом. Другой пример. Снижение АД у больных инсультом с помощью глицерина тринитрата в остром периоде также не вызывало улучшения. Вероятно, гипотензивная терапия была запоздалой (среднее время до её начала составляло 26 часов, тогда как в вышеупомянутом КИ INTERACT-2 оно было менее 6 часов), а объединение ИИ и ГИ в одну группу едва ли правомерно. Надо ли при остром инсульте продолжать гипотензивную терапию, которую больной получал до инсульта? Провели очередное КИ и получили неубедительные результаты. Вывод: нет доказательств в пользу продолжения прежней антигипертензивной терапии в остром периоде. Предлагается стабилизировать состояние больного и наладить зондовое питание, а гипотензивные средства назначать несколько дней спустя. Третий пример. Изучали влияние снижения АД на когнитивные функции у больных с лакунарным инсультом. Вывод: «Ни агрессивное снижение АД, ни двойная терапия антиагрегантами (аспирин + клопидогрель) не влияли на скорость когнитивного снижения». Учитывая, что средний возраст испытуемых составил 63 года, а катамнез – 2,8 года, результат оказался вполне предсказуемым. Стоила ли выделка такая овчинка?

Реабилитация после инсульта

Этой теме было посвящено две сессии. Прозвучал ряд выступлений по вопросам когнитивной нейрореабилитации. Обычно всё внимание уделяется восстановлению движений и речи, тогда как когнитивные нарушения и нарушения настроения остаются незамеченными. По словам Энн Гикей (A.Hickey, Ирландия), «психологические проблемы после инсульта могут быть описаны как «потерянное измерение» реабилитации инсульта». По её данным, более половины больных через полгода жаловались на эмоциональные

выраженной постинсультной энцефаломалиции и глиоза. Возможно, утрата этой целостности связана с двигательными нарушениями. Может быть, сочетание ДТИ с функциональной МРТ (фМРТ) позволит отбирать перспективных в плане восстановления движений больных, чтобы не тратить время (и деньги) на остальных.

Новые подходы к реабилитации проиллюстрировал доклад Пола Ринне (P.Rinne, Великобритания). Функциональное восстановление после инсульта, которое отмечается у трети больных, по-видимому, активирует те же нейрональные механизмы, что и освоение новых двигательных навыков здоровыми людьми. Являются ли одинаковыми изменения конфигурации межнейронных связей (или коннективности, от англ. connectivity) после обучения упражнениям у здоровых испытуемых и у больных инсультом? В исследование вошло 15 больных с постинсультным парезом руки и 10 здоровых испытуемых. Коннективность оценивалась с помощью вышеупомянутой фМРТ до, во время и после выполнения задания. Сенсомоторная коннективность коры была в обеих группах одинаковой, а вот визуально-пространственная и межклеточная коннективность отличались. У здоровых, в отличие от перенёсших инсульт, зрительно-пространственная коннективность увеличивалась после выполнения задания. Наоборот, у больных быстрее увеличивалась межклеточная коннективность (особенно ипсилатеральная). Таким образом, мозжечок, возможно, играет существенную роль в восстановлении двигательной активности после инсульта.

Надо заметить, роботизированные методики реабилитации становятся всё более популярными, причём они часто сочетаются с методиками неинвазивной мозговой стимуляции, такими как прямая транскраниальная стимуляция электрическим током (transcranial Direct Current Stimulation – tDCS). Лиза Тедеско-Трикас (L.Tedesco Triccas, Великобритания) представила результаты сочетанного применения обеих методик при парезах верхних конечностей в подостром и отдалённом периоде инсульта. В этом пилотном двойном слепом РКИ участвовало 22 человека. Никаких дополнительных преимуществ транскраниальной стимуляции выявить не удалось.

О том, что больным после инсульта нельзя залягиваться, известно давно. Анне Гокстад (A.Hokstad, Норвегия) представила данные по двигательной активизации почти 400 больных в 11 норвежских со-

судистых отделениях (оценивалась ежедневная мобилизация с 8 утра до 5 вечера). Оказалось, что 44% времени больные лежали в постели, 32% времени они сидели в постели с поддержкой и лишь 19,5% времени занимались «высшей двигательной активностью» (higher motor activities), причём последние два показателя были в разных больницах различными. Авторы исследования предполагают, что это может быть связано с различными стратегиями мобилизации больных после инсульта. Но аудиторию больше впечатлил один из слайдов, где сравнивалось время ежедневного лежания в постели в сосудистых отделениях разных европейских городов. В Лондоне этот показатель был самым маленьким (30%), а в С.-Петербурге – самым большим (95%). Если это действительно так, то реабилитация после инсульта на стационарном этапе в С.-Петербурге практически не существует! Едва ли московские показатели существенно отличаются от питерских...

Время и мозг

Вопросам организации помощи больным и экономике была посвящена специальная сессия. Тяжесть инсульта и эффективность его лечения принято оценивать по модифицированной шкале Рэнкина (modified Rankin scale – mRS). Однако насколько достоверна сама эта шкала? Кейт МакАртур (K.S.McArthur, Великобритания) рассказала об анализе видеозаписей оценки больных инсультом на 30-й и 90-й дни. Во время осмотра больного варьировало от 2 до 22 минут, составив в среднем 5 минут. Чем дольше длился осмотр, тем меньше было расхождений экспертов в балльной оценке состояния больного по шкале Рэнкина. Вывод: «Опытные исследователи не могут достоверно выявлять пограничные случаи» (например, когда состояние можно оценить как в 3 балла, так и в 4). Для более достоверной оценки предлагается давать средний балл из нескольких оценок по шкале Рэнкина.

Нельзя не упомянуть также о докладе датских авторов (S.M.Henriksen и соавт.), показавшем возможность уменьшить время от поступления больного в приёмный покой до начала тромболитической (door to needle time) с 48 минут до 20 минут 58 секунд (т.е. в 2,5 раза) за 3 месяца. Как этого удалось достичь? О предстоящем поступлении больного сообщала скорая помощь, в стационаре им занималась мультидисциплинарная бригада, включавшая невролога, рентгенолога, рентгенолаборанта, медсестру и санитарно-носильщика, каждый член которой выполнял свою работу одновременно с другими (parallel workflow). Больной сразу направлялся в радиологическое отделение (а не в неврологическое, как было раньше), где имеется круглосуточная КТ, включая КТА. Невролог осматривал больного уже в радиологическом отделении. Внутривенный тромболитизис получили 32% поступивших больных с ишемическим инсультом.

Барон инсульта

В неформальной иерархии европейских строкологов сопредседатель симпозиума Жан-Клод Барон (J.-C. Baron, Франция) занимает одно из первых мест, словно подтверждая свою фамилию. Первый лауреат Вепферовской премии, руководитель неврологического отделения госпиталя Св. Анны (старейшая и крупнейшая психиатрическая больница Парижа) нашёл время ответить на вопросы корреспондента «МГ».

– Профессор Барон, почему так много КИ различных методов лечения инсульта оказываются безрезультатными?

– Прежде всего, из-за плохого дизайна КИ. Например, вы слышали доклад о неэффективности оксигенотерапии при инсульте. Что это значит? Ведь кислород надо

давать только тем, у кого имеется низкий уровень кислородного насыщения. Очевидно, авторам КИ это показалось слишком сложным. Вместо получаса на осмотр больного тратится одна минута. Подобные КИ – это позор медицинской науки. Особенно если речь идёт об инсульте. Слово «инсульт» само по себе ничего не значит, поскольку он гетерогенен. Имеются сотни различных видов инсульта. Оклюзия средней мозговой артерии даёт классический синдром, но скорость превращения пенумбры в инфаркт у разных больных очень отличается. Пока мы в этом не разберёмся, нет никакой надежды на эффективное медикаментозное лечение. Да, тромболитизис с помощью альтеплазы в первые 4,5 часа иногда приносит пользу, но во многих случаях он неэффективен. А что делать с теми, у кого не удаётся добиться реканализации в эти сроки? Сегодня мы обсуждали вопросы эндоваскулярного лечения, а также сочетания внутривенного и интратриартериального тромболитизиса (КИ EXTEND-IA, проводимое



в Австралии – см. выше). Будем ждать результатов. Перспектива удлинить терапевтическое окно у отдельных больных до 9 часов представляется очень заманчивой, и это представляется мне наиболее интересным событием данного конгресса.

– Как бы вы оценили уровень строкологической службы в вашей стране? Правда ли, что частота внутривенного тромболитизиса при ишемическом инсульте во Франции существенно ниже, нежели в Германии?

– Ничего подобного. Впервые слышу подобные утверждения.

– Хорошо, могли бы вы привести конкретные цифры?

– Эти цифры сами по себе столь же бессмысленны, что и средняя температура по больнице. Важно знать, какому числу потенциально излечимых больных проводится тромболитизис. Например, в госпитале Св. Анны тромболитизис получает каждый четвёртый госпитализируемый больной. Это очень высокая цифра, но всё же три четверти больных (75%) с инсультом остаются без лечения (потому что у них ГИ, или же вообще не инсульт, или они слишком стары, или их состояние слишком тяжёлое и т.д.). В некоторых местах тромболитизис проводится каждому третьему поступающему больному – всё зависит от того, как быстро больной окажется в клинике. Поэтому нельзя выводить среднюю частоту тромболитизиса в масштабах страны – всё зависит от того, кто и когда к вам поступает.

– Что же делать с теми, кто по каким-то причинам не подлежит тромболитизису?

– Обеспечить стандартный уход по протоколу. И никакой «нейропротекции»!

– Вы являетесь одним из авторов концепции пенумбры, которая признана не всеми учёными, такими, например, как Майкл Чопп...

– Майкл Чопп не является клиницистом, и он не понимает нашу концепцию. Поэтому не стоит тратить время на беседы с подоб-

ными людьми. Нет никаких сомнений в существовании пенумбры. Проблема в том, что этот термин неправильно использовался. Некоторые считают, что пенумбра – это участок мозговой ткани вокруг очага инфаркта. Это, конечно, полная ерунда.

– Так что же такое пенумбра?

– Это жизнеспособная мозговая ткань, причём её жизнеспособность исчисляется несколькими часами. Поэтому ни о какой пенумбре на третий день после инсульта не может быть и речи! Там могла быть пенумбра, а могла и не быть.

– Чем вы занимаетесь в настоящее время?

– Меня интересует, в частности, что происходит после спасения пенумбры от инфаркта. Инфаркт не развился, но является ли спасённая мозговая ткань нормальной? Наши исследования показали, что в значительном числе случаев это патологическая ткань, в которой находится много погибших нейронов. Значит, она может служить новой терапевтической мишенью, поскольку зона вокруг инфаркта

с докладами на двух специальных сессиях (highlights sessions). Например, прозвучал интересный доклад о сифилисе как причине инсульта в 10% случаев. Или же сообщение о том, что курильщики создают генетические предпосылки для курения у своих детей, что сопровождается у них более ранним развитием церебрального атеросклероза.

– А что нового, на ваш взгляд, прозвучало на конгрессе?

– Возможно, наиболее важным был доклад профессора Ганса-Христофа Динера (H.-C. Diener, Германия) о фибрилляции предсердий и криптогенном инсульте. В 20-25% случаев инсульта мы не находим его причину. С помощью новой технологии мониторинга аритмии почти в половине таких случаев была выявлена фибрилляция предсердий. Этим больным нужно назначать антикоагулянты с профилактической целью. Конечно, трудно ждать больших новостей на ежегодной конференции.

– Так стоит ли тогда каждый год собираться?

– На конгрессе прозвучали результаты 20 больших КИ, тогда как общее число сообщений составило около 1,5 тыс. Наши конгрессы собираются не для того, чтобы узнать что-то новое, а для того, чтобы люди могли общаться между собой, обмениваться идеями, планировать дальнейшую работу, восполнить пробелы в образовании (с этой целью проводятся обучающие курсы). Если же действительно происходит какой-то прорыв в медицине, то об этом можно прочесть в газете The Wall Street Journal, где публикуются котировки акций фармкомпаний (смеётся). Именно потому, что в этом году в строкологии не было больших новостей, мы не стали устраивать пресс-конференцию.

– Вы были сопредседателем симпозиума по поиску новых терапевтических мишеней при инсульте. Что вы думаете по поводу клинического применения стволовых клеток?

– О стволовых клетках говорится уже лет 20, а воз и ныне там. Но сейчас у нас появилась методика, позволяющая отселивать их активацию. Мне очень понравились как экспериментальные, так и клинические доклады этого симпозиума. Но до рутинного клинического применения стволовых клеток ещё далеко.

– Каковы, на ваш взгляд, направления будущих исследований в строкологии?

– Если говорить о ближайших перспективах (3-5 лет), то надо решить вопрос о целесообразности эндоваскулярных методов лечения инсульта. В этом году этот вопрос обсуждался не так подробно, потому что он рассматривался на прошлогоднем конгрессе. Вотных, значение образа жизни (life style), который включает в себя физическую активность, медикаментозное лечение, возраст, стресс. Стресс – очень интересное состояние, факторами которого являются боль и тревога. Какое отношение стресс имеет к атеросклерозу и нейродегенеративным болезням? Этот вопрос нуждается в тщательном изучении.

– В одном из предыдущих интервью нашей газете вы упомянули о проводимом исследовании влияния физических нагрузок у пожилых на частоту развития инсульта. Подведены ли его итоги?

– Данные оказались двоякими. Интенсивные физические упражнения (такие как езда на велосипеде и т.д.) 3 раза в неделю по полчаса в пожилом возрасте (60-75 лет) оказали благоприятный эффект на стрессоустойчивость и физиологические параметры (такие как АД, уровень липидов и сахара в крови, вес). Но они также улучшили нейрогенез в гиппокампе. Людям предложенная программа тренировок очень понравилась. Сейчас мы изучаем её влияние на память и когнитивные функции. По данным одного исследования, они улучшились, но, по данным

другого, существенных изменений не произошло. Возможно, катамнез слишком короткий.

– На вышеупомянутом симпозиуме также была затронута тема когнитивных постинсультных расстройств.

– Вы, очевидно, имеете в виду доклад Маттиаса Эндреса, который в опытах на крысах обнаружил снижение содержания дофамина при подкорковых инфарктах, когда при назначении серотонинергических препаратов удавалось улучшить допаминергическую функцию. Но является ли этот дисбаланс дофамина и серотонина при инсульте базальных ганглиев, обнаруживаемый при помощи ПЭТ, причиной постинсультной депрессии у людей? Как клиницисты мы знаем, что назначение антидепрессантов, таких как флуоксетин существенно улучшает исход лечения инсульта. К сожалению, врачи часто не диагностируют постинсультную депрессию и не назначают таким больным антидепрессанты.

– Реабилитация после инсульта также была среди основных тем конгресса...

– Помимо обучающих курсов, курсов для медсестёр и секционных заседаний по нейрореабилитации, я бы также отметил пленарную лекцию Д. Корбетта (D. Corbett, США). Отлично видеть, что созданы экспериментальные модели реабилитации. Обогащённое окружение (enriched environment) способствует снижению стресса и лучшему восстановлению у крыс. То же самое можно наблюдать у людей.

– В этом году произошёл «развод» ЕКИ и Европейской организации инсульта (EOI) (European Stroke Organization – ESO). Почему так случилось?

– Спросите лучше у людей из EOI, например, у её нового президента (им является Кеннеди Лис (K. Lees) из Глазго). Я категорически против подобного разделения, которое считаю бессмысленным. Проводить вместо одной большой конференции две с месячным интервалом – это безумие. К сожалению, моим доводам не вняли. У меня есть предположение, почему так случилось, но я не стану их озвучивать. EOI – карликовая организация, насчитывающая около 500 членов, которая возникла в недрах ЕКИ несколько лет назад по политическим соображениям (чтобы лоббировать наши интересы на правительственном уровне). Я тоже пока являюсь членом EOI (правда, не знаю, надолго ли). К сожалению, за эти годы численность EOI не выросла, она ничего не могла дать своим членам. В ЕКИ нет членства, но есть программный и научный комитеты, включающие около 200 человек со всего мира, которые составляют программу, оценивают присланные тезисы, планируют будущие конгрессы и т.д.

– В одном из наших предыдущих интервью вы посетовали, что из России поступило очень мало тезисов. Что-нибудь изменилось?

– К сожалению, нет. Я не понимаю, почему так происходит. Может быть, вы подскажите, с кем можно иметь дело?

– Но вы же знакомы с нашим министром здравоохранения Вероникой Скворцовой...

– Скворцова слишком занята. Она была членом научного комитета ЕКИ, но потом, сославшись на занятость, порекомендовала туда своих заместителей, и мы ждем от них предложений. А пока ищем молодых людей и готовы спонсировать их участие в нашем конгрессе, хотя сейчас Россия находится в лучшем финансовом положении, чем многие европейские страны. Ни один человек из вашей страны не обращался ко мне с просьбами. Проще иметь дело с Китаем, чем с Россией.

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

Ницца – Москва.

НА СНИМКАХ: Дж. Доннан;
М. Геннерици и Ж.-К. Барон.

Как известно, доказательная медицина представляет собой область знаний, включающую в себя достоверные результаты научных исследований, клинический опыт врача и интересы пациента. Есть вполне конкретные методы доказательной медицины, набор правил проведения исследований и последующего анализа, которые гарантируют надёжность результатов.

Как всегда – особняком

К сожалению, российские исследования очень часто грешат неправильной рандомизацией (процедура случайного распределения участников эксперимента по группам), нездоровой методологией организации исследований и безграмотным анализом результатов.

Если не соблюдать эти и другие правила, статья просто-напросто не будет опубликована ни в одном приличном зарубежном издании, так как будет представлять собой ложь и подтасовку научных фактов.

Прискорбно, но наша медицина основывается исключительно на мнении и опыте. У нас особое внимание уделяется образованию, которое дают профессора, их личному мнению, мнению университетских кафедр. Многие выпускники медвузов считают: «Я учился на кафедре профессора Иванова, светила отечественной медицины, и те слова, которые были написаны в его учебнике, которые он произносил на лекциях, – истина в последней инстанции, не терпящая возражений. Любые знания, противоречащие этому, неверны».

В то время как на «загнивающем» Западе не может быть так, чтобы школа профессора Джексона думала так, а школа профессора Томпсона – иначе. Есть научно выработанные данные, статистически обработанные, полученные в результате правильно проведённых научных исследований, – на них всё и базируется.

Реально ли бороться с нашей системой? Может быть, и да, но система нервная может и не выдержать. Нетрудно догадаться, что для нашего профессора с 50-летним стажем работы по специальности неприятность состоит в том, что в какой-то степени доказательная медицина ставит его на одну ступень с молодым врачом, который будет опираться на те же научные публикации, что и сам профессор. Самолюбие нашей профессуры такого не допустит. Ментальность не та.

Вот, например, если представить, что студент старшекурсник встанет и скажет в адрес профессора или доцента: «Пётр Петрович, тому, что вы сейчас говорите, нет никаких доказательств. Это всего

Точка зрения

Докажите, пожалуйста!

Результаты серьёзных исследований должны быть выше мнения авторитета



лишь ваша точка зрения, которая субъективна». Пётр Петрович сразу же придёт в бешенство, потому что он профессор, член-корреспондент или академик. К сожалению, в России это имеет огромный вес, в разговоре с таким человеком студент, ординатор, аспирант или молодой специалист – ничтожество, какие бы умные вещи он ни говорил. Возрастом ещё не вышел и званиями – аргумент простой.

...А зарубежные авторитеты в отрасли могут спокойно говорить о том, что чего-то не знают. Способны ли на такое признание, особенно перед молодёжью, наши профессора и академики? Нет, нет и ещё раз нет! Понятно, что исключения есть, но их в буквальном смысле можно пересчитать по пальцам одной руки.

А что на практике?

Подавляющее большинство препаратов, которые назначаются в амбулаторных условиях, не имеют доказанной эффективности и безопасности. Да и диагнозы, поставленные нашим пациентам, тоже порой бывают мифическими. Апофеозом всей российской безграмотности является пресловутый дисбактериоз. Ещё на студенческой скамье, с 3-го курса по 6-й тебе на каждой кафедре говорят, что, если ты назначил антибактериальный препарат, у человека будет дисбактериоз.

Однако на самом деле, если мы назначаем антибиотик, у пациента может случиться дисбактериоз просто потому, что таков побочный эффект препарата, связанный с его механизмом действия. Это можно предотвратить, например,

приёмом антибиотика вместе с пищей. Если диарея усиливается, в таком случае необходима консультация врача. Но лечить диарею под предлогом якобы нарушившейся микрофлоры – профессиональное дилетантство.

Никакой нормы количества бактерий, от которой можно отклониться, нет. И когда ты приезжаешь за границу и заговариваешь о дисбактериозе, врачи начинают смеяться, потому что думают, что это шутка. А когда им объясняешь, что этот самый дисбактериоз у нас лечат бактериями, упакованными в капсулу, они начинают жалеть наших врачей и пациентов. Искренне. Поэтому повальное назначение каких-то капсул для лечения какого-то заболевания и сбор кала для анализа на дисбактериоз – явление, ни имеющее никакого отношения к медицинской науке. И такая информация не является секретной – её можно подчеркнуть в любых международных клинических рекомендациях, монографиях и учебных пособиях по гастроэнтерологии.

Ведь это не так сложно доносить студентам на занятиях, правда?

Не верь глазам своим

Это печально, но факт: публикация в российском научном журнале отнюдь не гарантирует истинности данных. Сегодня многие наши врачи и учёные частенько заявляют, что медицина, основанная на доказательствах, игнорирует и ставит под сомнение клинический опыт врача. Слышать подобное от практических докторов – грустно, но от профессорско-преподавательского состава – постыдно. Это говорит о незнании основ доказательной медицины. На самом деле, когда мы не обладаем достаточным количеством знаний по какому-то вопросу, мы, конечно, должны ориентироваться на клинический опыт. Но только – в такой ситуации.

Кроме того, от наших «светил» часто можно услышать, что доказательная медицина куплена, фармацевтические компании лоббируют исследования. Но это как раз российская специфика. В отечественных журналах исследуют

препараты под коммерческими названиями и публикуют соответствующие статьи, в то время как в зарубежных исследованиях фигурируют исключительно международные названия лекарственных средств. Ведь правильно исследовать не препарат, а его действующее вещество.

Пробел в образовании

Очевидно: методы оценки достоверности данных нужно преподавать в университетах. В некоторых наших вузах есть кафедры доказательной медицины, но обычно на них учат глубинам статистики, а не элементарному пониманию проблемы. А ведь важно именно то, зачем всё это изучается. Преподавателям нужно приводить конкретные клинические примеры, которые уже имели место, научить понимать и критически оценивать научные публикации.

Такой предмет надо вводить параллельно с клиническими дисциплинами, то есть на старших курсах, и учить студентов с широким использованием иностранных источников, как онлайн, так и учебных пособий.

Английский язык – как второй родной

Давайте представим: есть некий врач, который хочет лечить правильно. Однако наша система сразу же ставит ему палки в колёса: сверху спускают названия лекарств, которыми, как считают чиновники, нужно лечить от гриппа, гастрита и конъюнктивита. Что делать в такой ситуации?

Ответ на поверхность: достоверных источников относительно лечения той или иной нозологии недостаточно. Единственная помеха – все они на английском языке. Существует целая масса англоязычных источников, которыми можно целиком и полностью доверять.

Получается, что врач-терапевт из поликлиники села N должен ежедневно читать статьи на английском. А если на русском, то ему необходимо, что называется, отличать зёрна от плевел – разбираться, чему там можно доверять, а чему нет.

Вот, к примеру, сейчас в Великобритании 80% врачей следуют принципам доказательной медицины. Они около 15–17 часов

в месяц тратят на непрерывное медицинское образование. Нашим докторам для повторения этого подвига нужно, прежде всего, знать английский язык – переводить все выходящие за рубежом статьи на русский никто не будет.

Что делать?

И ему понятно: вот так, с бухты-барухты такую систему в нашей стране не внедрить. Однако попытаться что-то сделать – можно. Исторические вопли о том, как у нас всё плохо, вряд ли способны привести к позитивным последствиям.

Нужно менять и стандарты, и менталитет, и медицинское образование. И что немаловажно, врачам и студентам-медикам крайне необходимо самообразовываться в постоянном режиме. Надеяться на вуз или на старших коллег не приходится. Они вряд ли знают больше. Лишь прикрывают свою некомпетентность словами «профессор», «завотделением» и т.д.

Ни для кого не секрет, что наш народ долго запрягает, однако потом едет весьма быстро. Вот и сейчас люди потихоньку просыпаются, начинают сами интересоваться проблемами. В итоге мы наблюдаем такую картину: подкованные по тому или иному вопросу пациенты приходят к неподготовленным врачам.

И вот парадокс: снова – на западный манер. Уже продолжительное время зарубежные ассоциации пациентов участвуют в анализе научных публикаций, стимулируют медицинское сообщество к созданию тех или иных систематических обзоров. Там нормально, если пациент обращается к врачу в таком тоне: «Вы знаете, я здесь недавно прочёл статью в таком-то медицинском журнале о том-то и том-то. Это действительно так?» И доктор понимает, что не знает, о чём идёт речь.

Если такие явления будут наблюдаться в нашей стране повсеместно и систематически, то доказательная медицина обязательно воцарится над российскими просторами.

Дожить бы...

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКЕ: она доверяет только исследованиям!

Дежурный по номеру

Ректор Рязанского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова Роман КАЛИНИН – из плеяды молодых руководителей медицинских вузов страны. При этом он автор более 200 научных и учебно-методических работ, нескольких патентов на изобретение. Основное направление его научных исследований – ангиология и сердечно-сосудистая хирургия. В 2011 г. получил грант Президента РФ в рамках государственной поддержки молодых российских учёных. Предлагаем читателю его взгляд на очередной номер «МГ»:

– Наш вуз на протяжении многих лет успешно сотрудничает с «МГ». Поэтому когда поступило предложение дежурства по номеру, я с удовольствием согласился.

Первая статья этого номера сразу привлекает к себе внимание актуальностью. Очень интересно взглянуть на лечебно-профиллак-



тическое учреждение с позиции главного врача, окунуться в жизнь мощного ЛПУ и более подробно остановиться на теме медицинских кадров, в частности, качества под-

готовки специалистов, их закрепления в практическом здравоохранении. Потому как и для нашего региона эти аспекты очень актуальны.

Очень заинтересовала публикация о системе наставничества. В Рязанской области подобный опыт также практикуется и приносит свои результаты, так как это один из наиболее действенных способов профессионального становления и воспитания молодого специалиста.

Показательно внимание газеты к предсказательной и профилактической медицине. Очень обсуждаемая тема. Стоит отметить, что на базе РязГМУ действует центральный научно-исследовательский комплекс с вивари-

ем – это инструментальный центр выполнения научно-исследовательских работ. Там сконцентрировано самое современное оборудование. Практически любое исследование, отличающееся по уровню от студенческих работ, проводится в нём. Хотя и студенты часто выполняют здесь свои работы. Одно из направлений хотелось бы подчеркнуть – это генная диагностика. Предрасположенность к заболеваниям, механизм их формирования, профилактика осложнений – эти направления по генной диагностике, генотипированию идут в ЦНИЛ. Нельзя недооценивать значение генетических данных пациентов для определения риска возникновения заболевания.

С интересом прочитал о европейской конференции по инсульту. Очень актуальная публикация, учитывая тот факт, что совсем

недавно на базе РязГМУ состоялся крупнейший специализированный съезд сосудистых хирургов России, где также обсуждались вопросы профилактики инсульта. Это значимое событие, поскольку в нашем регионе есть своя широкоизвестная за пределами области школа сосудистого хирургии.

Столь масштабные конференции помогают проследить связь практического здравоохранения с образованием. В дискуссиях находятся реальные пути подготовки качественных специалистов. Ведь наряду с развитием научной и лечебной деятельности главная задача университета – подготовка профессиональных медицинских кадров. И приоритетное направление нашей работы – повышение качества образования.

Рязань.

Качество медпомощи зависит от подготовки врачей

Недавно вышел сборник «Отцу – с любовью», где известные деятели науки и культуры, политики, спортсмены рассказывают о своих отцах и дедах, о мужчинах, которым обязаны своими человеческими и гражданскими качествами. Есть здесь и воспоминания члена-корреспондента РАН Сергея Аветисова о своём отце, выдающемся офтальмологе профессоре Эдуарде Аветисове.

В 1950 г. Э.Аветисов окончил лечебно-профилактический факультет Самаркандского государственного медицинского института им. И.П.Павлова, в 1957 г. переехал в Москву, а в 1966 г. стал заместителем директора по научной части НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Он создал и в течение 40 лет возглавлял отдел охраны зрения детей и подростков, заложил основы учения об оптической коррекции зрения, был пионером внедрения и использования диагностических и лечебных лазеров, создателем лазеррелеоптики, автором фундаментальных исследований и комплексной системы лечения близорукости и косоглазия. Под его руководством разрабатывались новые перспективные направления в офтальмологии: офтальмоэргономика, офтальмокибернетика,

Имена и судьбы

Учёный до мозга костей

Вспоминая офтальмолога Э.Аветисова



учение о динамической рефракции глаза.

«Главное, что меня больше всего поражаало в отце, – его фанта-

стическая работоспособность, – вспоминает С.Аветисов. – Он был настоящим учёным старой закалки, учёным до мозга костей, насто-

ящим трудоголиком и мастером своего дела. И потому, я думаю, весьма счастливым человеком – ведь ему удалось реализовать свои творческие планы и идеи, воспитать поколения учеников и последователей, создать новые научные направления и провести уникальные исследования. При этом, не отдаваясь от семьи, жены и детей, а, наоборот, встречая со стороны близких полную поддержку и понимание. Мама неизменно обеспечивала ему надёжный тыл: все коллеги отца точно знали, что за эту сторону жизни Эдуард Сергеевич может быть абсолютно спокоен: Амалия Семёновна взяла на себя решение всех бытовых вопросов нашей семьи, оставив отцу время и силы на научную деятельность. И никогда не роптала: ни тогда, когда он сорвал всю семью с насиженного места в тёплом Самарканде. Ни потом, когда мы вчетвером 18 лет

ютились в одной комнате в коммуналке, ни в периоды его частых отлучек в заграничные командировки, ни в повседневной жизни, целиком и полностью подчинённой научной деятельности...»

Он работал сутками напролёт, днём в институте, вечерами дома. Поэтому для Сергея Аветисова и его брата работа отца была настолько естественна, что они также незаметно втянулись в сферу его интересов, разделили его увлечение, буквально выросли в его институте. Так что выбор профессии для них свершился автоматически, и вопрос «кем быть?» перед ними не стоял. Конечно, офтальмологами!

Сергей Аветисов также стал выдающимся учёным, лидером отечественной офтальмологии, ныне он возглавляет НИИ глазных болезней. Дело своего отца и деда продолжает и сын С.Аветисова – Константин.

Борис НУВАХОВ,
директор НИЦ
«Медицинский музей»,
профессор.

НА СНИМКЕ: Э.Аветисов с маленькой пациенткой в НИИ глазных болезней им. Гельмгольца (1984).

Болезни великих

Джон Рёскин открыл для современников Уильяма Тёрнера, сумев убедить консервативных англичан в том, что этот мастер – гений. Многие живописные работы Рёскина напоминают о стиле Тёрнера. Рёскин стал идеологом направления художников-прерафаэлитов. Их концепция в значительной мере отвечала эстетическим критериям и идеалам самого критика, видевшего эталоном изобразительное искусство Средних веков и раннего Ренессанса (Перуджино, фра Анджелико, Джованни Беллини...). Рёскин сопоставлял работы этих мастеров с современными художественными течениями, огорчаясь по поводу того, что как раз и приводило в восторг русского критика Стасова: натурализм изображения, обличающий социальные проблемы, приоритет меркантильного буржуазного утилитаризма и постепенное исчезновение чистой эстетики Высокого Искусства, всё чаще отравляемой плоской социальной моралью. Высокие ориентиры Проторенессанса к середине XIX века, казалось, были прочно и навсегда забыты. Под красотой картины всё чаще понимались жеманно-фривольные подделки под классицизм, находившие своё место в будуарах дам с камелиями.

Дж.Рёскин с печалью и гневом соотносил эстетические приоритеты своей эпохи с современным развитием промышленности и техники, с огорчением констатируя факт соответствия бездарного промышленного дизайна – этих токливо-скупых и неопятно дымных фабричных труб – с бездарными картинами, не дающими ни уму, ни сердцу ничего существенного. Эти картины были способны закрывать дефекты штукатурки или обоев, но не могли подарить ощущение красоты и гармонии. Пассеизм Рёскина распространялся и на архитектуру, в которой его сердцу особенно мила была готика. Он считал, что именно готический стиль воплощает главные моральные ценности искусства – его силу, твёрдость и вдохновение.

Джон Рёскин написал 50 книг, 700 статей и лекций. К числу его литературных произведений принадлежит фантастический роман «Король Золотой Реки», написанный им в 1841 г. для двенадцатилетней Эффи Грей, на которой критик женился спустя 7 лет. Но обительная и кокетливая Эффи вскоре почувствовала себя совершенно подавленной категоричной и импульсивной личностью Рёскина. Супруги развелись и в 1854 г. развелись. Поводом для развода послужило то, что Рёскин никак не реализовывал свои супружеские отношения («Он

«Роман о Розе»

Выдающийся английский теоретик искусства Дж.Рёскин имел странное влечение к девочкам

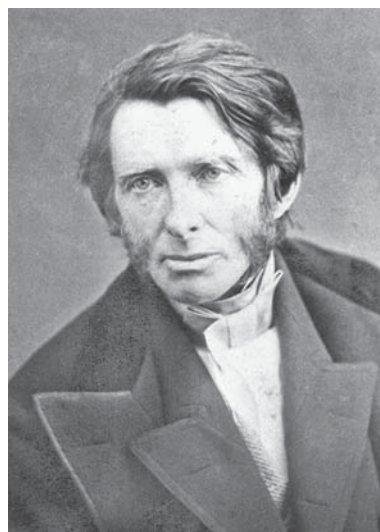
Джон Рёскин (Раскин) (John Ruskin, 1819–1900), английский теоретик искусства, художественный критик, историк, публицист, художник родился в семье богатого шотландского торговца хересом в Лондоне. Окончил Оксфордский университет (1839), где позже читал курс искусствоведения. Являясь последователем Т.Карлейля, в своих работах («Современные живописцы», 1843-1860; «Семь светочей архитектуры», 1849; «Камни Венеции», 1851-1853; «Политическая экономия искусства», 1857) Рескин, развивая концепцию единства красоты и добра, выступал с романти-

ссылается на различные причины, ненависть к детям, религиозные мотивы, желание сохранить мою красоту, и, в конце концов, в этом году он сказал мне настоящую причину... что женщина, которую он себе представлял, значительно отличалась от того, что он видит во мне, и причиной, по которой он не сделал меня своей женой, было его отвращение к моей особе», – вспоминала по этому поводу Грей). Когда позднее Рёскин пожелал вступить в помолвку с Розой Ла Туш, её обеспокоенные родители обратились с письмом к Эффи, которая в ответном письме охарактеризовала Рёскина как деспота.

С Розой Ла Туш Рёскин познакомился, когда ей было 10 лет. Ему было уже 43 года, но он влюбился. Роза была глубоко религиозной – почти до мании – девочкой. Критик долго дожидался, когда она вырастет, предложив выйти за него замуж, когда ей исполнилось 17 (ему, соответственно, уже 50). Родители девушки – протестанты-евангелисты, категорически воспротивились этой свадьбе, считая Рёскина социалистом и атеистом (его попытки культуртрегерства в отношении пролетариата не забылись). Их беспокоила и неудача первого брака критика. Рескин повторил предложение, когда девушка стала совершеннолетней, но получил окончательный отказ Розы, сделанный под влиянием её родителей.

Рёскин, чей интерес к девочкам был, по-видимому, концептуальным и непреходящим (вспомним о возрасте его будущей жены, когда он испытал к ней первые чувства), был вовсе не единствен-

ческой критикой капиталистической цивилизации, враждебной подлинному искусству. Обращаясь к английскому пролетариату («Письма к рабочим и труженикам Великобритании», 1871-1886), критик получил некоторую популярность в его среде; преподавал в первом Рабочем колледже. Ранние сочинения Рескина отличаются патетикой и изысканностью литературного стиля; позднее он озабочен ясностью слога и его доступностью простому народу (незаконченные мемуары «Прошлое», 1886-1900). Известен также как рисовальщик и акварелист.



ным деятелем культуры, имевший к малолеткам странное пристрастие-влечение (можно вспомнить и 13-летнюю жену Э.А.По, и историю жизни современника и земляка Рёскина Л.Кэрролла, и красноречиво-симптоматичное творчество Г.Х.Андерсена, и один из лейтмотивов книг Ф.Достоевского, и многочисленные малолетних старлеток Ч.Чаплина...). Ярче и подробнее всего эта история рассказана в романе В.Набокова «Лолита», в котором, кстати сказать, упоминается и об истории отношений Розы Ла Туш и Рёскина.

Вся жизнь Дж.Рёскина оказалась совершенно созвучной его любимому Средневековью, словно была написана под диктовку мистреля. «Роман о Розе» – французский аллегорический роман XIII века, повествование о любви и смерти, рассказывающий о поис-

ке возлюбленной по имени Роза, неожиданно в значительной мере совпал с драматичной биографией критика – вплоть до имени главной героини его жизни.

Но этим совпадения не ограничивались. Первая часть романа, написанная Гийомом де Лоррисом, повествует о том, что любовь неотделима от страданий и опасностей; а путь к ней долог и труден (что, глядя триумфом, всё же не противоречит биографии Рескина). А вот вторая часть, написанная Жаном де Меном, имеет более выраженное философское содержание, причём тема любви сводится к почти асексуальной идее: природа предназначила Венеру для продолжения рода, всё прочее же – от лукавого. Во второй части «Романа о Розе» в центре внимания оказываются взаимоотношения Природы и человека в ней, соотношение Природы и Бога. И эта концепция была как нельзя более близка эстету Рёскину, которого, видимо, не слишком интересовала плотская сторона любви (существует современная версия о его импотенции), тогда как триада Бог – Природа – Человек – это именно то, о чём он думал и писал в своих многочисленных книгах, считая, что в этот триумвират незванным и отвратительным гостем вклинилась научно-техническая революция XIX века. Харизматичный, целостный человек, Рёскин оказался непротиворечив в главном – сценарии собственной судьбы.

...Через три года Роза Ла Туш умерла в частной психиатрической лечебнице Дублина, куда её поместили родители. Ей было уже 27 лет. Различные авторы описывают её смерть как результат нервной

анорексии, «разбитого сердца», религиозной мании, истерии, или комбинации всех упомянутых причин.

Смерть Розы считают фактором, повлёкшим за собой начало приступов безумия и у Дж.Рёскина, начавшихся около 1877 г. Депрессивные состояния с обсессивным компонентом случались у него и прежде (часто совпадая с тем непреложным, но простым обстоятельством, что любимые им девочки вырастали и становились ему неинтересными и даже неприятными). Эти фазы депрессии сменялись состояниями возбужденности и творческого подъёма, хотя и оставались в пределах допустимой нормы, выглядя лишь эксцентричностью и аффектацией, но в целом пребывая в рамках здравого смысла. Теперь же его психика в дополнение к бывшей аффективной патологии сформировала устойчивый бред, в системе которого возникла изощрённая и вычурная конструкция неисправимого эстета: Рёскин считал, что итальянский живописец XIV-XV веков Витторе Карпаччо написал Розу Ла Туш в цикле картин (9 работ) о жизни святой Урсулы. (Знаменательно то, что святая Урсула приняла обет безбрачия и мученический венец, что отчасти формально совпадает с судьбой Розы Ла Туш и превращает этот библейский сюжет для рескиновской психики, искажённой бредом – почти в home video).

Позднее критик пытался искать утешение в спиритизме, надеясь войти в контакт с духом Розы. Острая фаза психоза продолжалась около полутора месяцев. Её сменила депрессивная симптоматика, длившаяся не менее полутора. Состояние здоровья Рёскина улучшилось только в 1880 г. Он возобновил работу в Оксфорде, но отныне его периодически навещали клинически значительно более выраженные, нежели прежде, аффективные приступы. Тем не менее именно в это время критик написал наиболее известные свои работы и неоконченную автобиографию «Прошлое», которую не смог завершить из-за того, что шестой приступ безумия прекратил его творческую деятельность. В 1885 г. Джон Рёскин окончательно уединился в своём имении (Брентвуд, графство Ланкашир), которое не покинул уже до самой смерти.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Института
ментальной медицины.

**Северный государственный
медицинский университет.**

Архангельск.