

Профилактика

Время защищаться от опасного вируса

В Хабаровском крае умело с ним справляются



В Хабаровском крае стартовала кампания по иммунизации населения против клещевого вирусного энцефалита. Вакцина в необходимом объеме уже доставлена в медучреждения региона. Планируется, что до 1 марта будут привиты 102 тыс. жителей края, из которых 43 тыс. – дети. Об этом сообщили в региональном правительстве.

– Вакцина закуплена за счет средств краевого бюджета, – отметил начальник отдела организации первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи Минздрава края Вячеслав Ходжер. – Рассчитывать на прививки в первую очередь

Даже самым маленьким хабаровчанам сейчас важно пройти вакцинацию против опасного вируса

могут дети, студенты и жители края, чья профессиональная деятельность отнесена к так называемой группе риска. Вакцинацию можно пройти в поликлиниках по месту жительства, в детских образовательных учреждениях, средних и высших учебных заведениях, по месту работы при наличии договора между руководителями предприятия и ЛПУ.

В прошлом году в лечебные учреждения Хабаровского края по поводу укусов клеща обратились почти 7 тыс. человек. Зарегистрировано 60 случаев клещевого боррелиоза и 5 случаев клещевого энцефалита.

В эти дни медики края особенно часто напоминают землякам, что дальневосточный вид вируса вызывает наиболее тяжелые формы заболевания. Проявлять активность опасные насекомые начинают практически сразу после схода снега. Поэтому очень важно всем жителям Дальнего Востока позаботиться о прививке заранее, не дожидаясь весны.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Хабаровск.

Богдан КОТИВ,
главный хирург Минобороны России,
генерал-майор медицинской службы,
профессор:

Террористы наносят удары по самым чувствительным местам, а больницы и военные госпитали – именно такие объекты.

Стр. 4-5



Олег ЗАЙРАТЬЯНЦ,
заведующий кафедрой патологической анатомии МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
профессор:

В настоящее время неизмеримо возросла роль морфологической диагностики.

Стр. 10-11

Михаил ГУРЕВИЧ,
профессор кафедры терапии
ФУВ МОНИКИ
им. М.Ф.Владимирского:

Имеются гендерные различия в адаптации сердца к хронической нагрузке давлением.

Стр. 12



Тенденции

Действуя на опережение болезни

На раннюю диагностику онкологических заболеваний в Подмосковье выделен почти 1 млрд руб. Об этом сообщили в Министерстве здравоохранения Московской области.

этого разработан и будет реализовываться специальный проектный офис», – сообщил министр здравоохранения Московской области Дмитрий Марков.

Как уточнили в высшем отраслевом ведомстве Подмосковья, в минувшем году снижение смертности от онкологических заболеваний составило 3%. А это проявление очевидной тенденции.

«С каждым годом растёт ранняя выявляемость онкологических заболеваний. Так, в прошлом году она была доведена до 53%. Чтобы ещё поднять эффективность работы онкологов, в регионе ведётся строительство двух центров позитронно-эмиссионной томографии, которые откроют новую страницу в лечении тяжёлых заболеваний», – сообщили из министерства.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Сито!

Московская область.

Решения

Детей с сахарным диабетом обеспечат тест-полосками

В бюджете Приморского края на 2017 г. предусмотрели 4,7 млн руб. на поддержку семей, воспитывающих детей с сахарным диабетом.

В краевом регистре пациентов, страдающих этим заболеванием, значатся 364 ребёнка. Речь идёт о денежной выплате для приобретения тест-полосок к глюкометрам семьям, имеющим ребёнка-диабетика. Закон о поддержке таких родителей был принят по

инициативе губернатора Приморья Владимира Миклушевского в июле прошлого года.

Как поясняют в Департаменте труда и социального развития Приморского края, денежная выплата предоставляется при условии, что доход семьи ниже величины среднедушевого дохода населения в Приморском крае. Сегодня он составляет 34 081 руб. на каждого члена семьи. Размер компенсации – 3375

руб. Выплаты производят один раз в квартал и заканчивают выплачивать по достижении ребёнком 18-летнего возраста. Обратиться за выплатой может один из родителей (попечителей или опекунов) ребёнка, страдающего диабетом.

Николай ИГНАТОВ.

МИА Сито!

Владивосток.

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ | Хирургические аспираторы



- Низкий уровень шума, высокий уровень разряжения
- Широкий модельный ряд отсасывателей для различных нужд
- Безопасность, надёжность и долговечность в работе
- Не требует постоянного технического обслуживания

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Губительный дым

Сотни тысяч россиян ежегодно умирают от связанных с курением заболеваний. Об этом напомнила в ходе «круглого стола» на тему «Борьба с табакокурением в России: новые меры» первый заместитель директора по научной и лечебной работе Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России член-корреспондент РАН Оксана Драпкина. «Ежегодно в России от заболеваний, связанных с курением, умирают от 300 до 400 тыс. человек», – сказала она.

О.Драпкина отметила, что в нашей стране за период 2010-2015 гг. на 10-15% снизилось число курящих мужчин. «Женщины, к сожалению, по нашим данным, не столь значительно снизили привязанность к этой пагубной привычке», – подчеркнула она.

Валентин СТАРОСТИН.

Избавляясь от больничных стереотипов

В первичном онкологическом отделении поликлиники Находкинской городской больницы Приморского края в работе с пациентами стараются отходить от устоявшихся «больничных» стереотипов, создавать положительный настрой на лечение.

Недавно пациенты и коллектив больницы получили сразу несколько необычных подарков от городских активистов.

Фотовыставку «Я люблю тебя, жизнь!» разместили в холле и в кабинетах онкологического отделения поликлиники. Экспозиция была подготовлена коллективом морского порта.

Специально для первичного онкологического отделения поликлиники они подготовили серию видеороликов, каждый из них наполнен положительными эмоциями. Эти работы будут транслироваться на мониторах в холле, а также в помещении дневного стационара, где больные будут проходить длительную процедуру химиотерапии.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Приморский край.

К пожилым — особый подход

Для пожилых граждан России разработают специальную «азбуку здоровья». Об этом в ходе заседания Комитета Совета Федерации по социальной политике сообщила главный гериатр Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, директор Российского геронтологического научно-клинического центра Российской национальной исследовательской медицинской академии наук им. Н.И.Пирогова, профессор Ольга Ткачёва.

«Мы впервые пытаемся разработать «азбуку здоровья» пожилого человека. Это абсолютно новый подход к оценке и сохранению здоровья таких пациентов», – сказала О.Ткачёва.

Примечательно, что, согласно заверениям О.Ткачёвой, в течение ближайших 3 лет в нашей стране планируется разработать профессиональные стандарты для врача-гериатра и специалиста по паллиативной медицинской помощи лицам пожилого возраста.

Игорь САВРАНЦЕВ.

Москва.

Лекари-нарушители

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения пресекла незаконную деятельность трёх медицинских центров китайской медицины в Сочи, Московской области и Москве.

Нарушения были типичными для такого рода учреждений – с пациентами работали граждане иностранных государств, не имеющие документов, подтверждающих уровень образования и право осуществлять медицинскую деятельность на территории Российской Федерации.

В результате проведённых проверок виновные привлечены к административной ответственности.

В связи с вышеизложенным Росздравнадзор призывает граждан к бдительности и ответственности за своё здоровье: при посещении любого медицинского центра необходимо проверять лицензию на осуществление медицинской деятельности, у иностранных специалистов – разрешение на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации (сертификат специалиста), обращать внимание на выписываемые лекарственные средства и используемые медицинские изделия – все они должны быть официально зарегистрированы.

Яна ГЛАЗКОВА.

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

Ориентиры

Когда донор — фигура уважаемая...

Тогда и донорство даёт высокий результат

Свыше 20 тыс. жителей Омской области разного возраста стали в минувшем году добровольными донорами крови, и треть из них – впервые. Как и прежде, в лечебно-профилактических учреждениях более чем миллионного Омска и почти такого же населения сельских районов Прииртышья недостатка в компонентах этой «живой воды» не испытывали. Заявки ЛПУ данного сибирского региона всегда удовлетворяются областным Центром крови на 100%.

В первую очередь это стало возможным потому, что правительством Омской области уже в течение многих лет уделяется особое внимание развитию донорства. Донорам сохранены денежные выплаты, льготы на бесплатный проезд в общественном транспорте, гарантированное дополнительное питание после сдачи крови. Да и медики, специализирующиеся в донорстве, не обделены вниманием. Им выделяется новейший транспорт, обеспечивается свободный доступ на любое предприятие или учеб-



В Центре крови Омской области донорам всегда рады

ное учреждение. Благодаря чему в 2016 г. бригады Центра крови сделали 200 выездов только за пределы города на Иртыше, и их, скажем так, пациентами стали без малого 9 тыс. человек от 18 до 60 лет. Общий же результат прошлого года – 25 тыс. л.

Согласитесь, коллективу Центра крови, в котором всего 4 филиала и 10 отделений переливания крови, этим результатом можно гордиться.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Инициатива

Где на крыльях, а где — по рельсам

Очередным доказательством того, что мобильная медицинская помощь является в нашей стране одной из важнейших форм организации здравоохранения, стали результаты работы в 2016 г. передвижного консультативно-диагностического центра «Академик Фёдор Углов». В каких-то субъектах РФ подспорьем является санитарная авиация, а в Приангарье – санитарный поезд. Медицинский состав, сформированный в 2010 г. и названный именем уроженца Иркутской области, выдающегося советского хирурга и учёного Фёдора Углова, стал настоящим символом здравоохранения региона.

За прошлый год «госпиталь на рельсах» совершил по разным направлениям Восточно-Сибирской железной дороги 13 выездов, за время которых врачи обследовали и проконсультировали в общей сложности больше 12,5 тыс. жителей сельских районов. Нагрузка на медиков во время таких поездок немалая, учитывая, что один выезд длится в среднем неделю, и за эти дни на встречу

с докторами приходят до тысячи человек.

Вагоны спецпоезда оборудованы не только для консультативного приёма пациентов, но и для проведения лабораторных исследований, УЗИ, ЭКГ, рентгенофлюорографических и эндоскопических обследований. В минувшем году по результатам диагностики почти у 12 тыс. человек были впервые выявлены заболевания, а ещё

в 14 тыс. случаев – обострения хронических заболеваний, свыше 2 тыс. больных сразу получили направления на госпитализацию в районные и областные больницы. Эти цифры, как никакие другие, доказывают важность подобных медицинских «десантов» в российской глубинке. Причём, подчёркивают в Минздраве Иркутской области, многие из пациентов сразу получают консультации три, а то и четыре специалистов «из области». Надо ли говорить, что сельчанам такая счастливая возможность выпадает не часто?

Анализ обращений к услугам врачей поезда «Академик Фёдор Углов» показал, что самыми востребованными специалистами у населения сельских районов Приангарья являются кардиолог, хирург и окулист. В то же время в состав бригады входят и врачи других специальностей: терапевт, невролог, оториноларинголог, эндокринолог и стоматолог.

Елена ЮРИНА.

Иркутск.

Перемены

В Красноярском крае недавно открылись сразу два фельдшерско-акушерских пункта. А на днях справят новоселье ещё два. В общей сложности за последние 5 лет в регионе появилось 118 новых ФАПов. Их возводят как на месте старых, непригодных к эксплуатации зданий, так и в тех сёлах, где ФАПа прежде не было.

Как пояснили в Министерстве здравоохранения Красноярского края, подавляющее большинство ФАПов расположены в деревянных домах постройки середины прошлого века, либо в приспособленных помещениях школ, детских садов, сельсоветов. В тех случаях, когда реконструкция невозможна, строят

На здоровье людей не экономить
Такого правила придерживаются в Красноярском крае

новый дом. Как правило, для этого используются легко собираемые модульные конструкции. Пять лет назад Минздравом края был проведён анализ доступности медицинской помощи на селе и установлены населённые пункты, нуждающиеся в строительстве новых либо «реанимации» существующих ФАПов. Так стартовал проект, в котором фигурировало 118 адресов. Но после того как в 2016 г. Минздрав России утвердил новые критерии – если в деревне от 100 до 300

жителей, а до ближайшего медпункта больше 6 км, в ней должен быть фельдшерский пункт, если же жителей от 300 человек до тысячи, то ФАП обязателен во всех случаях, – изначальный план был дополнен новыми адресами. Обновление старых и возведение новых сельских медпунктов в крае продолжится и в наступившем году: планируется открыть ещё 16 ФАПов.

Говорить о том, что именно на фельдшеров и акушеров у селян теперь вся надежда, тоже нельзя.

Ни о какой «оптимизации» сети медицинских учреждений в сельской местности в Красноярском крае даже не помышляют. «Закрывтия участковых больниц и врачебных амбулаторий на территории края Министерством здравоохранения не предусмотрено», – подчёркивают в ведомстве.

За 5 лет региональная казна направила на строительство ФАПов 158 млн руб., в наступившем году планируется использовать ещё 44 млн. Программа развития и модернизации сети

ФАПов в Красноярском крае доказала: затраты бюджета на строительство и содержание этих «малых форм» учреждений здравоохранения полностью оправдывают себя доступностью первой, а нередко и неотложной медицинской помощи для жителей сельских районов. Никаких иных оценок рентабельности для ФАПов нет и быть не может.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Официально

Предельное соотношение

Минздрав России подготовил проект приказа, устанавливающий зависимость заработной платы руководящего состава от средней зарплаты работников подведомственных Министерству организаций и учреждений.

Проект приказа Минздрава России «Об установлении предельного уровня соотношения среднемесячной заработной платы руководителей, их заме-

стителей и главных бухгалтеров федеральных государственных бюджетных, автономных, казённых учреждений, федеральных государственных унитарных предприятий, находящихся в ведении Министерства здравоохранения РФ, и среднемесячной заработной платы работников этих учреждений и предприятий (без учёта руководителя, заместителей руководителя и главного бухгалтера)» подготовлен в целях реализации отдельных по-

ложений Трудового кодекса Российской Федерации, Положения об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных и казённых учреждений и Положения об условиях оплаты труда руководителей федеральных государственных унитарных предприятий.

Настоящий проект приказа предлагает ввести ограничения на уровень заработной платы руководителей, заместителей и главных бухгалтеров организаций, подведомственных Минздраву России, путём установления зависимости заработной платы руководящего состава от средней зарплаты работников организаций.

Соб. инф.

Прогнозы

Федеральная антимонопольная служба (ФАС) России подвела итоги второго этапа международного сравнительного анализа цен на лекарственные препараты, обращающиеся на рынке.

В частности, сравнивалось, по какой стоимости препараты продаются в России и ряде зарубежных стран. Ведомство проанализировало цены на антибактериальные и противотуберкулёзные лекарства, а также для лечения ВИЧ, гепатитов В и С. Масштабное исследование проводится антимонопольной службой во исполнение поручения Президента РФ.

В результате по 95 позициям препаратов ФАС России найдены более низкие цены в отдельных референтных странах. Наиболее яркий пример завышенных в России цен –

Цена вопроса

бельгийский лекарственный препарат «ПегИнтрон». Отпускная стоимость на него в нашей стране превысила цены во всех рассмотренных 19 странах, 13 из которых являются референтными для России.

Но в целом цены на все эти препараты оказались на 29% ниже минимальных цен в 38 странах мира. По 58 позициям уровень цен на лекарства в России оказался самым низким среди рассматриваемых стран.

– По всем выявленным случаям превышения зарегистрированных в России предельных отпускных цен производителей над минимальными ценами в референтных странах ФАС России планирует осуществить

комплекс мер по их снижению до выявленного минимального уровня, – подчеркнул начальник Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС России Тимофей Нижегородцев.

Напомним, что первый этап исследования включал анализ цен на лекарственные препараты, закупаемые государством в рамках программы «Семь нозологий». По итогам этой работы ведомству удалось снизить отпускную стоимость 88 препаратов. Эксперты прогнозируют, что ежегодная экономия бюджетных средств при закупках лекарств составит минимум 5 млрд руб.

Ирина АНДРЕЕВА.

Тенденции

Страшная тема

Очередное заседание Омской межведомственной комиссии по вопросам демографии, семьи, женщин и детей было посвящено страшной теме – суициду в молодёжной среде. Особенно среди несовершеннолетних.

Цифры названы ужасающие. Так за 10 месяцев 2016 г. количество суицидальных попыток в Омске составило более 750 случаев, в том числе около 50 – предпринято несовершеннолетними.

– В среднем в месяц таких попыток совершается от 65 до 80, – сообщил руководитель Управления Минтруда Омской области по городу Сергей Щеглов.

По данным статистического управления области, за январь-август прошлого года смертность населения составила 13,8 случаев на 100 тыс. населения, что на 17% ниже общероссийского показателя и почти вдвое ниже чем по Сибирскому федеральному округу.

Главный специалист отдела охраны здоровья матери и ребёнка областного Минздрава Ирина Гордеева озвучила цифры уже своего ведомства.

– Количество незавершённых суицидов составило 1319 случаев в Омской области (74 – среди

несовершеннолетних), в Омске – 759 (46 – среди несовершеннолетних), что меньше, чем в 2015 г. Случаев завершённого суицида в регионе – 516, в том числе в Омске – 220. Менее 5% – это жители, которые ранее стояли на учёте. Основные способы – повешение (почти 80%), на втором месте – падение с высоты (5,4%), на третьем – отравление медикаментами (4,3%). В состоянии алкогольного опьянения совершено 2,7% суицидов, – рассказала И.Гордеева.

По данным Минздрава, в 2016 г. было 11 завершённых суицидов среди несовершеннолетних (6 – в прошлом году).

Отмечено также, что случаев незавершённого суицида в Омской области становится больше, то есть увеличивается число людей, которые, к счастью, решили не доводить дело до конца. Здесь способы отличаются – на первом месте идут медикаменты, потом вскрытие вен и уже на третьем месте – повешение.

– Это люди, которые на самом деле не хотели закончить жизнь самоубийством, они хотели обратить на себя внимание, это эпатаж, – пояснила И.Гордеева.

Директор Департамента образования Екатерина Спехова рассказала, что сейчас в шко-

лах большой акцент делается именно на профилактику суицидальных настроений среди детей и подростков. Но все эти усилия будут тщетны, если сами родители должным образом не проследят за детьми.

– У нас есть случай. Вроде благополучная семья, но в ней 11-летняя девочка состоит в нескольких «группах смерти». Родителям об этом говорилось, но за 1,5 недели они не отреагировали на это. А девочка просто просит внимания, у неё нарушена коммуникация со сверстниками. Её третий раз не переводят из одного класса в другой. К сожалению, родители большей частью не проживают на территории Омска. Ребёнок по доверенности находится с нянями, – рассказала про один из случаев Е.Спехова.

В Омской области продолжает работать телефон доверия. В 2016 г. на него поступило более 17 тыс. звонков. 24 из них – именно о суицидальных мыслях. 18 – от несовершеннолетних. И что делать?

Ответа на этот вопрос пока нет.

Николай ВАСИЛЬЕВ.

МИА Сити!

Омск.

Ситуация

Для экономии средств в системе обязательного медицинского страхования Минздрав России предлагает лишить права на ОМС семьи трудовых мигрантов из стран Евразийского экономического союза (ЕАЭС) – Белоруссии, Казахстана, Армении, Киргизии, а также всех мигрантов, которые не работают в стране по официальным трудовым договорам. Такие рекомендации содержатся в письме заместителя главы Минздрава России Дмитрия Костенникова от 21 ноября 2016 г. Письмо было направлено в Минтруд, МИД, Минфин России и другие ведомства.

Мигранты будут платить за лечение

Для того, чтобы реализовать эту инициативу, необходимо внести изменения в договор о Евразийском экономическом союзе, отмечается в документе. По этому договору трудовые мигранты из Белоруссии, Казахстана, Армении, Киргизии и их семьи имеют такие же права на медицинскую помощь, как и граждане России. И наоборот, россияне, приехавшие работать в страны ЕАЭС, имеют права на медпомощь наравне с гражданами этих стран.

Минздрав предлагает изменить формулировку договора. «Обязательному медицинскому страхованию подлежат граждане государств-членов ЕАЭС, работающие в государстве трудоустройства на основании трудовых договоров». При этом все другие категории мигрантов, а также члены семей трудовых мигрантов из системы ОМС исключаются».

В Россию из стран экономического союза едут гораздо чаще, чем из России к ним, поэтому наша страна несёт больше расходов, чем другие участники ЕАЭС, что несправедливо. Кроме этого, не во всех странах ЕАЭС есть система ОМС, а значит, нарушается паритет.

Минтруд России уже рассмотрел предложение Минздрава. Ведомство не стало возражать против исключения из ОМС семей мигрантов из стран ЕАЭС. Заместитель главы Минтруда Алексей Черкасов в своём ответном письме Минздраву предложил оставить в ОМС трудовых мигрантов из стран ЕАЭС, работающих не по трудовому, а по гражданско-правовому договору.

По данным федерального фонда ОМС, больше половины россиян – 85 млн из 146,5 – считаются неработающими. За работающих граждан платят взносы работодатели, а за неработающих – регионы. Планировалось, что в 2017 г. взносы на неработающее население составят 619 млрд руб., а на работающее – 1 трлн руб. Найти эти 619 млрд руб. весьма сложно. В 2016 г. 10 субъектов РФ испытывали «постоянные затруднения по уплате взносов на неработающее население», говорится в письме заместителя главы Минздрава Д.Костенникова.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Однако

Что за вопиющим случаем?



Водителю автомобиля, не пропустившего скорую помощь на Камчатке, которая ехала к умирающему пациенту, по линии ГИБДД грозит штраф 500 руб. Основанием для штрафа является статья «Непредоставление преимущества в движении маршрутному транспортному средству или транспортному средству с включёнными специальными световыми и звуковыми сигналами». Так считают представители правоохранительных органов.

Это сообщение прокомментировал председатель Комитета Государственной Думы РФ Дмитрий Морозов:

– Тут двух мнений быть не может – очень жаль, что за блокировку проезда транспортного средства с проблесковыми маячками сегодня можно наложить лишь админи-

стративный штраф или лишить права управления транспортным средством на срок до 3 месяцев. Это немного.

По моему мнению, люди должны знать о тех, кто совершает такие поступки. На мой взгляд, это будет более весомо и значимо. Когда весь район знает о том, что подобный поступок совершил конкретный человек, это очень многих остановит.

Нам необходимо подумать ещё и об общественном порицании. Эта информация должна быть открыта, в обществе должно накопиться неприятие подобных поступков, и тогда мы продвинемся вперёд и избежим подобного в будущем.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Хотят ли медики войны? Вопрос выглядит абсурдным, и ответ напрашивается однозначный – «Нет»! Однако в том-то и дело, что ни войны, ни локальные вооружённые конфликты, ни террористические акты, ни техногенные или природные ЧС не спрашивают о наших желаниях, они просто случаются. А дальше начинается проверка готовности не только для вооружённых сил, правоохранительных органов и спасателей, но и для системы здравоохранения. И если врачи «в погонах» заведомо имеют необходимую подготовку к работе в боевых условиях, то гражданским медикам в этом плане многому следует научиться.

Чему учит история

Вопрос, необходимо ли вернуть в российские медицинские вузы программы по военно-полевой хирургии, поднялся на страницах «Медицинской газеты» (см. № 67 от 07.09.2016) профессор Башкирского государственного медицинского университета Владимир Плечев (Уфа). По мнению автора, нужно «минимизировать разрыв в универсальности, «поливалентности» базовой подготовки военных и гражданских хирургов». Публикация вызвала большой интерес в профессиональном сообществе, причём мнения не были однозначными. Даже среди именитых российских хирургов оказались скептики и противники данного предложения, которые считают, что и без дополнительной подготовки компетенций общих хирургов вполне достаточно для оказания помощи раненым в теракте и пострадавшим от землетрясения. И вообще готовиться к Третьей мировой – напрасная трата сил и времени, потому что раненых в ядерной войне просто не будет.

Но есть и сторонники идеи поливалентности хирургов. Точку в этой заочной дискуссии призван был поставить состоявшийся в Москве Международный форум «Хирурги против терроризма. Хирургия повреждений. Ошибки, опасности, осложнения». Обращаясь к собравшимся, президент Российского общества хирургов академик РАН Игорь Затевахин привёл слова другого академика – Бориса Петровского – о том, что в настоящее время военно-полевая хирургия превращается в военно-городскую. «А коль скоро это так, проект «Хирурги против терроризма» главной целью ставит образование, то есть трансляцию опыта военных хирургов в практику гражданской медицины», – пояснил И.Затевахин.

Нынешний форум должен послужить стратегической площадкой для развития данной идеологии и её отражения в системе непрерывного медицинского образования. Как отмечали многие участники конференции, ещё недавно мы гордились этапной системой распределения и оказания помощи раненым в военно-полевых условиях, отработанной ещё со времён войны 1812 г., Крымской войны, Первой мировой и, конечно, Великой Отечественной войны. Казалось, что мы уже всё знаем и умеем. Но в XXI веке возникла необходимость говорить об организации такой же помощи жертвам террористических актов, где нужна координация усилий военной медицины, гражданского здравоохранения, спасательных служб и спецслужб.

Одна из сессий форума целиком была посвящена организации оказания помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. И каждое из сообщений убедительно доказывало: не только сам характер ранений, полученных в результате боевых действий, терактов, техногенных и природных катастроф, но и обеспечение деятельности медиков в экстремальных условиях – особая наука, незнание которой оборачивается увеличением человеческих потерь.

Острая тема

Хирурги – против А террористы – Чтобы врачи могли спасти раненых,

Госпиталь, как мишень

Чтобы защитить мирное население и организовать оказание помощи пострадавшим в терактах, необходимо сначала защитить врачей. По злой иронии судьбы как раз за несколько дней до московского форума «Хирурги против терроризма» в Сирии в результате обстрела погибли сотрудники российского мобильного военного госпиталя. Незащищённость медицинского объекта от вероятной атаки боевиков вызывает вопросы и от-



Генерал-майор медицинской службы
Богдан Котив

сылает к аналогичной ситуации, которая произошла в 2003 г. в Моздоке (Республика Северная Осетия). Это был пример наглой и, увы, успешной террористической атаки на многопрофильный военный госпиталь. Но, как показали печальные события декабря 2016 г. в сирийском Алеппо, данная тема остаётся крайне актуальной и в настоящее время.

– Военный госпиталь № 1458 в Моздоке был одним из ведущих лечебных учреждений в условиях контртеррористической операции в Чечне. В период интенсивных боевых действий хирургическую помощь разного объёма, включая сложнейшие операции, здесь получали более 100 раненых военнослужащих в сутки, – напомнил участникам форума главный хирург Минобороны России, генерал-майор медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор Богдан Котив.

Вечером пятницы 1 августа 2003 г. автомобиль КамАЗ под управлением водителя-смертника, гружённый тремя с половиной тоннами аммиачной селитры, что составляет в тротиловом эквиваленте около тонны взрывчатки, протаранил металлические ворота на въезде на территорию госпиталя. На пути террориста встал... один человек – рядовой караульной службы, пытавшийся обстрелять машину и не дать ей двигаться по территории. КамАЗ взорвался возле главного корпуса. Трёхэтажное здание рухнуло, начался пожар. В это время в клинике находились около 150 че-

ловек, из них 35 – медперсонал, в том числе прибывшие для «усиления» врачи Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. В двух операционных госпиталях шли операции, все работавшие здесь хирурги, анестезиологи и медсёстры погибли.

Как подчеркнул Б.Котив, уникальность медицинской ситуации после данного теракта в том, что с первых минут от взрыва до прибытия бригад «скорых» и спасателей помощь пострадавшим оказывали врачи и медсёстры, которые смогли самостоятельно выбраться из разрушенного здания госпиталя. Они вытаскивали раненых из-под завалов, из огня. При этом у них не было никаких средств для оказания первой помощи: кровотечения останавливали пальцевым прижатием артерий, наложением импровизированных жгутов и повязок из того, что оказывалось под руками. В живых после этого теракта, в том числе благодаря героизму персонала госпиталя, остались около 100 пострадавших. Погиб 51 человек, среди которых 19 медицинских работников.

– Если говорить об уроках события в Моздоке, прежде всего, это необходимость надёжной защиты медицинских учреждений при возникновении террористических угроз. Террористы наносят удары по самым чувствительным местам, а больницы и военные госпитали – именно такие объекты, – подытожил главный хирург Министерства обороны РФ.

Предполагать и знать – не одно и то же

Об уроках другой трагедии – захвате заложников в школе № 1 города Беслан (Северная Осетия) в сентябре 2004 г. – напомнил участникам форума директор Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздрава России академик РАН Сергей Гончаров:

– Знание принципов организации медицинской помощи при разных чрезвычайных ситуациях и вооружённых конфликтах, а также наличие навыков в области хирургии повреждений обязательны для всех хирургов, включая гражданских. За 24 года, в течение которых российская служба медицины катастроф совместно с военно-полевыми хирургами Минобороны занимается оказанием помощи пострадавшим в военных конфликтах, терактах, при землетрясениях, мы нарабатывали целый ряд компетенций, которые будут полезны гражданским хирургам. Сформированы два обучающих модуля, мы предлагаем их использовать для системы непрерывного медицинского образования и последующей аккредитации специалистов.

Одно из тяжёлых испытаний, которые нам пришлось пройти, чтобы выработать эти компетенции – участие в операции по освобождению заложников в школе Беслана. Во-первых, когда мы прибыли к месту теракта, у нас не было достоверной информации о числе заложников. Во-вторых, мешала непредсказуемость развития событий и сложность прогнозирования характера поражений, которые могут воз-



Директор ВЦМК «Защита» Сергей Гончаров

никнуть у заложников при попытке их освобождения. В-третьих, недостаточная кожная сеть в Беслане и полное отсутствие детских хирургических коек. К тому же, у местных врачей не было опыта работы в условиях массового поступления пострадавших. И, наконец, была очень сложная психологическая обстановка: разгорячённые местные жители требовали спасти их детей. В таких условиях медикам необходимо было постоянное взаимодействие с основными должностными лицами ФСБ и МЧС, но, увы, никакой необходимой для нас информации штаб нам не предоставлял. Мы даже не знали, будет штурм, или его не будет.

Спустя сутки после захвата школы террористами у нас не было сведений о числе заложников, мы ориентировались на цифры от 70 до 300. И только когда Руслан Аушев, которому бандиты разрешили войти в школу, вернулся оттуда, он сооб-



Организаторы форума – (слева направо) академик Амиран Ревишвили, профессор Андрей Фёдоров, академик Игорь Затевахин

терроризма. против хирургов им самим необходима защита

шил нам, что внутри больше тысячи человек. Это известие заставило нас экстренно менять стратегию, в частности, мы затребовали, чтобы в Беслан срочно выдвинулся полевой госпиталь, усиленный педиатрическими бригадами.

В нашем распоряжении были 62 медицинские бригады. Мы днём и ночью занимались планированием: рисовали схемы движения санитарного транспорта по Беслану, предполагали возможные варианты работы спасателей и медиков в зависимости от того, будет ли при освобождении заложников перестрелка, взрыв и обрушение здания, пожар, использование токсических веществ, то есть пытались спрогнозировать структуру повреждений и санитарных потерь. А также отработывали порядок сортировки раненых и маршруты вывоза их в больницы соседних городов.

Неожиданно для нас днём 3 сентября в районе школы раздался взрыв, началась беспорядочная стрельба, силовики приступили к операции освобождения заложников. В течение 4 часов от начала операции в полевой педиатрический госпиталь поступили 556 раненых. Это исключительный случай: большого числа одновременно поступивших пострадавших мне никогда больше принимать не приходилось.

Самым сложным на этапе сортировки было определить, смогут ли раненые перенести эвакуацию на расстояние больше 20 км в больницы соседних городов. Времени на принятие решения – 1 минута. А если необходимо оказать экстренную помощь раненому до эвакуации, сделать это нужно было за 5 минут, иначе мы бы создали «завал» и не справились с работой. Незамедлительной эвакуации после оказания экстренной медицинской помощи подлежали 199 детей, ещё 55 раненых детей были эвакуированы чуть позже, после стабилизации их состояния, в том числе в клиники Москвы и Ростова-на-Дону. Всего с полудня до вечера 3 сентября в операционной и перевязочных полевом педиатрического госпиталя было проведено 47 оперативных вмешательств.

Проведённая в полевом госпитале медицинская сортировка, основанная на принципах военно-полевой хирургии, а также правильное распределение медицинской помощи по видам и объёмам позволили свести показатель госпитальной летальности среди пострадавших к самым низким цифрам. Ещё этому способствовало то, что у нас были сутки на подготовку, мы успели потренировать и спасателей, и водителей, и личный состав больницы в Беслане. К сожалению, в большинстве случаев при терактах у медиков нет такого времени, реагировать нужно немедленно. И ещё один фактор успеха – опыт действий в условиях ЧС врачей, работавших в нашем полевом госпитале. Кстати, именно тогда я сделал вывод, что педиатры-хирурги оперируют и детей, и взрослых, тогда как взрослые хирурги детей оперировать боятся.

К сожалению, трагедия в Беслане запомнится большими потерями – 329 человек, в том числе 171 ребёнок. Большинство погибло при обрушении перекрытий школы и в результате возникшего пожара.



Генерал-майор медицинской службы Павел Брюсов

Какие выводы мы должны сделать сегодня из событий тех далёких дней? Медикам необходимо всегда быть готовыми к работе в чрезвычайных условиях, мобильные формирования спасательных служб, urgentные клиники, скорая помощь, служба санитарной авиации должны находиться во взаимодействии. И, конечно, нужно наращивать специальное оснащение и оборудование для мобильных формирований – полевых и авиагоспиталей. Особенно сейчас, когда мы сталкиваемся с терактами, и с вооружёнными конфликтами в приграничных территориях.

Не час, а 27 минут

Большая часть научной программы форума была посвящена частным вопросам хирургии повреждений. Лечение огнестрельных ранений, взрывных поражений внутренних органов и головного мозга, сочетанной и политравмы у пострадавших в результате терактов и боевых действий имеет особенности, о которых «гражданским» хирургам рассказывали специалисты с опытом такой работы.

– За рубежом хирургия повреждений уже давно стала объединяющей дисциплиной для всех хирургических специальностей, а в «гражданском секторе» российского здравоохранения она до сих пор считается сферой приложения травматологов. Между тем хирургия повреждений представляет собой самостоятельный клинический раздел, выходящий за рамки травматологии, является частью общей хирургии и включает травматологию, хирургию неотложных состояний и экстренную общую хирургию. То есть, как следует из этого определения, хирургия повреждений должна быть областью знаний каждого врача, имеющего хирургическую специальность, – подчеркнул профессор кафедры военно-полевой хирургии московского филиала ВМА им. С.М.Кирова Минобороны России генерал-майор

медицинской службы Павел Брюсов.

В качестве аргумента он привёл следующие данные. За 2 года военного конфликта в Чечне потери военнослужащих составили 5,5 тыс. человек. Начиная с 2000 г. жертвами террористических атак на территории Российской Федерации стали 1499 человек. При этом ежегодно на дорогах страны погибают около 40 тыс. человек, и среди этого огромного числа 40% при своевременном оказании хирургической помощи могли бы быть спасены. Такая же картина в отношении раненых в результате терактов, землетрясений, крупных пожаров и т.д. Максимально своевременное оказание первой доврачебной, догоспитальной, а затем специализированной хирургической помощи могло бы существенно уменьшить потери.

По словам профессора П.Брюсова, развитие практических подходов к лечению политравмы привело к тому, что сегодня в Германии временной стандарт поступления больного с ранением или травмой на операционный стол

военных конфликтов: использование высокотехнологичной хирургической помощи на этапах эвакуации и лечения раненых даёт заметное снижение не только летальности, но и инвалидизации. По словам генерал-майора медицинской службы, такие успехи обусловлены тем, что военные хирурги применяют высокотехнологичную помощь сразу, когда имеют для этого возможность, в то время как в гражданской хирургии, согласно регламентам, для оказания такого вида помощи необходим перевод больного в тот или иной специализированный центр при условии получения определённого разрешения. Под словом «разрешение» имеется в виду давно вызывающая вопросы система квотирования ВМП.

Ещё один вывод, который вынесен из опыта работы медиков в условиях вооружённых конфликтов – необходимость всесторонней подготовки военно-полевых хирургов, и здесь, говорит профессор П.Брюсов, «у нас общие интересы с гражданскими хирургами». Вот знания, которые, по его мнению, необходимы и тем, и другим: вопросы раневой баллистики и особенностей боевой травмы, тактика организации хирургической помощи в боевых условиях и в экстремальных ситуациях, навыки сортировки раненых. А также владение обязательными практическими навы-

получает будущий гражданский врач в рамках вузовских учебных программ, недостаточно, чтобы в условиях реальных боевых действий оказывать помощь раненым. Юрий Розин – до недавнего времени сотрудник Института неотложной хирургии в Донецке, а ныне – врач одной из воинских частей:

– Большая часть коллег, с которыми мне пришлось взаимодействовать на службе – травматологи, хирурги, врачи общей практики – и по багажу знаний, и психологически оказались не подготовлены к оказанию помощи пациентам в условиях боевых действий. Считаю, что предпосылки к этому были созданы отменой военных кафедр в медицинских институтах и начавшейся узкой специализацией в медицине. Скоро дойдёт до того, что будет специалист по левой стопе и специалист по правой стопе. Уже сегодня один врач говорит, что он исключительно эндоскопический хирург, второй – что он оперирует только открытым доступом. И многие забыли о том, что помимо узкой специализации есть общеврачебные манипуляции, которые обязан уметь делать каждый доктор. Независимо от того, доводилось ли тебе когда-нибудь в мирной жизни выполнять торакотомию, в военно-полевых условиях ты должен быть способен её выполнить. Я по специальности сосудистый хирург, а на войне мне приходится делать практически всё, был даже опыт выполнения трепанации черепа.

Нельзя говорить, что нет разницы в необходимых практических навыках гражданского и военно-полевого хирургов. Разница существует, так как есть специфика в ранениях и травмах мирного и военного времени. Между тем значительная часть гражданских врачей не знает и не считает нужным знать такой раздел, как раневая баллистика, полагая, что это информация только для судмедэкспертов. Между тем от этих знаний во многом зависит результат оказания хирургической помощи пострадавшим.



С «фронта» – на форум

или в противошоковое отделение составляет 27 минут, в США – 40. А в России мы по-прежнему говорим о «золотом часе».

– Было подсчитано, что смертность пострадавших с жизнеугрожающими, но восстанавливаемыми повреждениями в странах с низким уровнем доходов составляет 36%, а в странах с высоким уровнем доходов – 6%. Мы сейчас из категории стран с высоким уровнем доходов опустились на уровень стран со средним уровнем доходов и, по данным разных научных исследований, летальность при тяжёлых травмах в нашей стране составляет 35–40%, – констатировал П.Брюсов.

Он также отметил важный урок

ками: внешняя фиксация перелома, временное протезирование и шов сосуда, трахеостомия и коникотомия, декомпрессивная трепанация черепа, стернотомия и торакотомия, лапаротомия с доступом к крупным сосудам, тампонада печени, стентирование мочеточника, методика временного закрытия брюшной полости и кожная пластика. Речь идёт о подготовке поливалентного хирурга, что профессор П.Брюсов считает правильной идеей.

Раневая баллистика? А что это?

И ещё одно мнение в пользу того, что знаний, которые сегодня

* * *

Разговор о месте и роли врача в современном взрывоопасном мире только начался. Международное движение «Врачи мира против терроризма» было организовано в 2015 г. по инициативе академика РАН Евгения Чазова. В феврале 2017 г. в Москве пройдёт 1-й Международный общественно-политический форум «Врачи мира против терроризма», об участии в котором заявили уже 37 государств мира.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Сегодня наше общество и государство повернулись лицом к пожилым людям. В стране многое делается для охраны их здоровья, создания нормальных условий жизни. Хотя нам ещё так далеко до того качественного уровня, который во многих цивилизованных странах стал привычным. Наши геронтологи и гериатры знакомятся с опытом других стран и используют его в своих клиниках, госпиталях ветеранов войн, больницах, реорганизуют структуру службы, активно внедряют этические нормы в учреждениях, где лечат людей старшего поколения. Свои наболевшие вопросы специалисты обсуждают на различных съездах, конференциях, форумах, а также занимаются поиском новых путей для укрепления службы, её дальнейшего становления. Это подтвердили и участники состоявшейся в столице III Московской научно-практической конференции по геронтологии и гериатрии, собравшей специалистов не только из наших регионов, но и зарубежья.

**Они не чужие,
они – наши**

Время старости нелёгкое. Мало кто из людей старшего возраста сохраняет ясную память, здравый рассудок, не обременён разными недугами. И, открывая московскую конференцию, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Эльмира Вергазова особо подчеркнула, что все, кто причастен к гериатрической службе, безусловно, хотят не просто продлить жизнь человека, но и создать все необходимые условия для активного долголетия. В нашей стране сделано уже немало для этого. Как же развивается гериатрическая служба России?

Есть два пути развития геронтологии: первый – экстенсивный, при котором развивается медицинская помощь в стационарах, амбулаторных учреждениях и второй – интенсивный, рассчитанный на долгосрочную гериатрическую помощь. Доля лиц старшего трудоспособного возраста с 2016 по 2025 г. увеличится в нашей стране с 20,4 до 27%, что составит почти 40 млн человек. Продолжительность жизни россиян достигла почти 72 лет. И если на одну тысячу человек трудоспособного возраста приходилось ещё недавно 330, то сегодня – 412, что определяет актуальность проблем гериатрии и ставит перед ней новые научные задачи по определению пенсионного возраста. Это требует изучения процессов старения, чем активно занимается наш Российский геронтологический научно-клинический центр. Для дальнейшего увеличения продолжительности жизни в России надо решать такую проблему, как снижение заболеваемости и смертности лиц старшего поколения.

Отвечая на вопрос, что такое сегодня гериатрия, Э.Вергазова отметила: сегодня это решение главной задачи – сохранение функционирования независимых учреждений, которые занимаются вопросами улучшения качества жизни пожилого человека. А главный принцип в гериатрии, и в этом заключается её сложность, – междисциплинарное взаимодействие. Это проблема всего мира, а не только наша. Международный опыт показывает, что за счёт данного вида помощи можно снизить нагрузку врача на 11%, а косвенные потери, связанные с необходимостью ухода родственников, количество необоснованных и лаборатор-

ных вмешательств, затраты на лекарства, а также смертность – с 16,3 до 19%.

Нельзя не заметить, что возрождение интереса к гериатрии связано с итогами заседания Президиума Государственного Совета РФ, который состоялся 5 августа 2014 г. под руководством Президента страны В.Путина. На нём был поднят вопрос о совершенствовании системы оказания помощи гражданам пожилого возраста, в частности, о развитии гериатрического центра и повышении квалификации кадров. Тогда же была определена цель стратегии – увеличить продолжительность жизни, повысить её качество у людей старшего поколения. Минздравом России

вводится процессу. Учитывая, что сегодня гериатрия представляет собой сложную межведомственную, междисциплинарную систему, модель её организации – дело не простое. Надо отметить, что она неразрывно связана с социальной помощью, между ними очень сложно провести грань, где кончается одна и начинается другая, поэтому ответственных за её становление и работу органы здравоохранения видят в лице вице-губернаторов регионов, которые занимаются проблемами здравоохранения и соцзащиты. Э.Вергазова особо подчеркнула необходимость дальнейшего тесного сотрудничества наших врачей со специалистами государства Израиль,

ганизационной основе службы лежит гериатрическая команда, и это не просто слова. Для успешного решения проблем пожилых очень важен тесный контакт с работниками социальной службы, военных госпиталей, научной элитой. Надо объединить врачей, медсестёр. Но столп, на котором держится гериатрия, – это биологический возраст человека, который может определить только гериатр, именно в его руках решение вопроса, как замедлить старение, сделать его достойным. Демографический взрыв – реалья нашего времени, а значит надо увеличивать количество учреждений, специалистов, развивать гериатрию, менять структуру по-

знаниями по психиатрии, кардиологии, неврологии, болезням внутренних органов бесценен, и этот багаж надо уметь объединить, чтобы понять, как с возрастом происходит старение. Поэтому подготовка врача – очень важная задача, после первичного обучения нужна ординатура, и уже сегодня пора активно готовить кадры, молодые должны идти в специальность, но, чтобы мотивировать их, следует преподавать дисциплину на этапе преддипломного образования, объяснять особенности специальности.

Вопрос подготовки гериатров стоит остро. О том, сколько кафедр в России заняты этим, точно неизвестно, данные до-

Итоги и прогнозы

Будущее гериатрии

Как акценты на профилактику помогут улучшить качество жизни пожилых людей



В президиуме конференции

принят Порядок оказания медицинской помощи в гериатрии, в котором определены структура помощи, оснащение подразделений, функциональные обязанности специалистов. Сегодня в целях создания модели гериатрической помощи инициирован пилотный проект, в котором будут участвовать 6 регионов – Башкирия, Волгоградская, Воронежская, Калужская, Самарская, Белгородская области. Предусмотрено создание трёхуровневой системы гериатрической службы, в поликлиниках откроют её кабинеты. Выступающая отметила, что первый уровень помощи данной категории населения представлен у нас наиболее слабо и надо активно заниматься подготовкой кадров. Важнейшая роль здесь отводится врачу первичного звена – участковым терапевтам и врачам общей практики, на которых ляжет основная тяжесть работы, для них будут подготовлены методические рекомендации.

Следующий уровень организации службы – это гериатрический центр, который является главной клинической базой для обучения кадров. Региональные центры гериатрии и геронтологии у нас неплохо представлены, во многих регионах эту роль взяли на себя госпитали ветеранов войн, что позволит активно разви-

благодаря чему идёт обмен интересным опытом работы.

«Хочу всех призвать, – заключила она своё выступление, – к активному взаимодействию в решении важных вопросов, потому что отношение к гериатрии – это, прежде всего, характеристика общества, в котором мы живём, это личное отношение каждого к своим родителям, старикам, пожилым людям. Только вместе, опираясь на нашу общую поддержку, мы преодолеем любые трудности».

**Упор –
на долговременную
помощь**

«Гериатрия – самая молодая отрасль медицины. Мы проектируем наше будущее, и надо, чтобы эта пора для нас была счастливой и успешной. Мы стремимся быть здоровыми, молодыми, и в условиях профилактической медицины можем жить гораздо дольше».

Такими оптимистичными словами начала своё выступление на конференции директор Российского геронтологического научно-клинического центра, главный гериатр Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Ольга Ткачёва.

Чтобы к нам пришёл успех, надо всегда помнить, что в ор-

мощи, больше ориентироваться на качество жизни, потребности пожилого человека. Расходы на лечение пожилых пациентов в 5 раз выше, и это предмет заботы, в том числе и нас, гериатров, считает О.Ткачёва. То, что гериатрия эффективна, доказывает её широкое развитие во многих странах мира. Возьмём ту же скорую помощь: благодаря гериатрам вызовы её сокращаются в 2 раза. А ведь в некоторых регионах десятки вызовов «скорой» связаны с людьми пожилого возраста, 10% экстренной госпитализации приходится на возрастных пациентов.

Остановившись на главных принципах гериатрии, О.Ткачёва подчеркнула, что для гериатров важно не просто лечить болезни, а сохранить качество жизни, продлить независимость существования. Надо работать с теми, кто поможет ему лечиться, обеспечит ему быт, питание. Преодоление барьеров с пациентами – это очень важно, и мы видим изменения, происходящие в обществе по отношению к пожилым, хрупким пациентам, которые, казалось бы, не имеют уже никаких перспектив. Мы, заверила О.Ткачёва, будем менять ситуацию.

Гериатр, продолжила она, должен быть хорошим клиницистом. Врач с энциклопедическими

волями противоречивые – от 15 до 44. Нужны также циклы по совершенствованию знаний преподавателей.

Уже немало врачей – более 7 тыс. – прошли образовательный цикл по гериатрии, и многие работают, но надо готовить и средний медперсонал. Большие надежды связаны с госпиталями ветеранов войн, их у нас 64. Там гериатрия развивается весьма успешно, трудятся прекрасные специалисты. Они – наши единомышленники, а значит будем решать нелёгкие проблемы вместе, заключила профессор О.Ткачёва.

Есть такой врач

На конференции прозвучал любопытный факт: в Москве проживают 4 тыс. 100-летних граждан. Среди них, наряду с одинокими, нуждающимися в серьёзной помощи, немало довольно активных, участвующих в общественной жизни. Несомненно, большую роль в этом сыграла генетика, наследственность, но и внимание к своей судьбе, своему здоровью, общий настрой помогли им состариться достойно. Эти факты обнадеживают гериатров, значит есть перспектива и можно помочь людям сохранять долголетие. В выступлениях на конференции звучали их предложения, размышления.

О проблемах и путях решения гериатрических аспектов профилактики инфекционных заболеваний говорила профессор Оксана Драпкина. Она отметила, что у людей старшего возраста в последние годы снизилась смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы, что объясняется рядом причин, в частности, благодаря использованию рекомендаций лучших специалистов Европы и США. О.Драпкина считает, что пациентам старше 60 лет необходима двухэтапная диспансеризация, которая позволит выявлять скрытые заболевания.

Большой интерес вызвало сообщение профессора кафедры семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова Елены Фроловой об опыте подготовки гериатров-практиков в северной столице, требующем распространения.

**Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».**

**Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.**

Ростовский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии является филиалом Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева. Не случайно его руководитель академик Лео Бокерия, побывавший здесь, отметил достойный уровень центра – и по качеству диагностики и подготовке персонала, и по разнообразию и объёму сложных операций. А руководит им главный сердечно-сосудистый хирург Ростовской области и Южного федерального округа, профессор, заслуженный врач и заслуженный деятель науки РФ Александр Дюжиков, отметивший 75-летний юбилей.

Когда он окончил более 50 лет назад Ростовский мединститут, не то что сердечной – даже сосудистой хирургии в Ростове-на-Дону ещё просто не было. Начинать трудовую деятельность в Верхне-солёновской участковой больнице области. Там оперировал всё, что позволяли условия лечебного учреждения, – от аппендицита до резекции желудка и сочетанных травм. Нередко сталкивался с облитерирующими поражениями сосудов нижних конечностей, что больше всего интересовало хирурга А.Дюжикова, что потом и легло в основу диссертации.

Потом была областная больница и открытие в новом здании торакально-сосудистого отделения. И началась хирургия артерий и вен. В 1980 г. появилось уже отделение кардиохирургии, в котором занимались не только патологией сосудов, но и хирургическим лечением больных с заболеваниями сердца. А 5 октября 1982 г. в областной клинической больнице была проведена первая операция в условиях искусственного кровообращения – мальчику с врождённым пороком сердца. Проведена успешно, малыш хорошо поправился, как и следующая уже взрослая пациентка. Как вспоминает Александр Акимович, это был мастер-

Наши коллеги

Бьётся сердце в ладонях доктора...

Он выполнил тысячи операций на главном органе



Александр Дюжиков (в центре) не мыслит свою жизнь без нескольких операций в неделю

класс под руководством академика В.Бураковского и профессора В.Подзолкова. Дело пошло.

Тогда же родилась идея создания полноценного сердечно-сосудистого отделения. И началась титаническая подготовительная работа.

– Это было, без преувеличения, народное детище, огромный вклад внесли местные заводы-гиганты: Новочеркасский электровозостроительный завод, Роствертол,

Ростсельмаш. Ведь для успешного проведения масштабных операций на сердце нужна аппаратная диагностика, специальные лабораторные исследования, направленные на кардиохирургию, анестезиология и реанимация, лаборатория искусственного кровообращения, медикаменты, материалы и инструменты.

Сегодня в Ростовской области 11 кардиохирургов, работающих на открытом сердце, причём

9 из них – в кардиохирургическом центре.

– Как только защитил в 1980 г. докторскую диссертацию, обобщив в ней все свои знания и опыт в сфере лечения заболеваний сосудов ног, с головой погрузился в специализацию по сердечной хирургии, – говорит профессор. – Невозможно передать чувства хирурга, когда после его вмешательства у пациента на столе восстанавливается сердцебиение – и это работает уже гораздо более сильно и здоровое сердце.

Сегодня в клинике доступен весь спектр современной медицинской помощи пациентам с различной сердечно-сосудистой патологией. Ежегодно проводится более 5,5 тыс. операций, в том числе в рамках высокотехнологичной медицинской помощи – более 500 операций на сердце с искусственным кровообращением. Постоянно наращиваются объёмы рентгенохирургических малотравматичных процедур, что ускоряет процесс выздоровления пациентов и позволяет увеличить объём оказания необходимой медицинской помощи жителям области. Развитие клиники и службы продолжается, и в ближайшие несколько месяцев в кардиохирургическом центре Ростовской областной клинической больницы зайдёт первое в области трансплантированное сердце.

За 50 лет своей хирургической деятельности профессор А.Дюжиков выполнил более 10 тыс. операций по поводу заболеваний сердца, сосудов, лёгких, органов брюшной полости. 2-3 операции в неделю – это минимум, без которого кардиохирург А.Дюжиков не мыслит своего рабочего расписания. В работе его отличают высокая требовательность к себе и подчинённым, глубокая эрудиция, знание современных методов диагностики и лечения болезней сердца и сосудов, культура отношений с сотрудниками, гуманный подход к пациентам и их родным. За большой личный вклад в развитие сердечно-сосудистой хирургии и за создание современного кардиохирургического центра в Ростове-на-Дону он был удостоен премии и золотой медали академика РАН В.Бураковского. Избран действительным членом Европейского общества сердечно-сосудистых хирургов (ESCVS). Его перу принадлежит более 500 научно-практических работ по актуальным проблемам сердечно-сосудистой хирургии, включая 8 монографий. Благодаря его энергии и инициативам Ростовский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии вошёл в число крупнейших клиник России.

Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Проблемы и решения

Используя внутренний резерв

Какой должна быть отраслевая модель в условиях кризиса

Главный вызов для российского здравоохранения – снижение смертности населения и повышение зарплат врачам в условиях сокращения государственного финансирования сферы здравоохранения. К такому выводу пришли эксперты Высшей школы экономики (ВШЭ). Говоря об особенностях современной ситуации в сфере здравоохранения, эксперты отмечают, что, несмотря на сложные экономические условия, России всё же удалось обеспечить снижение смертности населения от некоторых болезней, рост зарплат медиков, а также сохранить доступность бесплатной медицинской помощи. Однако прекращение экономического роста и перспектива медленного экономического развития вынуждают отечественное здравоохранение искать более эффективные способы организации медицинской помощи и использования имеющегося ресурсного потенциала.

«В ответ на этот вызов в последние годы реализован комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению её эффективности, проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования», – говорится в сообщении ВШЭ.

Согласно программе поэтапного повышения зарплат медработникам, утверждённой «майскими» указами Президента РФ, не менее одной трети средств на это региональные министерства здравоохранения должны получить за счёт реорганизации неэффективных учреждений и развития приносящей доход деятельности, в частности платных медуслуг. Тем не менее, по оценке экспертов ВШЭ, при проведении реструкту-

ризации медпомощи (сокращения объёмов медпомощи в больницах и увеличения – в поликлиниках) региональные минздравы смогли заработать только 10,5% от требуемой суммы.

Чтобы заработать эти средства, считают в ВШЭ, регионы будут вынуждены проводить упрощённую реструктуризацию (т.е. не замещение одних видов медпомощи другими, а сокращение количества медучреждений, коек в больницах, медицинских кадров и т.д. с ущербом для качества и доступности медицинской помощи) и интенсивно развивать сегмент платных медицинских услуг.

По данным ВШЭ, в целом по стране ликвидация медучреждений, а также снижение количества коек в больницах и сокращение

медработников были небольшими: в 2013–2014 гг. число больничных учреждений государственной формы собственности уменьшилось на 9,3%, а коечный фонд – на 4,5%.

«Численность врачей в медицинских организациях государственной формы собственности в 2014–2015 гг. уменьшилась всего лишь на 1%, а среднего медицинского персонала – на 2,8%. Больше были сокращения младшего медицинского персонала – на 12,8%», – отмечают в ВШЭ.

Таким образом, как следует из доклада ВШЭ, проводимые преобразования пока не привели к преодолению структурных проблем отечественного здравоохранения.

«Объёмы стационарной помощи, измеряемые числом койко-дней на 100 жителей, в России на 30–50% выше, чем в западноевропейских странах. Большие объёмы стационарной помощи, складывающиеся из высокого уровня госпитализации и затянутых сроков лечения в больницах, обуславливают перекос врачебных ресурсов в сторону стационара», – говорится в докладе ВШЭ. По данным вуза, дефицит участковых врачей в стране достиг 25–30%.

ВШЭ отдельно проанализировала ситуацию вокруг реформы столичного здравоохранения, масштабы которой (сокращение

коечного фонда на 33,6% в 2013–2015 гг. и врачей – на 13,2%) были во много раз больше, чем в среднем по стране.

«Сокращение коечного фонда стационаров и перемещение лечения части заболеваний в поликлиники не всегда происходило безболезненно для пациентов. Однако проведённая реорганизация поликлиник и их информатизация, масштабное оснащение амбулаторного звена диагностическим оборудованием, создание новой модели участковой службы, в которой обеспечивается специализация врачебного и медсестринского персонала на выполнении отдельных её функций, позволили улучшить доступность первичной медицинской помощи и диагностических исследований в столичном сегменте отрасли», – говорится в докладе ВШЭ.

Наиболее актуальной проблемой для московского здравоохранения остаётся кадровое обеспечение участковой службы, считают эксперты. Что касается приоритетных направлений политики в области организации оказания медицинской помощи в целом по стране, то в условиях экономического кризиса к их числу аналитики ВШЭ относят укрепление первичной

медико-санитарной помощи – развитие профилактики заболеваний, привлечение кадров, повышение их квалификации, прежде всего в участковой службе, материально-техническое оснащение поликлиник.

По мнению экспертов, основными приоритетами политики в сфере здравоохранения в посткризисный период должны стать развитие новых медицинских и информационных технологий, структурные изменения и формирование интегрированного здравоохранения, а также укрепление кадрового потенциала.

В среднесрочной перспективе ведущим приоритетом государственной политики должно стать создание условий для роста инвестиций в новые биомедицинские и информационно-медицинские технологии, развитие на их основе новых форм оказания медицинской помощи.

Что характерно, в ноябре прошлого года эксперты ВШЭ призвали правительство к «настоятивому» поиску средств на здравоохранение, так как сохранение текущего уровня финансирования этой сферы приведёт к неизбежному сокращению доступности медицинской помощи.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 5 (2035)

Внебольничная пневмония (ВП) – широко распространённое заболевание у взрослых, занимающее ведущее место в структуре заболеваемости и смертности от инфекционных болезней в развитых странах. Следует отметить, что наибольшую проблему для врачей представляют пациенты с тяжёлой внебольничной пневмонией (ТВП), так как, несмотря на доступные методы диагностики и лечения, в том числе современные антимикробные препараты (АМП), летальность у данной категории больных остаётся высокой, а лечение является сложным и дорогостоящим.

Анализ практики лечения госпитализированных пациентов с ВП в различных регионах РФ в 2005-2006 гг. показал, что наиболее серьёзные проблемы с выбором АМП и качеством этиологической диагностики отмечались у пациентов с тяжёлым течением заболевания: соответствие стартового режима антибактериальной терапии (АБТ) национальным рекомендациям отмечалось в 15% случаев, только 44% пациентов получали комбинированную АБТ, из них 72% комбинаций являлись нерациональными. Бактериологическое исследование крови выполнялось у 8% пациентов, а мокрота исследовалась в 35% случаев, причём в большинстве случаев клинический материал собирался после начала АБТ, что существенно снижало информативность данного метода исследования. Выявленные проблемы при оказании медицинской помощи, а также растущая медицинская и социально-экономическая значимость тяжёлой ВП послужили причиной подготовки отдельных национальных клини-

вило 4,59‰; у лиц в возрасте >18 лет заболеваемость составила 3,74‰. Однако, что эти цифры не отражают истинной заболеваемости ВП в РФ, которая, согласно расчётам, достигает 14-15‰, а общее число больных ежегодно превышает 1,5 млн человек. В США ежегодно регистрируется 5-6 млн случаев ВП, из них около 1 млн человек требуют госпитализации в стационар. По приблизительным подсчётам, на каждые 100 случаев ВП около 20 больных нуждаются в стационарном лечении, из них 10-36% – в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Среди госпитали-

что связано с увеличением доли пожилых людей в общей популяции. Среди пожилых также отмечен рост числа госпитализаций в ОРИТ и летальности от ВП.

Определение

Под ВП следует понимать острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях (т.е. вне стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 ч от момента госпитализации), сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологических признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в лёгких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы. ТВП – это особая форма пневмонии, характеризующаяся выраженной ДН, как правило в сочетании с признаками сепсиса и

ний. Несмотря на то, что шкала PSI содержит указания на ряд заболеваний, в большинстве руководств сопутствующая патология не рассматривается в качестве прогностического фактора ТВП. Это приводит к большому разрыву между существующими шкалами и реальной клинической практикой.

Отягощённый социальный статус

Несмотря на единодушие большинства экспертов о необходимости учёта социальных факторов при выборе места лечения больного с ВП, лишь единичные работы посвящены изучению этой сложной проблемы. Низкий социально-экономический статус повышает вероятность госпитализации при ВП более чем в 50 раз даже среди пациентов, формально относящихся к группе низкого риска летального исхода (<5%). Несколько исследований, недавнее проведённых в Европе, показали, что плохой прогноз ТВП у больных, проживающих в

Диагностика, лечение и профилактика тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых

Федеральные клинические рекомендации

Таблица 1	
Частота выявления различных возбудителей ВП у пациентов, госпитализированных в ОРИТ (по данным исследований в Европе)	
Возбудитель	Частота выявления, %
S.pneumoniae	28
Legionella spp.	12
Enterobacteriaceae	9
S.aureus	9
H.influenzae	7
C.burnetii	7
Paeruginosa	4
C.pneumoniae	4
Респираторные вирусы	3
M.pneumoniae	2
Не установлен	45

ческих рекомендаций по ведению данной группы больных. Разработанные рекомендации адресованы, прежде всего, врачам-терапевтам, пульмонологам, реаниматологам многопрофильных ЛПУ РФ, студентам, интернам, ординаторам и преподавателям медицинских вузов; они могут представлять интерес и для врачей других специальностей. Рекомендации являются результатом согласованного мнения экспертов разных специальностей, выработанного на основании критической оценки выполненных за последние годы исследований по тяжёлой ВП в отечественной и зарубежной литературе, а также анализа наиболее авторитетных зарубежных клинических рекомендаций. Данный документ является логическим продолжением и дополнением изданных в 2010 г. Российским респираторным обществом (РРО) и Межрегиональной ассоциацией по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ) практических рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике ВП у взрослых. В настоящих рекомендациях основное внимание уделено вопросам диагностики ТВП у иммунокомпетентных пациентов, оценке степени тяжести ВП и прогноза, выбору оптимальной стратегии эмпирической и этиотропной АБТ, респираторной поддержке и другим методам лечения, современным возможностям вторичной профилактики ВП.

Эпидемиология

Согласно данным официальной статистики, в 2012 г. в РФ было зарегистрировано 657 643 случая заболевания ВП, что соста-

зированных больных в Европе и США доля пациентов с ТВП составляет от 6,6 до 16,7%. Несмотря на успехи, достигнутые в АБТ, респираторной поддержке и терапии сепсиса, летальность среди больных с тяжёлой ВП составляет от 21 до 58%. Согласно данным статистики, в США среди всех причин летальности ВП занимает 8-е место, а общая доля смертей от ВП среди всех смертей в 2004 г. составляла 0,3%. Основной причиной смерти больных с ТВП является рефрактерная гипоксемия, СШ и полиорганная недостаточность (ПОН). В проспективных исследованиях основными факторами, ассоциированными с неблагоприятным прогнозом больных с тяжёлой ВП были: возраст >70 лет, проведение ИВЛ, двусторонняя локализация пневмонии, сепсис и инфицирование Paeruginosa. Выполненный в ЛПУ Екатеринбурга анализ причин летальных исходов лечения 523 пациентов с ТВП показал, что существенными отягощающими факторами являлись алкоголизм и несвоевременное обращение за медицинской помощью. Больные с тяжёлой ВП нуждаются в длительном стационарном лечении и требуют достаточно дорогостоящей терапии. Например, в США больные с тяжёлой ВП в ОРИТ, по сравнению с пациентами ВП, госпитализированными в общие палаты, обычно проводят в стационарах 23 дня (против 6 дней), а расходы на их лечение составили 21 144 долл. (против 7,5 тыс. долл., соответственно). Согласно результатам недавних наблюдательных исследований, в последние годы в развитых странах мира отмечено повышение числа госпитализаций по поводу тяжёлых ВП,

органной дисфункции. С клинической точки зрения, понятие ТВП носит контекстуальный характер, поэтому не существует её единого определения. ВП может рассматриваться как тяжёлая в случае высокого риска летального исхода, необходимости госпитализации больного в ОРИТ, декомпенсации (или её высокой вероятности) сопутствующей патологии, а также неблагоприятного социального статуса больного.

Оценка прогноза

ТВП чаще всего ассоциируется с заболеванием, характеризующимся крайне неблагоприятным прогнозом. Высокие показатели летальности и серьёзный прогноз объединяют ТВП с таким актуальным заболеванием, требующим оказания интенсивной помощи, как острый инфаркт миокарда. Существенный вклад в высокие показатели летальности при ВП вносит обострение или прогрессирование сопутствующих заболева-

домах престарелых, обусловлен низкими показателями функционального статуса вследствие тяжёлых, а иногда и сочетанных заболеваний. Поэтому неэффективность лечения чаще обусловлена очевидными или скрытыми ограничениями к проведению интенсивной терапии, чем присутствием полирезистентного или редкого возбудителя. Для выделения этой важной группы больных должна использоваться оценка функционального статуса, предпочтительно с помощью валидированных шкал, таких как оценка повседневной активности или оценка общего состояния по критериям ВОЗ.

Этиология

Описано более 100 микроорганизмов (бактерии, вирусы, грибы, простейшие), которые при определённых условиях могут являться возбудителями ВП. Однако большинство случаев заболевания ассоциируется с относительно небольшим кругом

Таблица 2	
Сопутствующие заболевания/факторы риска, связанные с определёнными возбудителями ВП	
Заболевание/фактор риска	Вероятные возбудители
ХОБЛ/курение	H.influenzae, S.pneumoniae, M.catarrhalis, Legionella spp., Paeruginosa (тяжёлая ХОБЛ)
Декомпенсированный сахарный диабет	S.pneumoniae, S.aureus, энтеробактерии
Эпидемия гриппа	Вирус гриппа, S.pneumoniae, S.aureus, H.influenzae
Алкоголизм	S.pneumoniae, анаэробы, энтеробактерии (чаще K.pneumoniae)
Подтверждённая или предполагаемая аспирация	Энтеробактерии, анаэробы
Бронхоэктазы, муковисцидоз	Paeruginosa, B.ceracia, S.aureus
Использование внутривенных наркотиков	S.aureus, анаэробы, S.pneumoniae
Контакт с кондиционерами, увлажнителями воздуха, системами охлаждения воды, недавнее (<2 нед) морское путешествие/проживание в гостинице	Legionella spp.
Тесный контакт с птицами	C.psittaci
Тесный контакт с домашними животными (работа на ферме)	C.burnetii
Коклюшеподобный кашель >2 недель	B.pertussis
Локальная бронхиальная обструкция (например, бронхогенная карцинома)	Анаэробы, S.pneumoniae, H.influenzae, S.aureus
Пребывание в домах престарелых	S.pneumoniae, энтеробактерии, H.influenzae, S.aureus, C.pneumoniae, анаэробы
Вспышка заболевания в организованном коллективе	S.pneumoniae, M.pneumoniae, C.pneumoniae, вирус гриппа

Таблица 3 Чувствительность клинических изолятов S.pneumoniae к АМП в РФ (по данным многоцентрового исследования ЦЕРЕБРУС, 2008-2012 гг., n=706)

Название АМП	Распределение изолятов по категориям			МПК, мг/л	
	Ч	УР	Р	50%	90%
Бензилпенициллин	98,0%	1,7%	0,3%	0,03	0,25
Амоксициллин	98,6%	1,3%	0,1%	0,03	0,125
Цефтриаксон	97,3%	0,9%	1,8%	0,015	0,25
Цефтаролин	100,0%	0	0	0,008	0,03
Эритромицин	90,8%	0,8%	8,4%	0,03	0,25
Клиндамицин	93,2%	0,1%	6,7%	0,03	0,06
Левоефлоксацин	100,0%	0	0	0,50	1,0
Тетрациклин	66,9%	3,1%	30,0%	0,25	16,0
Линезолид	100,0%	0	0	0,50	0,5

Примечание: Ч – чувствительные, УР – умеренно резистентные, Р – резистентные

патогенов. К числу наиболее актуальных «типичных» бактериальных возбудителей тяжёлой ВП относятся Streptococcus pneumoniae (S.pneumoniae), энтеробактерии – Klebsiella pneumoniae (K.pneumoniae) и др., Staphylococcus aureus (S.aureus), Haemophilus influenzae (H.influenzae).

У некоторых категорий пациентов – недавний приём системных АМП, длительная терапия системными ГКС в фармакодинамических дозах, муковисцидоз, вторичные бронхоэктазы – в этиологии тяжёлой ВП существенно возрастает актуальность Pseudomonas aeruginosa (Pa.aeruginosa).

Среди «атипичных» возбудителей при тяжёлом течении ВП наиболее часто выявляется Legionella pneumophila (L.pneumophila), меньшую актуальность представляют Mycoplasma pneumoniae (M.pneumoniae) и Chlamydia pneumoniae (C.pneumoniae).

Значимость анаэробов, колонизирующих полость рта и верхние дыхательные пути в этиологии ТВП, до настоящего времени окончательно не определена, что в первую очередь обусловлено ограничениями традиционных культуральных методов исследования респираторных образцов. Вероятность инфицирования анаэробами может возрастать у лиц с доказанной или предполагаемой аспирацией, обусловленной эпизодами нарушения сознания при судорогах, некоторых неврологических заболеваниях (например, инсульт), дисфагии, заболеваниях, сопровождающихся нарушением моторики пищевода.

Частота встречаемости других бактериальных возбудителей – Chlamydia psittaci (C.psittaci), Streptococcus pyogenes, Bordetella pertussis (B.pertussis) и др. обычно не превышает 2-3%, а поражения лёгких, вызванные эндемичными микромицетами (Histoplasma capsulatum, Coccidioides immitis и др.), в РФ встречаются чрезвычайно редко.

ТВП могут вызывать респираторные вирусы, наиболее часто вирусы гриппа, коронавирусы, риносинцитиальный вирус (РС вирус), метапневмовирус человека, бока-вирус человека. В большинстве случаев инфекции, вызываемые группой респираторных вирусов, характеризуются не тяжёлым течением и носят самоограничивающийся характер, однако у лиц пожилого и старческого возраста при наличии сопутствующих бронхолёгочных, сердечно-сосудистых заболеваний или вторичного иммунодефицита они могут ассоциироваться с развитием тяжёлых, угрожающих жизни осложнений.

Рост актуальности вирусной пневмонии в последние годы обусловлен появлением и распространением в популяции пандемического вируса гриппа А/Н1N1рdм2009, способного вызывать первичное поражение лёгочной ткани и развитие быстро прогрессирующей ДН.

Различают первичную вирусную пневмонию (развивается в результате непосредственного вирусного поражения лёгких, характеризуется быстро прогрессирующим течением с развитием выраженной ДН) и вторичную бактериальную пневмонию, которая может сочетаться с первичным вирусным поражением лёгких или быть самостоятельным поздним осложнением гриппа. Наиболее частыми возбудителями вторичной бактериальной пневмонии у пациентов с гриппом являются S.aureus и S.pneumoniae. Частота выявления респираторных вирусов у пациентов с ВП носит выраженный сезонный характер и возрастает в холодное время года.

При ВП может выявляться ко-инфекция двумя и более возбудителями, она может быть вызвана как ассоциацией различных бактериальных возбудителей, так и их сочетанием с респираторными вирусами. Частота встречаемости ВП, вызванной

ассоциацией возбудителей, варьируется от 3 до 40%; по данным ряда исследований, ВП, вызванная ассоциацией возбудителей, имеет тенденцию к более тяжёлому течению и худшему прогнозу.

Необходимо отметить, что частота встречаемости различных возбудителей тяжёлой ВП может существенно варьироваться в зависимости от географической локализации, сезона и профиля пациентов. Кроме того, вероятность инфицирования тем или иным возбудителем определяется наличием соответствующих факторов риска (табл. 1), а также методов исследования, использовавшихся для микробиологической диагностики.

Частота выявления различных возбудителей ВП среди пациентов, госпитализированных в ОРИТ, по результатам исследований в странах Европы представлена в таблице 5.

Российские данные по этиологии тяжёлой ВП остаются немногочисленными. Однако в целом они подтверждают закономерности, выявленные в зарубежных исследованиях. В ходе небольшого исследования, выполненного в Смоленске, самым частым бактериальным возбудителем ВП у лиц с тяжёлым течением заболевания являлся S.pneumoniae, далее следовали энтеробактерии – рисунок 1. В исследовании этиологии фатальных ВП (исследовался аутопсийный материал) наиболее частыми бактериальными возбудителями являлись K.pneumoniae, S.aureus и S.pneumoniae – 31,4, 28,6 и 12,9% от всех выделенных изолятов, соответственно.

Для некоторых микроорганизмов (Streptococcus viridans, Staphylococcus epidermidis и другие коагулаза-негативные стафилококки, Enterococcus spp., Neisseria spp., Candida spp.) нехарактерно развитие бронхолёгочного воспаления. Их выделение из мокроты у пациентов без выраженного иммунодефицита с высокой степенью вероятности свидетельствует о контаминации материала микрофлорой верхних отделов дыхательных путей.

Необходимо отметить тот факт, что, несмотря на расширение возможностей для микробиологической диагностики, примерно у половины пациентов с тяжёлой ВП этиологический диагноз остаётся неустановленным.

Резистентность возбудителей к АМП

С точки зрения выбора режимов эмпирической антимикробной терапии (АМТ) при ТВП, наибольшее клиническое значение представляет локальный мониторинг антибиотикорезистентности S.pneumoniae и H.influenzae.

S.pneumoniae

Актуальной проблемой в мире является распространение среди пневмококков изолятов со сниженной чувствительностью к β-лактамам АМП (в первую очередь пенициллинам) и рост устойчивости к макролидам. Отличительной чертой РФ является высокий уровень резистентности S.pneumoniae к тетрациклину и ко-тримоксазолу, что может быть связано с неоправданно высокой частотой их применения для лечения респираторных инфекций в XX – начале XXI века.

Данные мониторинга чувствительности клинических штаммов S.pneumoniae в РФ, выделенные у пациентов с внебольничными респираторными инфекциями в рамках многоцентровых исследований ЦЕРЕБРУС и ПеГАС, представлены в таблице 6.

С 2008 г. в рекомендациях Института клинических и лабораторных стандартов (CLSI) США пересмотрены контрольные значения минимальной подавляющей концентрации (МПК) пенициллина G для пневмококка, которые при парентеральном введении препарата в отношении неменингальных изолятов составляют ≤ 2 (чувствительные),

4 (умеренно резистентные) и ≥ 8 (резистентные) мг/л, соответственно.

Изменение критериев чувствительности S.pneumoniae к пенициллину обусловлено результатами фармакодинамических и клинических исследований, демонстрирующих высокую эффективность препарата при внутривенном введении в дозе 12 млн ЕД в сутки в отношении S.pneumoniae с МПК ≤ 2 мг/л, а также сохранение эффективности в отношении умеренно резистентных изолятов (МПК 4 мг/л) при использовании высоких доз (18-24 млн ЕД в сутки).

Как показывает многоцентровое исследование ЦЕРЕБРУС, уровень устойчивости пневмококков к пенициллину и аминопенициллинам в РФ остаётся низким (2,0 и 1,4% нечувствительных изолятов, соответственно). Частота выявления S.pneumoniae, резистентных к цефтриаксону, составляет 1,8%, а доля умеренно резистентных – 0,9%. Все пневмококки, включая пенициллинорезистентные (ПРП), сохраняли чувствительность к цефтаролину, который проявлял наиболее высокую активность в отношении данного возбудителя in vitro – таблица 6.

Резистентность S.pneumoniae к эритромицину составила 8,4%; большинство макролидо-резистентных S.pneumoniae демонстрировали устойчивость к клиндамицину, что может свидетельствовать о преобладании в РФ MLSB-фенотипа резистентности, обусловленного модификацией мишени и определяющего устойчивость S.pneumoniae ко всем макролидам, включая 16-членные, и существенное повышение значений МПК.

Высокую активность в отношении S.pneumoniae проявляли линезолид, респираторные фторхинолоны.

Уровень устойчивости пневмококков к тетрациклину, несмотря на существенное сокращение использования данной группы

Таблица 4 Чувствительность клинических изолятов H.influenzae к АМП в РФ (по данным многоцентрового исследования ПеГАС III, 2006-2009 гг. n=433)

Название АМП	Распределение изолятов по категориям			МПК, мг/л	
	Ч	УР	Р	50%	90%
Амоксициллин	97,2%	1,6%	1,2%	0,25	1,0
Амоксициллин/клавуланат	100,0%	0	0	0,25	0,5
Цефтриаксон	100,0%	0	0	0,03	0,03
Левоефлоксацин	100,0%	0	0	0,03	0,03
Моксифлоксацин	100,0%	0	0	0,015	0,03
Азитромицин	100,0%	0	0	0,5	1,0
Кларитромицин	99,5%	0,5%	0	4,0	8,0
Тетрациклин	96,2%	0,5%	3,3%	0,25	0,5
Ко-тримоксазол	67,2%	8,7%	24,1%	0,125	16,0

Примечание: Ч – чувствительные, УР – умеренно резистентные, Р – резистентные

АМП в РФ в последние годы, остаётся высоким (33,1% нечувствительных изолятов).

H.influenzae

Наибольшее клиническое значение в мире имеет рост устойчивости H.influenzae к аминопенициллинам, который чаще всего обусловлен продукцией β-лактамаз, гидролизующих данную группу АМП.

Как показывает исследование ПеГАС III, уровень устойчивости к аминопенициллинам среди клинических штаммов H.influenzae, выделенных в РФ у пациентов с внебольничными респираторными инфекциями, остаётся невысоким (2,8% нечувствительных изолятов), не выявлено устойчивых штаммов к ингибиторозащищённым аминопенициллинам (табл. 4).

Высокую активность в отношении H.influenzae сохраняют цефалоспорины III поколения; не выявлено изолятов, устойчивых к фторхинолонам – таблица 7. Наиболее высокий уровень резистентности H.influenzae зарегистрирован к ко-тримоксазолу (32,8% нечувствительных изолятов).

Несмотря на общие тенденции, профиль устойчивости респираторных возбудителей может отличаться в отдельных регионах, поэтому при выборе препаратов наиболее целесообразно руководствоваться локальными данными резистентности микроорганизмов к АМП. Кроме того, необходимо учитывать индивидуальные факторы риска выявления антибиотикорезистентных возбудителей.

Факторами риска выявления ПРП являются возраст старше 65 лет, недавняя (≤ 3 мес.) терапия β-лактамами АМП, серьёзные хронические сопутствующие заболевания, алкоголизм, иммунодефицит или иммуносупрессивная терапия, тесный контакт с детьми, посещающими дошкольные учреждения. Частота встречаемости ПРП увеличивается при недавнем использовании макролидов и ко-тримоксазола.

Вероятность инфицирования макролидо-резистентными S.pneumoniae возрастает у

пожилых пациентов при применении данной группы АМП в ближайшие 3 месяца, недавнем использовании пенициллинов или ко-тримоксазола, ВИЧ-инфекции, тесном контакте с лицами, колонизированными резистентными изолятами.

Ключевым фактором риска выявления резистентных к фторхинолонам S.pneumoniae является их неоднократное использование в анамнезе.

Потенциальной проблемой, способной оказать влияние на стратегию эмпирической АБТ тяжёлой ВП, является распространение во внебольничных условиях метициллино-резистентных S.aureus (MRSA). Для некоторых стран актуальность представляют так называемые внебольничные MRSA (CA-MRSA), которые характеризуются высокой вирулентностью, обусловленной, в частности, продукцией лейкоцидина Пантона-Валентина.

Инфицирование CA-MRSA нередко регистрируется у молодых ранее здоровых лиц, характеризуется развитием тяжёлой некротизирующей пневмонии, серьёзных осложнений (пневмоторакс, абсцессы, эмпиема плевры, лейкопения и др.) и высокой летальностью. CA-MRSA устойчивы к β-лактамам АМП, но, как правило, сохраняют чувствительность к другим классам АМП (линкозамидам, фторхинолонам, ко-тримоксазол).

Актуальность проблемы CA-MRSA для РФ на данный момент не ясна. Исследования молекулярной эпидемиологии S.aureus свидетельствуют о том, что для РФ характерно распространение во внебольничных условиях не CA-MRSA, а типичных нозокомиальных штаммов MRSA.

Распространённость MRSA среди взрослых с тяжёлой ВП в РФ, по-видимому, не велика, хотя этот вопрос требует дополнительного изучения. Факторами риска инфицирования

MRSA являются колонизация или инфекция, вызванная данным возбудителем в анамнезе, недавно перенесённые оперативные вмешательства, госпитализации или пребывание в доме престарелых, наличие постоянного внутривенного катетера, диализ, предшествующая АБТ.

Ещё одна потенциальная угроза обусловлена возможным распространением во внебольничных условиях среди представителей семейства Enterobacteriaceae изолятов, вырабатывающих β-лактамазы расширенного спектра (БЛРС), что определяет их нечувствительность к цефалоспорином III-IV поколения, а также рост устойчивости энтеробактерий к ингибиторозащищённым аминопенициллинам и фторхинолонам, которые являются препаратами первого ряда для эмпирической терапии ТВП. Такая тенденция в РФ прослеживается в отношении возбудителей внебольничных инфекций мочевыводящих путей, но пока не исследована у пациентов с ВП.

Особенности патогенеза

По патогенезу ТВП существенно отличается от заболевания нетяжёлого течения. Основным путём инфицирования респираторных отделов лёгких при ВП является аспирация содержимого ротоглотки, реже наблюдается ингаляция микробного аэрозоля, крайне редко встречается гематогенное или непосредственное распространение микроорганизмов из внелёгочных очагов инфекции.

Причинами развития ВП при аспирации содержимого ротоглотки является снижение эффективности защитных механизмов макроорганизма, в частности механизмов самоочищения трахеобронхиального дерева, при этом попадающие в нижние дыхательные пути микроорганизмы при определённых условиях (высокая вирулентность, массивные дозы) могут вызывать воспаление.

(Продолжение следует.)

Высокая коморбидность среди населения требует от клиницистов максимально персонализированного и, что особенно актуально на современном этапе, – междисциплинарного подхода к ведению больных. Даже высококвалифицированному интернисту подчас не удаётся в одиночку справиться с букетом различных заболеваний у одного пациента. В этой связи он прибегает к коллегиальной помощи. Что характерно, не только к коллегам-клиницистам, но и морфологам, переоценить эффективное взаимодействие с которыми не представляется возможным.

С целью донесения до врачебной аудитории понимания данной концепции и состоялся диалог одного из ведущих клиницистов-интернистов нашей страны – заведующего кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова профессора Аркадия ВЁРТКИНА с одним из крупных отечественных экспертов в области морфологии и патологии – заведующим кафедрой патологической анатомии этого же медицинского вуза профессором Олегом ЗАЙРАТЬЯНЦЕМ, в ходе которого учёные обсудили важнейшие вопросы взаимодействия морфолога и клинициста, анализируя причины летальных исходов всевозможной коморбидной патологии в клинике внутренних болезней.

Аркадий Вёрткин: Олег Вадимович, в нашем разговоре я вижу много интересного, даже связь времён. Ведь в былые времена диалоги патологоанатома и интерниста были нормой профессиональной жизни. Мы прошли ту школу, когда это было ежедневным процессом. К сожалению, сейчас это не так. Для начала разговора у меня к вам есть один вопрос. Мы провели анкетирование молодых врачей, чей самостоятельный профессиональный стаж не более 2 лет. Им были подготовлены трафаретные вопросы: какие проявления сердечной недостаточности вы знаете, как определить гипертрофию отделов сердца, какие источники тромбоэмболии вам известны? Вот такой ряд, казалось бы, простых клинических вопросов. В качестве респондентов выступила молодёжь двух медучреждений, в одном из которых есть патологоанатомическое отделение (ПАО) и проводится патологоанатомические вскрытия, а в другом такого отделения нет. Результаты этого опроса таковы: сугубо практические знания терапевтов, которые работают там, где есть ПАО, на 35-40% лучше, чем знания тех, которые работали там, где нет этих отделений со всеми вытекающими последствиями. Случайно это или закономерно, с вашей точки зрения?

Олег Зайратьянц: Это, безусловно, не случайность. Меня даже радует, что такой небольшой «перевес». Я ожидал, что ситуация будет хуже. То, что мы называем патологической анатомией, в большинстве стран называют патология – во многом, причина уже в этом. Термин «патологическая анатомия» пришёл к нам из немецкой классической медицины. И вот сохранилось это словосочетание, которое немного сбивает с толку даже специалистов.

А.В.: То есть это не морт.
О.З.: Это ни в коем случае не морт. В переводе с французского оно означает трупохранилище и не имеет никакого отношения к медицине. Патология необходима любому врачу, независимо от специальности и места работы (амбулаторное звено или стационар). В позапрошлом веке клиницисты осознали необходимость появления науки, которая бы обобщила основы всех болезней. Этой науке дали имя «Патология» или «Патологическая анатомия» в Германии и Австрии. Примечательно, что именно клиницисты организовали первые такие кафедры на базе госпиталей. Время прошло, и сейчас понятие патология размылось на несколько специальностей: патофизиология, патологическая анатомия и т.д. Названий очень много, а смысл один: в любом медучреждении необходимы специалисты, владеющие основами общих закономерностей развития заболеваний, их течения, осложнений. И вот такие специалисты в нашей стране называются патологоанатомами. Главной целью патологоанатомической службы является, прежде всего, постоянный контакт с клиницистами всех специальностей. Кроме того, мы

Авторитетное мнение

В тесном контакте

Откровенный диалог морфолога и клинициста



А.Вёрткин

ставим перед собой задачу постоянно работать над проблемами заболеваний с позиции общей патологии, то есть это объединяющая наука, которая позволяет клинику специалисту повышать качество своей работы на непрерывной основе. Без этого звена клиницист много терпит. Так или иначе, он постепенно приходит к необходимости использования современных достижений в патологии и, как следствие, – к необходимости восстановления связи клинициста и морфолога. Почему падает качество работы клиницистов и одновременно увеличивается летальность в учреждениях, где нет патологоанатомической службы? Один из великих отечественных морфологов сказал: «Ошибка врача-клинициста может привести к смерти одного пациента, а ошибка патологоанатома ведёт к смерти многих пациентов в будущем, а если работа патологоанатомического отделения вообще не проводится, то, соответственно, уровень оказания медицинской помощи в этом учреждении неизбежно падает». Почему? Функции, задача патолога, клинического патолога – это, конечно, диагностика. Это составляет 75% нашей работы. Обычно это остаётся за кадром для пациентов. Они приравнивают это к работе клинической лаборатории, получению ответов на анализы и пр. Патологоанатомическая диагностика является золотым стандартом.

А.В.: В книге канадского писателя Артура Хейли «Окончательный диагноз» некий доктор говорит, что патологоанатом – это человек, которого практически никто не видит, но ни одно из отделений стационара обходится без него не может, когда все бессильны, именно он устанавливает окончательный

диагноз. То есть фактически, чтобы знать – чем народ болеет, от чего умирает, причины этих болезней, осложнений, почему одни осложнения являются фатальными, а другие нет. Это вопрос, который решает патологоанатом. Возможно ли обойтись без этого?

О.З.: Эта книга привела в специальность много врачей-патологоанатомов. За это Хейли можно поставить памятник. С моей точки зрения, лучше, глубже, чем он, мало кому из литераторов удалось проникнуть в суть медицины. Эта книга написана о медицине 60-х годов прошлого столетия, но она до сих пор актуальна. Диагноз берёт своё начало в патологической анатомии, потому что, к примеру, гастроэнтеролог, делая исследование желудка, без биопсии,

расхождений между клиническим и патологоанатомическим диагнозами. Таким образом мы доказали необходимость связи между клиницистами и патологами. Однако поговорим о частностях, так как это важно. Наша жизнь, как ни крути, сопряжена со смертью. По всем канонам медицины, которые мы все знаем, именно патологии сердца и сосудов (в отличие от ряда экономически развитых стран, где лидирует онкологическая патология – **Д.В.**) доминируют среди причин смерти в России. Однако нозологии в структуре сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) неоднородны. Я глубоко убеждён, чтобы что-то наладить в профилактике, нужно, прежде всего, «наладить» морфологию. Возьмём две наиболее злоеющие патологии в

Источником тромбоэмбола является далеко не всегда та или иная часть сонной артерии, наиболее часто это левые отделы сердца, в частности – левое предсердие. Почему? У нас спокойно относятся к нарушениям ритма на уровне предсердий, так как они сами по себе не смертельны. Многие наши пациенты, зная о таком диагнозе, никак не лечатся. Дело в том, что в ушке левого предсердия или пристеночно образуется тромб, и человек ходит с риском того, что он может «оторваться» в любой момент и привести к инсульту. Диагностировать клинически это очень легко. Из-за недостаточного внимания к этому вопросу, патологоанатомических исследований на эту тему практически нет. Для врача-патологоанатома левое



О.Зайратьянц

структуре ССЗ: инфаркт миокарда и инсульт. Мы сегодня много говорим об инсульте, от него умирают, он инвалидизирует и т.д. Страдает и качество жизни не только самого больного, но и его родственников. Есть один фактор, с которым мы активно работаем. Это фактор риска эмболического инсульта. Вот как объяснить врачу, что для того чтобы предотвратить эмболию и фатальный исход, нужно понять одну простую вещь: при жизни необходимо оценить риск фатального процесса. Один из таких рисков – это фибрилляция предсердий. Многие живут с ней и не чувствуют её, многие идут к врачу, делают ЭКГ, где обнаруживается данная проблема, но ничего при этом не делается. Мы боремся против инсульта на государственном уровне: нельзя пить, курить, нужно следить за холестерином, что категорически важно. Но есть фибрилляция предсердий, которая опасна риском эмболического инсульта. Что касается вашей практики, какова частота эмболических инсультов, причины этой катастрофы и значение тех антикоагулянтных мер, которые должны применяться на практике каждый день у больных с фибрилляцией предсердий?

О.З.: Должен заметить, опыт вашей клиники уже распространён на весь столичный регион, что существенно уменьшило летальность. Вы затронули одно из узких мест, которому нужно учить клиницистов и морфологов. Необходимо уяснить, что инсульт вдвое чаще выступает основной причиной смерти, нежели инфаркт миокарда. Инсульт разнообразен по своим причинам, основной из которых является тромбоэмболия сосудов головного мозга. Как правило, это наиболее тяжёлые инсульты, которые дают неблагоприятный исход.

предсердие не является критическим моментом, на который нужно обратить внимание. Отсутствие такого тандема клинициста и патологоанатома в работе в этой конкретной сфере инсультов не позволяет на сегодняшний день мне сказать, какая частота тромбоэмболических инсультов, например, в Москве. Наряду с этим в морфологии есть ассортимент методов, предназначенных для оценки работы сердца, его проводимости, чтобы точно сказать о нарушениях ритма: когда они возникли и от чего развились. Вплоть до молекулярного уровня можно определить локализацию патологии в узлах водителей ритма в сердце или вегетативных ганглиях – на уровне симпатической и парасимпатической систем или на уровне стволовых структур головного мозга. Всё это есть. И это нужно использовать, если стоит такая задача. А такая задача не стоит...

А.В.: Потому что клиницисты совершенно не обращают внимания на это. Чаще нужно встречаться с патологоанатомом.

О.З.: Потому что сегодня вы, задав этот вопрос, заставили меня задуматься, а почему мы этого не делаем. Не потому что мы этого не знаем, а потому, что перед нами такая задача не поставлена. А ведь борьба с такими тяжёлыми заболеваниями, как сердечно-сосудистые, и состоит, в том числе, из решения таких вот конкретных задач. Сказать точно частоту, причины этих заболеваний, провести клинику-анатомический анализ, после чего клиницисты решат: какое лечение в этой связи необходимо проводить.

А.В.: Этот вопрос уже решён. Получается такой замкнутый круг: терапевты не уделяют этому внимания, патологоанатомы не отвечают на эти вопросы, так как не стоит задача, антикоагулянтная терапия проводится в минимальном количестве. В результате – фиаско: больные сплошь и рядом умирают от инсульта.

О.З.: Порочный круг. При этом хорошо известно, что при мерцательной аритмии надо искать, не образовался ли шаровидный тромб в левом предсердии.

А.В.: И показывать это врачам, если он образовался.

О.З.: Должен к своему неудовольствию заметить, что внимание к этому настолько ослабло, что я сомневаюсь, что все клиницисты и морфологи знают об этом, в то время как диагностировать такие процессы несложно, это должно быть на уровне рутинной работы.

А.В.: Для этого клиницист должен ставить такую задачу перед морфологами. Патологоанатом, в свою очередь, должен её решать, доказывая тем самым необходимость осуществления профилактики. Однако есть ещё одна большая проблема в структуре ССЗ – венозные тромбозы. В частности, тромбозы лёгочной артерии (ТЭЛА). Мы живём в век, когда: а) сложна прижизненная диагностика, так как нет достоверных методов; б) огромное количество случаев ТЭЛА на секции; в) вопросам профилактики в частности антитромботическими препаратами крайне мало уделяется внимания. Словом, страна большая, больных полно. У нас высокая сердечно-сосудистая смертность. Есть вопросы, которые должны решаться с патологоанатомом, чтобы появилось учебное пособие, написанное в тандеме. Например, клиническая патология, где можно было бы продемонстрировать результаты секций, а на обратной стороне листа показать то, что можно было бы сделать во избежание этого. Мне кажется, это бы поспособствовало положительной тенденции по вопросам ТЭЛА в нашей стране на федеральном уровне.

О.З.: Много лет назад вы затронули тему ТЭЛА, впервые поставив перед столичными морфологами эту задачу. Нам кажется, что мы о ней знаем достаточно много, речь идёт о профилактике. Но мы посмотрели на то, а что же на самом деле происходит. Оказалось, что диагностика ТЭЛА, а это одно из самых тяжёлых и опасных осложнений ССЗ, улучшилась. Но, несмотря на это, ТЭЛА остаётся самой частой нераспознанной причиной смерти. Мы живём в веке, когда профилактика ТЭЛА серьёзно развита. В то же время был сделан ретроспективный анализ 20-30-х годов прошлого столетия, в ходе которого выяснилось, что частота ТЭЛА среди российского населения совсем не изменилась. Вы понимаете, 100 лет развития медицины не привело к снижению частоты опаснейшего осложнения! А ведь тогда, почти 100 лет назад, всё было иным: операции, методы диагностики, фармакологическое пособие... Но рандомизированное с определённой статистической обработкой исследование показало, что, если нивелировать все эти различия, частота ТЭЛА осталась прежней. Мы почти не сдвинулись с мёртвой точки в борьбе с этим осложнением за 100 лет. И ещё. Несмотря на то, что мы все привыкли к определённым источникам ТЭЛА и направленности при её диагностике идёт именно по известным источникам, произошло изменение в этой области, то есть патоморфоз: участились случаи, когда источник ТЭЛА находится в венах таза, у мужчин это парапростатическая клетчатка.

А.В.: Если бы вы знали, как это трудно объяснить врачам. Ведь риск необычайно высок. Во избежание ТЭЛА всё это нужно лечить в срочном порядке.

О.З.: Это клинико-анатомическое исследование выявило крайне важные факторы для врача-практика, которые необходимы при ежедневном общении с пациентом. Доктора всё же стали уделять этому внимание. Я это вижу на различных конференциях, форумах и т.д. Однако вернёмся к сугубо клиническим вопросам: у большинства таких пациентов развивается повторная ТЭЛА, первая атака не всегда смертельна. Самое главное – уловить первый момент и спасти человека от повторной атаки, которая может оказаться смертельной. Это перспектива для борьбы с тяжелейшим осложнением. Ещё один момент: пережил человек ТЭЛА (все последующие морфологические изменения в лёгких – **Д.В.**) и благополучно об этом забыл. А что такое рубец в ткани лёгкого, ведь если был инфаркт, вызванный ТЭЛА, через 20-30 лет это во много раз повышает риск развития озлокачествления лёгочной ткани в рубце. Известно, что

рак лёгкого в рубце растёт по своей частоте встречаемости. Раньше это чаще было в посттуберкулёзных рубцах, а сегодня в рубцах после перенесённых пневмоний и ТЭЛА. Вот вам такая узкая проблема ТЭЛА – от сердечно-сосудистой патологии вплоть до рака лёгкого.

А.В.: Насколько при этом важна профилактика!..

О.З.: Для того чтобы свести всё воедино и была в XIX веке создана патологическая анатомия. Чтобы такие вопросы могли решаться совместно с клиницистами.

А.В.: Есть ещё одна проблема, которую я бы хотел затронуть – инфаркты миокарда. Не сам инфаркт, потому что вопросы первичной профилактики данной патологии сейчас везде обсуждаются, о них пишут каждый день. А скорее другая сторона. Вот больной перенёс инфаркт. Врачи как думают: ну и хорошо, что всё обошлось и пациент не умер. Что делать дальше – вот ключевой вопрос. Ведь высокая вероятность в течение года повторного инфаркта миокарда, а также отсроченного повторного инфаркта, развития его осложнений: сердечной недостаточности, нарушений ритма, в том числе и фибрилляции предсердий, те же инсульты и т.д. Какова клиническая значимость постинфарктного кардиосклероза, на ваш взгляд? Это же «заурядный пейзаж» на секциях. Что должен знать терапевт при ведении больного с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС)?

О.З.: Это во многом вопрос будущего, потому что, на мой взгляд, невозможно говорить о том, что есть просто рубец в стенке сердца. Как, например, в онкологии нет одинаковых опухолей, так и нет двух пациентов с одинаковым рубцом одинаковой величины в миокарде или стенке сердца. Здесь нам приходит на помощь знание общей патологии, в том числе и болезней сердца. Многие зависят от причины инфаркта миокарда (ИМ) и на каком фоне он развился. Если ИМ развился у пациента с сахарным диабетом, то зачастую рубец может быть несостоятельным. Если это ИМ у гипертоника, то оставшийся миокард не сможет долго компенсировать тот дефицит функций, который возник при замещении миокарда рубцовой тканью. Мы возвращаемся к персонализированному подходу к пациентам с рубцами в сердце. На этот счёт существуют различные точки зрения, начиная от роли стволовых клеток и возможности возмещения функции сердца, заканчивая механистическими идеями, что от объёма рубца и соотношения сохранившейся ткани зависит то или иное будущее пациента. Но что такое исчезновение из функции части ткани и развитие в ней рубца? Это – нарушение кровоснабжения, рано или поздно нарушение ритма, декомпенсация сохранившейся мышцы, развитие тромба в эндокарде в области рубца. А что такое тромб в прогностическом плане? Это инсульт, инфаркт миокарда за счёт эмболии коронарных артерий и т.д. Это – целая область в кардиологии, которая приводит к появлению новых терминов, чтобы мы подумали о том, не вводит ли новые нозологии, в частности, такие как ишемическая кардиопатия, не только за счёт длительно развивающейся стенокардии в той или иной её форме, но и после тех или иных перенесённых инфарктов. Вопрос на сегодняшний день практически не изучен. И ограничивать себя пониманием того, что человек, перенёсший инфаркт, теперь имеет факторы риска повторного инфаркта, факторы риска развития сердечной недостаточности, в наше время преступно мало. Это всего лишь то, от чего необходимо отталкиваться, начинать и идти дальше. Опять же: морфологически есть масса методик, которые позволяют при необходимости оценить сохранившуюся сократительную функцию миокарда, проводимость и т.д. И говорить на одном языке с клиницистами, которые сейчас хорошо

вооружены для того, чтобы все эти показатели оценить при жизни. Я уж не говорю о том, что биопсию миокарда можно ввести в практику. Она достаточно безопасна.

А.В.: Около 10 лет тому назад мы с вами начали обсуждать вопросы коморбидности. Сегодня о ней говорят все. Это предмет обсуждения на всех без исключения отраслевых площадках. Мы с вами имеем огромный архив патолого-анатомических вскрытий, и около 80% наших больных, как оказалось, имеют несколько болезней одновременно. Это колоссальная проблема – сочетание заболеваний, патогенетически связанных или нет между собой, не так ли?

О.З.: Моё отношение к термину «коморбидность» скорее критическое. Довольно многие десятилетия патологоанатомы настаивали на различных уровнях (ВОЗ, МКБ), что недопустимо диагностировать и лечить одно заболевание, а всё остальное опускать в сопутствующие. И вот до сих пор, когда я вижу в публикациях исследований какой-то группы пациентов, а дальше табличка: сопутствующие заболевания этих пациентов. Извините, это не сопутствующая патология. Слово «коморбидность» очень хорошее, но нужно придумать слово, которое бы ужесточило отношение к этому явлению.

А.В.: Мультиморбидность, полиморбидность...

О.З.: Как минимум. У 80% нынешних пациентов целый букет болезней. Не следует забывать, что наш организм обладает огромными возможностями компенсации. Вот человек имеет 4-5 болезней, из них 2-3 в обострении или только развились, они на поверхности, одну условно выбирают основную, остальные записывают в сопутствующие, иногда не удаётся это сделать, и говорят о 2-3 основных болезнях. Практически нет пациентов с одной болезнью. И всегда при лечении и диагностике надо учитывать, что одно дело – теоретически сделать модель и лечить одно заболевание, а другое – лечить больного, у которого комплекс взаимоотношающихся заболеваний, часть из которых находится в обострении. Даже действие лекарств будет совсем иным. И разработать в клинической практике методы лечения таких реальных наших пациентов крайне сложно.

А.В.: Без полипрагмазии, хочу заметить.

О.З.: Ни одна группа пациентов, подобранная для испытаний, не будет соответствовать клинической реальности. В этой связи тема коморбидности не вызывает сомнений в своей актуальности, являясь ключевой проблемой современной клинической медицины. Ещё одна проблема – постарение населения. Хотим мы этого или нет, в связи с отраслевым прогрессом население стареет. Это неизбежно ведёт к накоплению заболеваний. В скором времени медицина будет сталкиваться с тем, что без учёта одновременного наличия нескольких заболеваний у больного начинать лечение не стоит.

А.В.: Позволю себе подвести некоторые итоги. Можно смело констатировать: патологоанатом и клиницист должны находиться в эффективном симбиозе.

О.З.: Я хочу верить, что многие клиницисты и патологоанатомы разделяют наше мнение. Недавно я услышал в свой адрес: вы же клиницист, вы же проанализировали клинический случай. А я не счёл это комплиментом, ведь каждый из нас занимается своими вопросами, но именно вместе и получается та современная клиника. Морфолог, решая свои вопросы по специальности, не должен забывать, что является врачом. И только совместными усилиями могут получить результат. Я искренне верю, что в этом симбиозе и состоит будущее медицины.

Подготовил
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Пресс-конференции

Надёжная защита сердца

Уроки дают космонавт и врач

В современном мире мы регулярно испытываем нервно-психическую нагрузку: на работе, во время решения семейных или бытовых проблем, общения с незнакомыми людьми. Хронический стресс может привести к серьёзным последствиям для здоровья: по разным оценкам, он является причиной 65% заболеваний. И сердечно-сосудистая система человека страдает от постоянного негативного воздействия одной из первых.

Гостями недавней пресс-конференции, посвящённой данной теме, выступили люди, знающие, что такое хронический стресс и как предотвратить его нежелательные последствия.

«В 39 лет я впервые полетел в космос. Оказалось, что жизнь на станции – это стресс. Во время полёта было много непредвиденных ситуаций: мы пережили пожар на станции, отказ систем, которые обеспечивали жизнедеятельность, пережили также и разгерметизацию, которая произошла в результате столкновения грузового корабля со станцией. Несмотря на разные причины возникновения стресса на Земле и в космосе, профилактика заболеваний, которые могут возникнуть в результате его воздействия, отличается не сильно: это физические тренировки, правильное питание», – рассказал лётчик-космонавт Александр Лазуткин.

«Трудные ситуации в первую очередь влияют на работу сердца и сосудов, подвергая их перегрузке. При стрессе увеличивается выброс в кровь гормонов надпочечников – адреналина и норадреналина, сердце начинает работать интенсивнее, а артериальное давление повышается», – комментирует профессор кафедры кардиологии факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук Евгений

Аверин. – Если это состояние кратковременное, то оно может быть полезным, так как помогает активизировать работу организма в целом для достижения поставленной цели. Однако хронический стресс, напротив, способствует развитию атеросклероза сосудов, может провоцировать развитие сахарного диабета, истощает нервную систему».

Кардиолог дал всем участникам встречи совет: «Не можете изменить проблему, поменяйте своё отношение к ней. Можно существенно предупредить последствия воздействия стресса известным психологическим приёмом, просто снизив степень ожидания от какой-либо ситуации или важность получения чего-либо. Аутотренинги и отдых также могут спасти сердце от перегрузок. Не принимайте всё близко к сердцу и не берите на себя чрезмерный груз ответственности: доказано, что люди, более спокойно воспринимающие происходящие в жизни события, подвержены стрессу и последующим заболеваниям существенно меньше».

Необходимо помнить и о полноценном, сбалансированном питании, и о приёме витаминов и микроэлементов. Согласно рекомендациям по артериальной гипертензии 2016 г., калий обязателен для приёма всем гипертоникам; а совместный приём калия, магния и витамина В₆, по словам Е.Аверина, способствует нормализации артериального давления и улучшению тонуса миокарда и сосудов, снижает риск развития атеросклероза, улучшает работу нервной системы и уменьшает тревожность.

Знать это тем более важно, поскольку около 70% россиян, по приблизительным оценкам, находятся в состоянии постоянного стресса, а треть населения – в состоянии сильного стресса.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Новости

Удобно. Доступно. Понятно

К началу нынешнего года все детские поликлиники и женские консультации на территории Подмосковья перешли на обслуживание пациентов с помощью электронных медицинских карт. Об этом сообщили в пресс-службе Министерства здравоохранения Московской области.

«В прошлом году все 146 детских поликлиник и 74 женских консультации перешли на ведение медицинских электронных карт», – приводятся в сообщении слова министра здравоохранения Московской области Дмитрия Маркова, где среди прочего уточняется, что в позапрошлом году в электронном виде на приём к врачу записывался каждый пятый

житель области, а в настоящее время – каждый третий.

«У нас большие планы на нынешний год. Все учреждения родовспоможения, включая 3 новых перинатальных центра и 2 роддома, которые мы введём уже в первой половине текущего года, будут работать в единой информационной системе. Мы планируем подключить к широкополосному интернету 1,5 тыс. объектов здравоохранения. Это позволит нам продолжить внедрение телемедицины для консультирования граждан, повышения квалификации врачей, расшифровки медицинских снимков», – приводит пресс-служба ведомства слова его руководителя.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

По данным эпидемиологического исследования, проведённого в Российской Федерации среди взрослого населения, у 42,5 млн человек регистрируются повышенные цифры артериального давления (АД): у 41,1% женщин и 39,4% мужчин. Согласно одному масштабному исследованию, в 2013 г. в структуре назначений антигипертензивных препаратов (АГП) доля блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА, сартаны) выросла до 14,2% в сравнении с данными Федеральной программы мониторинга артериальной гипертонии (АГ) (2010), где она составляла 5,4%.

В рамках другого крупного исследования доля пациентов с АГ, получающих терапию БРА, возросла в 9,6 раза с 2002 по 2013 г. (1,7 и 16,4). БРА при лечении АГ эффективно снижают уровни АД, имеют хорошую переносимость, сопоставимую с плацебо.

От общего – к частному

В патогенетической терапии высокого уровня АД существенное значение отводится необходимости коррекции эндотелиальной дисфункции, то есть АГ рассматривается как «болезнь эндотелия».

Механизм действия БРА обусловлен воздействием на регуляцию сосудистого тонуса ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и симпатической нервной системы.

В основе антигипертензивного действия селективных БРА лежит их способность блокировать пресинаптические рецепторы ангиотензина II 1-го типа (AT1), которые контролируют синтез и секрецию норадреналина. Снижая синтез и секрецию норадреналина, БРА реализуют свой гипотензивный эффект через снижение тонуса симпатической нервной системы.

БРА не оказывают влияния на активность ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и метаболизм брадикинина, способствуя высвобождению NO, что реализуется в эффективной вазодилатации.

Также выявлены дополнительные механизмы гипотензивного действия через влияние БРА на гемореологию. БРА улучшают липидный профиль крови, снижая концентрацию атерогенных липидов и повышая холестерин липопротеидов высокой плотности, снижают толерантность к глюкозе, что способствует снижению вязкости крови.

Следовательно, гипотензивное действие БРА связано с суммарным воздействием непосредственно на сердечно-сосудистую систему и на улучшение реологических показателей крови (вязкости, агрегационная активность тромбоцитов и эритроцитов).

Выявление плейотропных эффектов сартанов способствовало расширению показаний к применению БРА в клинической практике – метаболический синдром (МС), диабетическая нефропатия с микроальбуминурией или протеинурией, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), фибрилляция предсердий (ФП), заболевания сердечно-сосудистой системы с гипертрофией миокарда левого желудочка (ГЛЖ), непереносимость ингибиторов АПФ (сухой кашель, ангионевротический отёк).

Новые подходы

Признаки рака лёгкого можно обнаруживать в плазме крови. Сегодня это уже не гипотеза, а доказанный факт.

Команда учёных из Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого и Красноярского научного центра Сибирского отделения РАН предложила использовать аптамер LC-18, обладающий высокой чувствительностью именно к циркулирующим в крови онкомаркерам рака лёгкого, в роли аптасенсора. По словам руководителя лаборатории биомолекулярных и

медицинских технологий КрасГМУ доктора биологических наук Анны Замай, для увеличения чувствительности сенсора в конструкцию из однопочечной ДНК и специального закреплённого на ней микрочипа добавили железные частицы, покрытые специальным составом, позволяющим им связываться с белками-мишенями. «Получился так называемый сэндвич: аптамер – молекула

В клиниках и лабораториях

В сосудистом бассейне

Блокаторы рецепторов ангиотензина: где, когда и кому

БРА и их дозы (25 и 50% от максимальной и максимальная)

Препарат	25% от максимальной дозы, мг	50% от максимальной дозы, мг	Максимальная доза, мг
Азилсартан медоксомил	–	40	80
Кандесартан цилексетил	8	16	32
Ирбесартан	75	150	300
Олмесартан медоксомил	5-10	20	40
Телмисартан	20	40	80
Валсартан	80	160	320
Лозартан	25	50	100

Cherchez la femme

Остановимся на определённых преимуществах использования БРА у женщин. В женской популяции отмечается большая распространённость ожирения, изолированной систолической гипертензии и гипертрофии ЛЖ; препаратами выбора у женщин с АГ в постменопаузальном периоде могут являться БРА и комбинации антигипертензивных препаратов на основе БРА.

БРА являются эффективными патогенетически обоснованными средствами для контроля АД при ожирении и МС, улучшая чувствительность тканей к инсулину, при сопутствующей этим состояниям инсулинорезистентности. В связи с повышенной активностью ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в период постменопаузы и при МС БРА особенно эффективны; они являются препаратами выбора при СД.

Позитивными оказались результаты использования БРА при АГ и ГЛЖ, они более чем другие антигипертензивные препараты вызывают регресс гипертрофии миокарда при АГ.

Результаты ряда исследований указывают на несколько большую эффективность при АГ БРА у женщин по сравнению с мужчинами.

Современные рекомендации по ведению больных с АГ и ИБС

считают назначение блокаторов РАС средствами, улучшающими прогноз.

Применение валсартана (БРА) по сравнению с зофеноприлом (иАПФ) обеспечило более частое достижение целевых значений АД, способствовало более выраженным позитивным изменениям параметров суточного измерения АД, нормализации суточного профиля АД у большинства пациентов.

Имеются гендерные различия в адаптации сердца к хронической

увеличивается экспрессия рецепторов 1-го типа к AT II в тканях. По-видимому, это способствует большей эффективности БРА по сравнению с иАПФ.

На практике – в деталях

Проведённая в 45 городах России оценка эффективности БРА лозартана в монотерапии и комбинации с тиазидным диуретиком показала, что подобная терапия способна уже через 6 месяцев приводить к стати-

ности от ИБС на 7% и смертности от инсульта на 10%. БРА обладают большим антигипертоническим потенциалом.

Азилсартан медоксомил. Начальная дозировка – 40 мг/сутки, максимальная доза – 80 мг/сутки. Азилсартан структурно подобен кандесартану, за исключением наличия в молекуле оксадиазольного кольца вместо тетразольного. Этим объясняют его улучшенную фармакокинетику по сравнению с другими БРА – более прочное

связывание с AT1-рецепторами и более медленную диссоциацию из-за связи с ними.

Азилсартан медоксомил обеспечивает необратимую блокаду AT1-рецепторов и полный антагонизм эндогенного AT II даже через 24 часа после приёма, обладает более выраженным по силе и продолжительности антигипертензивным эффектом при сравнении с другими БРА.

Данные суточного мониторинга АД подтвердили дозозависимый антигипертензивный эффект азилсартана, указывая на преимущество этого препарата в дозе 80 мг, эффективней снижаются уровни САД и ДАД (дополнительное снижение на 2,7 и 1,5 мм рт.ст. соответственно). Результаты выполненных рандомизированных клинических исследований показали высокую антигипертензивную эффективность азилсартана по сравнению с другими БРА и иАПФ.

Результаты клинических исследований, при которых были выявлены плейотропные эффекты сартанов, позволили расширить показания к применению этой группы препаратов. Современная стратегия коррекции высокого АД путём использования сартанов способствовала снижению риска сердечно-сосудистых осложнений, летальных исходов.

Широкое внедрение в клиническую практику БРА должно способствовать оптимизации лечения ряда заболеваний и состояний.

Михаил ГУРЕВИЧ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Надежда КУЗЬМЕНКО,
клинический ординатор.

Кафедра терапии факультета
усовершенствования врачей
Московского областного научно-исследовательского клинического
института им. М.Ф.Владимирского.

Рак ловится на «СЭНДВИЧ»

железа – белок», – поясняет исследователь.

Как сообщают в Сибирском отделении РАН, данный подход к идентификации раковых клеток можно будет использовать в разработке тест-системы для скрининга и малоинвазивной диагностики злокачественных новообразований лёгкого. Во всяком случае, сами авторы научной работы рассчитывают, что их идея будет использо-

вана именно таким образом и принесёт немалую пользу в онкологии.

Предварительные лабораторные исследования уже подтвердили правильность хода мысли биологов и эффективность работы «поискового сэндвича».

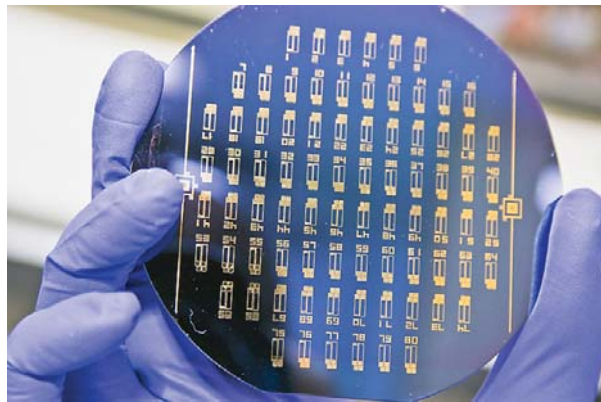
В настоящее время, говорит А.Замай, проводятся совместные исследования с Физико-техническим институтом Томского государственного университета, в ходе

которых отрабатывается методика одновременного выявления 6 белков-онкомаркёров в плазме крови пациентов с использованием мультиплексных электродов. Это позволит увеличить чувствительность и специфичность разрабатываемого «сибирского» метода диагностики рака лёгких.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Игеи

Нанотехнологии и опухоли



Чипы на поверхности компакт-диска

Мутации зачастую представляют собой смену одной «буквы» ген-кода на другую, в результате чего происходит замена одной аминокислоты. Потом выяснилось, что чуть ли не каждый ген может стать раковым, и весьма печальную картину несколько скрасило выделение генов-протекторов, защищающих наш геном от перерождения. Одним из таких генов оказался участок ДНК, мутации которого приводят у детей к ретинобластоме (Rb), то есть опухоли из бластов, или незрелых клеток сетчатки глаза. Но только в конце 2016 г. учёные университетов Пизы и Алабамы (Бирмингем) выяснили механизм геномной защиты, осуществляемой белком Rb в ходе роста и развития клеток из стволовых предшественников.

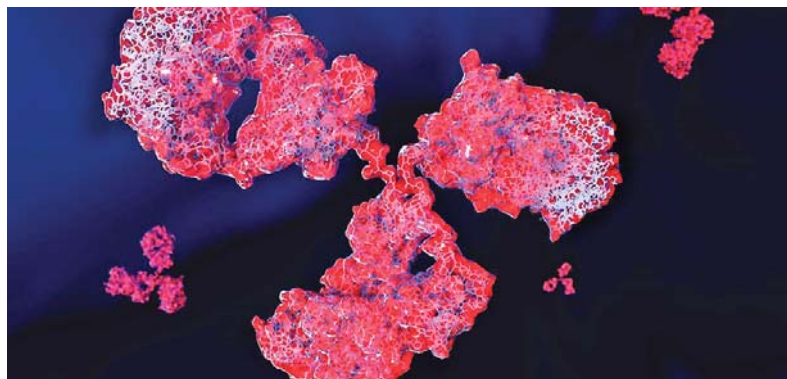
Известно, что наш геном содержит мало генов, кодирующих синтез белков, исходя из количества хромосомной ДНК, которая представлена многими нефункциональными повторами. Геномщики полагают, что повторы представляют собой «память» о прошлых инфекциях, в том числе и ретровирусных, к коим относится, например, ВИЧ (вирус «омолаживает» инфицированные им клетки, чтобы поставить их резервы себе на службу). Обычно эти последовательности никак не «завяляют» о себе, оставаясь неактивными (silent), однако изредка они «просыпаются», встраиваясь в нормальные гены и нарушая их работу. Оказалось, что протеин ретинобластомы кооперируется с ферментом метил-трансферазой, осуществляющим перенос метильных групп – СН₃ на белки хромосом и саму ДНК. Её метилирование, например, «выключает» гены эмбрионального развития, и при сбое в «выключателе» у плода вырастает хвостик или шестые пальчики на руках. Указанный фермент способствует «молчанию ягнят»,

или выключению упомянутых повторов, белок же Rb необходим для внутрихромосомной доставки энзима к местам его действия. В Пизе и Бирмингеме выяснили тысячи мест геномной локализации комплекса двух важных для «охраны» генома про-

теинов. Авторы полагают, что с помощью ингибиторов фермента можно повышать активность и более точно «нацеливать» иммунные лимфоциты на борьбу с опухолями. Дело в том, что без фермента клетки будут «являть» себя иммунной системе, как если бы они были инфицированы вирусами. Белок Rb при этом станет диагностиком ракового пере-

кислотой. А в Политехническом институте английского Ворчестера создали биочип для выявления метастазирующих клеток в крови. Его «конструкция» сходна с тестом на антитела против ВИЧ, то есть тоже использует иммобилизованные молекулы белковых антител против белков, присутствующих в избыточных количествах на поверхности раковых клеток. Чип можно использовать и для тестирования эффективности противораковых лекарств, в том числе и против раковых стволовых.

Маркёром последних является фермент альдегид-дегидрогеназа (используемый печенью для «переваривания» этанола). Выключение гена фермента останавливает рост глиобластомы в мозгу мухи дрозофилы. Модификация ферментного ингибитора сделал возможным для него проходить гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) и проходить из полости сосудов в мозг. Тем самым впервые стала возможна терапия не против опухоли мозга, а против её стволовых клеток, что может оказаться более эффектив-



Красная молекула антитела

рождения и эффективности противораковых иммунотерапий. То же относится и к ВИЧ, ДНК-копия которого «прячется» в повторах, ничем себя до поры до времени не проявляя-манифестируя. Именно поэтому известные на сегодня методы лечения её не «достают», что делает невозможным окончательное излечение (как от гриппа). Несомненно, что, согласно открытию, станут более эффективными методы борьбы с аутоиммунными расстройствами и с отторжением.

Переход с молекулярного на наноуровень совершили специалисты Института биомедицинских исследований испанского Арагона, предложившие девайс с микроканальцами и камерами, позволяющий осуществлять в режиме реального времени мониторинг клеток в состоянии гипоксии. Последняя представляет собой нехватку кислорода, в результате чего опухоль закисляется молочной

ным подходом. Авторы планируют начало клинических испытаний уже в 2017 г.

Центр геронтологии обнародовал результат своих исследований, согласно которым дожившие до середины девятого десятка смогут преодолеть и 100-летний рубеж. Беседы со 100-летними в Москве и трёх областях России показали, что те считают своё долголетие от них независимым. Оно и понятно, поскольку от них никак не зависит та уникальная комбинация генома, унаследованная от родителей весьма случайным образом. Так, при клеточном генотипировании опухолей оказалось, что даже у соседних клеток мутационный «фон» разный.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Genome Research,
Nanotechnology.

Взгляд

Во сне мы проводим около трети своей жизни. Он необходим для нормального функционирования организма, однако, несмотря на то что он так важен, учёные пока не разобрались в его физиологии. До сих пор остаётся тайной, каким образом регулируется процесс засыпания и пробуждения, существует гипотеза, что есть некая субстанция, которая концентрируется, когда человек или другое существо бодрствует, и высвобождается, когда засыпает. Чтобы разобраться в этих процессах, специалисты, как обычно, обратились к исследованиям на мышах.

Сон: всё только начинается...

Научной работой занимались Джозеф Такахаша из Техасского университета (США) и Масаши Янагисава из Университета Цукубы (Япония). Они изучали генетические мутации, в результате которых сон мышей был не таким, как обычно. При этом, как пояснил Дж.Такахаша, он и его коллега спровоцировали случайные мутации у более чем 8 тыс. мышей – чтобы не обследовать гораздо большее количество животных в поисках чего-то интересного на генетическом уровне, они решили создать это интересное самостоятельно. Всех мутировавших мышей подвергли процедуре электроэнцефалографии.

Из 8 тыс. мутаций только 2 привлекли внимание учёных. Носителем одной из них стала мышь Соня, которой требовалось на треть больше сна, чем остальным особям. Второго мутанта назвали Неспящим – стадия быстрого сна у него была значительно короче. У Сони был повреждён ген соль-индуцированной киназы-3. Для того чтобы понять, почему он так много спит, Дж.Такахаша и М.Янагисава всесторонне изучили его, напри-

мер, проверили, нет ли нарушения в его циркадных ритмах, а также нормально ли мышь реагирует на различные раздражители (новая клетка, кофеин).

За исключением мутации в генах, и с Соней, и с Неспящим, которого протестировали так же, было всё в порядке. Исследователи сделали вывод, что, хотя физиологические причины повышенной потребности первой мыши в сне неясны, возможно, определяющим фактором всё же является его мутация. Что касается Неспящего – с ним всё оказалось несколько проще, его мутация увеличила проводимость натриевого канала, отвечающего за возбудимость нейронов.

Авторы научной работы надеются, что дальнейшие скрининги выявят дополнительных мышей, изменения в генах которых повлияют на их сон. Возможно, эти животные поспособствуют раскрытию связанных с этим состоянием тайн. М.Янагисава добавил, что «это только начало».

Герман АКОДИС.

По информации Medical Xpress.

Однако

Миграция личинок. Образы патологии

У мужчины 42 лет в течение месяца отмечались интенсивные зудящие высыпания на правой ступне. Этот симптом появился после отпуска, проведённого в Нигерии.



Высыпания постепенно мигрировали со скоростью от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров ежедневно. При осмотре змеевидная эритематозная сыпь обозначила дорожку на правой стопе (рис. А и В), типичную для мигрирующей личинки ползучие высыпания. Больной был пролечен альбендазолом (albendazole). Спустя 2 недели сыпь исчезла полностью. Но рецидивировала через 2 месяца после первого визита. Кожная миграция личинок кривоголовок (hookworm) круглых червей анкилостом – атипичный симптом для этих гельминтов. Заражение происходит при контакте с фекалиями собак или кошек. Эти паразиты проникают только под эпидермис вследствие недостатка коллагеназы, необходимой, чтобы проникнуть через базальную мембрану кожи. Клинически это проявляется интенсивным зудом,

линейными или змеевидными высыпаниями, которые наиболее часто появляются на стопах, спине, ягодицах, бёдрах или животе. Хотя болезнь имеет самоограниченное течение, антигельминтное лечение может ослабить симптомы и сократить её длительность, отмечают авторы сообщения Dong-Lai Ma, Пекинский медицинский колледж (Китай) и Sergio Vano-Galvan из больницы Рамона и Кахаль (Мадрид, Испания).

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам
New England Journal of Medicine.

Почему бы и нет?

В Мельбурне (Австралия) исследователь Югиш Ланкадева открыл новую методику, которая поможет диагностировать воспаление почек до того, как оно начнёт угрожать жизни. Среди всех людей в Австралии, которые страдают болезнями почек, около трети умирают вследствие синдрома острой почечной недостаточности, основной причиной которого является сепсис.

Многих таких пациентов успевают довести до больницы, однако лечение в ряде случаев отнюдь не

На страже здоровья почек

эффективно, так как существующие методы диагностики не давали врачам возможности заметить заболевание достаточно рано для своевременного вмешательства. Новая техника может исправить ситуацию.

Учёный заметил, что по мере развития воспаления всё большее количество крови направляется к почке, однако внутрь органа, наоборот, её попадает меньше.

Недостаток кислорода ведёт к тому, что клетки перестают функционировать нормально, и почка в итоге отказывает. Ю.Ланкадева предположил, что, поскольку моча вырабатывается в почках, содержание в ней кислорода может служить маркёром этого же показателя самих почек. Он проверил свою гипотезу с помощью катетера и обнаружил, что корреляция действительно есть. Таким образом,

измерение уровня кислорода в моче отражало состояние производящего её органа.

Новый метод диагностики способен в реальном времени показывать, какие пациенты из зоны риска – те, у кого в любой момент может развиться почечная недостаточность – находятся в наибольшей опасности. Регулярная сдача анализа мочи позволит предугадать наступление острой

фазы заболевания, вовремя начать профилактику и, возможно, полностью предотвратить отказ почек.

До конца нынешнего года исследователь и его коллеги планируют протестировать новую технику в отделении интенсивной терапии больницы Остина в Австралии, однако уже известно, что метод хорошо себя показал при работе с больными, у которых проходили операции на сердце (в этом случае также велик риск развития почечной недостаточности).

Валентин СТАРОСТИН.

По сообщению Reuters.

А как у них?

Избранный президент США Дональд Трамп потребовал от республиканцев немедленно отменить закон о реформе здравоохранения (Affordable Care Act – закон о доступной медицинской помощи), разработанный бывшим президентом страны Бараком Обамой, и как можно скорее. «Нам нужно заняться делом. Обамасаре была катастрофой», – заявил он.

В свою очередь, Б.Обама, выступая с прощальной речью в Чикаго, заявил, что готов поддержать новую реформу здравоохранения, если она окажется лучше той, которую провёл он.

«Количество незастрахованных граждан США никогда не было меньше, чем сейчас. Стоимость здравоохранения растёт самыми медленными темпами за 50 лет. Если кто-нибудь сможет внедрить план, который будет лучше, чем

получателей федеральных льгот для малоимущих или пожилых. По новому закону страховка для всех американцев стала обязательной.

В ходе предвыборной кампании Д.Трамп пообещал отменить закон об обязательном медицинском страховании как не соответствующий интересам американцев.

В качестве альтернативы Д.Трамп предложил ввести систему специальных счетов – Health Savings Accounts (HSA), на которых будут

Страхование по-американски

Сообщается, что Д.Трамп потребовал провести голосование по отмене реформы в середине января, а также заявил, что «замена реформы будет проведена очень быстро или одновременно». По его словам, нет никаких причин для задержки, и весь процесс должен занять несколько недель. «Долго для меня значит несколько недель. Не будет так, что произойдёт отмена, а затем через 2 года последует другой план», – заявил он.

Ранее избранный вице-президент Майк Пенс заявил, что Д.Трамп отменит реформу здравоохранения Обамасаре сразу же после вступления в должность.

изменения, которые мы сделали с нашей системой здравоохранения, который будет затрагивать столько же людей при меньшей стоимости, я публично поддерживаю это», – заявил Б.Обама.

Разработанный командой Б.Обамы закон о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act), или Обамасаре, вступил в силу в 2010 г. Согласно документу, каждый житель страны обязан приобрести медицинскую страховку, в то время как до принятия закона полис приобретался по желанию. Полисов на тот момент не имели примерно 15% жителей США – им не оплачивали страховку работодатели, и они не попадали в число

храниться средства, предназначенные для оплаты медицинских услуг. Деньги на эти счета американцы смогут перечислять самостоятельно, они будут освобождены от налогов. Эти счета политик предложил передавать наследникам также без каких-либо налоговых вычетов.

Однако в середине ноября минувшего года Д.Трамп заявил о возможном сохранении, по меньшей мере, двух положений программы Обамасаре: речь идёт о запрете для страховых компаний отказывать в страховке по состоянию здоровья, а также о предоставлении возможности родителям распространять действие страховых полисов на своих детей.

Проекты

Привлекут иностранцев

Национальная служба здравоохранения (NHS) Великобритании объявила о готовности принять на работу несколько сотен врачей из других европейских стран. NHS обещает предоставить им «хороший релокационный пакет» и зарплату в 90 тыс. фунтов стерлингов (110,4 тыс. долл.) в год. Программа привлечения иностранных специалистов призвана решить проблему нехватки кадров в системе здравоохранения Соединённого Королевства.

Британская NHS будет приглашать врачей из стран Европейского

союза. Служба планирует привлечь на работу 500 специалистов из Польши, Хорватии, Литвы, Греции и Испании. Прежде чем начать работу в Великобритании, им нужно будет пройти бесплатную 12-недельную подготовку в Польше.

Иностранцам, привлечённым по этой программе на работу, будет оказана поддержка при регистрации в качестве практикующих врачей в генеральном медицинском совете Великобритании, а также помощь в усовершенствовании знания английского языка. На начальном этапе зарплата иностранных специалистов составит 70 тыс. фунтов стерлингов в год.

Когда они полностью освоятся в новых условиях и смогут работать самостоятельно, зарплату повысят до 90 тыс.

Пациентские организации назвали подобные меры, предпринимаемые NHS для разрешения кадрового кризиса, «безнадёжными», добавив, что NHS «сбилась с пути», не сумев привлечь на работу достаточное количество врачей, получивших образование в Великобритании.

Согласно прогнозу Королевского колледжа врачей общей практики (RCGP), нехватка специалистов в стране составит 10 тыс. к 2020 г. Английское правительство пообещало принять на работу в NHS 5 тыс. новых врачей, в том числе 500 иностранцев, к 2020 г. В 2016 г. в Англии прошло несколько забастовок так называемых «младших врачей». Они выступали против введения новых условий оплаты труда.

Ну и ну!

Клинический «фотограф»

Исследователи из Университета Южной Калифорнии (США) разработали новую технологию «5D» для анализа изображений, которая позволит диагностировать заболевания по снимкам, сделанным с помощью мобильных телефонов.

Методика «гипер-спектрального векторного анализа», или HySP, намного быстрее и дешевле, чем современные методы диагностики, так как с помощью новой технологии флуоресцентной визуализации появилась возможность одновременно обнаруживать молекулы разных органических веществ в клетках и тканях.

В основе технологии – использование молекул с красителями, которые светятся под определённой частотой света. Такие флуоресцентные изображения помогут выяс-

нить, какие молекулы образуются в больших количествах в раковых или других патологических образованиях, то есть могут быть полезны в диагностике и выявлении мишеней для лекарственных средств.

В настоящее время для того чтобы выяснить, как ведут себя различные соединения в реальном времени, исследователи фотографируют каждое вещество отдельно, а затем путём применения сложных методов, накладывают изображения одно на другое, что позволяет выяснить – как вещества соотносятся друг с другом. Такая методика является трудоёмким и дорогостоящим процессом, а с помощью технологии HySP можно просмотреть поведение всех молекул одновременно.

По словам одного из авторов методики, профессора Франциска Кутрале, исследователи смогут

выполнить одновременно 18 задач, вместо того чтобы выполнить 18 отдельных экспериментов, а затем попытаться их объединить. Алгоритм эффективно отфильтровывает рабочие сигналы от помех, даже если они очень слабы, для обработки информации используется гораздо меньше времени, и нет необходимости в дорогостоящем оборудовании.

Как пояснил Ф.Кутрале, подобная методика позволит впоследствии клиницистам использовать несколько фотографий кожи пациента, сделанных на сотовый телефон, чтобы определить вероятность риска раковых заболеваний. Разумеется, такой анализ никогда не будет основным методом определения болезней, но он позволит вовремя разглядеть риски заболеваний и начать серьёзное клиническое обследование.

Мнения

Как разговаривать аутиста?

Расстройства аутистического спектра в некоторых случаях – не единственное заболевание психики, от которого страдает пациент. Однако другие болезни сложно диагностировать – например, симптомы тревожного расстройства иногда сходны с симптомами аутизма, но при этом качество жизни ребёнка, имеющего и то, и другое расстройство, будет ниже, чем у того, кто страдает только аутизмом.

Разобраться в том, какой симптом к чему относится, часто не могут ни врачи, ни родители. Точные клинические рекомендации могли бы быть крайне полезны для постановки диагноза.

Исследователь из Дрексельского университета в Филадельфии (США) Коннор Кернс создала собственное дополнение к опроснику, используемому при сборе анам-

неза у аутичного пациента. Автор разрабатывала его с позапрошлого года и недавно протестировала на 69 детях 8-13 лет с диагнозом «аутизм» и подозрениями на наличие тревожного расстройства.

Специалист прокомментировала, что симптомы этих заболеваний сложно отличить друг от друга – например, то, что ребёнок избегает людей, может быть симптомом аутизма (если он просто не хочет с ними общаться) или тревожного расстройства (если он их боится). Поскольку тревожное расстройство влияет на жизнь пациента негативно – важно своевременно начать терапию.

Выводы, полученные путём новой анкеты, проверили с помощью других методов, используемых при выявлении тревожных расстройств. Результаты всех проверок совпали, таким образом, новые вопросы действительно помогут при диагностике заболеваний психики.

Решения

Спаستись от депрессии



В 2017 г. Всемирная организация здравоохранения решила сделать темой Всемирного дня здоровья помощь людям, страдающим депрессией. По данным ВОЗ, депрессия и тревожные расстройства ежегодно наносят глобальной экономике немалый ущерб.

Как известно, депрессия поражает людей всех возрастов, из всех слоёв общества, во всех странах. Она вызывает душевные страдания и влияет на способность людей выполнять повседневные задачи. В худшем случае депрессия может привести к самоубийству, которое занимает второе место среди причин смерти людей в возрасте 15-29 лет, сообщает ВОЗ.

«Начиная с 10 октября прошлого года общая цель Всемирного дня психического здоровья заключается в том, чтобы все люди, страдающие депрессией, во всех странах могли обратиться за помощью и получить её. Конкретнее, мы хотим информировать широкую общественность о депрессии, её причинах и возможных последствиях, включая самоубийство, а также о том, какие существуют виды помощи по профилактике и лечению депрессии. Мы хотим, чтобы люди с депрессией не боялись обращаться за помощью, а их члены семьи, друзья и коллеги могли оказать им поддержку», – говорится на сайте ВОЗ.

Очевидно, ВОЗ решила привлечь особое внимание на 3 группы, ко-

торые подвержены особому риску: подростки и молодёжь, женщины детородного возраста (особенно после родов) и пожилые люди (старше 60 лет).

Согласно отчёту ВОЗ, депрессия и тревожные расстройства обходятся миру в 1 трлн долл. ежегодно. При этом каждый вложенный в борьбу с этими болезнями доллар принесёт любой экономике 4 долл. из-за улучшения здоровья и работоспособности населения, говорится в исследовании ВОЗ.

Депрессия, как известно, представляет собой заболевание, которое характеризуется постоянным состоянием уныния и потерей интереса к видам деятельности, которые обычно приносят удовлетворение, а также неспособностью делать повседневные дела в течение, по меньшей мере, двух недель.

Кроме того, у людей, страдающих депрессией, обычно присутствуют некоторые из следующих симптомов: нехватка энергии, снижение аппетита, сонливость или бессонница, тревога, снижение концентрации, нерешительность, беспокойство, чувство собственной ничтожности, вины или отчаяния, а также мысли о причинении себе вреда или самоубийстве.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По информации
The New York Times,
who.int, Pulse, PsychCentral.

Изучая более 40 лет обстоятельства ранения А.Пушкина, работая в архивах, многократно посетив место дуэли поэта у Чёрной речки, музей-квартиру на набережной Мойки, проверив на трупах и компьютерных томограммах возможный ход раневого канала, в данной статье я постараюсь подробно изложить историю его болезни и причину смерти, случившейся ровно 280 лет назад.

Достойные противники

Пушкин имел опыт 3 дуэлей и блестящую стрелковую подготовку. Противником его был поручик Кавалергардского полка 24-летний француз Жорж Дантес, также меткий стрелок.

Александр Сергеевичу Пушкину к моменту дуэли было 37 лет, он был среднего роста (167 см), правильного телосложения. В детстве болел простудными заболеваниями, в 18 лет перенёс тяжёлое инфекционное заболевание с длительной лихорадкой. Вёл здоровый образ жизни, много ходил пешком и ездил верхом. Иными словами, к дню дуэли поэт был физически крепок и здоров.

Дуэль состоялась на Чёрной речке под Санкт-Петербургом 27 января 1837 г. (по старому стилю) в пятом часу пополудни. Погода была морозная (-15°C) и довольно ветреная.

Секундантом Пушкина был его лицейский товарищ подполковник К.Данзас, секундантом Дантеса – атташе французского посольства Д'Аршиак. Условия поединка выбрали суровые: противники находятся в 20 шагах друг от друга, каждый в 5 шагах от барьера, расстояние между барьерами равно 10 шагам.

Использовали крупнокалиберные дуэльные пистолеты системы Лепажа с круглой свинцовой пулей диаметром 1,2 см, массой 17,6 г. Это оружие характеризовалось кучным, точным боем, и с расстояния 10 шагов (около 6,5 м) таким отличным стрелкам, как Пушкин и Дантес, промахнуться было практически невозможно.

Секунданты проторили тропинку в глубоком снегу, шинелями обозначили барьеры, зарядили пистолеты и отвели противников на исходные позиции. Соперники по сигналу Данзаса начали сближаться. Хладнокровный Дантес схитрил и неожиданно выстрелил, не сделав последнего шага до барьера. Целиться в стоявшего Пушкина было легче. Правый бок и низ живота были совершенно не защищены. Такая позиция тела обусловила своеобразие хода раневого канала.

Пушкин почувствовал сильный удар в бок. Ноги подкосились, и он упал на левый бок лицом в снег, на мгновение потеряв сознание. Секунданты бросились к нему, но поняв намерение Дантеса сделать то же, Пушкин крикнул по-французски: «Подождите, у меня ещё достаточно силы, чтобы сделать свой выстрел!» Он нашёл в себе силы приподняться, сесть, прицелился и выстрелил. Увидев падающего Дантеса, он воскликнул: «Браво!» и потерял сознание на несколько минут.

Дантес получил сквозное ранение средней трети правого предплечья и контузию верхней части брюшной стенки.

Дуэль состоялась...

Пушкин был ранен приблизительно в 17 часов, после этого он жил ещё около 46 часов.

Врача на дуэль не приглашали, первая помощь поэту не была оказана, перевязка не сделана.

Придя в сознание, передвигаться самостоятельно Пушкин не мог (шок, массивная кровопотеря). Носилок и щита не было. Больного с повреждённым тазом вначале волоком «тащили» к саням (!), затем уложили на шинель и понесли. Однако это оказалось не под силу. Вместе с извозчиками секунданты разобрали забор из жердей и подогнали сани. На



Тайны

Смерть Пушкина: вопросы остаются Можно ли было спасти поэта?

всём пути от места дуэли до сaney на снегу остался кровавый след. Определить степень анемии, осуществить переливание крови и даже элементарную сегодня внутривенную инфузию растворов при тогдашнем уровне развития медицинской науки было невозможно, ибо эти методы к 1837 г. ещё не были разработаны. Поэтапная кровопотеря 40% объёма циркулирующей крови сегодня не считается смертельной. Но в наши дни кровопотеря восполняется, полностью или частично, гемотрансфузией. Невозможно представить степень анемии у Пушкина, которому не перелили ни грамма крови! Александра Сергеевича в течение часа везли в полусидячем положении 7,5 вёрст от места дуэли на Чёрной речке до квартиры на набережной Мойки. Он сильно страдал от болей в области таза, жаловался на тошноту. Временами терял сознание, и карету приходилось останавливать. Очевидно, в эти минуты падало артериальное давление.

Уже в темноте, в 18 часов, смертельно раненного поэта привезли домой.

Данзасу, доставившему раненого не в лечебное учреждение, пришлось в поисках хирурга метаться по вечернему Санкт-Петербургу. Он посетил 3 квартиры, не застав хозяев дома, и случайно на улице встретил В.Шольца, который был не хирургом, а акушером. Тот согласился осмотреть раненого и вскоре приехал вместе с хирургом – главным врачом придворного конюшенного госпиталя К.Задлером, который к тому времени уже перевязал рану Дантеса. Перевязку раны у Пушкина приехавшие врачи произвели около 19 часов. При этом Задлер уезжал за инструментами и, вернувшись, вероятно, зондировал рану неглубоко от кожи.

В 7 часов вечера приехали хирург с мировым именем – лейб-медик Н.Арендт и домашний доктор Пушкиных профессор И.Спасский. В дальнейшем в лечении раненого принимали участие другие врачи (Х.Саломон, И.Буяльский, Е.Андреевский, В.Даль), однако негласно.

Были колебания и сомнения в назначении конкретных лечебных средств. В первый вечер в действиях докторов проявлялась некоторая растерянность. Скорбный лист (история болезни) так и не был заведён, назначения врачей и дозы лекарств не фиксировались.

Н.Арендт, осмотрев рану, не стал скрывать от Пушкина, что она смертельна. Об этом чуть раньше сообщил Александру Сергеевичу и Шольц. Их действия противоречат

веками выработанному принципу гуманности: не сообщать неизлечимому больному правду.

Не случайно Пушкин, очень чувствительный и ранимый человек, услышав о неминуемой смерти, в свои последние неполные два дня испытывал мучительную тоску и был крайне подавлен, неоднократно спрашивая у дежурившего: «Скоро ли конец?» У него даже было намерение застрелиться, но вовремя убрали пистолет.

Н.Арендт выбрал консервативную тактику ведения больного, которая была одобрена известными хирургами Х.Саломоном,

образом, общая кровопотеря с момента ранения достигла 2,5 л (50% объёма циркулирующей крови). Несомненно, что до назначения пиявок уже имелась тяжёлая анемия, действенных средств лечения которой в те годы не знали. К местному кровопусканию в XIX веке прибегали при перитоните. Однако в данной ситуации назначение пиявок (да ещё в таком количестве) без учёта кровопотери и развившегося малокровия было шаблонным, необдуманным актом, приблизившим роковой исход. Улучшение было мимолётным. Вскоре Александру Сергеевичу

стало хуже, чем до применения пиявок.

В ночь с 28 на 29 января состояние раненого крайне тяжёлое. В сознании. Появилось мучительное чувство тоски, сохранялись резкая слабость, жажда, боли в животе. Изменилось лицо – черты заострились («лицо Гиппократово»).

Днём 29 января состояние прогрессивно ухудшалось. Резкая слабость, головокружение, временами путалось сознание, возникали зрительные галлюцинации. Дышать было трудно.

В 14 часов 45 минут 29 января 1837 г. наступила смерть. Последние слова поэта: «Жизнь кончена... Тяжело дышать, давит...» Закрыв глаза умершему доктор Е.Андреевский.

Вскрытие было произведено в передней дома поэта, очевидно, И.Спасским, который один из немногих имел опыт судебно-медицинской экспертизы. Спешка, плохое освещение, неоформленный письменный протокол – эти недостатки аутопсии стали затем причиной разноречивости толкования хода раневого канала, наличия и степени поражения некоторых органов и, наконец, причины смерти.

О чём говорит вскрытие

Результаты вскрытия по памяти через 24 года опубликовал в «Московской медицинской газете» участвовавший в нём В.Даль.

Из воспоминаний Даля следует, что на аутопсии были обнаружены «сильное воспаление» кишок, гангренозные изменения небольшого участка – «величиной с грош» – тонкой кишки. Пулю на вскрытии не нашли, что лишний раз характеризует его качество. Ничего В.Даль не пишет о состоянии лёгких, сердца, селезёнки и других внутренних органов; неясно, производился ли их осмотр.

К казусам следует отнести утверждение Даля, что кровотечение наблюдалось, «вероятно, из перебитой бедренной вены». Но, во-первых, бедренная вена не проходит в зоне раневого канала, во-вторых, почему В.Даль пишет «вероятно»? Ведь ранение такой крупной вены, как бедренная, должны были обязательно заметить на вскрытии. Все историки хирургии категорически отвергают ранение бедренной вены у Пушкина.

Может быть, В.Даль имел в виду ранение правой наружной подвздошной вены, называя её бедренной? Однако доказательств того, что пуля Дантеса повредила крупную магистральную вену (наружную, внутреннюю или общую подвздошную), в исторических до-

кументах нет, и допустить это невозможно, иначе смерть наступила бы от массивной кровопотери уже на месте дуэли или во время транспортировки. Источником кровотечения следует считать более мелкие вены и артерии таза, в большом количестве расположенные по ходу раневого канала.

На неостребованных трупах мужчин среднего роста мы изучили возможный ход раневого канала. Установлено, что при прямолинейном раневом канале от точки, находящейся в 5 см внутри от передней верхней ости правой подвздошной кости, до боковой поверхности нижней части крестцовой кости, во всех случаях повреждаются петли тонкой кишки, иногда раневой канал проходит через слепую кишку, подвздошные сосуды и правый мочеточник. Внимательно просмотрев компьютерные томограммы таза 20 мужчин, обследованных по поводу различных заболеваний органов, находящихся вне проекции предполагаемого раневого канала, мы убедились, что при прямолинейном ходе пули у Пушкина неминуемо должны были произойти сквозные ранения петель тонкой кишки.

Летальный исход, безусловно, явился следствием молниеносного сепсиса как осложнения в первую очередь травматогенного перитонита.

Главный вопрос: можно ли было спасти Александра Сергеевича Пушкина в современных условиях?

При огнестрельном ранении нижнего отдела брюшной полости и таза, подобном ранению Пушкина, необходимо оказать первую помощь на месте происшествия (наложить асептическую повязку, ввести обезболивающие и гемостатические средства), немедленно транспортировать пострадавшего в хирургическое отделение на санитарной машине в положении лёжа на щите, в пути вводить плазмозаменители и протившоковые средства. В хирургическом стационаре нужно срочно провести обследование, включающее обзорную рентгенографию, компьютерную томографию или МРТ, ультразвуковое исследование, с целью определения локализации инородного тела, наличия и характера повреждений окружающих раневой канал органов.

После короткой предоперационной подготовки необходимо оперировать раненого под общей анестезией (эндотрахеальный наркоз): выполнить нижнюю срединную лапаротомию, эвакуировать выпот и кровь, произвести резекцию ушибленного участка тонкой кишки с наложением тонко-тонкокишечного анастомоза, широкое рассечение раневого канала, удалить пулю, осколки подвздошной и крестцовой костей и другие инородные тела, осуществить гемостаз, санирование и адекватное дренирование брюшной полости и малого таза, декомпрессию тонкой кишки. Во время и после операции необходима интенсивная терапия, включающая гемотрансфузии, введение плазмозаменителей, антибиотиков и других средств. Лечение в послеоперационном периоде должно осуществляться в условиях реанимационного отделения.

Если учесть тяжесть ранения Пушкина, то даже полный объём указанных мероприятий мог не предотвратить смертельный исход, однако шансы на выздоровление составили бы не менее 80%, ибо летальность при подобных огнестрельных ранениях ныне, в начале XXI века, составляет около 17%. Но Александр Сергеевич Пушкин жил в другое время, и спасти его жизнь в 30-х годах XIX столетия было, к глубокому сожалению, практически невозможно.

Михаил ДАВИДОВ,
доцент Пермского государственного
медицинского университета
им. Е.А.Вагнера,
кандидат медицинских наук.

Как всё-таки много необычно-го и где-то даже странного не только вокруг нас, но и рядом с нами! Все кланут отживающие свой век «хрущобы», а вот мы с соседями дружно не нарадуемся, что наш дом пока не поставлен в очередь на снос. А что? Каких только специалистов в нашем доме нет, даже таких, которых, казалось бы, и быть-то не может! Но главное – мы всегда можем если не достучаться, то уж точно докричаться до соседей. И всё это благодаря предельно повышенной звукопроницаемости наших стен! А вот мне, как и моей ближайшей соседке, так и вовсе повезло – между нами обитает служитель «оздоравливающего цеха», которого моя соседка называет и вызывает, если что, «Эй, Болитом!». Об этом труженике клятвы Гиппократы ходят просто легенды! Почему? Да хотя бы потому, что он:

Всегда выслушает заболевшего соседа хотя бы по телефону.

Недавно сумел поставить на ноги одного нашего ну просто больного соседа, привыкшего ходить на голове!

Он рекомендует, если уж и стремиться к накоплениям, так только не к жировым.

И ещё, он всегда готов подсластить пилюлю, выписанную диабетку.

Наш «Эй, Болит» не старается кучей таблеток засыпать провалы памяти у склеротиков.

И никогда не мерит давление на свой аршин.

Кроме того, он любит убеждать всех нас одной из главных мудростей, гласящей: «Чтобы вкусить сладость жизни, следует перестать сыпать соль на раны!».

И ещё он не устаёт повторять, что настоящая цена жизни не в аптечных ценниках, и что дорожка лечения может быть только здоровье!

Наш добрососедский доктор и для слепо верящих во всё плохое готов подобрать хорошие очки.

А тем, кто начинает жаловаться ему на сердцебиения, он успокаивающе разъясняет: «Если сердце бьётся, значит, есть за что!».

И ещё, он, будучи убеждённым, что «нам юмор жить и лечить помогает», может посоветовать тем, кто страдает близорукостью, заняться рыбалкой, ведь «рыбак рыбака видит издалека!».

На литературный конкурс

Евгений ТАРАСОВ

Добрый доктор «Эй, болит!»

Признание пациентов перед врачом



А также, этот наш сосед любит напоминать всем нам: «Хорошо смеётся тот, кто верит в лечебную силу смеха!»

Он готов даже лунатику психотерапевтически пообещать место под солнцем.

И ещё он порой рекомендует мужикам, любящим постоянно поедать глазами аппетитных женщин, придерживаться вегетарианской диеты.

А художнику из самой нижней квартиры, желающему похудеть, рекомендует перестать писать маслом.

Он советует тем, кого преследуют болезни, начать бегать от них трусцой.

Даже дистрофика он умеет заставить дышать полной грудью.

И никогда не станет показывать диетчикам фигу с маслом.

А недавно, в самый канун очередных праздников, он стал убеждать нас в том, что алкоголь безвреден, если его всё время вместе с ужином отдавать врагу.

Наш «Эй, Болит» любит повторять: «Не можешь избавиться от склероза – забудь о нём!»

А если у кого-то из слепнувших соседей нет денег на приобретение контактных линз, он не начинает втирать им очки.

Зато тем, кто с жиру бесится, он всегда прописывает постные вегетарианские блюда.

И он не рекомендует нам, если ударят морозы, тут же мчаться в травмпункт.

Однако любит призывать: «Убе-

гая от инфаркта, не пробегайте мимо здоровья!».

Ещё он доходчиво разъясняет многим нашим мужикам (и не только им), что если и пить с умом, так только не с тем, который за разум заходит.

И ещё напоминает о том, что и иной букет болезней тоже может вызывать аллергию.

Болеющим за народ настоятельно не рекомендует принимать фальсифицированные лекарства.

Он постоянно напоминает всем и каждому, что путь к здоровому смыслу может лежать и через здоровый желудок.

А также о том, что в спорах рождается не только истина, но и нервное расстройство.

Кроме того, он любит объяснять

нам, что о наличии головы должна напоминать не только мигрень.

Он всегда напоминает о том, что пар костей не ломит, а укрепляет.

Ну а душевные заболевания рекомендует лечить не только с помощью души.

А ещё он недавно настолько радикально помог одному из соседей, страдавшему манией величия, что тот теперь ею просто наслаждается!

Он рекомендует своим пациентам даже горчичники не принимать близко к сердцу!

Ну а страдающим дистрофией и анорексией он напоминает, что одной рекламой здоровой пищи сыт не будешь.

И ещё он призывает не изменять своему здоровью с чужими болезнями.

Но, быть может, самой главной его мудростью является явно «выстраданное» им напоминание: «Кто не рискует, тот не пьёт то, что продаётся в наших винно-водочных магазинах!».

Он обучает основным правилам санитарии и гигиены тех, кто грязные деньги принимает за чистую монету!

И это он спасёт многих из нас не только от плохих болезней, но и от плохих лекарств, в том числе, и объясняя нам, что самые эффективные лекарства – те, при одном виде которых пропадает желание болеть.

Правда, ещё он убеждает нас в том, что тот, кто не платит за сохранение своего здоровья, вскоре начинает им расплачиваться.

И вообще предпочитает помогать в первую очередь тем, кто перестаёт жаловаться на своё здоровье и начинает жаловаться на свои болезни.

И ещё он настоятельно не рекомендует всем нам убивать время, которое лечит. А потому и сам находит время, которое лечит его пациентов.

Вот почему мы не только уважаем, но и где-то даже очень любим своего доктора «Эй, Болита»! Вот только сосед с верхнего этажа, считающий себя выше всех, сумел таки разругаться с нашим последователем Гиппократом, когда, пожаловавшись ему на некоторые проблемы с собственным весом в обществе, услышал в ответ мудрую рекомендацию: «Не хочешь выглядеть полным идиотом? Худей!».

Москва.

Амоксициллин	Болото	Вихляй	СКАНВОРД										Нем. писатель	Одежда матросов						
Город, Швеция	Гусли	Родственница осетра	Утолщение на листьях	Прозрачная ткань	Седативный препарат	Приток Амура	Амер. молек. биолог	Жилье у якутов	Декор. растение	Корабль (архит.)	Степной сурок	Япон. шапки	Сало	Ученая степень, Франция						
Жерло	Желтая краска	Противник	Пресс...	"Прощальная симфония"	Лицевая кость	Пиреноксин	Франц. режиссер	Четверик	Римская хранилища семьи	Порода служ. собак	Имеет место									
Рос. химик и био-химик	Украшение	Мейтус	Криволин. перекрытие	Крохаль	Чуть	О	Б	И	Д	О	П	А	К	В	А	Б	А	Й	К	
Автор Валерий Шаршуков	Пиридин	Назимова	Япон. писательница	Х	Л	Ю	С	И	Л	Ь	Н	А	Т	Р	И	Й				

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 4 от 20.01.2017.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-12-00494 Тираж 28 493 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.