# 16 Мая 2014 г. ПЯМНИЦА № 35 [7460] ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗД. ОСНОВАНО В 1893 ГОДУ. Выходит по средам и пяти Распространяется в России и других страна www.mgzt

Nº 35 (7460)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам. Распространяется в России и других странах СНГ

www.mgzt.ru

В центре внимания

### Алкоголь отступает перед наркотиками

Подмосковные специалисты огласили тревожные цифры



Конференция «Итоги судебно-экспертной деятельности Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области» прошла в актовом зале Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского. Она впервые проходила в новом формате - в работе приняли участие 207 человек из 95 структурных подразделений бюро, расположенных в Москве и Московской области. Вместе с судебными медиками итоги деятельности службы за 2013 г. обсуждали представители различных структур Московской области – Министерства здравоохранения, Прокуратуры, Главного следственного управления Следственного комитета РФ, Главного управления МВД России, Управления Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Управления МЧС России, муниципалитетов региона. Одна из важнейших тем - резкое превышение уровня смертности от наркотиков над летальностью от алкоголя.

Перед началом конференции министр здравоохранения Московской области Нина Суслонова ознакомилась с работой центральных лабораторных структурных подразделений Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экс-

Министр дала высокую оценку оснащённости подразделений новейшей аппаратурой, работе специалистов, применяющих высокотехнологичные методы исследований в экспертной деятельности и их профессиональной квалификации, о чём и сказала в приветственном слове.

(Окончание на стр. 11.)

НА СНИМКЕ: профессор Владимир Клевно (слева) и заведующий молекулярно-генетической лабораториеи Виталии Рындин знакомят министра здравоохранения Московской области Нину Суслонову с новыми возможностями в идентификации личности.

#### Дежурный по номеру: Аркадий БЕЛЯВСКИЙ

Министр здравоохранения Свердловской области, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ.



#### Тенденции -

#### О здоровье — начистоту

Больше половины жителей страны - 55% - обращаются в случае болезни в государственное медицинское учреждение и лишь 6% выбирают платную медицину. При этом 32% наших сограждан занимаются самолечением. Таковы данные оценки россиянами состояния своего здоровья и самочувствия родных, которые представил Всероссийский центр изучения общественного

Интересна субъективная оценка состояния здоровья россиян. Сегодня 43% довольны им, причём за последние 5 лет доля граждан, положительно оценивающих своё самочувствие, выросла более чем в 1,5 раза (с 27% в 2009 г.). Прежде всего, своим здоровьем довольны молодые люди от 18 до 24 лет (70%), мужчины (50%), респонденты с высшим образованием (50%). Как удовлетворительное оценивают своё самочувствие 42% респондентов. На слабое здоровье жалуются лишь 14% опрошенных.

В то же время итоги диспансеризации говорят о том, что мы склонны считать себя более здоровыми, чем есть на самом деле. У 40% обследованных были обнаружены различные хронические заболевания, а каждый четвёртый понятия не имел, что болен гипертонией и, следовательно, имеет высокий риск ранней смерти из-за нарушений сердечно-сосудистой системы. Но о необходимости самостоятельно следить за здоровьем, правильно питаться, двигаться, расстаться с вредными привычками заявили лишь единицы: только 6-8% опрошенных признали, что их проблемы связаны с курением, приверженностью к алкоголю, плохой спортивной формой.

Здоровьем близких родственников удовлетворены 74% наших сограждан (в 2013 г. таковых было 68%). В то же время каждый четвёртый участник опроса (24%) негативно оценивает самочувствие своих родных. Подобное мнение чаще склонны высказывать пожилые люди (47% в возрасте старше 60 лет), малообеспеченные (33%) и малообразованные (32%) респонденты.

Каждый четвёртый россиянин (25%) считает, что его здоровье ухудшается под воздействием неблагоприятной окружающей среды. Стресс винят в плохом самочувствии 24% опрошенных, однако за год приверженцев данной точки зрения стало меньше (30% в 2013 г.). Пятая доля респондентов (20%) жалуется на нехватку денег на лекарства, а у 19% участников опроса просто не нахолится времени на лечение и отдых. Ещё 19% наших сограждан полагают, что все болезни им достались по наследству.

В ходе исследования было опрошено 1600 человек в 130 населённых пунктах 42 областей, краёв и республик России. Статистическая погрешность не превышает 3.4%

Иван ВЕТЛУГИН.

#### - Mwosn n uboshospi

#### Больше свадеб — выше рождаемость

Население Прииртышья прирастает новорождёнными. Об этом свидетельствуют данные службы ЗАГСа Главного государственноправового управления Омской области.

Служба записи актов гражданского состояния подвела итоги рождаемости в этой сибирской территории за I квартал 2014 г. Общее число появив-

шихся на свет детишек - 7096, что на 88 больше, чем годом раньше. Причём первенцев в семье из них - 42%. Вторых новорождённых в омских семьях зарегистрировано 2741. Прибавка, по сравнению с первыми 3 месяцами 2013 г., составила 140 малышей. С рождением третьего ребёнка статус многодетной семьи получили 943 семьи. Вновь плюс к прошлогоднему показателю 46 человек. За-

регистрировано 77 двоен и 2 тройни. Прогноз же службы ЗАГСа тоже оптимистичен. В нынешних январе, феврале

и марте в Омской области сыграно гораздо больше свадеб, чем год назад. -3132, а значит, значительно увеличится к концу 2014 г. и рождаемость.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омская область

#### СЕГОДНЯ В «МГ»

Чем живёт сегодня здравоохранение Белгородской области?

Стр. 4-6.

В лечении диабета удалось добиться реального прорыва. Однако...

Стр. 7.

Один из самых молодых и перспективных региональных руководителей – начальник Департамента здравоохранения и социальной защиты населения администрации Белгородской области – заместитель председателя правительства области Иван ЗАЛОГИН.

Он прошёл путь от хирурга поликлиники до первого заместителя, а с 2012 г. - начальник вышеназванного департамента. За последние годы белгородские медики серьёзно продвинулись по ряду направлений современной медицины. Но многие проблемы ещё предстоит решить. В преддверии проведения кампании итоговых совещаний в территориях корреспондент «МГ» встретился с Иваном Залогиным. Его видение решения сложных проблем мы представляем читателям «МГ».

#### Иван Александрович, как вы оцениваете работу белгородского здравоохранения в 2013 г.?

- Улучшаются демографические показатели. Прежде всего благодаря тому, что медикам Белгородчины удалось серьёзно снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, дорожно-транспортных происшествий. При этом темп снижения смертности от этих причин в Белгородской области превышает общероссийскую динамику. Хотя рождаемость сохранилась на благоприятном уровне 2012 г., наш регион в этом плане входит в группу риска. Популяция женщин фертильного возраста у нас неуклонно снижается, но, несмотря на это, мы сохранили на хорошем уровне рождаемость - 11,7. Удержать его удаётся в основном за счёт рождения в семьях 2-3 детей. Для нас это лучший показатель за последние 20 лет.

Нельзя сбрасывать со счетов и профессиональный уровень наших специалистов. В этом деле большое значение имеет поддержка федерального и областного бюджетов. Мы отправляем врачей учиться в ведущие научные центры регионального и федерального уровня. Очень много сделано белгородскими специалистами в плане внедрения новых технологий. Целый спектр высокотехнологичных вмешательств поставлен на поток в прошлом году. Соответственно, существенно выросло количество лечебных учреждений, получивших лицензию на оказание ВМП.

Конечно, хотелось бы, чтобы медики получали достойную заработную плату за свой труд. В рамках запланированного повышения на 2013 г. она выросла. Предусмотренные «дорожной картой» показатели мы превысили. Но за достойный труд надо платить ещё больше.

### – Белгородская область – достаточно компактная, имеющая развитое сельское хозяйство. Как это влияет на модель медицинской помощи?

 Это заставляет нас в большей степени развивать первичную медико-социальную помощь. Мы сохраняем ФАПы и врачебные амбулатории. Более того, ветхие здания закрываем, а на их месте или рядом возводим новые. Кроме того («Медицинская газета» уже писала об этом) в Белгородской области действует кластерный подход. То есть в каждом сельском кластере должны быть медпункт или врачебная амбулатория (в зависимости от количества населения), школа, библиотека, дом культуры, физкультурно-оздоровительные комплексы. То есть развитие села идёт комплексно.

Главная нагрузка в оказании первичной помощи на селе выпадает на ФАПы. И мы стараемся, чтобы они работали в хороших условиях, соответствовали существующим стандартам по медицинскому оборудованию. Было время, когда в области определённые профили специализированной помощи «двигались» в сторону централизации. Но здесь важно понимать, что нельзя «перегнуть палку». Жёсткая

Из первых уст ——

#### Иван ЗАЛОГИН:

## Слабые места нужно превращать в достоинства

#### Ведь ставки в медицине слишком велики – здоровье людей



централизация может привести к ущемлению прав пациента и снижению доступности медицинской помощи. Поэтому нельзя отказываться от развития межрайонных центров, совершенствования этапности оказания медицинской помощи. Департамент здравоохранения и социального развития издал приказы, в которых чётко прописано, с какими диагнозами и профилями больные могут лечиться непосредственно в ЦРБ. Есть раздел, с какими недугами больных необходимо направлять в межрайонные центры. Это касается хирургии, терапии, в части выполнения сосудистой программы, а также акушерства.

Следующий этап – больные, отобранные для лечения на областном уровне, в крупных ЛПУ. Сюда, как и положено, направляются самые тяжёлые, нуждающиеся в высокотехнологичной помощи. При компактности нашей территории, развитости дорог, которые постоянно ремонтируются и строятся новые, проблем с транспортной доступностью практически не существует. Не случайно в Белгородской области санавиация при областной клинической больнице отправляет на вызовы реанимобили. Потому что использование малой авиации, как бы парадоксально это ни звучало, не всегда оправдано с точки зрения времени доставки больного в стационар. Ведь бригаде специалистов надо ещё добраться до аэропорта и не в каждом населённом пункте есть вертолётная площадка. Непогода вообще делает вылет бригады санавиации непредсказуемой по срокам. Мы пошли по другому пути и теперь в удалённые районы направляем специальные автобусы, пые привозат больных бранных в областные учреждения на плановое лечение

на плановое лечение.
Так шаг за шагом формируется трёхуровневая модель оказания медицинской помощи. У неё есть нюансы, над которыми мы работаем, оттачиваем их. А созданные специализированные центры позволяют лечить больных в области, не направлять их в федеральные клиники. Тем самым расширяются возможности наших лечебных учреждений.

Но первичную медицинскую помощь пациенты должны получать всё-таки в ФАПе. В последующем, если возникает необходимость, его прямо там или во врачебной амбулатории запишут на приём к узкому специалисту в ЦРБ. В районный центр он приедет уже к конкретному часу. Соответственно, это не загрузит регистратуру ЛПУ, посещение им поликлиники пройдёт планово, а значит, будет ожидаемо для лечебного учрежде-

ния. Далее точно так же идёт запись на приём в консультативные поликлиники. Параллельно улучшается дистанционное консультирование амбулаторных пациентов. В 2014 г. оно будет применяться ещё более активно.

Не обошла информатизация и проблемы медико-социальной экспертизы. Последние являются головной болью многих участковых врачей, а сами больные сталкиваются с неправильно заполненными медицинскими документами. Для повышения качества оформления посыльных листов, организуются видео- и интернет-сеансы. Благодаря этому больному, чтобы установить или подтвердить степень утраты трудоспособности, не приходится по нескольку раз приезжать в учреждения МСЭ. Ведь первоначально консультация может быть проведена заочно, проверены документы. Я не говорю, что это панацея от ошибок при установлении инвалидности. В спорных, непонятных случаях, безусловно, ничем не заменишь личное консультирование. Но видеоконференции позволяют быстрее решать вопросы с больными, имеющими стандартные, можно сказать, банальные проявления недуга. В конечном счёте это позволяет уменьшить очереди в учреждениях МСЭ.

#### Как повлияла на ситуацию в сельском здравоохранении программа «Земский доктор»?

– В нашей территории за время её действия удалось привлечь на работу в село свыше 100 врачей. Обидно, что эту программу не удалось распространить на ЦРБ, которые чаще всего располагаются в районных центрах. Соответственно, больше всего выиграла от программы «Земский доктор» терапевтическая служба. Если бы в эту программу вошли ЦРБ, то, думаю, все проблемы с кадрами в здравоохранении были бы решены.

### - В последнее время много говорится о развитии государственно-частного партнёрства. На ваш взгляд, готовы ли регионы сделать рывок в подобном направлении? Какие могут быть трудности на этом пути?

- Самая большая трудность - найти частного инвестора, который бы захотел вкладывать деньги в долгосрочные программы. Как правило, частный бизнес рассчитывает быстро получить прибыль Поэтому не так просто подвигнуть предпринимателей, готовых работать на рынке медицинских услуг. С другой стороны, действительно, единственная возможность решить проблемы дальнейшего развития здравоохранения – стимулирование государственно-частного партнёрства

#### На государственную поддержку больше надежды нет?

- Думаю, что государство будет увеличивать финансирование охраны здоровья. Но медицина слишком дорогостоящая отрасль. Вот недавно завершилась реализация Программы модернизации здравоохранения. Столь масштабного улучшения материально-технической базы больниц и поликлиник не проводилось ранее в течение десятилетий. Но пройдёт несколько лет, установленное первоклассное оборудование начнёт постепенно устаревать как морально, так и технически. Соответственно встанет вопрос об обновлении большого

парка аппаратуры. Между тем российские специалисты привыкли работать на современных, цифровых установках. Поэтому запустить какое-то устаревшее оборудование – значит сделать два шага назад. А приобретение новейшего оборудования потребует огромных финансовых вливаний. Государство в условиях мирового финансового кризиса ограничено в реализации таких целевых программ. Вероятный выход – продолжение переоснащения с помощью частных инвестиций.

Есть и второй компонент названной проблемы. Естественно, программа модернизации не могла отремонтировать все больницы и поликлиники России. Надо признать, что значительная часть их находится в плачевном состоянии. И в этом государственно-частное партнёрство может помочь достаточно быстро, без выполнения изнурительных процедур закупок строить, ремонтировать корпуса больниц и поликлиник, которые нуждаются в этом.

Пригласить частных инвесторов можно в десятки специализаций медицины - от проведения диагностики до возведения хосписов. Мы, например, договорились с одной крупной московской компанией о строительстве нового радиологического корпуса в онкологическом центре. Можно привести и другой конкретный пример государственно-частного партнёрства. В прошлом году в селе Малые Маячки Прохоровского района был открыт реабилитационный центр для наркозависимых. С помощью Русской православной церкви мы нашли предпринимателей, выступивших инвесторами, выделившими средства. Строители отремонтировали здания. Нашлись деньги и для функционирования центра реабилитации. Теперь в нём лечатся пациенты наркодиспансеров - это некий третий этап. В Белгородской области частные клиники спокойно работают в системе ОМС. Это касается офтальмологии, проведения диагностических исследований КТ и МРТ, предоставления гемодиализа.

#### Программа развития здравоохранения предполагает повышение качества оказания медицинской помощи. Но в условиях, когда вся страна испытывает серьёзные финансовые трудности, будет ли продолжено движение к этому?

- Никто не собирается снижать качество медицинской помощи. Наоборот, на последнем совещании у Президента РФ Владимира Путина речь шла о его улучшении. Наш губернатор Евгений Савченко говорит так: отсутствие нолей в бюджете должно включать творческую составляющую. И, как показывает практика, в годы кризиса решались самые нерешаемые проблемы. Просто надо работать над этим, эффективно задействовать ресурсы. Я лично оптимистически смотрю в будущее. Мы будем усиливать работу с вузами, с пациентским сообществом. Надеемся сформировать прозрачную систему, которая будет высвечивать нам кризисные точки. Меры принимаются самые строгие, в особой цене качество и профессионализм наших врачей.

Да и невозможно сохранить уровень медицинской помощи без качественного обслуживания населения. В майских указах Президента РФ определены демографические показатели, которых мы должны достигнут к 2018 г. Поэтому как можно снизить смертность, если не повышать качество?

#### Что показывает кадровый регистр региона? Как обстоят дела с обеспеченностью кадрами врачей и медсестёр?

Кадровая обеспеченность в регионе ниже общероссийской. Есть специальности, в которых всегда нуждалось здравоохранение. Это участковые педиатры, неонатологи, реаниматологи, рентгенологи. В каких-то лечебных учреждениях они могут отсутствовать вообще. Но эти «пробелы» мы «закрываем» совмещением. Направляем туда мобильные бригады, организуем дистанционные консультации, стараемся найти врача для этого населённого пункта с помощью адресных мер социальной поддержки. В ряде территорий это выделение жилья молодым специалистам. В других сельских районах установлены единовременные выплаты. При этом подъёмные исчисляются сотнями тысяч рублей.

Но думаю, что количество ставок вряд ли когда-то будет строго соответствовать числу работающих физических лиц. Надо понимать, что те цифры, которые приводятся и озвучиваются, содержат элемент некого лукавства. Реальный дефицит несколько меньше. Дело в том, что полностью избавиться от совмещения вряд ли получится. Особенно в условиях, когда мы уходим от затратной стационарной помощи и расширяем помощь амбулаторную. Этот разворот идёт поэтапно. И многие врачи начинают работать посменно в стационаре и поликлинике.

#### Вы стали руководителем Департамента здравоохранения и социального развития относительно недавно. Но, наверное, сумели уже оценить целесообразность существования объединённого департамента?

- В условиях компактной Белгородской области это удобно. В поле зрения департамента попадает ЗАГС, социальная защита, а решение медицинских вопросов очень часто переплетается именно с этими органами. Мы уходим от межведомственных противоречий. Кроме того, социальная защита очень многогранная. Но преимущества единой системы хорошо видны на примерах домов ребёнка (в других территориях они подчиняются социальной защите), центров реабилитации.

#### Выявляются ли на Белгородчине конфликты интересов, связанные с лоббированием некоторыми главными врачами интересов определённых компаний?

 Думаю, что их становится меньше. Система торгов и хозяйственных закупок регламентирована и выстроена система контроля. Её хорошо научились проверять финансовые и правоохранительные органы. Это не 90-е годы, когда была полная анархия, часто «проворачивались» какие-то серые схемы. Конечно, такие факты имеют место. Но они единичные. Кроме того, я прекрасно понимаю, что люди, занимающие руководящие посты, должны быть примером для своих подчинённых. За какие-то проступки и недоработки с них спрос гораздо более жёсткий, нежели с рядовых врачей.

### КОНСПЕКТ ВРАЧА

#### ВЫПУСК № 31 (1798)

Мальчик 7 лет поступил в 15-е отделение Морозовской городской ДКБ с жалобами на боли в животе 22.11.2013.

Боли в животе отмечаются с 2010 г. Обследовался в поликлинике. При УЗИ выявлена умеренная гепатоспленомегалия (размеры не указаны). В анализе крови отклонений от нормы не выявлено. Были назначены ферменты, антациды. Отмечена положительная динамика. В течение последних 1,5 года жалоб на боли не предъявлял. С 18.11.2013 вновь стал жаловаться на боли в животе. По данным УЗИ - гепатоспленомегалия, признаки холецистита. В анализе крови тромбоцитопения (цифры не указаны), удлинение времени свёртывания по Сухареву до 11 мин. Был направлен на госпитализацию.

При поступлении состояние средней тяжести, сознание ясное. Температура тела нормальная. Пульс 90/мин. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Признаки геморрагического синдрома отсутствуют. Периферические лимфатические узлы обычных размеров. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезнен при пальпации в мезогастрии. Печень ниже края рёберной дуги справа на 3 см. селезёнка пальпируется на 4-6 см ниже левого рёберного края, очень плотная, безболезненная, поверхность её гладкая. Стул нормальный,

Обследование. Анализ крови от 25.11.2013: лейкоциты 4,2 x 109; эритроциты 4,4 x 1<sup>012</sup>; гемоглобин 132,6 г/л; тромбоциты 110 х 106; п/я 3%; с/я нейтрофилы 67%; эозинофилы 2%; моноциты 5%; лимфоциты 23%, CO<sub>2</sub> 4 MM.

Время свёртывания и длительность кровотечения в норме.

Общий анализ мочи без отклонений.

Биохимический анализ крови от 25.11.2013: общий и непрямой билирубин, K, NA, Ca++, ЩФ, АЛТ, АСТ, гамма-ГТФ, амилаза, АСЛ-о, CRP без отклонений от нормы.

Коагулограмма от 25.11.2013: протромбиновый индекс по Квику 59,0% (референтное значение (РЗ) 79,0-140,0); МНО 1,41 (РЗ 0,85-1,15); протромбиновое время 15,5 с (РЗ 9,4 – 12,5 с); фибриноген по Клаусу 1,48 г/л (РЗ 2,4-5,0); тромбиновое время 28,2 с (P3 15,8-25,0); A4TB 47,5 c (P3 25,1-36,5 c); этаноловый тест - отрицательный.

Консультация гематолога от 26.11.2013: убедительных данных на гематологическое заболевание нет. По данным проведённого обследования выявлена портальная гипертензия. В настоящее время в проведении пункционной биопсии костного мозга не нуждается.

Анализ мочи на диастазу 312 Ед/л (РЗ до 500 Ед/л).

Анализ кала на скрытую кровь от 25.11.2013 отрицательный.

HBsAg не обнаружены. АнтиНСV не обнаружены. АГ/АТ к ВИЧ не обнаружены. Антите-

ла к вирусу Эпстайна – Барр не обнаружены. Анализ крови на оппортунистические ин-

фекции от 25.11.2013: Chlamydia pneumoniae Igm и IgG, CMV IgM и IgG, Herpes simplex I/II Igm, Herpes simplex II IgG, Mycoplasma pneumoniae IgM и IgG, Токсоплазма IgM и IgG – отрицательные; Herpes I IgG > 200 Ед/ мл (РЗ 0,0-22,0).

Протокол эндоскопии от 26.11.2013. Начиная с 25 см от резцов в просвет пищевода на 3 мм выступают венозные стволы шириной до 5-6 мм; кардия сомкнута; при инверсии слизистая плотно охватывает аппарат, но на ширине до 7 мм вокруг аппарата кольцевидно просвечивает венозное сплетение. В желудке небольшое количество желудочного содержимого. Слизистая пастозная, рыхлая, тусклая. Неравномерно умеренно гиперемирована. В луковице и нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки слизистая пастозна, неравномерно умеренно гиперемирована с единичными высыпаниями.

Заключение: гастродуоденит, обострение, варикозное расширение вен пищевода

Протокол УЗИ брюшной полости, селезёнки от 28.11.2013. Печень: топография не изменена, размеры несколько увеличены. Правая доля 116 мм (выше нормы), левая – 55 мм, первый сегмент - 18 см, паренхима обычной эхогенности, «зернистая», сосуды изменены: в проекции воротной вены определяется кавернома, размеры 37 х 21 мм, также определяются ствол воротной вены диаметром до 10 мм (выше нормы) и её правая ветвь. Кровоток по стволу и левой ветви воротной вены носит монофазный характер, систолическая скорость 13-15 см/с (норма - 20-25 см/с).

Желчный пузырь обычной формы, стенки утолщены до 4 мм, уплотнены вокруг желчного пузыря.

Поджелудочная железа: топография не изменена, контуры чёткие, ровные.

Селезёнка: топография не изменена, паренхима обычной эхогенности, однородная. Размеры значительно увеличены (74 х 44 мм). Селезёночная вена в проекции ворот до 7 мм (выше нормы).

Исследования на ряд вирусных инфекций: гепатиты В и С, ВИЧ, вирус Эпстайна - Барр, цитомегаловирус, а также на хламидийную. микоплазменную и токсоплазмоз дали отрицательный результат. Положительным оказался результат на Herpes simplex I антитела IgG, что свидетельствовало об перенесённой инфекции в прошлом, а не об активном процессе.

Увеличенная селезёнка обычно не вызывает каких-либо симптомов. Наличие другой патологии (анемия, кровотечение, повторные инфекционные заболевания) обычно становится поводом обращения за медицинской помощью. Чрезмерно большая селезёнка может вызывать болевые ощущения из-за давления на диафрагму, желудок, боль в животе.

Значительно увеличенная селезёнка становится хрупкой, уязвимой для травм, что может сопровождаться значительными внутрибрюшными кровотечениями.

В увеличенной селезёнке депонируются и разрушаются кровяные клетки - эритроциты, лейкоциты, тромбоциты. Развиваются изменения, которые принято обозначать термином «гиперспленизм».

Гиперспленизм. Это понятие функцио-

изводилась катетеризация пупочной вены (Д.Алажиль, М.Одьевр, 1982).

Другая причина - «печёночный блок» вследствие повышения сопротивления портальному кровотоку. Наблюдается при циррозе печени, у детей - как следствие быстро прогрессирующего хронического гепатита.

Кроме того, причинами блока могут быть опухолевые процессы в печени, поджелудочной железе, сдавление или стеноз воротной вены, аномалии внутрипечёночных желчных ходов, патология сердца (повышение давления в правых отделах сердца, констриктивный перикардит) и другие патологические состояния. Клиническое обследование больного позволяло исключить эти состояния как причину спленомегалии и портальной гипертензии.

У наблюдавшегося больного не было выявлено признаков поражения печени. По данным УЗИ она была даже несколько увеличена, результаты лабораторных исследования печёночных показателей -ЩФ 191 Ед/л (норма 200-800); АлТ 14 Ед/л (норма  $\leq$  40); AcT 131 Ед/л (норма  $\leq$  40) – не свидетельствовали об остром или хроническом заболевании этого органа.

### Спленомегалия у мальчика 7 лет. Клинический разбор

Брюшная полость: свободной жидкости и патологических включений нет.

Заключение: ЭХО-признаки портальной гипертензии, на фоне кавернозной трансформации воротной вены.

Больной был выписан 29.11.2013 для консультации с хирургом.

, Клинический диагноз основной: гастродуоденит, обострение.

Сопутствующие диагнозы: синдром портальной гипертензии, кавернозная трансформация, варикозное расширение вен пищевода, гепатоспленомегалия.

Обсуждение. Наибольшее внимание в данном наблюдении привлекают патологические состояния, вынесенные в «сопутствующие диагнозы». При физикальном же обследовании выявлено значительное увеличение селезёнки.

Спленомегалия. Как известно, увеличение селезёнки может быть вызвано по крайней мере тремя причинами: нарушение кровотока по селезёночной вене, задержка компонентов крови в этом органе, портальная гипертензия (G.Garsia et al., 2009). Селезёнка - многофункциональный орган. И.Кассирский и Г.Алексеев выделили функции кроветворную, кроворазрушающую, защитную, резервуарную и др. (1962). Нарушение любой из этих функций может привести к увеличению органа. Гемопоэтическая функции в нормальных условиях выражена незначительно. Кроворазрушающая может быть связана с аномалиями эритроцитов, иммунными процессами в отношении кровяных клеток. Защитная функция в том, что при различных инфекционных заболеваниях селезёнка выступает как орган, участвующий в иммунном процессе. Резервуарная функция реализуются путём сокращения органа для пополнения объёма крови при её потере: увеличенная селезёнка уменьшается в размере, после устранения кровопотери размер вновь увеличивается. При препятствиях оттоку крови от селезёнки она способна увеличиваться.

Увеличение селезёнки отмечают при серповидно-клеточной анемии, талассемии, микросфероцитозе. Аномальные эритроциты могут блокировать кровоток в селезёнке, что приводит к её увеличению (F.R.Ronziani,

Увеличение селезёнки может развиваться при реализации ею защитной функции при инфекционных заболеваниях, поскольку она играет роль в иммунном ответе организма. Такими инфекциями могут быть гепатит, цитомегаловирусная инфекция, сальмонеллёз, токсоплазмоз.

У обсуждаемого больного не было выявлено анемии, аномальных эритроцитов. клинико-лабораторных признаков гемоглональное, а не морфологическое. Кроветворная функция костного мозга сохраняется. Хотя вопрос о патогенезе гиперспленизма остаётся ещё не окончательно решённым, принято считать, что решающую роль играет повышение давления в воротной вене с накоплением крови в селезёнке. Перегрузка органа клеточной массой приводит к склерозу ткани органа. Кроме того, имеет место повышенное разрушение кровяных клеток.

Синдром характеризуется, прежде всего, изменением клеточного состава периферической крови: лейкопенией, анемией и тромбоцитопенией. Нарушения костномозгового кроветворения обычно не происходит.

У наблюдаемого больного спленомегалия, довольно выраженная, не сопровождалась сколько-нибудь заметными клиническими, и лабораторными симптомами гиперспленизма. Боль в животе могла быть обусловлена гастродуоденитом. Не было заметных клинических признаков анемии, кровотечений, синяков или петехий на коже. В анализе периферической крови анемии и лейкопении не было выявлено. Количество тромбоцитов было несколько снижено (110 x 106). У больного выявлена гипофибриногенемия (1,48 г/л при норме 2,4-5 по Клаусу) - признак коагулопатии, характерный для гиперспле-

Тромбоцитопения. Известно, что клиническая выраженность определяется количеством тромбоцитов в периферической крови. В норме количество этих клеток составляет от 150 до 350-400 x 10<sup>6</sup>. Если их количество снижается до 30-50 x 10<sup>6</sup>, состояние может протекать субклинически: легко возникающие носовые кровотечения, у девочек обильные менструации, синяки от незначительной травмы.

При количестве тромбоцитов до 20 x 106 развивается пурпура. При значениях ниже 20 x 10<sup>6</sup> могут возникать обильные кровотечения в полостные внутренние органы и кровоизлияния в ткани внутренних органов.

Указанное выше количество тромбоцитов у больного не сопровождалось геморрагическим синдромом. Показатели длительности кровотечения и времени свёртывания крови были в пределах нормы, изменения в коагулограмме незначительны и носили разнонаправленный характер.

Одной из причин спленомегалии может быть нарушение кровотока по воротной вене, что принято обозначать термином «портальная гипертензия».

Портальная гипертензия. Как известно, портальная гипертензия может быть вызвана «допечёночным блоком» кровотока по воротной вене, например тромбозом вены. Причина, наиболее часто встречающаяся у детей, - в неонатальном периоде им про-

Клиническая картина портальной гипертензии зависит от тяжести нарушения кровотока по воротной вене и длительности этого нарушения. В начальном периоде отмечается небольшое увеличение селезёнки и расширение вен пищевода, нет асцита, не выражен геморрагический синдром. При прогрессировании болезни кровотечения становятся спонтанными (носовые, маточные), развивается отёчно-асцитический синдром, нарастает спленомегалия. О тяжёлом течении портальной гипертензии свидетельствуют пищеводные и геморроидальные кровотечения, признаки печёночной недостаточности.

Клиническая картина у больного соответствовала начальному периоду портальной гипертензии, хотя спленомегалия была значительной. Ни клинических, ни сонографических признаков асцита не было.

Наиболее характерными симптомами портальной гипертензии у больного были спленомегалия, сопровождавшаяся мало выраженным синдромом гиперспленизма (небольшая тромбоцитопения), варикоз вен пищевода (по данным эзофагогастродуоденоскопии), признаки нарушения гемодинамики в этом участке воротной вены: увеличение диаметра ствола селезёночной и воротной вен и замедление кровотока по стволу и левой ветви воротной вены (УЗИ). Наиболее приемлемым объяснением причины портальной гипертензии v больного был факт выявления у него по данным УЗИ каверномы размером 37 х 21 мм в проекции воротной вены.

Кавернома. Кавернома, или кавернозная гемангиома, представляет собой одну из разновидностей гемангиом – доброкачественных сосудистых «опухолей». Кавернома состоит из сосудистых полостей различных размеров, наполненных кровью. В этих полостях может происходить разрушение кровяных клеток, прежде всего тромбоцитов как наиболее крупных из них.

Гемангиомы могут располагаться в самых разных участках организма, чаще на кожных покровах. Возможно образование их во внутренних органах - чаще всего в печени (M.M.Machadol et al., 2006; T.Hihara et al., 1990; P.Issa, 1968), селезёнке (A.Senser et al., 1997), лёгких (T.Nakano et al., 2004) и реже в других органах. В сосудистых полостях происходит разрушение кровяных клеток, особенно наиболее крупных из них – тромбоцитов. В результате развивается нарушение гемостаза, сопровождающееся спонтанными и провоцированными кровотечениями.

Геморрагический синдром может возникнуть и при капиллярных гемангиомах - состоящих не из сосудистых полостей, а из скоплений капилляров. В последнее время

оживился интерес к капозиформной гемангиоэндотелиоме (L.R.Zukerberg et al., 1993; M.Sarkar et al., 1997; S.T.Zahir et al., 2009). Это агрессивная неоплазма, состоящая из веретенообразных клеток, продуцируемых эндотелием лимфоподобных сосудов – lymphatic-like vessel (O. Enjolras, 1997).

Механизм тромбоцитопении при гемангиомах остаётся неясным. Остаётся в силе версия о том, что в кавернозных гемангиомах происходит секвестрация тромбоцитов (H.Brisel, 1965), что при спленомегалии «происходит физиологический тормоз селезёнки на костный мозг» (И.Кассирский, А.Алексеев).

Из внутренних органов локализация каверномы наиболее часто встречается в печени. Размеры каверномы в печени могут быть разными – небольшими и занимающими целую долю. У больных может появиться желтуха из-за сдавления желчных путей и портальная гипертензия вследствие сдавления ветвей воротной вены и её ветвей внутри поражённого органа.

Большие кавернозные гемангиомы – наружные и внутренних органов могут сопровождаться развитием так называемой тромбоцитопенией потребления с клиническими проявлениями в виде тромбоцитопенической пурпуры и кровотечений. Такой симптомокомплекс впервые был описан

#### (Окончание. Начало в № 33 от 07.05.2014.)

На третьей стадии к перечисленным симптомам присоединяется притупление нервной чувствительности, исчезновение страха перед надвигающимся приступом, иногда возникают галлюцинации.

В четвёртой стадии отмечается усиление дрожи, которая может перейти в конвульсии или припадки типа эпилепсии. При отсутствии врачебной помощи больной впадает в коматозное состояние.

Острый гипогликемический криз клинически проявляется внезапно наступающим приступом резкой общей слабости, потемнением в глазах, головокружением, головной болью. Больные покрываются холодным потом, кожные покровы становятся бледными, начинают дрожать конечности, появляется сердечная боль стенокардического типа, артериальное давление падает, возникает чувство голода, одолевает сонливость. Приступ обычно возникает натощак - спустя 1,5-3 часа, а иногда и 5 часов после еды. При этом больной вынужден немедленно сесть или принять горизонтальное положение. Приём пищи, особенно сладкой, быстро улучшает состояние, что отличает такой приступ от демпинг-синдрома (О.Дрямкина и соавт., 1997: А.Шалимов и соавт., 1986).

При острой гипогликемии у больного развивается прекоматозное или коматозное состояние. Сознание спутанно или полностью отсутствует, выступает холодный пот, кожные покровы бледнеют, отмечается резкая сердечная слабость вплоть до развития коллапса.

Особое внимание следует обратить на нормализацию содержания сахара в крови у онкологического больного, ранее страдавшего сахарным диабетом. Нормогликемия у такого больного – обманчивое явление и служит плохим прогностическим признаком, поскольку при паранеопластической гипогликемии диабет не компенсируется, а напротив, усугубляется, так как к ранее существовавшей инсулярной недостаточность глюкокортикоидной функции надпочечников и/или адренотропной функции аденогипофиза.

У больных с компенсированным на фоне злокачественной опухоли сахарным диабетом всегда имеется не только тяжёлое нарушение углеводного обмена, но и нарушение метаболизма белков, расстройство энергетического и водно-электролитного обмена (Е.Дедкова, А.Рабен, 1977). Удаление опухоли нормализует сдвиги, вызванные системным действием злокачественной опухоли, и приводит к рецидиву диабета.

Гипогликемический паранеопластический криз нужно отличать от острой гипогликемии, возникающей в результате передозировки инсулина, вводимого с терапевтической целью.

Клиническая картина инсулиномы аналогична клинической картине гипогликемического синдрома, которая встречается при различных заболеваниях.

Клинические проявления инсулиномы – результат гиперинсулинемии и гопогликемии. Степень тяжести гипогликемии в каждом отдельном случае будет свидетельствовать об индивидуальной чувствительности больного к инсулину и недостатку сахара в крови, так как больные по-разному

переносят гипогликемию. В классическом варианте инсулинома H.H.Kasabach и K.K.Merritt в 1940 г., получил названием синдром Казабаха – Мерритта. Авторы описали этот синдром при наличии у больного капиллярной гемангиомы на коже.

Синдром Казабаха – Мерритта. Другое название болезни - гемангиомы и тромбоцитопении синдром (D.I.David 1987). В нашем наблюдении у ребёнка выявлена гемангиома кавернозного характера и небольшая субклиническая тромбоцитопения. Известно, что гемангиома печени сопровождается не только тромбоцитопенией, но и признаками портальной гипертензии, если сосудистая аномалия достигает больших размеров и оказывает давление на ветви воротной вены (S.T.Sahir et al.; O.Enjolras; H.Brisel). В этих случаях отмечается варикоз вен пищевода, желудка и геморроидальных вен. Больному не проводилась колоноскопия, но при ЭГДС выявлен варикоз вен пищевода и желудка. Одним из наиболее заметных клинических симптомов, выявленных у больного при физикальном исследовании, была резко увеличенная селезёнка. В нашем наблюдении кавернозная гемангиома располагалась не в печени, а «в проекции воротной вены». При этом при УЗИ отмечены значительное увеличение селезёнки, увеличение диаметра селезёночной вены и замедление кровотока по воротной вене.

Таким образом, основной диагноз -

синдром Казабаха – Мерритта, тромбоцитопения. Осложнения основного заболевания – спленомегалия, портальная гипертензия, варикоз вен пищевода и желудка. Сопутствующий диагноз – гастродуоденит, фаза обострения.

В доступной литературе не удалось найти такой вариант синдрома Казабаха – Мерритта, в основе которого была бы внепечёночная кавернозная гемангиома в бассейне воротной вены. Причиной портальной гипертензии среди прочих может быть «врождённая аномалия воротной вены – её сужение, сдавление рубцами, опухолью, стеноз или облитерация селезёночной вены» (И.А.Кассирский, А.Г.Алексеев). В этом списке нет гемангиомы.

Особенности клинической картины у больного состоят в том, что у него также выявлены эндоскопические признаки гастродуоденита, что могло вызвать боль в животе, которая и послужила поводом для обращения к врачу и госпитализации. Однако значительно увеличенная селезёнка, оказывая давление на диафрагму, желудок, сама по себе может вызывать болевые ощущения.

Для лечения синдрома Казабаха – Мерритта применяются различные лекарственные препараты: кортикостероиды, интерферон-альфа, аминокапроновая кислота, аспи-

рин, дипидамол, пентоксифиллин, гепарин, винкристин, циклофосфамид, пропранолол, актиномицин D и др. (H.Brisel, W.H.Larsen, 1987; Р.Bidan, 2003). Из немедикаментозных методов – лучевая терапия и хирургическое вмешательство спленэктомия или создание сосудистых анастамозов (И.Кассирский, H.Brisel).

Поскольку у больного, на наш взгляд, был реальный риск осложнений – внутрибрюшное кровотечение из каверномы, разрыв чрезмерно увеличенной селезёнки или инфаркт селезёнки, он был выписан через неделю для консультации хирурга для решения вопроса о показаниях к оперативному вмешательству.

Рудольф **АРТАМОНОВ**, профессор.

Кафедра педиатрии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

Людмила ГЛАЗУНОВА, заведующая 15-м отделением Морозовской городской детской клинической больницы Москвы.

> Елена БУСОВА, ординатор отделения.

### Инсулинома, гипогликемический синдром

проявляется триадой симптомов Уиппла (Whipple):

- возникновение приступов гипогликемии натощак или через 2-4 часа после еды и при длительном воздержании от приёма пищи, а также физической нагрузке; развитие приступа гипогликемии обусловлено внезапным выбросом в кровь больших количеств инсулина;

- снижение концентрации глюкозы в крови натощак или во время приступа до 2,7 ммоль/л в крови и ниже, что сопровождается нейропсихическими нарушениями с разнообразными психовегетативными расстройствами, потерей сознания, вегетативной дистонией и двигательными нарушениями;

– быстрое купирование гипогликемического приступа внутривенным введением концентрированной глюкозы или пероральным приёмом сахара, сладкого питья, конфет.

Инсулиномы высвобождают инсулин непостоянно, проявляясь приступами гипогликемии, которые периодически рецидивируют с различной частотой, без определённой закономерности. Приступ наступает в утренние часы, а также при пропуске очередного приёма пищи, при физическом и психическом перенапряжении. Длительность приступа колеблется от нескольких минут до 1-2 часов. Он может сопровождаться неврологической симптоматикой, возбуждением, сменяющимся супорозным состоянием, нарушениями координации движений, эпилептиформными судорожными припадками, неадекватным поведением. Повторяющиеся приступы гипогликемии постепенно приводят к снижению памяти и интеллекта, развитию депрессивных состояний.

Следует отметить, что не меньшее значение имеют симптомы, которые развиваются в межприступном периоде, так как они отражают повреждающее влияние гипогликемии на центральную нервную систему. Нервно-психические расстройства занимают ведущее место в межприступном периоде заболевания, характеризуются полиморфизмом и отсутствием каких-либо специфических симптомов. Нарушения высшей нервной деятельности в межприступном периоде выражаются в снижении памяти и умственной трудоспособности, безразличии к окружающему, потере профессиональных навыков. В тяжёлых случаях больные не помнят произошедших с ними событий. Решающее значение в развитии расстройств психики имеет не продолжительность заболевания, а её тяжесть.

#### Лечение

Консервативная терапия при инсулиноме включает купирование и профилактику гипогликемических состояний, воздействие на опухолевый процесс с помощью различных гипергликемических средств.

Назначается частое, дробное питание с высоким содержанием углеводов.

Консервативное лечение инсулиноактивных аденом не даёт длительного эффекта и применяется до операции с целью предупреждения системных проявлений заболевания и возникновения его осложнений.

При гипогликемическом кризе необходима срочная врачебная помощь, а именно внутривенное введение глюкозы с контролем уровня гликемии. Острый приступ гипогликемии купируют приёмом сахара или внутривенным введением 40%-ного раствора глюкозы. Во время затяжного приступа в качестве контринсулярных средств оправдано применение адреналина или эфедрина.

Для купирования лёгкой и средней степени тяжести заболевания показано консервативное лечение: больному достаточно съесть примерно 100 г хлеба или выпить раствор сахара (1 ст. ложка на 1/2 стакана воды). Можно употреблять и другие продукты, богатые легкоусвояемыми углеводами (мёд, варенье, конфеты). Назначаются высококалорийная диета, витамины, общеукрепляющие средства.

При тяжёлой степени гипогликемии с потерей сознания немедленно вводят внутривенно струйно 40-100 мл 40%-ного раствора глюкозы. При отсутствии эффекта внутривенно дополнительно вводят ещё 50 мл 40%-ного раствора глюкозы. Если сознание не восстанавливается, переходят на внутривенное капельное введение 5%-ного раствора глюкозы. Подкожно, внутримышечно или внутривенно вводят 1 мл глюкагона, после чего сознание возвращается в течение 5-20 минут.

Для борьбы с тяжёлой гипогликемией используют также гидрокортизон по 150-300 мг внутривенно или внутримышечно.

Для профилактики отёка мозга при затянувшейся коме внутривенно вводят 15 или 20%-ный раствор маннитола из расчёта 0,5-1,0 г/кг. Для улучшения метаболизма применяются глюкоза, кокарбоксилаза по 100 мг внутримышечно и 5 мл 5%-ного раствора аскорбиновой кислоты. Применяются сердечные и сосудистые препараты.

Назначаются диазоксид по 300-500 мг/ сут, подавляющий секрецию инсулина, а также глюкагон или соматостатин. Синтетический аналог соматостатина – октреотид эффективно подавляет высвобождение инсулина у 50% больных инсулиномой.

#### Хирургическое лечение

При установлении локализации инсулиномы показано как можно более раннее оперативное лечение с целью уменьшения гипогликемии и общих нарушений, предотвращения возможных поражений центральной нервной системы и других необратимых изменений в организме, обусловленных гипогликемией.

Больные с паранеопластической гипогликемией нуждаются в оперативном лечении, так как это единственный способ избавить их от гипогликемических кризов (В.Филин, Д.Костюченко, 1994; Н.Кузин и соавт., 1998).

Таким образом, наиболее эффективным лечением инсулином в большинстве случаев при установлении локализации опухоли является хирургическое, которое заключается в энуклеации опухоли, дистальной резекции поджелудочной железы. Во время операции проводится мониторирование уровня глюкозы в крови. Резкий и стойкий подъём уровня глюкозы в крови свидетельствует о достаточном объёме и надёжности вмешательства на поджелудочной железе.

При невозможности полного удаления опухоли или наличии метастазов проводится консервативное лечение, оно необходимо также при отказе пациента от оперативного лечения.

Консервативное лечение включает:

- противоопухолевую химиотерапию (5-фторурацил и др.);
- гормонотерапию (аналоги соматостатина, октреотид);
- иммунотерапию (интерферон-альфа);
- устранение или снижение симптомов гипогликемии (диазоксид, глюкокортикоиды, фенитоин).
  При отсутствии эффекта в схему лечения

добавляют альфа-интерферон, уменьшающий выработку опухолью гормонов и препятствующий пролиферации опухоли.

Октреотид назначают по 200 мг 3 раза в

день, альфа-интерферон – по 5 млн ЕД 3 раза в неделю.

При отсутствии эффекта от терапии октреотидом и альфа-интерфероном применяют химиотерапию (И.Денисова, 2010; В.Смирнов, А.Гаврилова, 2010).

Для предупреждения приступов пароксизма гипогликемии назначают внутрь диазоксид по 200-800 мг в сутки.

Валерий МАКСИМОВ, профессор.

оживился интерес к капозиформной гемангиоэндотелиоме (L.R.Zukerberg et al., 1993; M.Sarkar et al., 1997; S.T.Zahir et al., 2009). Это агрессивная неоплазма, состоящая из веретенообразных клеток, продуцируемых эндотелием лимфоподобных сосудов – lymphatic-like vessel (O. Enjolras, 1997).

Механизм тромбоцитопении при гемангиомах остаётся неясным. Остаётся в силе версия о том, что в кавернозных гемангиомах происходит секвестрация тромбоцитов (H.Brisel, 1965), что при спленомегалии «происходит физиологический тормоз селезёнки на костный мозг» (И.Кассирский, А.Алексеев).

Из внутренних органов локализация каверномы наиболее часто встречается в печени. Размеры каверномы в печени могут быть разными – небольшими и занимающими целую долю. У больных может появиться желтуха из-за сдавления желчных путей и портальная гипертензия вследствие сдавления ветвей воротной вены и её ветвей внутри поражённого органа.

Большие кавернозные гемангиомы – наружные и внутренних органов могут сопровождаться развитием так называемой тромбоцитопенией потребления с клиническими проявлениями в виде тромбоцитопенической пурпуры и кровотечений. Такой симптомокомплекс впервые был описан

#### (Окончание. Начало в № 33 от 07.05.2014.)

На третьей стадии к перечисленным симптомам присоединяется притупление нервной чувствительности, исчезновение страха перед надвигающимся приступом, иногда возникают галлюцинации.

В четвёртой стадии отмечается усиление дрожи, которая может перейти в конвульсии или припадки типа эпилепсии. При отсутствии врачебной помощи больной впадает в коматозное состояние.

Острый гипогликемический криз клинически проявляется внезапно наступающим приступом резкой общей слабости, потемнением в глазах, головокружением, головной болью. Больные покрываются холодным потом, кожные покровы становятся бледными, начинают дрожать конечности, появляется сердечная боль стенокардического типа, артериальное давление падает, возникает чувство голода, одолевает сонливость. Приступ обычно возникает натощак - спустя 1,5-3 часа, а иногда и 5 часов после еды. При этом больной вынужден немедленно сесть или принять горизонтальное положение. Приём пищи, особенно сладкой, быстро улучшает состояние, что отличает такой приступ от демпинг-синдрома (О.Дрямкина и соавт., 1997: А.Шалимов и соавт., 1986).

При острой гипогликемии у больного развивается прекоматозное или коматозное состояние. Сознание спутанно или полностью отсутствует, выступает холодный пот, кожные покровы бледнеют, отмечается резкая сердечная слабость вплоть до развития коллапса.

Особое внимание следует обратить на нормализацию содержания сахара в крови у онкологического больного, ранее страдавшего сахарным диабетом. Нормогликемия у такого больного – обманчивое явление и служит плохим прогностическим признаком, поскольку при паранеопластической гипогликемии диабет не компенсируется, а напротив, усугубляется, так как к ранее существовавшей инсулярной недостаточность глюкокортикоидной функции надпочечников и/или адренотропной функции аденогипофиза.

У больных с компенсированным на фоне злокачественной опухоли сахарным диабетом всегда имеется не только тяжёлое нарушение углеводного обмена, но и нарушение метаболизма белков, расстройство энергетического и водно-электролитного обмена (Е.Дедкова, А.Рабен, 1977). Удаление опухоли нормализует сдвиги, вызванные системным действием злокачественной опухоли, и приводит к рецидиву диабета.

Гипогликемический паранеопластический криз нужно отличать от острой гипогликемии, возникающей в результате передозировки инсулина, вводимого с терапевтической целью.

Клиническая картина инсулиномы аналогична клинической картине гипогликемического синдрома, которая встречается при различных заболеваниях.

Клинические проявления инсулиномы – результат гиперинсулинемии и гопогликемии. Степень тяжести гипогликемии в каждом отдельном случае будет свидетельствовать об индивидуальной чувствительности больного к инсулину и недостатку сахара в крови, так как больные по-разному

переносят гипогликемию. В классическом варианте инсулинома H.H.Kasabach и K.K.Merritt в 1940 г., получил названием синдром Казабаха – Мерритта. Авторы описали этот синдром при наличии у больного капиллярной гемангиомы на коже.

Синдром Казабаха – Мерритта. Другое название болезни - гемангиомы и тромбоцитопении синдром (D.I.David 1987). В нашем наблюдении у ребёнка выявлена гемангиома кавернозного характера и небольшая субклиническая тромбоцитопения. Известно, что гемангиома печени сопровождается не только тромбоцитопенией, но и признаками портальной гипертензии, если сосудистая аномалия достигает больших размеров и оказывает давление на ветви воротной вены (S.T.Sahir et al.; O.Enjolras; H.Brisel). В этих случаях отмечается варикоз вен пищевода, желудка и геморроидальных вен. Больному не проводилась колоноскопия, но при ЭГДС выявлен варикоз вен пищевода и желудка. Одним из наиболее заметных клинических симптомов, выявленных у больного при физикальном исследовании, была резко увеличенная селезёнка. В нашем наблюдении кавернозная гемангиома располагалась не в печени, а «в проекции воротной вены». При этом при УЗИ отмечены значительное увеличение селезёнки, увеличение диаметра селезёночной вены и замедление кровотока по воротной вене.

Таким образом, основной диагноз -

синдром Казабаха – Мерритта, тромбоцитопения. Осложнения основного заболевания – спленомегалия, портальная гипертензия, варикоз вен пищевода и желудка. Сопутствующий диагноз – гастродуоденит, фаза обострения.

В доступной литературе не удалось найти такой вариант синдрома Казабаха – Мерритта, в основе которого была бы внепечёночная кавернозная гемангиома в бассейне воротной вены. Причиной портальной гипертензии среди прочих может быть «врождённая аномалия воротной вены – её сужение, сдавление рубцами, опухолью, стеноз или облитерация селезёночной вены» (И.А.Кассирский, А.Г.Алексеев). В этом списке нет гемангиомы.

Особенности клинической картины у больного состоят в том, что у него также выявлены эндоскопические признаки гастродуоденита, что могло вызвать боль в животе, которая и послужила поводом для обращения к врачу и госпитализации. Однако значительно увеличенная селезёнка, оказывая давление на диафрагму, желудок, сама по себе может вызывать болевые ощущения.

Для лечения синдрома Казабаха – Мерритта применяются различные лекарственные препараты: кортикостероиды, интерферон-альфа, аминокапроновая кислота, аспи-

рин, дипидамол, пентоксифиллин, гепарин, винкристин, циклофосфамид, пропранолол, актиномицин D и др. (H.Brisel, W.H.Larsen, 1987; Р.Bidan, 2003). Из немедикаментозных методов – лучевая терапия и хирургическое вмешательство спленэктомия или создание сосудистых анастамозов (И.Кассирский, H.Brisel).

Поскольку у больного, на наш взгляд, был реальный риск осложнений – внутрибрюшное кровотечение из каверномы, разрыв чрезмерно увеличенной селезёнки или инфаркт селезёнки, он был выписан через неделю для консультации хирурга для решения вопроса о показаниях к оперативному вмешательству.

Рудольф **АРТАМОНОВ**, профессор.

Кафедра педиатрии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

Людмила ГЛАЗУНОВА, заведующая 15-м отделением Морозовской городской детской клинической больницы Москвы.

> Елена БУСОВА, ординатор отделения.

### Инсулинома, гипогликемический синдром

проявляется триадой симптомов Уиппла (Whipple):

- возникновение приступов гипогликемии натощак или через 2-4 часа после еды и при длительном воздержании от приёма пищи, а также физической нагрузке; развитие приступа гипогликемии обусловлено внезапным выбросом в кровь больших количеств инсулина;

- снижение концентрации глюкозы в крови натощак или во время приступа до 2,7 ммоль/л в крови и ниже, что сопровождается нейропсихическими нарушениями с разнообразными психовегетативными расстройствами, потерей сознания, вегетативной дистонией и двигательными нарушениями;

– быстрое купирование гипогликемического приступа внутривенным введением концентрированной глюкозы или пероральным приёмом сахара, сладкого питья, конфет.

Инсулиномы высвобождают инсулин непостоянно, проявляясь приступами гипогликемии, которые периодически рецидивируют с различной частотой, без определённой закономерности. Приступ наступает в утренние часы, а также при пропуске очередного приёма пищи, при физическом и психическом перенапряжении. Длительность приступа колеблется от нескольких минут до 1-2 часов. Он может сопровождаться неврологической симптоматикой, возбуждением, сменяющимся супорозным состоянием, нарушениями координации движений, эпилептиформными судорожными припадками, неадекватным поведением. Повторяющиеся приступы гипогликемии постепенно приводят к снижению памяти и интеллекта, развитию депрессивных состояний.

Следует отметить, что не меньшее значение имеют симптомы, которые развиваются в межприступном периоде, так как они отражают повреждающее влияние гипогликемии на центральную нервную систему. Нервно-психические расстройства занимают ведущее место в межприступном периоде заболевания, характеризуются полиморфизмом и отсутствием каких-либо специфических симптомов. Нарушения высшей нервной деятельности в межприступном периоде выражаются в снижении памяти и умственной трудоспособности, безразличии к окружающему, потере профессиональных навыков. В тяжёлых случаях больные не помнят произошедших с ними событий. Решающее значение в развитии расстройств психики имеет не продолжительность заболевания, а её тяжесть.

#### Лечение

Консервативная терапия при инсулиноме включает купирование и профилактику гипогликемических состояний, воздействие на опухолевый процесс с помощью различных гипергликемических средств.

Назначается частое, дробное питание с высоким содержанием углеводов.

Консервативное лечение инсулиноактивных аденом не даёт длительного эффекта и применяется до операции с целью предупреждения системных проявлений заболевания и возникновения его осложнений.

При гипогликемическом кризе необходима срочная врачебная помощь, а именно внутривенное введение глюкозы с контролем уровня гликемии. Острый приступ гипогликемии купируют приёмом сахара или внутривенным введением 40%-ного раствора глюкозы. Во время затяжного приступа в качестве контринсулярных средств оправдано применение адреналина или эфедрина.

Для купирования лёгкой и средней степени тяжести заболевания показано консервативное лечение: больному достаточно съесть примерно 100 г хлеба или выпить раствор сахара (1 ст. ложка на 1/2 стакана воды). Можно употреблять и другие продукты, богатые легкоусвояемыми углеводами (мёд, варенье, конфеты). Назначаются высококалорийная диета, витамины, общеукрепляющие средства.

При тяжёлой степени гипогликемии с потерей сознания немедленно вводят внутривенно струйно 40-100 мл 40%-ного раствора глюкозы. При отсутствии эффекта внутривенно дополнительно вводят ещё 50 мл 40%-ного раствора глюкозы. Если сознание не восстанавливается, переходят на внутривенное капельное введение 5%-ного раствора глюкозы. Подкожно, внутримышечно или внутривенно вводят 1 мл глюкагона, после чего сознание возвращается в течение 5-20 минут.

Для борьбы с тяжёлой гипогликемией используют также гидрокортизон по 150-300 мг внутривенно или внутримышечно.

Для профилактики отёка мозга при затянувшейся коме внутривенно вводят 15 или 20%-ный раствор маннитола из расчёта 0,5-1,0 г/кг. Для улучшения метаболизма применяются глюкоза, кокарбоксилаза по 100 мг внутримышечно и 5 мл 5%-ного раствора аскорбиновой кислоты. Применяются сердечные и сосудистые препараты.

Назначаются диазоксид по 300-500 мг/ сут, подавляющий секрецию инсулина, а также глюкагон или соматостатин. Синтетический аналог соматостатина – октреотид эффективно подавляет высвобождение инсулина у 50% больных инсулиномой.

#### Хирургическое лечение

При установлении локализации инсулиномы показано как можно более раннее оперативное лечение с целью уменьшения гипогликемии и общих нарушений, предотвращения возможных поражений центральной нервной системы и других необратимых изменений в организме, обусловленных гипогликемией.

Больные с паранеопластической гипогликемией нуждаются в оперативном лечении, так как это единственный способ избавить их от гипогликемических кризов (В.Филин, Д.Костюченко, 1994; Н.Кузин и соавт., 1998).

Таким образом, наиболее эффективным лечением инсулином в большинстве случаев при установлении локализации опухоли является хирургическое, которое заключается в энуклеации опухоли, дистальной резекции поджелудочной железы. Во время операции проводится мониторирование уровня глюкозы в крови. Резкий и стойкий подъём уровня глюкозы в крови свидетельствует о достаточном объёме и надёжности вмешательства на поджелудочной железе.

При невозможности полного удаления опухоли или наличии метастазов проводится консервативное лечение, оно необходимо также при отказе пациента от оперативного лечения.

Консервативное лечение включает:

- противоопухолевую химиотерапию (5-фторурацил и др.);
- гормонотерапию (аналоги соматостатина, октреотид);
- иммунотерапию (интерферон-альфа);
- устранение или снижение симптомов гипогликемии (диазоксид, глюкокортикоиды, фенитоин).
  При отсутствии эффекта в схему лечения

добавляют альфа-интерферон, уменьшающий выработку опухолью гормонов и препятствующий пролиферации опухоли.

Октреотид назначают по 200 мг 3 раза в

день, альфа-интерферон – по 5 млн ЕД 3 раза в неделю.

При отсутствии эффекта от терапии октреотидом и альфа-интерфероном применяют химиотерапию (И.Денисова, 2010; В.Смирнов, А.Гаврилова, 2010).

Для предупреждения приступов пароксизма гипогликемии назначают внутрь диазоксид по 200-800 мг в сутки.

Валерий МАКСИМОВ, профессор.

Фактически это явилось началом новой специальности - ринонейрохирургии, которая вскоре стала приобретать всё большую популярность в мире. Первые ринонейрохирургические конгрессы прошли дважды в Питтсбурге, Сан-Паулу и Париже, тогда они собирали лишь 100-150 заинтересованных специалистов, занимавшихся этим уникальным и крайне сложным разделом хирургии. Большим успехом стал конгресс «ЭндоВена», проведённый в 2012 г. Хайнцем Штаммбергером и его коллегой-нейрохирургом из Граца Майклом Мокры. Он решил не ограничиваться только вопросами ринонейрохирургии и дополнил программу апдейтом эндоскопической хирургии носа и околоносовых пазух (FESS-functional endoscopic sinus surgery). Идея была настолько успешной, что тогда в весенней Вене, не только по причине привлекательности вальсов Штрауса, но главным образом благодаря авторитету одного из основателей эндоскопической ринохирургии, собрались более 1000 специалистов. К тому моменту питтсбургская группа уже распалась, в Питтсбурге остался один Карл Снайдерман, Кассам и Каррау уже возглавляли другие клиники в разных концах североамериканского континента, но это никак не снизило привлекательность таких

Итак, на «ЭндоМилано» приехали около 950 хирургов из 58 стран. Организаторами и научными директорами мероприятия стали оториноларингологи Паоло Кастельнуво и Эрнесто Пасквини (Болонья), а также нейрохирурги Джорджио Франк (Болонья) и Давиде Локателли (Леньяно). Программа конгресса стала ещё более разнообразной. Заседания проходили параллельно в 5 залах, где шли симпозиумы, «круглые столы» и пленарные доклады по четырём основным направлениям - эндоскопическая хирургия околоносовых пазух, хирургия основания черепа, эндоскопическая хирургия желудочков мозга, хирургия позвоночника и «разное». Надо сказать, что первые два направления заметно преобладали как по количеству докладов и заседаний, так и по Деловые встречи –

### «ЭндоМилано», который изменил воззрения

Обзор VI Всемирного конгресса по эндоскопической хирургии головного мозга, основания черепа, позвоночника, носа и околоносовых пазух

Он прошёл недавно в роскошном конгресс-центре МиКо, который расположен недалеко от центра Милана. Идея проведения таких мультидисциплинарных конгрессов была впервые реализована в начале нашего столетия так называемой питтсбургской группой североамериканских энтузиастов-ринохирургов, в которую входили Амин Кассам, Рикардо Карррау и Карл Снайдерман. Фактически эта группа начала активно заниматься не только эндоскопическими операциями на основании черепа со стороны по-



представительности и наполнению залов – значительное большинство аудитории конгресса составляли ринологи, занимающиеся хирургией основания черепа. Параллельно ещё в одном зале проходили показательные анатомические диссекции, представлявшие технику самых разных вмешательств - от простого эндоназального вскрытия верхнечелюстной пазухи до расширенной эндоскопической диссекции средней и задней черепных ямок.

Научная программа конгресса открылась «ключевыми» лекциями Манфреда Чабичера из Вены «Анатомическое путешествие по основанию черепа», Хайнца Штаммбергера «Тридцатилетняя история эндоскопической хирургии околоносовых пазух», Амина Кассама (Оттава, Канада) «Эндоскопическая команда хирургов основания черепа: что в будущем?», и Паоло Кастельнуво «Секреты эндоскопической хирургии основания черепа».

В последующие 3 дня наибольший интерес для участников представляли заседания, на которых обсуждались вопросы хирургии доброкачественных и злокачественных опухолей основания черепа и головного мозга, лечения назальной ликвореи, тактики хилости носа, но и проникла в святая святых нейрохирургии и стала выполнять эндоназальные вмешательства по удалению опухолей головного мозга доступом через нос. Их энтузиазм охотно разделили видные специалисты, работавшие в том же направлении: Альдо Штамм (Сан Паулу, Бразилия), Хайнц Штаммбергер (Грац, Австрия), Паоло Кастельнуво (Варезе, Италия), Пьеро Николаи (Брешия, Италия), Мануэль Бернал-Спрекелсен (Барселона, Испания), Даниэль Симмен (Цюрих, Швейцария) и другие.

рурга при развитии интраоперационных осложнений (в частности, кровотечений из крупных сосудов внутренней сонной артерии и кавернозного синуса), разработки новых хирургических доступов, например, трансорбитального подхода к основанию черепа.

Российская делегация на «ЭндоМилано» была весьма представительной как по общему числу участников - 34, так и по их вкладу в научную программу конгресса. Президент Российского общества ринологов профессор Андрей Лопатин выполнил на анатомическом препарате показательную баллонную синусопластику (дилатацию естественных отверстий лобной, верхнечелюстной и клиновидных пазух) и, кроме этого, принял участие в трёх «круглых столах», где обсуждались лечение полипозного риносинусита, инвертированной папилломы и различные аспекты использования той же баллонной синусопластики.

Представители НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко профессор Дмитрий Капитанов и доктор медицинских наук Алексей Шкарубо также выступили с докладами на «круглых столах» по лечению инвертированной папилломы околоносовых пазух и декомпрессии

позвоночных дисков и остеосинтезу при нестабильности шейного отдела позвоночника.

В последний день конгресса профессор Владимир Козлов выступил модератором дискуссии по хирургии носовых раковин, а доктор медицинских наук Ирина Василенко приняла участие в «круглом столе» по вопросам эндоскопической ринопластики.

В целом «ЭндоМилано» оставил сильное впечатление и по уровню организации, и по структуре научной программы, в которой были представлены поистине революционные и удивительные на первый взгляд идеи и методики, подчас в корне меняющие наши традиционные воззрения, казалось бы, на привычные вещи. Ринонейрохирургия продолжает стремительно развиваться, и следующий конгресс - «ЭндоЧикаго» состоится ровно через 2 года.

Геннадий НИКОЛОВ.

Милан.

НА СНИМКЕ: участники «ЭндоМилано» (слева направо): Дмитрий Капитанов, Пьеро Николаи, Альдо Штамм, Хешам Негм (Египет), Паоло Кастельнуво, Владимир Козлов и Андрей Лопатин.

#### Новые подходы -

На базе Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина прошла научнопрактическая конференция «Лапароскопические и трансанальные миниинвазивные технологии в лечении больных раком прямой кишки». На сегодняшний день лапароскопические операции завоевали прочное место в арсенале современных хирургов, прооперирована уже не одна тысяча пациентов с колоректальным раком. В том числе и с раком прямой кишки, в процессе лечения которого в последнее время бурно развиваются новые медицинские технологии, некоторые из них были продемонстрированы в России впервые.

Амжад Парваиз, руководитель Центра малоинвазивной колоректальной хирургии в госпитале королевы Александры (Портсмут, Великобритания) сделал доклад на тему «Лапароскопические технологии в хирургии рака прямой кишки - каковы преимущества?». Сейчас госпиталь рассчитан на 1200 коек, а операции на прямой кишке начались в Англии в начале 90-х годов и постепенно завоевали популярность во всём мире. Изначально считалось, что лапароскопия вообще не применима при операциях на прямой кишке, но на сегодняшний день около 99% таких вмешательств выполняется с помощью лапароскопических методов или робототехники.

Докладчик выразил уверенность, что российские врачи тоже изменят свои взгляды на методы

### Будущее за лапароскопией

Это доказала представительная конференция с мастер-классом

малоинвазивной хирургии, блацентрах это уже произошло. Подробно Парваиз остановился на медиально-латеральном пододе в операции при раке прямои кишки. Эта методика позволяет ассистенту работать вместе с хирургом в передней плоскости прямой кишки и правильно устанавливать камеру для визуализации действий специалиста.

Лапароскопический доступ безусловно, наиболее прогрессивный метод в хирургии на сегодняшний день. При нём возможно более чётко исследовать анатомические структуры пациента, это высокое разрешение, трёхмерное изображение, возможность сопоставления всех полученных данных. К тому же есть возможность стандартизации этого метода хирургического вмешательства, повышения его точности. Особенно это касается тяжёлых пациентов с большой массой тела.

Профессор Александр Сажин (Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова) высказался о

системе подготовки специалиго в некоторых отечественных стов в лапароскопической хирургии. Лапароскопическим хирургом вполне может быть специалист с опытом традиционных операций, а также молодой врач, которому легче освоить новые технологии. В принципе, это каждый специалист, у которого есть желание и нет критичности к мифам, существующим вокруг лапароскопических малоинвазивных технологий. Например, о доскональном знании анатомии, которая при лапароскопии на мониторе и так видна, как на ладони.

Принципы лапароскопической хирургии идентичны принципам традиционной, просто в ходе тренинга врач понимает, что опыт лапароскопии всегда можно экстраполировать на методы открытого хирургического вмешательства. А умение выполнить конверсию заключается только в умении выполнить лапаротомию.

Считается, что лапароскопическому хирургу необходимо иметь следующие качества: терпение, внимание, пространственное мышление, решительность, быстроту реакции. Но всё перечисленное не-

обходимо иметь каждому хирургу. Что касается «исключительных» рук и зрения, здесь будущему специалисту опять на помощь приходит монитор, трансформирующий привычную трехмерную картинку в двухмерную плоскость. Все эти навыки приобретаются во время индивидуальных занятий. В том числе и хирургами экстра-класса, проведшими не одну сотню операций.

До сих пор ни в России, ни за рубежом нет единого мнения: как учить лапароскопического хирурга в зависимости от его изначального профессионального уровня? Нужны ли компьютерные симуляторы, операции на животных? Как правильно передать личный опыт в операционной? Всё это говорит об отсутствии единой системы обучения в лапароскопической хирургии. В России существует образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов, где о симуляционном обучении не сказано ни слова. Так что вся подготовка по лапароскопии ложится на плечи медицинских вузов. А далеко не все они способны провести полноценный цикл колоректальной хирургии.

Собравшимся была продемонстрирована операция в режиме он-лайн у женщины 70 лет с диагнозом «рак прямой кишки на 10 см» и с индексом массы тела 27,7. Больной был приведён полный комплекс диагностических мероприятий. По данным МРТ опухоль определяется в виде полуциркулярного утолщения стенок верхнего отдела кишки в пределах мышечного слоя. Операцией, которая прошла вполне успешно, руководил Амжад Парваиз.

На мастер-классах с трансянией в конферени-зал продемонстрирована техника классической лапароскопической и реверсивной трансанальной тотальной мезоректумэктомии. Эти методики в России были представлены впервые и в отечественных клиниках никогда не выполнялись. Предварительный опыт проведения подобных хирургических вмешательств будет представлен отделением онкопроктологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Также в программе конференции прошли пленарные лекции отечественных и зарубежных специалистов, обсуждение клинических случаев с интерактивным голосованием, научные дебаты. Участники конференции смогли принять участие в обсуждении преимуществ и показаний к применению каждой из представленных методик.

> Вячеслав СВАЛЬНОВ, корр. «МГ».

#### (Окончание. Начало на стр. 1.)

С основным докладом выступил начальник Бюро СМЭ, главный специалист по судебномедицинской экспертизе Минздрава Московской области, профессор Владимир Клевно.

Он выделил кадровые проблемы: укомплектованность бюро медицинскими специалистами остаётся низкой, как и в среднем по отрасли, – чуть более 30%. Требуют внимания вопросы профессиональной подготовки и повышения квалификации медицинских кадров. Низким остаётся процент выездов судебно-медицинских экспертов на места обнаружения трупов и осмотры места происшествия.

Как показало сопоставление клинического и судебно-медицинского диагнозов, отмечается высокий процент их расхождения. Специально подготовленный для этих целей бюллетень по результатам сопоставления клинического и судебно-медицинского диагнозов содержит анализ всех расхождений диагнозов и перечень 36 медицинских организаций, где они превышают 20%. Где-то эта цифра достигает 100%! Всего же в Московской области таких медучреждений 93. Кстати, эта тема получила отражение и в последующем выступлении министра здравоохранения Московской области Нины Суслоновой, которая обещала рассмотреть этот вопрос специально с руководителями указанных медицинских организаций.

– В последние годы мы отмечаем уменьшение количества экспертиз в отношении живых лиц, которых выполнено более 23,5 тыс., - говорил Владимир Александрович. – Мы ставили вопрос и перед прокурором Московской области, и на страницах специализированных изданий о том, что мировые судьи и дознаватели закрывают дела или же принимают не совсем правильные решения - без наличия заключения эксперта в материалах. Задача разобраться с подобной практикой вместе с судебным сообществом области стоит перед нами в этом году.

Докладчик отметил, что судебно-медицинская экспертная служба России получила все необходимые нормативные правовые документы, регулирующие порядок определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека. Это позволило врачам - судебно-медицинским экспертам значительно сократить сроки производства экспертиз, а кроме того, не произошло перераспределение вреда здоровью в сторону тяжкого. Кстати Владимир Алексанлрович был олним из разработчиков медицинских критериев вреда здоровью, которые оыли утверждены Минздравом ещё в 2008 г.

- Благодаря усилиям Министерства здравоохранения Московской области и включению правительством Московской области нашей службы в программу по борьбе с преступностью, - продолжал оратор, - мы организовали 17 филиалов нашего судебно-химического отдела с хорошей приборной базой в каждом районе региона.

Особое внимание в докладе было уделено вопросам наркотизации населения Московской области. Профессор отметил превалирование наркотиков как причины смерти в сравнении с алкоголем. На протяжении последних лет количество отравлений алкоголем упало в 10 раз, при этом растут цифры отравлений наркотическими вещества-

ми. В 2012 г. произошло пересечение кривых этого графика. и в 2013 г. зафиксировано почти 2 тыс. отравлений наркотическими веществами и 1179 - алкоголем. Это связано не только с улучшением диагностики отравлений наркотиками благодаря новой приборной базе судебно-химической службы Бюро СМЭ Московской области, но и с социальными проблемами в регионе. На экспертнокриминалистическом совете при Управлении ФСКН России по Московской области эта проблема обсуждалась и было (10%), а также прочих категорий (4,2%). Остальные группы населения (дошкольники, учащиеся, служащие, без определённого места жительства) представляли лишь только 3,6% случаев. За анализируемый период число скоропостижно умерших мужчин и женщин составило 53,5 и 46,5% соответственно. Наибольший процент случаев смерти отмечался в возрастной группе более 60 лет (67,9%), меньший - в 41-60 лет (25,4%) и 19-40 лет (6,1%). Причём в возрасте более 60 лет женщин по сравнению

областном бюро, стоит немалых денег. И учреждение вынуждено идти на это.

– Следует отметить, что стандартизации должны подвергаться только методы, требующие точного исполнения всех пошаговых функций, в которых отклонения в технологии производства даже одного из этапов исследования могут привести к неправильному результату либо к неверной интерпретации полученного результата, – сказала Наталья Александровна. – Анализ же результатов лаборатор-

по-прежнему остаётся высоким и в 2013 г. составил 20,6, то есть в каждом пятом случае.

За последние 5 лет соотношение поступивших из стационаров умерших на судебномедицинское исследование по категориям смерти (насильственная/ненасильственная) остаётся примерно одинаковым: на одного умершего от заболевания приходится 3-4 умерших от действия внешних причин. Рассматривая структуру расхождений клинического и судебномедицинского диагнозов по ка-

тегориям смерти (насильствен-

ная/ненасильственная) следует

отметить колоссальную разницу

в качестве диагностики. Из

представленных данных следует, что за последние 10 лет про-

цент расхождений диагнозов в

случаях смерти от заболеваний

примерно в 5 раз превосходит

процент расхождений в случаях

Среди причин смерти от

внешних воздействий в 2013

г. первое место по количеству

расхождений клинического и су-

дебно-медицинского диагнозов

занимают отравления - 15,7%,

второе место травмы груди и

живота - 12,9%, при черепно-

диагнозов по группам заболе-

В структуре расхождений

мозговой травме – 9,7%.

насильственной смерти.

#### В центре внимания -

### Алкоголь отступает перед наркотиками



решено, что будет создана межведомственная рабочая группа для исследования причин этого явления. Кстати, когда данные были представлены губернатору области Андрею Воробьёву, он немедленно взял эту проблему под особый контроль.

О наркоситуации в Московской области и тенденциях её снижения было подчёркнуто и в выступлении начальника отдела межведомственного взаимодействия в целях профилактики Управления ФСКН России по Московской области подполковника полиции Игоря Охрименко. Он говорил о задачах межведомственной рабочей группы, которая должна противодействовать распространению на территории области новых веществ, обладающих психоактивным воздействием на организм человека, и выработать алгоритм действий по отнесению указанных веществ к категории аналогов наркотических средств.

#### В цифрах и подробностях

Заместитель начальника Бюро судебно-медицинской экспертизы по экспертной работе Вячеслав Зазулин проанализировал работу межрайонных, районных и городских судебномедицинских отделений бюро. Была показана разносторонняя деятельность службы и представлен большой статистический материал, характеризующий ситуацию в области. Так, из числа общественно-социальных групп пик случаев смерти в 2013 г. отмечался среди пенсионеров (71,6%), в меньшем числе - среди безработного населения (10,6%) и рабочих с мужчинами умирало больше: 82,6% против 55,2%.

Об итогах научно-методического обеспечения лабораторной службы бюро и перспективах её развития рассказала заместитель начальника Бюро СМЭ по экспертной работе кандидат медицинских наук Наталья Романько. Среди проблем она говорила об отсутствии в настоящее время государственной регистрации новых технологий, методик, стандартов и т.п., изза чего сотрудники Бюро СМЭ

быть стандартизирован, так как каждое судебно-медицинское заключение, часть которого базируется на заключении эксперта лабораторной службы, носит индивидуальный, а порой и уникальный характер. А для дальнейшего успешного развития лабораторной службы бюро необходим ряд мер: адаптация нормативной и методической базы к новым методам исследования и к новым видам экспертиз с применением высокотехнологичного оборудования; разработка новых критериев, позволяющих регулировать производственную нагрузку и контролировать качество исследований, а также организация учебных баз для соответствующей подготовки специалистов.

ных исследований не может

#### Трудности диагностики

О результатах сопоставления клинического и судебномедицинского диагнозов в 2013 г. на конференции был сделан отдельный доклад заместителем начальника Бюро СМЭ по организационно-методической работе кандидатом медицинских наук Сергеем Кучуком. За последние 10 лет

ваний в 2013 г. самый высокий процент нераспознанной патологии составляют заболевания органов дыхания - 56,5, из них пневмонии не распознаны в 59,1% случаев. Такой же высокий процент (56,4%) наблюдается при смерти от заболеваний органов кровообращения. В 63,5% случаев клинический диагноз не был установлен при цереброваскулярной патологии (инфаркты головного мозга и кровоизлияния в головной мозг), в 59,6% - при кардиомиопатиях, в 54,2% - при смерти от инфаркта миокарда и в 48,6% при атеросклеротическом кардиосклерозе. Заболевания органов пищеварения так же оказались трудны для диагностики. Так, в 2013 г. врачи стационаров Московской области не распознали эту патологию в 51,9%, из них панкреатит в 72,7%. ВИЧ-инфекция так же не установлена в 51,9%, злокачественные новообразования и

ветственно.
И последующие доклады, например заведующей отделом сложных экспертиз Бюро СМЭ Олеси Весёлкиной об анализе комиссионных судебно-медицинских экспертиз, показали огромную значимость для здравоохранения, общества и государства работы наших коллег – судебных медиков.

туберкулёз - в 47,6 и 40% соот-

Альберт ХИСАМОВ, обозреватель «МГ».

НА СНИМКАХ: на трибуне профессор Владимир Клевно; в зале итоговой конференции.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



вынуждены изыскивать другие формы регистрации своих методик в уполномоченных федеральных органах исполнительной власти либо утверждать новые методики на заседаниях методического совета. Так, например, в настоящее время валидация и регистрация в Росстандарте одной методики для судебно-химического и химикотоксикологического исследования, применяемой в Московском дебн

произошло увеличение общего числа судебно-медицинских исследований трупов на 9,1%. В то же время отмечается устойчивая тенденция уменьшения количества трупов, поступивших из стационаров, с 3971 в 2004 г. до 2490 в 2013 г., что в процентном выражении составляет 10,6 и 6% соответственно. Однако процент расхождений клинического и судебно-медицинского диагнозов

Nº 35 · 16. 5. 2014

Анализ и прогнозы

### Ширма для бренда

#### На российском фармацевтическом рынке слишком много лекарств

Сейчас в национальный реестр ЛС входит более 20 тыс. наименований лекарств, а с учётом форм, дозировок и фасовок их число превышает 35 тыс. Причём один и тот же препарат может быть представлен на рынке в сотне торговых наименований.

#### Сам себе врач

Такие нозологические диспропорции, считают эксперты, вызваны не реальной потребностью в медикаментах, а агрессивной маркетинговой политикой ряда фармацевтических компаний. Ещё одно существенное отличие от зарубежных рынков, и это подтверждает недавнее исследование ФАС, связано с особой, чисто российской популярностью некоторых торговых марок. В Европе и США эти лекарства не только не входят в ТОП-10, но и вовсе неизвестны потребителям.

Искажения на отечественном рынке лекарств обусловлены его особенностями, считает Олег Фельдман, директор подразделения здравоохранения аналитической компании «Синовейт Комкон». Это мнение эксперт высказал на очередном заседании Российской ассоциации фармацевтического маркетинга (РАФМ), посвящённом обсуждению данной проблемы.

Прежде всего, в России отсутствует система возмещения затрат населения на покупку лекарственных препаратов. В большинстве случаев человек сам выбирает, какой препарат ему купить. И ориентируется именно на рекламу, а не на советы врача.

По данным одного из исследований, проведённых «Синовейт Комкон», лишь 30% населения посещают врача с регулярностью раз в 3 месяца. Лидируют в этом рейтинге терапевты (18%) и стоматологи (8%). Меньше всего визитов к пульмонологам и флебологам (0,6 и 0,4% соответственно). При этом врачебные рекомендации соблюдает лишь каждый второй, побывавший на

Как показало исследование, далеко не все пациенты приходят в аптеку за конкретным препаратом, многие просят провизора посоветовать им лекарство от конкретного недуга. Чаще всего это головная боль, нарушение пищеварения, кашель, нервное расстройство, герпес. Более того, по рецептурным категориям покупатели также нередко обращаются в аптеку с указанием симптома.



#### Нозологические диспропорции

Но если всё же пациент дошёл до врача, какие лекарственные препараты назначают специалисты? По словам О.Фельдмана, в основном рецептурные лекарства назначают психиатры, эндокринологи, неврологи и кардиологи. В среднем 42% всех врачебных назначений составляют безрецептурные препараты.

По словам эксперта, одна из нозологических диспропорций обусловлена проблемами доступности ЛС в льготном и коммерческом сегментах. В качестве примера он привёл данные по врачебным назначениям наиболее распространённых заболеваний артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС). При АГ в льготе доминируют ингибиторы АПФ - 28% против 19% в коммерческих назначениях. Обратная пропорция отмечается в отношении антикоагулянтов – 6 и 10% соответственно. Аналогичная картина сохраняется при лечении ИБС: ингибиторы АПФ - 10 и 6%, антикоагулянты – 10 и 25%.

В структуре назначений по МНН в льготном сегменте среди лидеров – нитраты (изосорбида мононитрат и изосорбида динитрат). В коммерческом - более современные препараты: аторвастатин и триметазидин. Примечательно, что в эту группу попала также комбинация ацетилсалициловая кислота + магния гидроксид. За этим МНН скрывается известный препарат, который активно продвигается производителем

По мнению О.Фельдмана, это лишний раз подтверждает тезис о том, что нозологические диспропорции на рынке определяются в большей степени маркетинговой активностью конкретных игроков.

 Внешние искусственные факторы гораздо сильнее, чем экономические механизмы. Наиболее сильными из них являются маркетинг и система продвижения, однако регуляторы отрасли могут корректировать эти процессы и направлять в нужное русло, считает эксперт.

#### Борьба за аптечную полку

Существуют и региональные нозологические диспропорции. Они обусловлены различными локальными факторами, включая активность медицинских представителей, различия в подходах к терапии разных научных школ и т.д. К примеру, назначение бисопролола при АГ в разных регионах страны составляет от 6 до 13%. лозартана - 3-9%, ацетилсалициловой кислоты - 1-9%.

И снова к вопросу маркетинга. В последние годы рынок буквально наводнили разные противовирусные препараты иммуномодуляторы, иммуностимуляторы и др. Многие из этих препаратов не имеют достаточной доказательной базы, но тем не менее входят в ТОП-10 наиболее назначаемых групп препаратов.

 Один из маркетинговых ходов - привлечение некой легенды, которая может сработать, а может и не сработать, - отмечает О.Фельдман. - Использование маркетинговых инструментов очень сильно влияет на расстановку сил на фармацевтическом поле. Конкуренция в этом сегменте колоссальная, и мы знаем, какая борьба идёт и за аптечную полку и за место в голове рекламодателя. Отсюда и диспропорции, и многие проблемы, которые мы сегодня имеем на рынке.

> Ирина СТЕПАНОВА, корр. «МГ».

#### Ситуация

Минфин России планирует в ближайшее время ввести дополнительный налог на спиртосодержащие лекарственные средства «двойного назначения», среди наиболее известных россиянам – настойки боярышника, пустырника и валерьяны. Главная цель введения нового акциза, который может приравнять аптечные настойки к крепкому алкоголю, – забота о здоровье нации. Чиновники отмечают: акциз вводится для того, чтобы аптечные настойки не употреблялись в качестве спиртных напитков.

### Спиртовые настойки приравняют к алкоголю

Однако эксперты рынка весьма скептически отнеслись к инициативе Минфина. По их мнению, введение налога на аптечные спиртовые настойки от роста алкоголизма страну не спасёт.

Глава Аптечной гильдии Елена Неволина подтверждает: «спиртовые лекарственные настойки некоторая часть населения действительно покупает не для лечения. Неслучайно настойка боярышника многие годы занимала первые позиции в рейтинге самых продаваемых лекарств». По экспертным оценкам, 8 из 10 упаковок стандартной спиртовой настойки используются не по назначению, то есть в качестве дешёвого алкоголя.

Эксперт фармрынка, директор по медицине Национальной дистрибьюторской компании Анатолий Новиков считает, что предложение Минфина может привести как к кратному повышению цен на эти продукты, так и к закрытию ряда производств. «Цены вырастут, и большинство тех, кто покупал настойки в медицинских целях, самостоятельно или по совету врача, откажутся от жидких форм и найдут им замену», - отмечает специалист. Действительно, во врачебной среде к таким лекарствам уже давно относятся со скепсисом, а многие препараты на основе лекарственных растений выпускаются в виде таблеток.

Предлагаемые нововведения также невозможны без выполнения ряда нормативных условий на производствах: переход под контроль Росалкогольрегулирования, введение дорогостоящих информационных систем учёта и т.п. «Это станет причиной как закрытия производств на мелких фабриках вследствие резкого снижения рентабельности, так и уже внеакцизного повышения цен на такую продукцию у тех компаний, которые будут готовы к новым финансовым тратам и сохранят свои производства»,

СТРАНИЦА ФАРМАЦЕВТА

считает эксперт.

Если основная цель введения акциза - борьба с пьянством и алкоголизмом, то эффект от этой инициативы будет. Однако, как показывают все предыдущие кампании по борьбе с пьянством в нашей стране, алкогользависимые граждане всегда и достаточно быстро находят продукты-заменители. Если основная цель - увеличение поступления в бюджет дополнительных доходов в виде акцизов со спиртосодержащих лекарственных средств, то данная инициатива выглядит ещё более сомнительной. «Серьёзное снижение производства и потребления таких продуктов не позволит государству твёрдо прогнозировать данную статью доходов», - отмечает А.Новиков.

Отметим, что, согласно инициативе Минфина, под новый акциз не попадут спиртосодержащие лекарства, которые изготавливаются в аптеках по рецепту, а также препараты из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. На сегодняшний день спиртосодержащие лекарственные средства акцизом не облагаются, а их производители не подконтрольны Росалкогольрегулированию. При этом ставки акцизов на алкогольную продукцию крепостью свыше 9% составляют 500 руб. за литр в пересчёте на чи стый спирт, в следующем году предполагается их увеличение до 600 руб., в 2016 г. – до 660.

> Подготовила Ирина АНДРЕЕВА.

#### Изъять!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения информирует, что пять лекарственных препаратов отозваны из обращения на территории Российской Федерации:

- «Кальция глюконат, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 100 мг/мл 10 мл, ампулы (5), упаковки ячейковые контурные (2), пачки картонные» серии 070313 производства ФГУП «Армавирская биологическая фабрика», Россия (решение

принято производителем в связи с несоответствием препарата требованиям нормативной документации по показателю «Описание»);

«Ацетилсалициловая кислота-УБФ, таблетки 500 мг 10 шт., упаковки безъячейковые контурные» серии 1110811 производства ОАО «Уралбиофарм», Россия (решение принято производителем в связи с несоответствием препарата требованиям нормативной документации по показателю «Количественное определение»):

«Нитроксолин-УБФ, таблетки,

покрытые оболочкой, 50 мг 10 шт., упаковки ячейковые контурные (5). пачки картонные» серии 210513 производства ОАО «Уралбиофарм», Россия (решение принято производителем в связи с несоответствием препарата требованиям нормативной локументации по показателям «Упаковка» и «Маркировка»);

«Тиамин-Виал, раствор для внутримышечного введения 50 мг/мл 1 мл, ампулы тёмного стекла (10), пачки картонные» серии 110807 производства «Сишуи Ксир-

канг Фармасьютикал Ко.Лтд», Китай (решение об отзыве принято ООО «ВИАЛ» в связи с несоответствием препарата требованиям нормативной документации по показателю «Механические включения»);

- «Амброксол, сироп 15мг/5мл 100 мл, флаконы тёмного стекла в комплекте с мерной ложкой, пачки картонные» серий 010213, 020313, 030413, 040413,050413, 150813, 160813, 170913, 180913, 200913, 211013, 221013, 231013, 241013, 251013, 261013, 271113, 281113, 291113, 301113, 311113, 321113, 331113, 341113 производства ЗАО «ЭКОлаб», Россия (решение принято производителем в связи с несоответствием препарата требованиям нормативной документации по показателю «Маркировка»).

Росздравнадзор предлагает всем субъектам обращения лекарственных средств провести проверку наличия указанных серий лекарственных препаратов и представить в территориальные управления Службы информацию об их изъятии.

#### Все мы родом из детства

Как ни тривиально это прозвучит, так оно и есть...

Оскароносный американец Джордж Тимоти Клуни появился на свет 6 мая 1961 г. в Лексингтоне (штат Кентукки, США) и – ни более ни менее - является потомком самого Авраама Линкольна, приходясь внучатым племянником 16-му президенту США. Его мать - бывшая королева красоты, отец - телевизионный журналист. С раннего детства Клуни проводил время на съёмках своего отца, участвуя в шоу, где был любимчиком публики.

В средней школе его поразил паралич Белла, генетическая болезнь, передавшаяся по отцовской линии. Почти год была парализована половина лица, закрыт левый глаз, за что он получил прозвище Франкенштейн. Дети высмеивали его, пришлось поменять школу, но это испытание только закалило характер. К счастью, болезнь отступила. Клуни учился на «хорошо» и «отлично», при этом всерьёз увлекался баскетболом и бейсболом, но большая спортивная карьера не сложилась.

Ильгар Салех-оглы Мамедов родился 8 августа 1967 г. в древнем городе Шеки (Азербайджан), что в южных предгорьях Большого Кавказа. Вершины снежных пиков достигают здесь 3-3,5 тыс. м над уровнем моря. Горные леса, заросшие буком, орехом и другими деревьями, защищают город от потопов и украшают его. Основан Шеки аж в VIII в. до н.э.! Он слывёт юмористическим центром, наподобие болгарского Габрово. Местные жители славятся своими творческими способностями, тонким чувством юмора, самоиронией. Тут родился писатель-просветитель и философ Мирза Фатали Ахундов, оказавший огромное влияние на развитие общественной мысли народов Ближнего Востока. Шеки посещали писатели Лев Толстой, Александр Дюма и т.д.

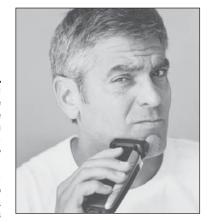
Отец Ильгара - физик-ядерщик, мать - инженер по гидросооружениям. Деды и прадеды принадлежали к знатному роду, владевшему обширными земельными угодьями. Живущие в этих местах люди отличаются особым фенотипом – они светловолосые, голубоглазые, как, например, отец Ильгара. Проживая достаточно обособленно в горах, они долго сохраняли свою генетику. Правда, этой местности свойственна и обратная сторона медали наследственные генетические патологии. Здесь распространено такое эндемическое заболевание, как бета-талассемия. К счастью, рода Мамедовых эта напасть не

Годы учёбы Ильгара связаны с Баку, где жила его семья и где он окончил русскоязычную интернациональную школу. С детства дружил со спортом, занимался самбо, был чемпионом школьных, а впоследствии институтских соревнований. С 4 лет посещал ту же шахматную школу, в которой обучался международный гроссмейстер и чемпион мира Гарри Каспаров.

#### Карьерный рост

Первую серьёзную роль Клуни получил в 33 года в сериале «Скорая помощь». В этой телевизионной драме он играл доктора Дага Росса, благодаря чему добился положения звезды. А первую главную роль в голливудском кино сыграл в фильме «От заката до рассвета». Образно говоря, признания добился, трудясь от заката до рассвета. За успехом первой картины последовали очередные - «Один прекрасный день» с Мишель Пфайффер, «Миротворец» с Николь Кидман, «Вне поля зрения» с Дженнифер Лопес. Это была первая из его многочисленных работ с режиссёром Стивеном Содербергом. Затем последовали «Одиннадцать (а потом и двенадцать, и тринадцать) друзей Оушена», наиболее коммерчески успешные в его карьере.

Вскоре Клуни дебютирует в



Мнение: «Клуни замечательный, но очень жёсткий. Работая с ним, нет времени лениться» - Мэтт ДЭЙМОН, исполнитель одной из ролей в фильме «Охотники за сокровищами».

Центральной химико-токсикологической лаборатории. Преподавал на кафедре лабораторной диагностики ФУВ. В течение 2 последних лет занимается организацией доклинических и клинических исследований, осуществлением более комфортные условия для научных изысканий. Оттого-то до сих пор острой остаётся кадровая проблема.

Нашему герою претят бюрократия и слабый менеджмент в здравоохранении. Поэтому он решил повысить уровень своей квалификации. В настоящее время проходит обучение по направлению «менеджмент в здравоохранении» в рамках подготовки резерва управленческих кадров в Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ.

Макса, который весил почти 130 кг, - он даже брал порой в свою постель. А любимая книга актёра и режиссёра - нет, не американские романы, а «Война и мир» Льва Толстого.

И.Мамедов охотно занимался общественной деятельностью, руководил азербайджанской диаспорой в комиссии по взаимодействию с молодёжными организациями при Мосгордуме, работал в Обществе культуры. Участвовал в организации концертов, общался с Муслимом Магомаевым, Тамарой Синявской, Юлием Гусманом,

#### Почему бы и нет?

### Охотники за сокровищами

#### Один прекрасный день, или От заката до рассвета

Уже неоднократно мы рассказывали об удивительном внешнем сходстве многих врачей с популярными личностями. Так. главный врач Тамбовского областного онкологического диспансера Владимир Милованов, по сути, двойник известного голливудского актёра Дэниела Крэйга, наиболее известного сегодня агента МИ-6. А доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, главный детский специалист по анестезиологии и реаниматологии Минздрава России Сергей Степаненко как две капли воды похож на певца Юрия Антонова.

Совсем недавно, зная об интересе «МГ» к двойникам, заместитель начальника Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области по экспертной работе кандидат медицинских наук Наталья Романько, с которой после интервью мы подружились и частенько обсуждаем новинки кино, театра, литературы, предложила рассказать о докторе, которого не отличить от известного голливудского актёра, режиссёра, сценариста и продюсера

качестве режиссёра фильма «Признания одинокого человека», после чего уже не может удержаться от режиссуры («Любовь вне правил», «Мартовские иды», упомянутые нами «Охотники за сокровищами» и т.д.). «Режиссёрская индустрия, полагает Клуни, - отличное место, чтобы стареть». И публика в один голос хвалит его работы. Он стал первым в истории премии «Оскар», кто был в один год номинирован и как «Лучший режиссёр» и за «Лучшую мужскую роль второго плана».

Во время собеседования в Бакинском университете И.Мамедову сразу посоветовали поступать в Москву на медико-биологический факультет 2-го Меда. Тогда это был уникальный, элитный факультет, который занимался подготовкой врачей-теоретиков, врачей-исследователей. Многие ведущие деятели медицинской науки нашей страны окончили его или трудились здесь (академики РАН Александр Арчаков, Рэм Петров, Михаил Угрюмов, член-корреспондент РАН Вероника Скворцова и т.д.). Он поступил с первого раза. Кроме полного курса медицины на факультете преподавали также полные курсы технических и естественных наук. Наибольший след в его профессиональной судьбе оставили научный руководитель, известный учёный в области фотобиологии и фотомедицины, медицинский физик, профессор Александр Потапенко, академик РАМН биофизик Юрий Владимиров, Александр Арчаков.

Наш герой окончил отделение биофизики и стал специалистом в области хроматомасспектрометрии. В 1993 г. защитил кандидатскую диссертацию в области фотодинамической медицины. Имеет патент на изобретение, статьи в отечественных и зарубежных изданиях. Кстати, его наукометрический показатель (индекс Хирша) - 4,5. В 2002 г. получил специализацию в области лабораторной диагностики и был назначен руководителем

контроля и регистрацией новых лекарственных препаратов на территории РФ. Работает в области метаболомики, протеомики. геномики, делая ставку на такое актуальное направление, как сохранение качества жизни человека.

– Мы, – говорит Ильгар Салехоглы, - живём в быстроменяющемся мире. В медицинской сфере постоянно появляются новые идеи и технологии. В самое ближайшее время ведущие позиции займут те медицинские школы, которые создадут инфраструктуру, позволяющую оперативно транслировать новые идеи из научно-экспериментальных лабораторий в клинику. И мы предоставляем всю необходимую инфраструктуру для проведения клинических исследований новых препаратов и технологий в соответствии с принципами надлежащей клинической практики. Вне сомнения, это ужесточит контроль результатов проводимых исследований и позволит внедрять в практику безопасные, эффективные, доступные для пациентов новые лекарства и методы лечения.

Ему по душе нынешняя эпоха. Молодым сотрудникам частенько повторяет, что они живут в очень благоприятное время. Раньше было труднее грызть гранит науки, приходилось доставать нужные книги, которых не хватало, ночевать в лабораториях. А сегодня созданы прекрасные условия для серьёзного занятия наукой. У молодых огромный спектр возможностей для самореализации. Если человек что-то собою представляет, располагает достойным потенциалом, он может многого добиться. Для этого имеется современное оборудование, наука неплохо финансируется, пусть и не столь мощно, как хотелось бы. Одно беспокоит - достаточно низкий уровень образования нынешней молодёжи. К сожалению, лучшие, получив образование, частенько уезжают на Запад, где созданы Джорджа Клуни. С Натальей Александровной мы обсуждали достоинства и недочёты недавней очередной режиссёрской работы Клуни «Охотники за сокровищами» про музейных работников, которые во время Второй мировой спасали шедевры от нацистов. Тут она и вспомнила о знакомом докторе, который точь-в-точь Джордж Клуни.

Его имя – Ильгар Салех-оглы Мамедов. Как и двойник Юрия Антонова, имеет отношение ко 2-му Меду. Он – директор Центра внедрения инновационных медицинских и фармацевтических технологий РНИМУ им. Н.И.Пирогова, кандидат медицинских наук.

Встреча с И. Мамедовым подтвердила его схожесть с известным американским актёром и режиссёром. Колоритная, запоминающаяся внешность – короткая ухоженная причёска с аккуратным пробором, классический костюм, идеальные туфли... Всё выдаёт в нём мужчину. Разумеется, настоящим мужчину делает не внешность, но его характер и поступки, а ещё – целеустремлённость, нацеленность на достижение успеха.



Мнение: «И.Мамедов - серьёзный организатор здравоохранения, жёсткий и в то же время справедливый. У него есть одна отличительная черта - с нуля он способен создать любую структуру и наладить её эффективную деятельность» - Владимир СУХОРУКОВ, заведующий научно-исследовательской лабораторией общей патологии Московского НИИ педиатрии и детской хирургии, профессор.

Если Джордж Клуни встречался с Президентом США Бараком Обамой, когда ему было 49 лет, то у Ильгара Мамедова встреча с Владимиром Путиным, надо полагать, впереди, ведь ему только 46.

#### Немного о личном...

Клуни – закоренелый холостяк. Правда, однажды он был женат на развёлся в 1992 г. Встречался с Рене Зеллвегер, Келли Престон, Джулией Робертс, моделями Синди Кроуфорд, Элизабет Каналис, спортсменкой Стэйси Кейблер. Однажды Николь Кидман и Мишель Пфайффер поспорили с Клуни на 15 тыс. долл. каждая, что к 40 годам он женится и будет иметь ребёнка. Проигравшая Кидман к 40-летию героя выслала ему чек на указанную сумму, но он благородно вернул его, пояснив, что денег с дам не берёт.

На днях мир облетела сенсационная новость: Клуни обручился... с адвокатом. Неужели он – латентный ненатурал? Нет, с ним всё в порядке. Просто британский адвокат – женщина. Это Амаль Аламуддин – юрист Джулиана Ассанджа. Интересно, удастся ли ей довести главного холостяка Голливуда до алтаря?

Клуни любит животных. Одного из своих любимчиков – борова Аллой Пугачёвой, Филиппом Киркоровым и т.д.

. По жизни наш герой идёт рука об руку с супругой, с которой они поженились, будучи ещё студентами. Имеют троих детей. Старшая дочь – музыкант, учится в консерватории по классу фортепиано. Младшие сыновья – школьники, посещают музыкальную и шахматную школы. Кстати, проживает семья Мамедоблиз 2-го Меда, в называемой российской Сорбонны, где сосредоточено 23 различных

Из животных хозяин предпочитает котов, с которыми, правда, столь близких контактов, как у Клуни с боровом, нет. Но балует их, при нём они делают что хотят. Предпочитает отдыхать с семьёй на природе, на море, в горах. На досуге дружит с книгой. Увлекается историей. Из классиков любит Фёдора Достоевского. Карела Чапека и, как и Клуни. «Войну и мир». Ведёт здоровый образ жизни. Не курит, а вот от бокала качественного вина не откажется. Ходит в спортзал, поддерживает себя в прекрасной спортивной форме. Не сторонник изнуряющих диет. Человек, считает он, не должен насиловать свой организм. Старается жить разумно и просто - на радость себе и окружающим.

> Александр ИВАНОВ, обозреватель «МГ».

Российские и зарубежные учёные в области гематологии. трансплантации костного мозга, реаниматологии, клинической микробиологии и других ведущих направлений медицины - участники II конгресса гематологов России главное внимание уделили развитию новых технологий медицинской науки, оценке уровня фундаментальных и прикладных исследований, их результативности, доступности специализированной помощи населению.

Несмотря на жёсткий регламент конгресса, гости из США – директор трансплантационной программы Института Дж. Хопкинса профессор Ричард Джонс (Балтимор), а также директор трансплантационной программы Института рака Розвелл Парк профессор Филипп Маккарти (Буффало) нашли время, чтобы рассказать корреспонденту «МГ» о своём видении проблем и участии в их решении.

- Заболевания системы крови - одна из актуальнейших проблем медицины как в России, так и во всём мире. Особое место среди них занимают онкогематологические недуги. Ежегодно с такими диагнозами сталкиваются тысячи жителей планеты. На конгрессе прозвучало утверждение: сегодня, при современном уровне развития медицины, злокачественное заболевание крови - не приговор. Вы согласны с таким выводом?

Ричард Джонс: Это действительно так. Люди, имеющие заболевания крови, отныне не обречены, они могут быть излечены, и мы должны - полностью солидарен с утверждением академика Валерия Савченко предоставить им этот шанс. Как и он, я убеждён в том, что человек не должен умирать от излечимых заболеваний, а во многих случаях рак крови - излечимое заболевание. Это подтверждают и мои коллеги по профессиональному сообществу из разных стран, с которыми мы встретились в Москве на конгрессе.

Учёные, клиницисты накопили колоссальный опыт, который способен помочь в борьбе с онкогематологическими недугами. Готов повторить слова российского коллеги: при современном уровне развития медицины злокачественное заболевание крови – не приговор. И подобный вывод должен стать достоянием общества: можно жить богато, но если жить негуманно, то это богатство никому счастья не принесёт.

#### Несколько слов об опыте американских онкологов...

Р.Д.: Общая картина с онкогематологией в России схожа с ситуацией в США. Приехав в Россию, я побывал в различных центрах, познакомился и с достижениями медицины, и даже с тем, как российские граждане относятся к событиям в Крыму.

Что касается общей заболеваемости, то нет особой разницы, ситуация примерно одинакова во всех странах мира. Она может разниться по отдельным видам, и то лишь в некоторой степени. Замечу лишь, что рак крови –





Rehadffus
Pellelanthy
(=000 wek +0 All
my collergues in
Russia!

Ричард ДЖОНС, Филипп МАККАРТИ:

### Наше хобби это любимая работа

это заболевание возраста. Чем больше стареет население, тем чаще мы диагностируем у людей старшего поколения онкогематологические заболевания: миелодиспластические синдромы, множественную миелому и т.д.

Мы говорим на одном языке, когда занимаемся наукой. За последнее десятилетие случился ряд прорывных событий в области гематологии. Уверен: в ближайшие 5-10 лет нас ждут величайшие открытия, мы на пороге их рождения. И вот такие международные мероприятия, как этот конгресс, в котором мы участвуем, - это возможность обменяться знаниями и опытом, ускорить грядущие события. Надеюсь, что мы скоро увидим в клинической практике чудодейственные результаты этих новых открытий.

Филипп Маккарти: Впервые я посетил Россию ещё в 1992 г. Это было связано с событиями в Чернобыле. В те дни и месяцы совместно работали учёные из России, Белоруссии, Украины и США. Тогда-то началось наше тесное многолетнее сотрудничество, благодаря которому я смог познакомиться с выдающимися людьми — учёными, врачами не только России, но и во всём мире.

Вместе с доктором Савченко мы в Брянске исследовали влияние на популяцию малых доз радиации после чернобыльской аварии. Тогда все писали: количество лейкозов стремительно увеличится... Ничего подобного. А вот рак щитовидной железы вырос. Может быть, благодаря широкому употреблению радиоактивного йода...

Очень важно отметить: развитие трансплантологии было достаточно драматичным. В первый период примерно половина пациентов после трансплантаций умирали к исходу 100-го дня. На сегодняшний день у нас таких случаев не более 5-10%. Конечно же, встречаются осложнения, связанные с самой операцией трансплантации, и осложнения, связанные с рецидивами заболевания. И вот что ещё хочу сказать, чтобы отразить достигнутый про-

гресс. Когда я был студентом, при множественной миеломе время выживаемости составляло только 3 года, а сегодня эта цифра достигла уже 10 лет. Прежде всего благодаря новым препаратам, появившимся в нашем распоряжении: они дают возможность очень хорошо контролировать заболевания, которые ранее считались неизлечимыми, звучали как приговор. Мы на том этапе, когда уже есть возможность полностью побороть злокачественные новообразования.

 Лечение пациентов с гематологическими заболеваниями достаточно дорого. Как справляются с этой проблемой за океаном?

Р.Д.: Имеются заболевания, лечение которых обходится в 400 тыс. долл. в год и больше. И государство оплачивает их. Мне довелось слышать жалобы, что в России есть проблемы с финансированием дорогостоящих лекарств. Хочу сказать, что эта ситуация не уникальна. И в США встречаются свои сложности с приобретением препарата для борьбы с хроническим миелолейкозом, препарата для пароксизмальной ночной гемоглобинурии. Когда не удаётся покрыть все виды лечения. В основном это касается людей со средним достатком, потому что, как правило, самые бедные, неимущие - на полном гособеспечении, богатые же всегда могут позволить себе любые виды лечения. А вот средний класс... тут как раз возникают сложности. У нас идут диспуты вокруг новой реформы - Obama Health Care. Мы пока не знаем, каких результатов жлать от неё.

- Что вас тревожит, если говорить о развитии отраслевой

Р.Д.: В России, так же как и в США, всё меньше ярких личностей – специалистов, учёных идут в медицину. Впрочем, этот упрёк адресован не только и не столько врачам, а вообще тем, кто трудится в различных областях науки – и фундаментальной, и отраслевой. А ведь так важно, если думать о будущем общества, не терять эти яркие, светлые умы... К сожалению, обе наши страны их теряют.

А нам так нужны те, кто способен обеспечить революционные прорывы в науке!..

 Что побудило вас надеть белый халат – семейные традиции, чей-то пример?

Р.Д.: Мой отец умер от хронического миелоидного лейкоза. Когда он болел, мы ещё не имели сегодняшних высокоэффективных препаратов. Медицина была бессильна. Потеря отца подтолкнула меня к решению: я должен сделать всё, чтобы беда не коснулась других. И уже многие годы занимаюсь конкретным делом, стремясь помочь страдающим людям.

Надеюсь, что представляю собой пример человека, который совмещает занятия трудной практикой и наукой. И при этом – отмечу – умеет неплохо жить. На это остаётся какое-то время.

 Врач что ни день сталкивается с чужим горем, болью.
 Как удаётся сохранить сострадание?

Ф.М.: Если слишком поддаваться обстановке, идти на поводу ваших симпатий, вы будете всё время плакать. «Замёрзнете», устанете от переживаний. И невольно превратитесь в человека с ледяным сердцем... Задача медиков - сделать жизнь пациента человечной, максимально продлить её, оградить от страданий. Когда мы помогаем нашим подопечным, они лучше чувствуют себя. v них меньше жалоб. И они меньше озабочены тем, как взглянул на них врач. Но всё это, естественно, не исключает разумной доли симпатий к чужим страданиям. Сопереживание, конечно же. необходимо.

нечно же, неооходимо.

— В Уставе (конституции) ВОЗ отмечено: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов...» Это относится и к пациентам, и к самим врачевателям... Каковы истоки вашей неугомонности? Как удаётся поддерживать тонус?

**Р.Д.:** При всех неизбежных перегрузках – физических, духовных, моральных – профессия врача

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

имеет несомненное преимущество в том, что он живёт дольше жизни. Точнее, проживает не одну, а множество жизней, вместе со спасёнными им людьми. Особенно хорошо это понимаешь, встречая через годы своих оных пациентов, которые, казалось бы, были обречены на гибель. Впрочем, можно ли забыть благодарные глаза и взрослых, и пожилых, которым твоё участие, мастерство медика продлило годы жизни на этой земле?

Если вы спрашиваете о нашем хобби, то это – работа. И наоборот. Всё время тебя зовёт любимое дело. Откуда черпаем силы? Мы постоянно заняты сбором, обобщением информации – из Интернета, изучая опыт коллег, близких и далёких. Работа и работа. Самое главное увлечение...

 Как видно из ваших слов, вы следуете примеру американского писателя Джека Лондона: «Я верю в необходимость регулярной работы и никогда не жду вдохновения».

**Р.Д.:** Именно так... Есть только один способ выжить. Это поиск новых знаний для практики. Постоянный обмен ими с коллегами.

 Но ведь чтобы плодотворно трудиться, надо уметь и отдыхать. Например, наслаждаться искусством – заниматься творчеством...

**Р.Д.:** Надо уметь радоваться жизни. В свободное время я играю в симфоническом оркестре филармонии Балтимора. Мой коллега предпочитает просто посещать концерты, слушать музыку...

 Как бы вы обозначили свой девиз по жизни?

**Р.Д.:** Оставаться всегда ребёнком в душе.

Ф.М.: Как сказал ваш знаменитый соотечественник, «Учиться, учиться и ещё раз учиться!..»

Пожелания наших героев в автографе: «Удачи всем российским коллегам!»

Беседу вёл Михаил ГЛУХОВСКИЙ, корр. «МГ».

НА СНИМКАХ: профессор Ричард Джонс; профессор Филипп Маккарти.

Фото автора.



Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), Ф.СМИРНОВ, И.СТЕПАНОВА, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора). Директор-издатель В.МАНЯКО.

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76. Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс). Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090 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 7702036547, КПП 770201001, p/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ОАО «Красная Звезда» 123007 Москва, Хорошёвское шоссе, 38 Тел. (495) 941-28-62, (495) 941-34-72, (495) 941-31-62 http://www.redstarph.ru E-mail: kr\_zvezda@mail.ru

Заказ № 2351. Тираж 36 315 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Дежурный член редколлегии – И.СТЕПАНОВА. ОАО «Сбербанк России» г. Москва и других странах СНГ.

Корреспондент- ская сеть «МГ»: Смоленск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.