

Акценты

Врачебные ошибки обратят в индикаторы качества

Смольный активно «приглядывается» за снижением смертности петербуржцев от сердечно-сосудистых заболеваний. Проблемные вопросы предоставления лечебно-диагностических пособий больным с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения в больницах С.-Петербурга обсудили в правительственном дворце представители власти и заинтересованных структур, связанных с охраной общественного здоровья.

На очередном заседании координационного совета по управлению качеством медицинской помощи под председательством вице-губернатора Ольги Казанской, как сообщили «МГ» в пресс-службе администрации С.-Петербурга, также были подведены промежуточные итоги работы по снижению в городе смертности от сердечно-сосудистой патологии. Болезни системы кровообращения, согласно данным Росстата, в 2013 г. являлись, как, впрочем, и в предыдущие годы, основной причиной преждевременного ухода петербуржцев из жизни, составив 59,9% от всех потерь.

Одним из первых решений созданного ещё в 2009 г. координационного совета стало проведение мониторинга и тематических экспертиз по ОКС и ОНМН в медицинских стационарах. Что показали последние

проверки? С сообщением выступила на заседании начальник Управления организации контроля качества медицинской помощи территориального фонда ОМС С.-Петербурга Марина Карачевцева.

Рассказав о результатах аналитического среза в городских клиниках за период с IV квартала 2012 г. по IV квартал 2013 г., представитель государственного финансово-кредитного учреждения акцентировала внимание на том, что качество оказания медицинских манипуляций оценивалось в соответствии с нормативными и инструктивно-методическими документами, специально подготовленными экспертными группами. Составляли же подобные группы исключительно высококвалифицированные врачи. Полученные ими результаты исследования свидетельствуют о положительной динамике. Вместе с тем были зафиксированы повторяющиеся ошибки, в особенности в блоках интенсивной терапии, при оказании медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и «катастрофами» мозга. По мнению экспертов, такие ошибки могут послужить базовыми индикаторами качества медицинской помощи (КМП) для дальнейших контрольных замеров, предпочтительно в отдельно взятых лечебных учреждениях, причём для постоянного мониторинга КМП.

Заместитель директора С.-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе по научной и учебной работе профессор Игорь Вознюк привёл цифры смертности горожан от сердечно-сосудистых заболеваний за I квартал нынешнего года в сравнении с показателями аналогичного периода прошлого года. Снижение составило 8%. Вне сомнения, к обнадёживающему результату привела проделанная серьёзная работа по развитию системы управления КМП.

— Однако не стоит забывать, что вопросы качества также связаны с логистикой, быстротой взаимодействия экстренных служб, скоростью доставки больных в стационары, попаданием в «терапевтическое окно», — предостерег он собравшихся от поспешных выводов.

Члены координационного совета при правительстве С.-Петербурга приняли решение о подготовке свода мероприятий, направленного на устранение дефектов в оказании медицинской помощи, которые были выявлены в ходе экспертизы КМП. Кроме того, в ближайшее время будут сформулированы предложения по порядку выборочного контроля учреждений здравоохранения с учётом базовых индикаторов качества медицинской помощи.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

С.-Петербург.

Из первых уст

Болеем, но живём без диагноза

Главный пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы, профессор кафедры пульмонологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук Андрей Белевский выступил на пресс-конференции, посвящённой помощи пациентам с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ).

От ХОБЛ страдает каждый 10-й человек в возрасте старше 40 лет. Многие из этих людей начинают свой день с мучительной одышки, кашляют и сталкиваются с серьёзными затруднениями при выполнении повседневных дел. При этом большинство страдающих от заболевания людей даже не догадываются о причине своего состояния и не обращаются за помощью к специалисту.

Проведённое в январе 2014 г. исследование показало, что 67% жалующихся на

кашель не обращались к врачу по этому поводу. При этом 20% из них рассказали, что кашель сказывается на качестве их жизни и мешает выполнению повседневных обязанностей, а 56% отметили усиление кашля при физической нагрузке. Лишь 3% опрошенных без диагноза ХОБЛ демонстрируют настороженность в отношении этого заболевания.

— Российское общество недостаточно информировано о существовании проблемы ХОБЛ, — считает Андрей Белевский. — Многие люди, испытывающие симптомы ХОБЛ, принимают их за «кашель курильщика» или «хронический бронхит» и поэтому обращаются за медицинской помощью уже на поздних стадиях заболевания, когда помочь пациенту очень сложно.

Несмотря на высокую распространённость и опасность, уровень диагностики ХОБЛ остаётся на крайне низком уровне. По оценкам специалистов, Россия входит в список стран с высоким

уровнем распространённости заболевания: в стране проживает около 11 млн людей с ХОБЛ. При этом официальный диагноз поставлен лишь 2,4 млн.

Ещё одна причина недостаточной диагностики — ошибочное представление о пациентах с ХОБЛ. Даже если люди слышали о данном заболевании, то нередко ассоциируют его исключительно с болезнью активных курильщиков. Курение действительно является основной, но далеко не единственной причиной заболевания. Спровоцировать развитие болезни может регулярное вдыхание табачного дыма в помещении, неблагоприятная экологическая обстановка, работа на вредных производствах и даже генетическая предрасположенность.

Не случайно, согласно прогнозам, уже к 2020 г. ХОБЛ выйдет на третье место среди основных причин смертности населения.

Елена ЛЬВОВА.

Москва.

ПОЗДРАВЛЯЕМ!

Старшего врача скорой помощи ГБУ Республики Марий Эл «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн» **САЛЕЕВА Виктора Борисовича** с присвоением звания «Заслуженный врач Российской Федерации».

Итоги и прогнозы

Лики демографии

В 2013 г. Россия установила новый внутренний рекорд по средней продолжительности жизни: у женщин — 76,5 года, у мужчин — 70,8 года.

К всеобщему сожалению, наши демографические успехи не нашли отклика в ВОЗ, недавно опубликовавшей ежегодный доклад «Мировая статистика здравоохранения 2014 г.» Темпы роста продолжительности жизни россиян с 1990 по 2012 г. были самыми низкими среди развитых стран, средняя продолжительность жизни выросла на 2,5 месяца.

В список стран с успехами в демографии вошли африканские Либерия и Эфиопия, повысившие выживаемость на целых 20 лет, а также Мальдивские острова,

Камбоджа и Руанда, продлившие жизни на 16-18 лет.

Готовы ли общество и медицина к демографическому подъёму? В Японии, где граждане не доживают до 84 лет, государство финансово не готово обеспечить пенсиями достойную старость всем людям. Большая доля забот ложится на семью и капиталы долгожителя. Необходимая медицинская помощь оплачивается государством, но семье приходится обеспечивать постоянный уход за старым человеком: оставлять ради этого работу, оплачивать сиделок или пребывание в доме престарелых. Продление жизни — палка о нескольких концах, и все они требуют расходов.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
корр. «МГ».

Профилактика

Разносчики ВИЧ

В России проживает 10,2 млн мигрантов, но только 10% из них ежегодно проходят медицинское освидетельствование. Этого недостаточно для борьбы с опасными заболеваниями, в том числе с ВИЧ-инфекцией и туберкулёзом.

— Значительный вклад в развитие множества инфекционных заболеваний вносят широкомасштабные миграционные процессы, — заявил помощник председателя Правительства РФ Геннадий Онищенко.

По закону все мигранты в России должны пройти обследование на наличие или отсутствие множества заболеваний, чтобы получить разрешение на работу. Медицинское освидетельствование за последние 7 лет прошли всего 7,5

млн иностранных граждан. Причём у 56 тыс. обследованных мигрантов обнаружили болезни, опасные для окружающих, в том числе ВИЧ-инфекцию и туберкулёз.

Известно, что по уровню распространения ВИЧ Восточная Европа и Центральная Азия занимают третье место в мире. Не секрет, что множество иностранцев приезжает в Россию именно из этих регионов.

А ведь контакт с мигрантами неизбежен. Подавляющее большинство дворников, рабочих на стройках, даже консьержей в подъездах — люди, приехавшие за заработками из других стран. И это не говоря уже об общественном транспорте.

Марк ВИНТЕР.

Ну и ну!

Заключённым — принудительное лечение



В специализированном лечебно-исправительном учреждении № 19 УФСИН России по Тюменской области отбывали наказание 5 осуждённых, страдающих туберкулёзом.

Хотя им было назначено необходимое лечение, они от него уклонялись. При этом у одного из них туберкулёз был уже в фазе распада. Это создавало реальную угрозу здоровью других осуждённых, а также

работников исправительного учреждения.

В результате прокуратура по надзору за соблюдением законов в исправительных учреждениях направила в Калининский районный суд Тюмени заявления о принудительном лечении этой группы больных, которые и были удовлетворены судом. Теперь лечение им смогут проводить без их согласия, фактически насильно.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Тюменская область.

В Москве состоялся III съезд крупнейшего в стране общественного объединения медицинских работников «Национальная медицинская палата». В Колонном зале встретились более 1200 представителей медицинского сообщества из 82 регионов страны. Прозвучали приветственные телеграммы от Президента и председателя Правительства РФ, руководителей парламента, государственных и общественных учреждений.

Отмечая возросшую роль профессионального сообщества в решении задач по развитию отрасли, Леонид Рошаль, президент Национальной медицинской палаты, подчеркнул:

– Национальная медицинская палата состоялась и готова взять на себя ответственность за качество принимаемых отраслевых решений. Сегодня мы создаём основы для государственно-общественной формы управления профессиональной деятельностью.

III съезд НМП начался с награждения большой группы врачей, учёных, организаторов отрасли. Впервые прозвучали и имена журналистов, помогающих решать проблемы здравоохранения.

Результаты – налицо

С большим интересом зал встретил выступление министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой:

– Для того чтобы можно было развивать самое лучшее, что заложено в российской медицине, необходима такая организация, которая должна сплотить всех врачей Российской Федерации, абсолютно всех специалистов. А их в медицине 104. И вот Национальная медицинская палата взяла на себя труд по сплочению медицинского сообщества.

...Министерство здравоохранения РФ было создано в мае 2012 г. после многолетнего перерыва, во многом благодаря запросам профессионального медицинского сообщества. Мы никогда не разделяли себя и медицинское сообщество, частью которого мы сами являемся, и залог поступательного развития медицины и здравоохранения заключается во взаимодействии и тесном сотрудничестве. Именно поэтому в 2012 г. было подписано соглашение между министерством и Национальной медицинской палатой, и в соответствии с этим соглашением мы эффективно ведём ежедневное взаимодействие по всем основным направлениям нашей работы.

В марте 2014 г. мы подписали дополнительное соглашение об обязательной экспертизе и обсуждении Национальной медицинской палатой всех нормативных актов, которые выходят из Министерства здравоохранения. Возможно, благодаря нашей совместной конструктивной работе мы действительно достигли существенных положительных результатов.

Снизилась показатели смертности в стране. Показатель продолжительности жизни за 2013 г. вырос на 0,6 года и достиг 70,8 года. Для женщин он составил 76,5 года – это самый высокий показатель за всю историю нашей страны, для мужчин он пока ниже, но движение в сторону повышения продолжительности жизни идёт более быстрыми темпами, чем у женщин.

В 2013 г. нам удалось достичь самых низких за историю нашей страны показателей младенческой, детской и материнской смертности. С 1990 г. мы снизили более чем в 4 раза материнскую смертность. Сейчас мировое сообщество изучает наш опыт. За эти же годы удалось снизить детскую смертность в 3 раза, и мы достигли самого низкого показателя за всю историю нашей страны к концу 2012 г. – 10,2 на тысячу населения. В основном это было сделано за счёт снижения младенческой смертности. Охрана материнства и детства является приоритетным направлением государственной политики.

Улучшены показатели по всем основным группам заболеваний, при сосудистой патологии. За 10 лет снижена смертность от инсультов на 70% благодаря тем

В центре внимания

Партнёрство — только на пользу

Общественность и государство могут и должны плодотворно сотрудничать. Это подтвердил III съезд Национальной медицинской палаты



мерам, которые приняты государством. Снизилась смертность от туберкулёза. Увеличилась доля онкологических заболеваний, выявляемых на I и II стадиях.

Мы – профессионалы, и как никто другой знаем все недостатки системы здравоохранения. На её совершенствование направлено наше взаимодействие. Как совместить открытую социальную направленность и возможность социального равенства в отрасли со стремительным развитием и внедрением современных технологий?

Когда мы начинали нашу работу, износ инфраструктуры здравоохранения в нашей стране составлял 54%, а для службы детства и родовспоможения в ряде регионов доходил до 80-100%. Благодаря программам модернизации нам удалось на треть увеличить фондооснащённость всей нашей системы.

Отдельная тема – повышение эффективности системы здравоохранения. Нам надо повышать эффективность работы койки, но не за счёт сокращения маломощных медицинских организаций на селе.

Необходимо не только улучшить инфраструктуру, закупить новое оборудование, важно и то, как все части системы будут взаимодействовать между собой. Наша задача заключается в том, чтобы 60% медицинской помощи было в шаговой доступности.

Большая часть средств программы модернизации ушла на развитие сельской медицины. За 2 с небольшим года мы добавили к системе 1765 новых ФАПов, офисов врачей общей практики. Тем более обидно и несправедливо слышать, что на местах закрываются ФАПы. Если это так, то это нарушение.

Для труднодоступных районов наладили выездные формы работы. Это не только флюорографы, экстренные лаборатории, но и целые передвижные ФАПы, сельские амбулатории, специальные комплексы по диспансеризации и т.д. Увеличили количество аптечных киосков на селе.

Медицинское образование, переход на непрерывное медицинское образование и постоянное повышение квалификации врачей абсолютно всех уровней. В этом направлении тоже многое сделано, в том числе в рамках координационного совета, одним из руководителей которого является Леонид Михайлович Рошаль.

Обновлены все образовательные государственные стандарты. Для того чтобы их внедрить, обучение прошли все профессора медицинских вузов, преподающие на первых двух курсах по всем основным фундаментальным направлениям. Мы впервые в 2013 г. разработали 96 стандар-

тов обучения в ординатуре. Этого не было раньше в нашей стране. Экспертным сообществом разработан единый для страны национальный клинический протокол, и сейчас он наполняется содержанием. В прошлом году мы разработали первые 420 протоколов, в этом году должны разработать ещё не менее 600. И в 2015 г. довести их количество до 1500 для того, чтобы эти протоколы были достоянием каждого врача – специалиста по своему профилю.

Мы создали в 2013 г. компьютеризированное рабочее место врача, которое имеет прямой доступ с каждого компьютера к электронной медицинской библиотеке. За 2013 г. удалось оцифровать более 5 млн страниц информационной литературы.

Создана система помощи в принятии решений по выбору лекарственной терапии и совместимости разных лекарственных препаратов. С Национальной медицинской палатой мы начали под каждый протокол формировать интерактивную образовательную программу, чтобы можно было внедрить образовательные программы дистанционно и работать с каждого рабочего места без отрыва от производства.

Важнейшая тема – устранение кадровых дисбалансов. Надо быть честными: говорить об абсолютном дефиците кадров мы можем только применительно к средним медицинским работникам, но не к врачам. Проблема в том, что у нас огромный относительный дефицит врачей в первичном звене при огромном профиците врачей в стационарах. Наша с вами задача – сбалансировать систему.

Программа «Земский доктор» позволила привлечь в «первичное звено» на селе 12 тыс. молодых врачей, за последний год – 4,5 тыс. Мы проверили все регионы на наличие «кадровых» программ с перечнем социальных льгот и материальных поощрений медиков, которые приходят работать в сельскую местность и в малонаселённые пункты.

С нами считаются

Говоря о роли Национальной медицинской палаты, её пре-

зидент Леонид Рошаль подчеркнул:

– Наша деятельность вошла в рабочее русло. Мы сумели наладить системную поступательную работу. Вопреки тем, кто расценивал нас как очередной популистский проект, НМП – это мощная, самостоятельная и профессиональная организация, с которой считаются и к которой прислушиваются. Министерство готово вести с нами диалог на принципах общественно-государственного партнёрства.

Полезность нашей организации каждый врач поймёт только тогда, когда с нашей помощью он сможет решать свои задачи. Когда будет создана менее затратная и удобная система последипломной подготовки, когда заработает система страхования и досудебного урегулирования конфликтов, тогда он почувствует, что его и социально защищают, и создают ему условия для профессионального роста. Это для нас важно.

Основной девиз Национальной медицинской палаты, по словам её президента, – предохранить пациентов от некачественного лечения и врачебных ошибок, с одной стороны. А с другой стороны, защитить врачебное сообщество.

В центре внимания участников съезда – важнейшие вопросы дальнейшего поступательного развития отечественного здравоохранения. Аплодисментами были встречены выступление патриарха кардиологии академика Е.Чазова, доклад-эссе вице-президента НМП академика РАН А.Чучалина «Этические нормы – новые вызовы российского здравоохранения», вице-президента Национальной медицинской палаты, директора Научного центра здоровья детей академика РАН А.Баранова, вице-президента НМП, вице-президента общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «Опора России» Н.Ушаковой и др.

III съезд НМП принял в свои ряды большой отряд новых членов, представляющих разные регионы страны.

В постановлении съезда обозначены проблемы, решение которых медики ждут от Правительства, Государственной Думы, Минздрава России. Среди важнейших профессиональных и социальных задач – принятие мер по обеспечению государственного финансирования здравоохранения в объёме не менее 5% валового внутреннего продукта. Предстоит решить вопрос о «социальном пакете» медицинских работников и разработать социальный стандарт медицинского работника. Внести необходимые изменения в законодательство, обеспечив защиту медицинских работников от противоправных действий и дискредитации профессии врача. Рассмотреть вопрос об оптимизации функционирования в системе ОМС страховых медицинских организаций. Установить базовую ставку заработной платы медицинских работников на уровне не менее 70% заработной платы медицинского работника. Восстановить «распределение» выпускников медицинских учебных заведений, обучавшихся за счёт бюджетных средств. Минздраву поручено, в частности, принять меры по снижению объёма учётной и отчётной документации в здравоохранении и устранению её дублирования.

Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

НА СНИМКЕ: Л.Рошаль и В.Скворцова.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 33 (1800)

25-летний мужчина поступил в больницу по поводу абдоминальной боли, тошноты, рвоты и потери массы тела. За 2 недели до госпитализации у него поднялась температура до 40°C, появились озноб и слабость. Больной принимал ибупрофен по 400 мг 4 раза в день в течение более недели. Возникли абдоминальный дискомфорт, тошнота, перешедшие в боли в эпигастрии и рвоту. Из-за резкого ухудшения состояния он поступил в отделение неотложной терапии. С развитием этих симптомов он потерял в весе 4 кг. Со слов больного, кровавой рвоты, крови в стуле или чёрного стула у него не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад он перенёс операцию герниопластики. Не курит, не употребляет алкоголь или запрещённые лекарства.

Лихорадка, озноб и недомогание могут наблюдаться при вирусной или бактериальной инфекции или при неинфекционном воспалительном процессе. Затяжная рвота может привести к разрыву в гастроэзофагеальном соединении (синдром Мэллори – Вейса), вызывая боль в эпигастрии и, возможно, гастроинтестинальное кровотечение в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта. Такое сочетание симптомов также может быть при панкреатите и при кишечной непроходимости, хотя больной сообщил, что алкоголь он не принимал и никогда не болел желчнокаменной болезнью. Применение больным ибупрофена (нестероидного противовоспалительного препарата) могло стать фактором риска гастрита. К обструкции желудка и рвоте мог привести и отёк пилорического отдела желудка. Ингибиторы протонной помпы могут усугубить симптомы, и это следует иметь в виду в дальнейшем.

Обследование. При осмотре больной бледен, слаб, но не в депрессии. АД 125/75 мм рт.ст. в положении больного на спине и 105/70 в положении стоя. Пульс 96/мин, температура 36°C. Язык сухой. Миндалины не увеличены, без признаков экссудата. Шейные и подмышечные лимфатические узлы не увеличены. При пальпации живота болезненность в эпигастрии без симптомов перитонита или ригидности передней брюшной стенки. Сыпи нет.

Больной был обезвожен, но без признаков перфорации или раздражения брюшины. Небольшое увеличение печени и селезёнки может иметь место при вирусном заболевании, что может объяснить наличие лихорадки в анамнезе и нормальной температурой в больнице. Не исключено также, что интермиттирующая лихорадка может быть при болезни Ходжкина. Абдоминальная боль, потеря веса и увеличение печени и селезёнки также могут наблюдаться при этой болезни.

Лабораторные исследования. Общий анализ крови – лейкоциты 11 500/мм³, лимфоциты 34%, моноциты 10%, нейтрофилы 53%. Гемоглобин 167 г/л, гематокрит 48,8%, тромбоциты 257 000/мм³ и МНО 1,16. Биохимический анализ крови – натрий 132 ммоль/л, калий 3,3, глюкоза 4,8, азот мочевины 12,0 (норма 2,9-8,6), креатинин 73 мкмоль/л (норма 70,7-106,1), общий белок 42 г/л (норма 60-80), альбумин 14 г/л (норма 35-50), АлТ 313 Е/л (норма 0-40) АсТ 57 Е/л (норма 40-130), γ-глутамилтрансфераза 35 Е/л (норма 8-61), общий билирубин 6,8 мкмоль/л (норма < 17,1), амилаза 64 Е/л (норма 20-100), ЛДГ 1091 Е/л (норма 240-480), креатининфосфокиназа 69 Е/л (норма 0-170) и СРБ 2 мг (норма < 5), СОЭ 2 мм/час.

Показатели гемоглобина и гематокрита не свидетельствуют о наличии у больного гастроинтестинального кровотечения. Лейкоцитоз и повышенные показатели печёночных ферментов могут указывать на вирусную инфекцию, а в комбинации с увеличением печени и селезёнки – на мононуклеоз. Однако тяжёлая гипоальбуминемия не характерна для этого заболевания. Печёночная дисфункция мало вероятна при нормальном МНО и отсутствии признаков и указаний в анамнезе цир-

розного. Лихорадка, потеря массы тела, спленомегалия и повышенный уровень ЛДГ могут быть обусловлены онкологическим процессом, например лимфомой, хотя нормальные СОЭ и СРБ делают маловероятным этот диагноз. Однако лимфома интестинального тракта может стать причиной потери белка.

КТ брюшной полости и грудной клетки выявила увеличение селезёнки до 15 см в диаметре и увеличение печени с четырьмя небольшими участками сниженной плотности, состоящими из гемангиомы (наибольшая из них имела в диаметре 12 мм), умеренный асцит и выпот в плевральной полости. Лимфаденопатии или свободного воздуха в брюшной полости не было. Раковой опухоли при КТ выявлено не было.

Плевральный выпот и асцит могли быть вызваны гипоальбуминемией.

Серологическое тестирование на целиакию дало отрицательный результат. Больному была проведена гастроскопия, которая показала наличие умеренного эзофагита и выбухающие складки слизистой оболочки желудка с тяжёлым эрозивным гастритом. Такая картина может быть связана с применением НПВП. Но отсутствовали признаки воспаления или поражения двенадцатиперстной кишки. Биопсия слизистой оболочки желудка выявила включения вирусных частиц и ямочную гиперплазию с дилатацией железистых кист и клетки, выстилающие желудочные крипты, инфицированные ЦМВ.

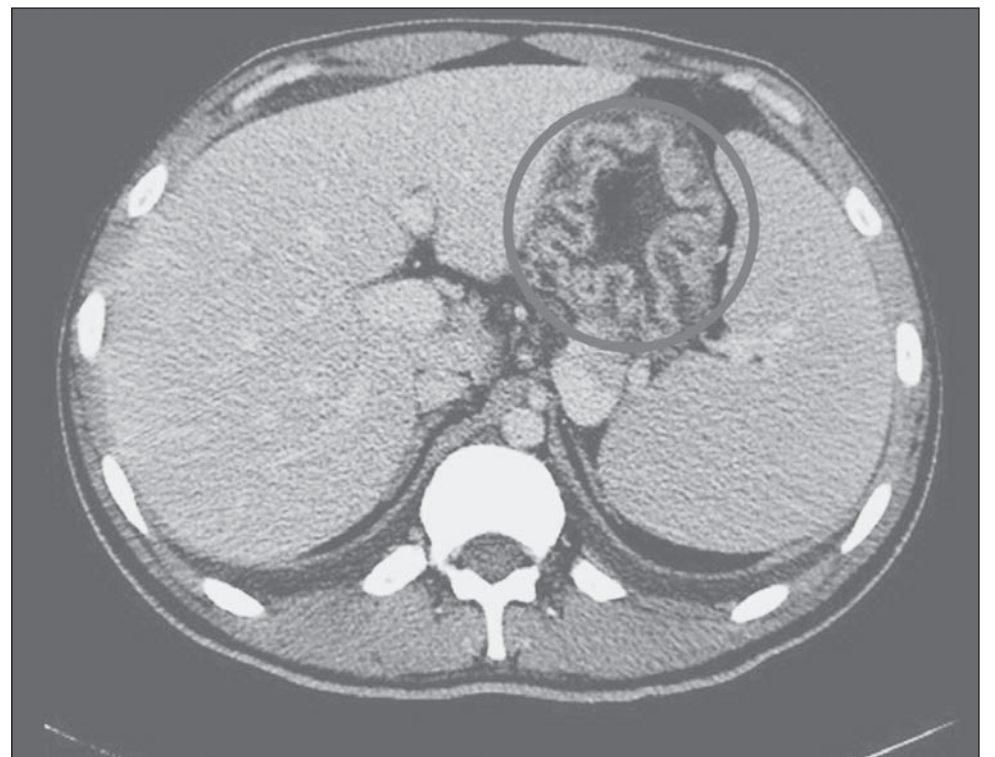
Специфическое иммуногистохимическое окрашивание на ЦМВ было положительным. Больному были назначены омепразол (40 мг дважды в день) и диета с высоким содержанием белка, антивирусная терапия не назначалась.

Трудный дифференциальный диагноз. Клинический разбор

роза печени. Потеря белка возможна при патологии почек или гастроинтестинального тракта. В последнем случае должен быть повышенный уровень α1-антитрипсина в стуле. Кроме того, следует обратить внимание на питание больного в анамнезе.

Вирусологическое серологическое тестирование выявило IgM-антитела к цитомегаловирусу – 2,81 условных единиц (УЕ) (крайнее значение для текущего инфекционного процесса 0,90) и IgG-антитела к этому же вирусу – 6 УЕ (крайнее значение 6). Тестирование на IgM-антитела к вирусу Эпштейна – Барр и гепатиту А дало отрицательный результат. Также отрицательными были результаты тестирования на антитела к поверхностному антигену гепатита В, IgM и IgG гепатита С. Суточная экскреция белка с мочой составила 0,14 г (норма 0-0,25). Больной сообщил, что из-за боли в эпигастриальной области он ограничил приём пищи. Примерная оценка потребления калорий – 1500 ккал/день.

Наличие IgM-антител, вероятно, указывало на текущую ЦМВ-инфекцию или на её реактивацию. Низкий титр IgG-антител соответствует перенесённой ранее ЦМВ-инфекции. Однако ложноположительные результаты на IgM-антитела к ЦМВ могут быть при раке, системном воспалении, вызывая сомнение в диагнозе. Отсутствие протеинурии исключает потерю белка через мочевыделительную систему. Снижение калорийности пищи больного было весьма умеренным и имело место недавно, и этими факторами нельзя объяснить тяжёлую гипоальбуминемия, потому что концентрация сывороточных альбуминов остаётся нормальной при кратковременном и даже более продолжительном голодании. Есть сообщения, что интенсивное применение НПВП может вызвать гипоальбуминемия, но это бывает редко и, как правило, ассоциируется с более продолжительным, чем было у больного, приёмом этих препаратов. Кроме того, приёмом НПВП нельзя объяснить другие симптомы, которые были у этого



КТ брюшной полости. Большие складки слизистой оболочки желудка (обведены кружком)

Большие аденоматозные складки слизистой оболочки желудка, выявленные при КТ (см рис.), могут иметь сходные причины и механизмы развития. Такие складки могут быть при болезни Менетрие (ямочная гиперплазия – foveolar hyperplasia), синдроме Золлингера – Эллисона (гиперплазия париетальных клеток), гастрите, ассоциированном с *Helicobacter pylori*, инфильтративных состояниях (саркоидоз и эозинофильный гастроэнтерит) или неоплазме (первичная саркома желудка). Болезнь Менетрие может быть вызвана ЦМВ-инфекцией, в первую очередь у детей. У обсуждаемого больного были получены доказательства наличия острой ЦМВ-инфекции, что вместе с наличием больших складок слизистой оболочки желудка и гипоальбуминемией можно расценивать как болезнь Менетрие.

На 17-й день госпитализации больной был выписан из больницы с продолжением терапии омепразолом в дозе 20 мг дважды в день. При выписке у него ещё оставались гастроинтестинальные симптомы, но месяц спустя боли в эпигастрии исчезли, не было тошноты, уровень альбумина в сыворотке крови был нормальным. При повторной гастроскопии спустя 2 месяца складки слизистой оболочки желудка были нормальными.

Первоначальный диагноз – гастрит, вызванный приёмом НПВП, – был снят, так как были выявлены ямочная гиперплазия, дилатация железистых кист и большие складки слизистой оболочки желудка. Был поставлен диагноз болезни Менетрие, вызванной ЦМВ-инфекцией.

Комментарий. Больной поступил с клинической картиной вирусной ин-

фекции и сильными эпигастральными болями. Так как он принимал НПВП по поводу лихорадки, первоначальная диагностическая версия была в пользу НПВП-индуцированного гастрита, вызвавшего абдоминальную боль. Однако тяжёлая гипоальбуминемия не могла быть вызвана вирусной инфекцией или приёмом НПВП.

Гипоальбуминемия может стать результатом уменьшения продукции альбумина печенью или повышенным выделением его почками или через кишечник. Нормальное МНО говорило против нарушения функции печени. Не было протеинурии, что исключало болезнь почек как причину потери белка. Поэтому гастроинтестинальная система ставилась в центр внимания при обследовании. В большинстве случаев синдром белковой энтеропатии ассоциирован с заболеванием, локализованным в тонкой кишке. В некоторых случаях, однако, потеря белка может происходить при поражении желудка. В этом случае обнаружение больших складок слизистой оболочки желудка и участков эрозивного гастрита (данные КТ и гастроскопии) объясняло и гипоальбуминемия, и эпигастральную боль.

Большие складки слизистой оболочки желудка наблюдаются при различных болезнях и могут служить отражением гиперплазии слизистой (значительное число эпителиальных клеток слизистой оболочки могут приводить к образованию «морщин» в теле и дне желудка) или гипертрофии слизистой. Поскольку эти различные болезни имеют одинаковую эндоскопическую картину, показана биопсия, чтобы определить причину этого состояния. Большие негиперпластические складки в желудке могут быть обусловлены хроническим H.pylori-ассоциированным гастритом, неоплазмой (лимфома, аденокарци-

нома, карцинома), лимфоцитарным гастритом, саркоидозом, эозинофильным гастритом и синдромом Кронкхайта – Канада. Гиперпластический гастрит наблюдается при синдроме Золлингера – Эллисона, при котором увеличивается число париетальных клеток, и болезни Менетрие, когда увеличивается число поверхностных и ямочных слизистых клеток. Хотя термин «болезнь Менетрие» используется для описания состояния, при котором имеют место большие складки слизистой оболочки желудка, большинство больных с подобными признаками не имеют классической болезни Менетрие.

Патогенез болезни Менетрие полностью не раскрыт. Однако наблюдение о том, что увеличивается уровень трансформирующего фактора роста α в клетках слизистой оболочки желудка у больных с этой болезнью позволяет думать, что именно этот фактор обуславливает её гиперплазию. Болезнь Менетрие чаще поражает мужчин, и чаще всего в возрасте между 40 и 55 годами. Клиническая картина болезни складывается из эпигастральной боли, потери массы тела, тошноты, гастроинтестинальных кровотечений, рвоты, диареи и белковой энтеропатии. У 20-100% больных наблюдается гипоальбуминемия. Этот симптом помогает отличить болезнь Менетрие от синдрома Золлингера – Эллисона. Диагноз болезни Менетрие обычно устанавливается при обнаружении ямочной гиперплазии слизистой оболочки желудка с glandularной атрофией и уменьшении числа париетальных клеток по данным биопсии, а при гастроскопии – больших складок слизистой оболочки. При лечении применяются препараты, облегчающие тошноту и эпигастральную боль. Назначается диета с высоким содержанием белка вследствие его

потери при этой болезни. Частичная или тотальная гастрэктомия иногда оправдана для больных с не купирующейся абдоминальной болью, гипоальбуминемией, отёками, геморрагиями или непроходимостью пилорического отдела желудка и в случаях, при которых нельзя исключить злокачественную опухоль. Небольшое по числу больных клиническое исследование больных болезнью Менетрие, которым проводилось в течение месяца лечение цетуксимабом (моноклональное антитело, которое блокирует сигнальные рецепторы фактора роста эпидермальных клеток), показало значительное улучшение качества жизни и биохимических показателей, а также увеличение массы париетальных клеток и кислотности желудочного сока. Однако необходимо большее число наблюдений, чтобы получить нужную информацию о роли этого препарата в лечении болезни Менетрие.

Хотя у наблюдавшегося пациента имели место морфологические находки, характерные для болезни Менетрие, этот диагноз не объясняет вирусную энтеропатию, а также необычное течение заболевания. Менетрие – подобное заболевание с транзитной белковой энтеропатией, гипоальбуминемией и выраженной складчатой гипертрофией желудка, ассоциированное с ЦМВ-инфекцией, встречается главным образом у детей. Имеются также сообщения о болезни Менетрие, ассоциированной с ЦМВ-инфекцией, отличается от классической формы своим чётко самоограниченным течением и более фокальным поражением дна антрального отдела желудка или того и другого одновременно. Гистологическая картина у больного схожа с идиопатической формой болезни Менетрие с дополнением вирусных

цитоплазматических включённых телец. Есть сообщения о единичном случае ЦМВ-ассоциированной белковой энтеропатии у иммуносупрессированных и иммунокомпетентных взрослых больных. Хотя такая энтеропатия разрешается спонтанно у некоторых больных только от поддерживающей терапии, имеется сообщение о 69-летнем иммунокомпетентном больном с признаками болезни Менетрие, умершем, несмотря на антивирусную терапию.

У наблюдавшегося больного обнаружение вирусных телец в клетках слизистой оболочки желудка, типичных для цитомегаловирусов, подтверждает диагноз ЦМВ-ассоциированной болезни Менетрие. Этот диагноз достаточно убедительно объясняет все клинические особенности у данного больного – продрома вирусной инфекции, спленомегалия, абдоминальная боль, эрозивный гастрит, большие складки слизистой оболочки желудка и гипоальбуминемия.

Антивирусная терапия по поводу ЦМВ-инфекции обычно резервируется для иммунокомпетентных больных. Таким больным она показана при тяжёлой форме болезни, ослабляющей организм, особенно при затяжном течении или органоспецифических осложнениях. У обсуждаемого больного симптоматической и поддерживающей нутритивной терапией был достигнут быстрый положительный эффект, что исключило применение антивирусной терапии.

Это наблюдение подчёркивает необходимость учитывать сопутствующие причины, в том числе вирусную инфекцию, у больных с признаками болезни Менетрие.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам New England Journal
of Medicine.

(Окончание.

Начало в № 36 от 21.05.2014.)

В случаях скрытых неуточнённых желудочно-кишечных кровотечений диагностическая ценность DBE составляет 42,1-76,5%, а капсульной эндоскопии – 39-64,1%. Это объясняется возможностью прекратить поступательное движение эндоскопии во время гибкой энтероскопии и более детально оценить состояние кишечной стенки и слизистой. При явных неуточнённых желудочно-кишечных кровотечениях диагностическая ценность двухбаллонной энтероскопии и капсульной эндоскопии составляет 53-87%.

На сегодняшний день возможности как ВКЭ, так и гибкой эндоскопии расширились за счёт внедрения системы спектрального повышения качества изображения (виртуальная компьютерная хромоэндоскопия), повышающей возможности клинической диагностики ангиодисплазий (H.Imagawa, S.Oka, S.Tanaka et al., 2011).

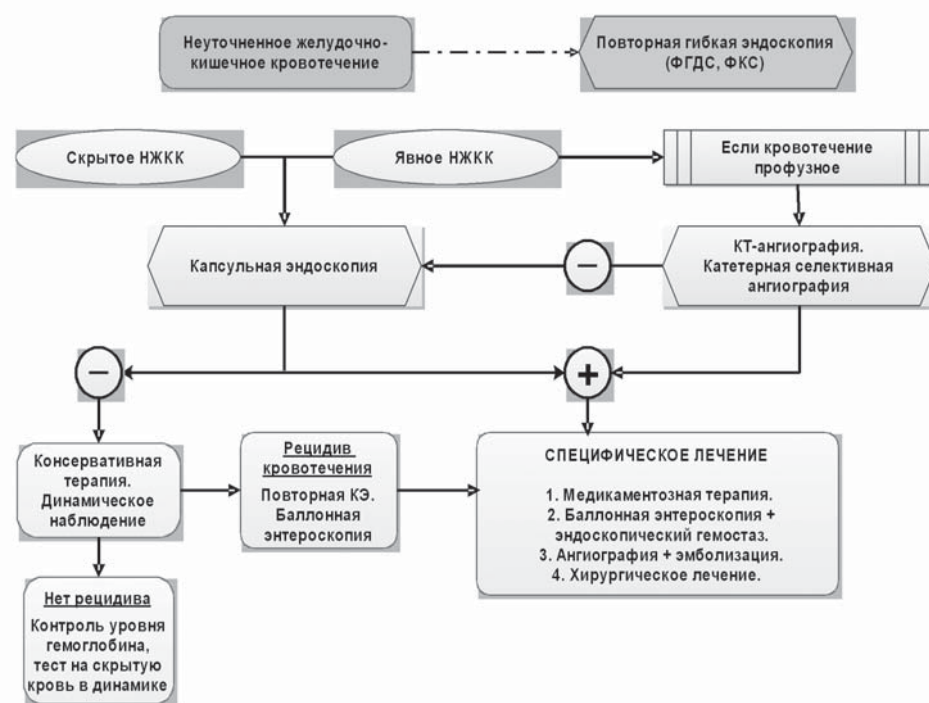
Основными осложнениями гибкой энтероскопии являются кровотечения, перфорации, возможность возникновения механической травмы поджелудочной железы с развитием постэнтероскопического панкреатита.

Определены диагностические тактические подходы при различных патологиях. Гибкая энтероскопия является золотым стандартом в диагностике тонкокишечных дивертикулов. К применению капсульной эндоскопии следует подходить критически из-за высокой вероятности задержки капсулы в просвете дивертикула.

Существующий алгоритм диагностики неуточнённых и скрытых кишечных кровотечений предполагает применение капсульной эндоскопии, баллонной энтероскопии и ангиографии в случаях отрицательных результатов предшествующих исследований.

При диагностике дивертикулов тонкой кишки применяется рентгеноконтрастный и эндоскопический методы диагностики. При подозрении на пер-

Неуточнённые желудочно-кишечные кровотечения



Алгоритм диагностики неуточнённых
желудочно-кишечных кровотечений

форацию дивертикула использование бария противопоказано. В последнее время наиболее применяемой методикой стала эндоскопическое исследование тонкой кишки.

Диагностические ошибки при проведении эндоскопической диагностики ангиодисплазий тонкой кишки могут быть связаны с целым рядом причин, таких как опыт эндоскописта, плохая подготовка, размер и неудачное расположение очага (за складкой слизистой). Они могут быть ошибочно трактованы

как область травмы или воспаления. Кроме того, поражение ЖКТ может быть множественным. Обычно для диагностики ангиодисплазий тонкой кишки применяются капсульная эндоскопия, обычная гибкая эндоскопия, глубокая гибкая эндоскопия (DBE, SBE, SE), интраоперационная эндоскопия.

Интраоперационная энтероскопия. Первая тотальная энтероскопия была выполнена в марте 1971 г. доктором Hiratsuka методом интраоперационного продвижения аппарата. До появления

баллонной энтероскопии эндоскопические вмешательства в глубоких отделах тощей и подвздошной кишок выполнялись редко и в основном лишь во время интраоперационной интестиноскопии.

Интраоперационная энтероскопия обеспечивает возможность тотальной энтероскопии, выполняется совместно хирургом и эндоскопистом. Учитывая высокую потенциальную возможность развития осложнений, эта процедура должна выполняться в группе больных, у которых клинически значимый источник кровотечения не выявлен другими методами исследований.

При сравнительном исследовании диагностическая чувствительность капсульной эндоскопии составила 71,4%, мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием – 72,2%, скintiграфии (99mTc-RBC) – 70-85%, ангиографии – до 80%. При скорости кровотечения, превышающей 1 мл/мин, диагностическая ценность капсульной эндоскопии снижается, а ценность ангиографии и МСКТ повышается.

На рисунке представлен алгоритм диагностики неуточнённых кровотечений с применением современных технологий визуализации.

Артём ПОЗДНЯКОВ,
доцент.

Дмитрий ЧЕРДАНЦЕВ,
профессор.

Ольга ПЕРВОВА,
профессор.

Красноярский государственный медицинский
университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого.

Научно-образовательный центр «Хирургия».

фекции и сильными эпигастральными болями. Так как он принимал НПВП по поводу лихорадки, первоначальная диагностическая версия была в пользу НПВП-индуцированного гастрита, вызвавшего абдоминальную боль. Однако тяжёлая гипоальбуминемия не могла быть вызвана вирусной инфекцией или приёмом НПВП.

Гипоальбуминемия может стать результатом уменьшения продукции альбумина печенью или повышенным выделением его почками или через кишечник. Нормальное МНО говорило против нарушения функции печени. Не было протеинурии, что исключало болезнь почек как причину потери белка. Поэтому гастроинтестинальная система ставилась в центр внимания при обследовании. В большинстве случаев синдром белковой энтеропатии ассоциирован с заболеванием, локализованным в тонкой кишке. В некоторых случаях, однако, потеря белка может происходить при поражении желудка. В этом случае обнаружение больших складок слизистой оболочки желудка и участков эрозивного гастрита (данные КТ и гастроскопии) объясняло и гипоальбуминемия, и эпигастральную боль.

Большие складки слизистой оболочки желудка наблюдаются при различных болезнях и могут служить отражением гиперплазии слизистой (значительное число эпителиальных клеток слизистой оболочки могут приводить к образованию «морщин» в теле и дне желудка) или гипертрофии слизистой. Поскольку эти различные болезни имеют одинаковую эндоскопическую картину, показана биопсия, чтобы определить причину этого состояния. Большие негиперпластические складки в желудке могут быть обусловлены хроническим H.pylori-ассоциированным гастритом, неоплазмой (лимфома, аденокарци-

нома, карцинома), лимфоцитарным гастритом, саркоидозом, эозинофильным гастритом и синдромом Кронкхайта – Канада. Гиперпластический гастрит наблюдается при синдроме Золлингера – Эллисона, при котором увеличивается число париетальных клеток, и болезни Менетрие, когда увеличивается число поверхностных и ямочных слизистых клеток. Хотя термин «болезнь Менетрие» используется для описания состояния, при котором имеют место большие складки слизистой оболочки желудка, большинство больных с подобными признаками не имеют классической болезни Менетрие.

Патогенез болезни Менетрие полностью не раскрыт. Однако наблюдение о том, что увеличивается уровень трансформирующего фактора роста α в клетках слизистой оболочки желудка у больных с этой болезнью позволяет думать, что именно этот фактор обуславливает её гиперплазию. Болезнь Менетрие чаще поражает мужчин, и чаще всего в возрасте между 40 и 55 годами. Клиническая картина болезни складывается из эпигастральной боли, потери массы тела, тошноты, гастроинтестинальных кровотечений, рвоты, диареи и белковой энтеропатии. У 20-100% больных наблюдается гипоальбуминемия. Этот симптом помогает отличить болезнь Менетрие от синдрома Золлингера – Эллисона. Диагноз болезни Менетрие обычно устанавливается при обнаружении ямочной гиперплазии слизистой оболочки желудка с glandularной атрофией и уменьшении числа париетальных клеток по данным биопсии, а при гастроскопии – больших складок слизистой оболочки. При лечении применяются препараты, облегчающие тошноту и эпигастральную боль. Назначается диета с высоким содержанием белка вследствие его

потери при этой болезни. Частичная или тотальная гастрэктомия иногда оправдана для больных с не купирующейся абдоминальной болью, гипоальбуминемией, отёками, геморрагиями или непроходимостью пилорического отдела желудка и в случаях, при которых нельзя исключить злокачественную опухоль. Небольшое по числу больных клиническое исследование больных болезнью Менетрие, которым проводилось в течение месяца лечение цетуксимабом (моноклональное антитело, которое блокирует сигнальные рецепторы фактора роста эпидермальных клеток), показало значительное улучшение качества жизни и биохимических показателей, а также увеличение массы париетальных клеток и кислотности желудочного сока. Однако необходимо большее число наблюдений, чтобы получить нужную информацию о роли этого препарата в лечении болезни Менетрие.

Хотя у наблюдавшегося пациента имели место морфологические находки, характерные для болезни Менетрие, этот диагноз не объясняет вирусную энтеропатию, а также необычное течение заболевания. Менетрие – подобное заболевание с транзитной белковой энтеропатией, гипоальбуминемией и выраженной складчатой гипертрофией желудка, ассоциированное с ЦМВ-инфекцией, встречается главным образом у детей. Имеются также сообщения о болезни Менетрие, ассоциированной с H.pylori. Болезнь Менетрие, ассоциированная с ЦМВ-инфекцией, отличается от классической формы своим чётко самоограниченным течением и более фокальным поражением дна антрального отдела желудка или того и другого одновременно. Гистологическая картина у больного схожа с идиопатической формой болезни Менетрие с дополнением вирусных

цитоплазматических включённых телец. Есть сообщения о единичном случае ЦМВ-ассоциированной белковой энтеропатии у иммуносупрессированных и иммунокомпетентных взрослых больных. Хотя такая энтеропатия разрешается спонтанно у некоторых больных только от поддерживающей терапии, имеется сообщение о 69-летнем иммунокомпетентном больном с признаками болезни Менетрие, умершем, несмотря на антивирусную терапию.

У наблюдавшегося больного обнаружение вирусных телец в клетках слизистой оболочки желудка, типичных для цитомегаловирусов, подтверждает диагноз ЦМВ-ассоциированной болезни Менетрие. Этот диагноз достаточно убедительно объясняет все клинические особенности у данного больного – продрома вирусной инфекции, спленомегалия, абдоминальная боль, эрозивный гастрит, большие складки слизистой оболочки желудка и гипоальбуминемия.

Антивирусная терапия по поводу ЦМВ-инфекции обычно резервируется для иммунокомпетентных больных. Таким больным она показана при тяжёлой форме болезни, ослабляющей организм, особенно при затяжном течении или органоспецифических осложнениях. У обсуждаемого больного симптоматической и поддерживающей нутритивной терапией был достигнут быстрый положительный эффект, что исключило применение антивирусной терапии.

Это наблюдение подчёркивает необходимость учитывать сопутствующие причины, в том числе вирусную инфекцию, у больных с признаками болезни Менетрие.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам New England Journal
of Medicine.

(Окончание.

Начало в № 36 от 21.05.2014.)

В случаях скрытых неуточнённых желудочно-кишечных кровотечений диагностическая ценность DBE составляет 42,1-76,5%, а капсульной эндоскопии – 39-64,1%. Это объясняется возможностью прекратить поступательное движение эндоскопии во время гибкой энтероскопии и более детально оценить состояние кишечной стенки и слизистой. При явных неуточнённых желудочно-кишечных кровотечениях диагностическая ценность двухбаллонной энтероскопии и капсульной эндоскопии составляет 53-87%.

На сегодняшний день возможности как ВКЭ, так и гибкой эндоскопии расширились за счёт внедрения системы спектрального повышения качества изображения (виртуальная компьютерная хромоэндоскопия), повышающей возможности клинической диагностики ангиодисплазий (H.Imagawa, S.Oka, S.Tanaka et al., 2011).

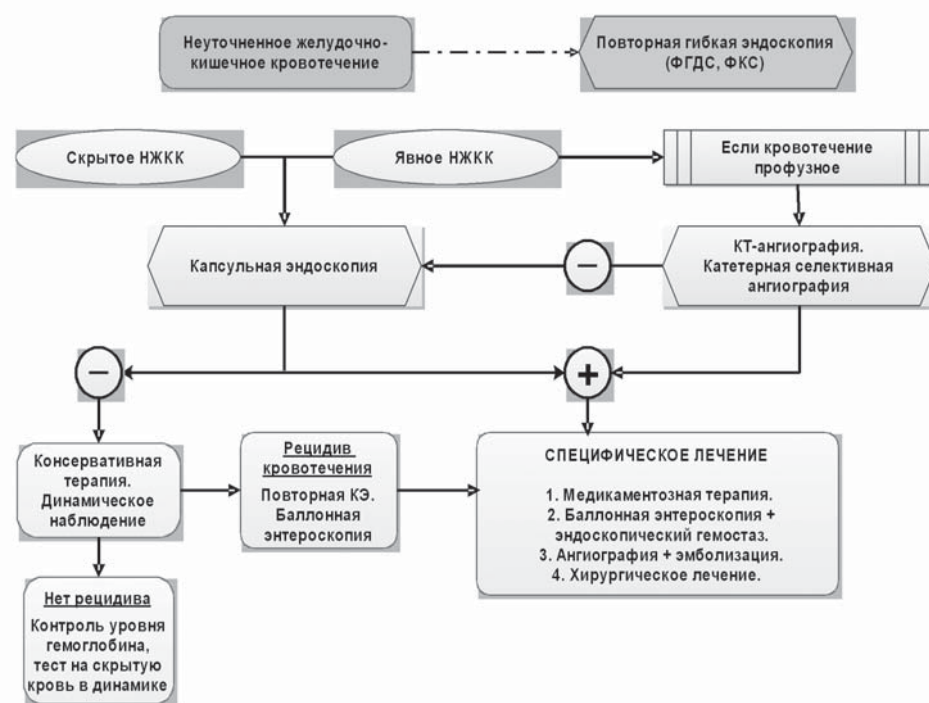
Основными осложнениями гибкой энтероскопии являются кровотечения, перфорации, возможность возникновения механической травмы поджелудочной железы с развитием постэнтероскопического панкреатита.

Определены диагностические тактические подходы при различных патологиях. Гибкая энтероскопия является золотым стандартом в диагностике тонкокишечных дивертикулов. К применению капсульной эндоскопии следует подходить критически из-за высокой вероятности задержки капсулы в просвете дивертикула.

Существующий алгоритм диагностики неуточнённых и скрытых кишечных кровотечений предполагает применение капсульной эндоскопии, баллонной энтероскопии и ангиографии в случаях отрицательных результатов предшествующих исследований.

При диагностике дивертикулов тонкой кишки применяется рентгеноконтрастный и эндоскопический методы диагностики. При подозрении на пер-

Неуточнённые желудочно-кишечные кровотечения



Алгоритм диагностики неуточнённых
желудочно-кишечных кровотечений

форацию дивертикула использование бария противопоказано. В последнее время наиболее применяемой методикой стала эндоскопическое исследование тонкой кишки.

Диагностические ошибки при проведении эндоскопической диагностики ангиодисплазий тонкой кишки могут быть связаны с целым рядом причин, таких как опыт эндоскописта, плохая подготовка, размер и неудачное расположение очага (за складкой слизистой). Они могут быть ошибочно трактованы

как область травмы или воспаления. Кроме того, поражение ЖКТ может быть множественным. Обычно для диагностики ангиодисплазий тонкой кишки применяются капсульная эндоскопия, обычная гибкая эндоскопия, глубокая гибкая эндоскопия (DBE, SBE, SE), интраоперационная эндоскопия.

Интраоперационная энтероскопия. Первая тотальная энтероскопия была выполнена в марте 1971 г. доктором Hiratsuka методом интраоперационного продвижения аппарата. До появления

баллонной энтероскопии эндоскопические вмешательства в глубоких отделах тощей и подвздошной кишок выполнялись редко и в основном лишь во время интраоперационной интестиноскопии.

Интраоперационная энтероскопия обеспечивает возможность тотальной энтероскопии, выполняется совместно хирургом и эндоскопистом. Учитывая высокую потенциальную возможность развития осложнений, эта процедура должна выполняться в группе больных, у которых клинически значимый источник кровотечения не выявлен другими методами исследований.

При сравнительном исследовании диагностическая чувствительность капсульной эндоскопии составила 71,4%, мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием – 72,2%, скintiграфии (99mTc-RBC) – 70-85%, ангиографии – до 80%. При скорости кровотечения, превышающей 1 мл/мин, диагностическая ценность капсульной эндоскопии снижается, а ценность ангиографии и МСКТ повышается.

На рисунке представлен алгоритм диагностики неуточнённых кровотечений с применением современных технологий визуализации.

Артём ПОЗДНЯКОВ,
доцент.

Дмитрий ЧЕРДАНЦЕВ,
профессор.

Ольга ПЕРВОВА,
профессор.

Красноярский государственный медицинский
университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого.

Научно-образовательный центр «Хирургия».

Не спешите жить – быстро состаритесь. Эти слова мудрого философа вспоминаешь каждый раз, когда знакомишься с демографической статистикой. А она, особенно в последние годы, неумолимо подтверждает, что во всём мире быстрыми темпами идёт старение населения. Не потому ли во всех развитых странах всё большая потребность в учёных, практиках, которые занимаются проблемами людей старшего возраста, а точнее процессами старения человека, начиная с момента его рождения. В общем, в такой всеобъемлющей проблеме, касающейся всех и лично каждого, бывает трудно разобраться даже специалисту – куда ведёт старение человека и человечество, отмечает академик РАН В.Шабалин.

Испытание Колымой

Родители Володи, работавшие в Павловском районе Алтайского края, где он родился, были школьными учителями. Отца он не помнит, ему было 2 года, когда тот ушёл на фронт и с войны уже не вернулся, умер от тяжёлого ранения в госпитале. Родственники со временем забрали семью из четырёх человек – бабушку, маму, брата и его в Ригу, а после окончания школы он поступил в Ленинградский медицинский институт. Студенческие годы пролетели быстро, и вот уже встал вопрос о выборе дальнейшего жизненного пути. Если поедете работать далеко, поставила условие институтская комиссия по распределению, право на жильё в Ленинграде остаётся за вами с женой. Молодые выбрали Колыму.

Омсукчанская районная больница на 100 коек была неплохо оснащена, как и поликлиника. Причём врачи были «широкого профиля». Так что врачебная практика была обширная.

Район обеспечивал государство оловом. У шахтёров часто выявлялся «махровый» силикоз. Конечно, зверствовали туберкулёз, сифилис, гонорея. Но и вынужденной романтики хватало. «Помню, – рассказывает Владимир Николаевич, – оба наших педиатра отсутствовали: один на учёбе, другой в отпуске, и мне пришлось добираться до рыболовецкого посёлка Меринга, который находился в 30 км от Омсукчана, к заболевшему ребёнку. Доставлял меня туда каюр: на одних нартах он, на других я. Мороз 30 градусов, поверх моей одежды на меня натянули ещё и «малицу» – длинную до пят шубу с капюшоном из оленьих шкур, которая одевалась через голову. Но ветер продувал и её, так что я основательно застыл. На середине пути была избушка дорожного смотрителя, мы сделали там остановку. Мой проводник, ороч, сняв кожаные перчатки, потёр руки, погрел их у печки и всё – в норме, а я никак не мог пальцы разогнуть. Уже тогда промелькнула мысль – вот что значит адаптация. Дали мне кружку кипятка, пью и не чувствую горячего. Доехали. К счастью, дифтерия у ребёнка не обнаружил, боялся, что придётся делать трахеотомию, но всё обошлось».

Что вынес из опыта той жизни? Главное – выработалась самостоятельность, умение быстро принимать нужные решения, особенно в трудных ситуациях, и конечно, приобрёл большой врачебный опыт.

Выбор молодого учёного

Владимир Николаевич отработал в Омсукчане 3 года. Там выполнил и свою первую научную работу. Ещё в институте будущий врач увлёкся гематологией, а здесь решил продолжить и взялся проверить у аборигенов частоту встречаемости антигена D, определяющего резус-принадлеж-

Беседы с корифеями

Без геронтологии не будет нормального развития

Так считает академик РАН, не теряющий оптимизма



ность. При профосмотрах обязательно бралась кровь на общий анализ, а он исследовал её на резус-принадлежность. Тогда эти исследования только начинались. Настойчивый врач договорился с Ленинградским институтом гематологии и переливания крови, откуда ему высылали необходимые тест-сыворотки. Эвены (в отличие от эвенков) – небольшая этническая группа, поэтому удалось проверить почти половину всего этноса. Проверенные более 500 человек оказались все, без исключения, резус-положительные, ни одного резус-отрицательного не встретилось. Этот материал лёг в основу его первой научной статьи, опубликованной в 1966 г. в журнале «Антропология».

Если бы не поступил в аспирантуру в Ленинграде, то, искренне сейчас признаётся, никогда бы оттуда не уехал.

Ленинградский НИИ гематологии, ставший уже «своим», принял молодого аспиранта. С учителями ему повезло. В лаборатории изо-серологии, которой руководила профессор Тамара Гавриловна Соловьёва – грузинка, княгиня, всесторонне образованная женщина, прекрасно игравшая на пианино, любившая приглашать молодёжь в гости. Говорили по делу, рассуждали о смысле жизни. Да и работа спорилась. Защитил кандидатскую диссертацию по аутоиммунным процессам у больных лейкозом. Молодой учёный доказал, что аутоантитела могут быть не только агрессивными, но и служить защитным фактором в борьбе с болезнью. Далее был довольно быстрый подъём по служебной лестнице: врач-лаборант, младший научный сотрудник, учёный секретарь института, заместитель директора по науке, директор авторитетного института. Тогда Владимиру Николаевичу исполнилось 35 лет, и в системе здравоохранения России он был самым молодым директором такого учреждения.

В то время, вспоминает В.Шабалин, в Ленинградском НИИ гематологии и трансфузиологии активно работали над созданием искусственной крови, которая получила название «голубой». В СССР первым дорогу ей открыла в Ленинградском институте профессор Зоя Чаплыгина. Все считали, что тема более чем серьёзная, многие хотели ею заниматься. К исследованиям присоединился Центральный институт гематологии и переливания крови в Москве, позднее – учёные из подмосковного Пушкино. Действительно, в небольших количествах

эту кровь (на основе фторорганической эмульсии) переливать больному было можно. Но то, что ожидали от открытия, не оправдалось, в широкую клиническую практику препарат не пошёл – компоненты искусственной крови плохо выводились из организма.

Его личные научные исследования были направлены на получение лечебного препарата на основе иммуноглобулинов антилимфоцитарного действия, необходимого при трансплантации органов и тканей, а также для лечения ряда заболеваний. Эти исследования явились основой его докторской диссертации.

В то время В.Шабалину как директору института часто приходилось бывать в Москве, в Министерстве здравоохранения РСФСР. Его быстро оценили и предложили, а точнее, просто назначили руководить Главным научным управлением ведомства. Работал со многими руководителями, но особенно деловые отношения сложились с министром А.Потаповым.

Конечно, будучи директором, ему необходимы были достаточно глубокие знания по многим научным направлениям, которые велись в институте, в главке же – отвечать за научную работу 70 НИИ и 42 вузов. Работа включала контроль за сроками и качеством научных исследований, глубокие дискуссии с ведущими учёными России.

Дело навсегда

События 1991 г. перевернули всю его жизнь. Владимир Николаевич стал руководителем НИИ клинической и экспериментальной иммунологии, который в дальнейшем был реорганизован в Российский НИИ геронтологии. Перед ним открылись новые горизонты: появилась возможность глубоко заняться любимым делом – решать проблему, которая с самых древних времён волновала умы человечества: как продлить жизнь людей. До той поры в России не было ни одного научного центра такого профиля, ведущее геронтологическое учреждение после распада СССР осталось в Киеве.

Начинать приходилось всё заново, «с пелёнок». В институте занялись выяснением роли генетических факторов в развитии физиологических и патологических форм старения, липидного обмена в пожилом возрасте, возрастных морфологических особенностей биологических жидкостей и клеточных элементов крови. На базе комплексного анализа состояния здоровья пожилых формировались новые методы прогноза состояния здоровья и течения патологических процессов, принципы профилактики. Мир геронтологии открывал такой простор для поиска, что захватывало дух! Владимир Николаевич вместе с профессором С.Шатохиной создали новое научное направление – морфология биологических жидкостей челове-

ка. Благодаря этому уникальному методу диагностики и оценки эффективности лечения появились возможность диагностировать различные заболевания, в том числе онкологические на самых ранних стадиях развития. Эти разработки защищены 62 российскими и зарубежными патентами.

Первопроходцем, как известно, всегда не просто. Но коллективу, сплочённому директором, многое оказалось по плечу. Особой гордостью руководителя стало создание регистра долгожителей, в широкомасштабной работе над которым приняли также участие многие госпитали ветеранов войн, научных кафедр, негосударственных общественных организаций. Сегодня, благодаря этой работе, появилась возможность выявлять наиболее значимые факторы, влияющие на продолжительность жизни человека, прогнозировать негативные их стороны и своевременно бороться с ними. В России, как и во всём мире, важнейшим демографическим феноменом стало значительное увеличение продолжительности жизни, а следовательно, и рост численности пожилых людей. И снова налицо результат – коллектив подготовил материалы для Государственной программы «Активное долголетие с высоким качеством жизни для населения России». Сегодня многим надо доказать, что геронтология занимается не только здоровьем человека «в возрасте», а процессами старения людей на протяжении всей жизни, которое начинается даже не с рождения человека, а уже с момента оплодотворения яйцеклетки, из которой формируется организм.

Общая медицина, постоянно подчёркивает академик, озабочена тем, как вылечить нас от определённого заболевания, а геронтология – как сохранить здоровье и трудовую активность каждого до глубокой старости. Он считает, что долгожители – это элита нации, их хорошая генетическая база, образ жизни обеспечивают возможность преодолеть тот возрастной рубеж, который пока что недоступен для обычного человека. Все биологические, личностные особенности, социальное поведение – это «копилка» для молодого поколения, как надо рационально расходовать те жизненные резервы, которые предоставляет человеку природа. К сожалению, в нашей стране, утверждает он, многие законы геронтологии просто игнорируются. Так, например, работа в пожилом возрасте у нас считается некоторым отклонением от нормы. А ведь один из законов геронтологии говорит о том, что труд является самым мощным геропротектором, самым эффективным средством обеспечения долголетия. Вокруг нас замечательные примеры соседних государств, которые следуют

этому закону. Так, правительство и вся общественность Финляндии чётко мотивируют свою пожилое население на активную работу. Когда человек уходит «в пассив», он обрекает себя на сокращение жизни. И Шабалин, и его коллеги утверждают, что мы находимся в средневековых представлениях о пожилom человеке, когда некоторых 45-летних считают стариками, а, между прочим, согласно рекомендациям ВОЗ, это верхняя граница молодости. Ибо население планеты постарело хронологически, но значительно помолоделo биологически. К слову, более половины всех научных открытий, изобретений, шедевров мирового искусства сделаны людьми старше 60 лет...

Более всего удивляет В.Шабалина, что не все ещё понимают значение геронтологии. Да, с позиций многих индивидов старение для человека – драма, а с позиции человечества как вида это единственный путь развития. Другого пути не дано.

Но вот странная ситуация. По мнению академика Шабалина, сегодня над бывшим НИИ геронтологии (ныне научно-клиническим центром – филиалом РНИМУ им. Н.И.Пирогова) навис «дамоклов меч»: его решили закрыть и вернуть здесь платную клинику. Конечно, сделать это легко. Но, уверен Владимир Николаевич, очень скоро все поймут, что без службы, изучающей процессы старения, в период сложных возрастных демографических катаклизмов общество не сможет нормально развиваться.

Он не теряет оптимизма. Твёрдо считает, что его дело и дело его коллег нужно человечеству. Практически во всех странах есть геронтологические центры, геронтология считается важнейшим медико-биологическим и социальным направлением, в котором работают тысячи учёных. И только в России она не пользуется авторитетом. Изданный приказ ректора РНИМУ им. Н.И.Пирогова о ликвидации всех научных подразделений, входящих в состав Центра геронтологии, не находит никаких объяснений. Но академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, автор более 600 научных работ, президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров, председатель межведомственного научного Совета по геронтологии, вице-президент Геронтологического общества при РАН, заведующий кафедрой геронтологии и гериатрии, редкий представитель поистине петербургского интеллигента и сегодня продолжает активную борьбу за свои выстраданные идеи, направленные на то, чтобы подарить людям долгую, активную, радостную жизнь.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
редактор отдела
здравоохранения «МГ».

P.S. Хотя в материале поставлена точка, но не оставляет мысль о том, сколько же у нас выдающихся учёных-медиков, за плечами которых богатейший научный, жизненный, организаторский опыт, и какой за ними огромный запас полезных знаний, таланта и так необходимого оптимизма, направленных на то, чтобы сделать что-либо полезное для страны. Не разбрасываемся ли мы этим драгоценным капиталом?! Может, стоит при Министерстве здравоохранения РФ, при других министерствах и ведомствах учредить СОВЕТЫ СТАРЕЙШИИ, которые бы объединили лучших из лучших наших учёных, руководителей, практиков, сформировали коллективный ум для дальнейшего совершенствования реформ, решения непростых проблем межпоколенческих взаимоотношений.