

Медицинская

5 сентября 2014 г.
пятница
№ 66 (7491)

газета®

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

События

Их научат лечить и выхаживать

По всей стране прошли церемонии посвящения в студенты-медики



По традиции, дружный коллектив универсантов и преподавателей с раннего утра заполнил площадь перед главным корпусом Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого. Посмотреть было на что: помимо официальной части с приветственными речами руководителей университета и почётных гостей церемонии, первосентябрьская «линейка» здесь – это ещё и красочное представление с концертными номерами в исполнении самих студентов-медиков.

В церемонии посвящения приняли участие 997 первокурсников. Конкурс среди абитуриентов красноярского меда был от 4 до 20 человек на место по разным специальностям. Как и в прошлом году, самыми популярными у поступающих оказались профили

Первокурсники Красноярского ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого

«медицинская кибернетика», «лечебное дело» и «педиатрия».

Обращаясь к первокурсникам, ректор КрасГМУ профессор Иван Артюхов подчеркнул: «Вам повезло значительно больше, чем тем, кто поступал в университет 5, а тем более 10 лет назад. Сегодня государство придаёт первостепенное значение вопросам совершенствования системы здравоохранения, внедрения в клиническую практику инновационных технологий и современных достижений медицинской науки. Изменились подходы в организации медицинской помощи, улучшилось материальное обеспечение, выросли зарплаты медицинских работников».

В то же время, отметил ректор, шанс удовлетворить потребности меняющегося рынка труда имеют лишь те выпускники, кто с первого

года учёбы в медицинском вузе готов и способен овладевать огромными объёмами фундаментальных знаний и получать навыки-умения по всей цепочке: от ухода за больным и выполнения сестринских манипуляций до врачебных практик.

В это же время со своей альма-матер знакомились первокурсники фармацевтического колледжа КрасГМУ. По итогам набора сюда зачислено 275 человек. Примечательно, что конкурс среди желающих получить среднее специальное медицинское образование в нынешнем году был высоким – больше 3 человек на место.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Фото Анны АСТАФЬЕВОЙ.
Продолжение темы на стр. 2.

Дежурный по номеру: Владимир ДОРОЩЕНКО

Директор
Департамента
здравоохранения
Брянской
области,
кандидат
медицинских
наук.



Стр. 13.

Профилактика

На Чукотке – диспансеризация

В сёлах Чукотского района автономного округа началась диспансеризация населения, которая была организована по ходатайству администрации муниципального образования. Бесплатное медицинское обследование проводит прибывшая в район группа врачей Чукотской окружной больницы, состоящая из двух терапевтов, педиатра, хирурга, дерматовенеролога, стоматолога, нарколога, акушера-гинеколога и эндокринолога.

Как отметили в администрации Чукотского района, мероприятия по медицинскому обследованию жителей необходимы в связи с отсутствием на местах ряда специалистов.

«Учитывая отдалённость и труднодоступность сёл района, диспансеризация населения проводится при участии прибывающих из окружной столицы врачей, которые могут оказать качественную и профессиональную медицинскую помощь. До конца сентября комплексное обследование смогут пройти взрослые и дети во всех населённых пунктах района», – пояснили в администрации муниципального образования.

В ходе диспансеризации жители смогут получить спра-

вочные документы, в том числе необходимые для оформления разрешения на оружие, работу, а также для получения водительских прав.

«На сегодняшний день врачи провели комплексное обследование жителей сёл Энурмино и Нешкан. Теперь группа направляется в село Инчоун, следующим пунктом станет село Уэлен», – рассказали специалисты.

Как прокомментировал губернатор Чукотского автономного округа Роман Копин, диспансеризация населения является одной из приоритетных задач Министерства здравоохранения РФ и правительства АО.

«Масштабные медицинские обследования позволяют выявлять заболевания на начальной стадии их развития, что служит предпосылкой успешного лечения. Уверен, что жители Чукотского района воспользуются возможностью пройти бесплатную диспансеризацию у специально прибывших врачей окружной столицы. Профилактика заболеваний позволит развить более ответственное отношение жителей к своему здоровью», – сказал глава региона.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Чукотский автономный округ.

Работают мастера

Быстрее в три раза!

В свои 8 лет маленькая Аня из Апшеронского района ещё ни разу не летала на воздушном транспорте, и кто знал, что её первый полёт будет вынужденной мерой.

У девочки внезапно поднялась температура, появились судороги. Родители вызвали «скорую». Медики Апшеронска сразу поняли, что состояние критическое, и надо везти ребёнка в краевую больницу. Но при таких симптомах ехать в жаркую погоду слишком опасно. Районные врачи связались с краевыми

коллегами, после чего была оперативно организована транспортировка ребёнка вертолётной санитарной авиации.

Бригада краевых врачей доставила маленькую пациентку в Краснодар, в реанимационное отделение краевой детской инфекционной больницы. Были приняты все меры для того, чтобы миновать угрозу для жизни ребёнка. Сегодня малыш чувствует себя гораздо лучше. Она переведена из реанимации на лечение в профильное отделение.

С начала эксплуатации вертолётной санитарной авиации, приобретённого по инициативе губернатора Александра Ткачёва (с 6 февраля 2013 г.), доставка пострадавших и больных ускорилась в 3 раза. Бригадами медиков спасено более 550 человек. Только с января по август 2014 г. с помощью медицинского вертолёт было экстренно транспортировано 162 пациента из различных районов Краснодарского края, 31 из них – дети. Кроме того, краевые специалисты вылетали на консультации к 42 пациентам из отдалённых районов Кубани.

Ольга ЛЫЖНИК,
пресс-секретарь Минздрава
Краснодарского края.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Вероника Скворцова провела выездное совещание в Крыму

Стр. 4

Как извлекают ребёнка в целом плодном пузыре

Стр. 5

Ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова свои обещания по наведению порядка в вузе перевыполнил

Стр. 6-7

Тесные связи архангельских учёных и студентов с Арктическим университетом Новергии

Стр. 10

Академик РАН Александр Караськов – о российской науке и кардиохирургии

Стр. 12

Новости

Прерванный авиарейс

Пассажирке самолёта, совершившего экстренную посадку в Адлере, удалили аппендикс.

Медицинскую помощь 30-летней женщине оказали в больнице № 4 Сочи. Теперь состояние пациентки оценивается как стабильное. «Женщине, которую сняли с авиарейса, в Сочи сделали операцию – аппендэктомия», – подтвердила вице-мэр города Ирина Романец. Ранее сообщалось, что в Сочи из-за плохого самочувствия пассажиров самолёты экстренно садились дважды.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Сочи.

Здоровье по осени считают

Всё прошедшее лето сотрудники центра здоровья для детей Магаданского областного центра медицинской профилактики проводили обследование детей в санатории «Мир».

– У ребят измеряли силу рук, рост, вес, состояние лёгких, брали кровь на сахар, снимали ЭКГ, – рассказывает Наталья Печалкина, педиатр медицинского центра. – Обследование прошли уже более 300 детей, главные недостатки здоровья – нарушение осанки, снижение ёмкости лёгких, что указывает на малоподвижный образ жизни, а также стресс, избыточный вес у 40% осмотренных.

Всем даны рекомендации по здоровому образу жизни, а осенью их ждут в центре здоровья с родителями для подробных консультаций у педиатра.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Магадан.

Призы за образ жизни

Первые претенденты на победу в конкурсе «Премия здоровья», организованном Управлением здравоохранения Хабаровска, получили призы. Напомним: это состязание направлено на поддержку тех, кто ведёт активную работу по пропаганде здорового образа жизни и создаёт необходимые условия для этого.

Конкурс проводится по четырём номинациям: «Лучшее мероприятие в трудовом коллективе, содействующее здоровому образу жизни», «Лучшие возможности, созданные для трудового коллектива, содействующие здоровому образу жизни», «Лучшая пропаганда здорового образа жизни для жителей Хабаровска» и «Лучшая акция для жителей Хабаровска по продвижению ценностей здорового образа жизни». Приём конкурсных работ начался 1 августа.

Первая заявка поступила от краевой клинической больницы № 2 (главный врач Кирилл Пошатаев). Также конкурсные документы предоставили ООО «Тари Дент», ООО «Дент-Арт-Восток», филиал «Аэронавигация Дальнего Востока» ФГУП «Госкорпорация по ОрВД». Как и было обещано, те, кто первым подал заявку, получили специальные призы от организатора конкурса в виде подборок тематических буклетов и фирменных футболок.

Николай ЧУГУРОВ.

Хабаровск.

Не только арсеньевцы

Арсеньевский травмоцентр последовательно наращивает «производственные» обороты. По сравнению с первым полугодием прошлого года в отделении увеличилось количество операций: 184 против 128.

Такой рывок во многом стал возможен благодаря новому оборудованию. Для травмоцентра разово закупили множество «обновок». Теперь врачи выполняют те операции, которые раньше были им недоступны, например, оперативные вмешательства на голени и костях таза.

В связи с возросшим объёмом работы в травмоцентре увеличено и число коек – с 11 до 16. Немалый процент среди поступивших в отделение занимают жители соседних районов, например, Чугуевского и Анучинского. Отметим также, что большинство нуждающихся в оперативном вмешательстве могут получить всю необходимую помощь в Арсеньеве, а не ехать во Владивосток, как это нередко бывало в прошлом.

Сергей ТРОФИМОВ.

Приморский край.

Стенды для пациентов

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области разработал информационные стенды «Полис ОМС – гарантия вашего здоровья».

Специалисты фонда обобщили наиболее важную информацию для пациентов, а именно: какие документы регламентируют обязательное медицинское страхование, какие категории лиц могут быть застрахованы по ОМС.

Кроме того, на стенде приведена информация о порядке получения и замены полиса обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд ОМС Челябинской области рекомендует обратить особое внимание на функции и обязанности страховых медицинских организаций, работающих в сфере ОМС области. В частности, на порядок защиты прав застрахованных граждан, телефоны горячих линий страховых компаний, предназначенные для работы с пациентами.

Сотрудники фонда уверены: каждый человек, который обращается в больницу или поликлинику с полисом ОМС, должен обладать основной информацией о своих правах и обязанностях. В медицинских учреждениях и их филиалах размещено более 200 таких стендов.

Алёна ЖУКОВА.

Челябинск.

Сообщения подготовлены корреспондентами «Медицинской газеты» и Медицинского информационного агентства «МГ» Cito!

Начало

Они стали будущими врачами

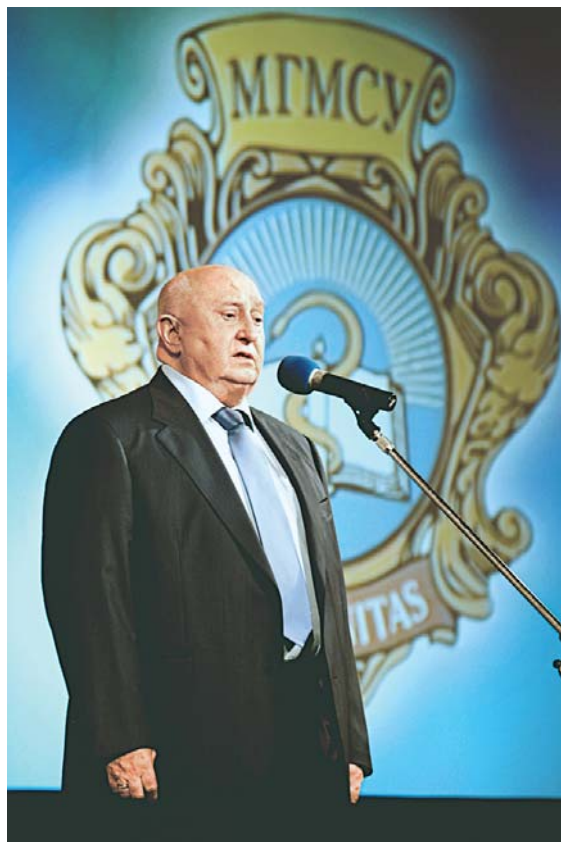
Большое пополнение в МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Если 2-й Мед только «обжигается» в Колонном зале Дома союзов после долгого перерыва, то студенты и преподаватели Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова здесь завсегдатаи. Вот и сейчас, давая путёвку в медицину первокурсникам – а их 1209, – в историческом зале было настоящее торжество.

Напутствуя будущих коллег, ректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова профессор Олег Янушевич и президент вуза академик РАН Николай Ющук говорили о славных традициях и мощном настоящем статусе, высокотехнологичном устремлении в будущее науки и образования, новых клинических проектах.



Ректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова профессор Олег Янушевич среди первокурсников



Академик РАН Николай Ющук говорит о признание вклада в мировую стоматологию Александра Ивановича Евдокимова, чьё имя носит вуз

– Возводя современные корпуса университета по федеральной целевой программе, в том числе больничного комплекса мирового уровня для лечебного факультета в Кусково-2 на 74 тыс. м², мы готовы сделать всё от нас зависящее, чтобы МГМСУ стал современным, хорошо оснащённым вузом, с великолепными учебными и научными аудиториями, и сформировать на его базе медико-научный кластер, специализированный по медицинским технологиям, – сказал представителям «Медицинской газеты» профессор Олег Янушевич. – В науке для нас

интересно соединение «живого» и «неживого», робототехника, персонализированная медицина. Мы в течение 4 лет активно сотрудничаем с японскими коллегами по выращиванию зубов. Думаем, что будущее научных исследований связано с клеточными технологиями, мы планируем сформировать площадку для обучения новым медицинским специальностям. Ещё большее внимание будем уделять материальное обеспечение, в том числе нанотехнологиям в имплантологии – это способно изменить подходы в протезировании зубных рядов. Последнее особенно важно, учитывая, что наш вуз – ведущий по специальности «Стоматология».

Прекрасной кульминацией посвящения в студенты после вручения студенческих билетов самым «рейтинговым» первокурсникам, передачи Ключа знаний от старших курсников и напутственной речи Гиппократом стало то, что бывшие абитуриенты прямо в зале надели белые халаты. Они стали будущими врачами.

Альберт ХИСАМОВ, Юрий ЛУНЬКОВ (фото), специальные корреспонденты «МГ».

Признание

Конкурс станет ежегодным

Всероссийский конкурс «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» станет отныне ежегодным. Это позволит, считают в Правительстве РФ, повысить социальный статус данной категории медработников, послужит мотивации к «профессиональному труду и самоотдаче».

Выбирать лучших будут в 8 номинациях: лучшие акушер, лаборант, медицинская сестра, старшая медицинская сестра, участковая медицинская сестра, фармацевт, фельдшер и «За верность профессии». Победителей конкурса, который будет проходить с 2014 г., предстоит выбирать в три этапа. Первый пройдёт в медицинских организациях, на втором

этапе лучших будут выбирать конкурсные комиссии органов власти и другие организации, в ведении которых находятся медицинские организации. И наконец, третий – победителей определит Центральная конкурсная комиссия в Москве.

Претендентов выдвигают коллективы медицинских и фармацевтических организаций, учитывая профессиональные качества сотрудников. Но предложить награды за верность профессии могут также пациенты (их группы), общественные организации, администрации медицинских организаций.

Согласно проекту соответствующего постановления Правительства РФ, который размещён на Едином портале раскрытия информации, для поощрения по-

бедителей конкурса предусматривается выделить 4 млн руб. Его призёрам, занявшим первые места будет выплачено по 250 тыс. руб.; вторые – 150 тыс., тем, кто занял третье место, – 100 тыс.

Время и место торжественной церемонии награждения победителей конкурса ежегодно определяется приказом Минздрава России.

Проведение Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» предусмотрено определённым кабинетом министров комплексом мер по обеспечению отечественной системы здравоохранения медицинскими кадрами до 2018 г.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Cito!

Крым действительно нуждается во внимании, даже опеке со стороны руководства отрасли. Специалисты Минздрава России уже не раз побывали в командировках в этой территории. Им предстоит понять, какой путь нужно пройти крымским медикам, чтобы они смогли работать по российским стандартам. Но на выбранной дороге есть очень трудные участки. Поэтому важно знать, как оценивает министерство кадровый и материальный потенциал лечебных учреждений Крыма. Что нужно сделать, чтобы региональные больницы и поликлиники быстрее «вписались» в систему российского здравоохранения? Именно поэтому министр провела в Симферополе выездное совещание по вопросам медицинского обеспечения населения Республики Крым и Севастополя, а также посетила Детскую клиническую больницу. Руководители департаментов Минздрава России и органов управления здравоохранением Крыма и Севастополя получили возможность услышать позицию главы Минздрава на выездном совещании, что называется, из первых уст. «Медицинская газета» предлагает своим читателям ознакомиться с кратким содержанием её выступления.

— На протяжении последних десятилетий практически не вкладывалось финансовых ресурсов в обновление инфраструктуры Крыма, оснащение лечебно-профилактических учреждений. И в этой связи более 80% учреждений Крыма требует обновления, модернизации и переоснащения. Столько же медицинской аппаратуры в больницах и поликлиниках морально устарело и изношено. Кроме того, жители Крыма привыкли к тому, что за каждую медицинскую услугу, за госпитализацию и лекарства нужно платить деньги, а еду приносить с собой, поскольку такие соплатежи населения ранее являлись официально узаконенными. За последние несколько месяцев нам удалось сделать определённые шаги к тому, чтобы улучшить качество медицинской помощи и сделать её действительно бесплатной. Прежде всего, из федерального бюджета Российской Федерации было выделено финансирование на содержание ЛПУ, закуплены лекарственные препараты из того подушевого норматива, который установлен для граждан РФ.

В результате пациенты бесплатно оперируются и получают необходимую лекарственную и другую терапию. Таким образом, нельзя не заметить позитивных изменений. Я хотела бы отметить, что Крым имеет широкую государственную ле-

на 10 тыс. населения. При этом основная инфраструктура – государственная.

С 1 января 2015 г. единые требования будут распространяться на все учреждения, лицензированные к медицинской деятельности, как государственные, так и частные. В настоящее время мы уже организовали подразделение Росздравнадзора на территории Крыма. В регионе созданы все необходимые электронные компьютерные ресурсы для лицензирования медицинских учреждений и для регистрации и мониторинга цен, и эта работа проводится. В результате

вающие специализированную помощь при угрожающих жизни состояниях. Среди них: сосудистые, кардиологические, неврологические, травмоцентры, отделения реанимации.

Мы создали две программы, одна – модернизации здравоохранения, которая уже стартовала и будет продолжаться в течение оставшегося 2014 и следующего 2015 гг. Направлена она будет, так же как и региональная программа модернизации в других регионах России, на капитальные и текущие ремонты, переоснащение, информатизацию здравоохранения, полное обновление автопарка машин

дшеско-акушерских пунктов и 25 врачебных амбулаторий в сельской местности.

Два месяца назад мы создали территориальные подразделения фонда ОМС и в Крыму, и в Севастополе, сейчас на территорию полуострова заходят страховые компании, с которыми активно начали работать подразделения ОМС, формируется регистр застрахованных в системе ОМС и вся необходимая документация, информационная база.

С 1 января 2015 г. и Крым, и Севастополь должны полностью войти в систему ОМС, и крымчане будут пользоваться всеми правами, которые предоставляются

В центре внимания

На выездном совещании

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова обещает поддержку новому субъекту Федерации



В. Скворцова посетила Детскую клиническую больницу в Республике Крым

собирается информация по каждому району и муниципалитету по всем основным группам препаратов. В настоящее время продуман комплекс мер для того, чтобы цены были снижены и приблизились к средним ценам, действующим на остальной части Российской Федерации.

Министерством за эти последние месяцы полностью проведена инвентаризация всей системы здравоохранения Крыма и Севастополя. Благодаря этому создан алгоритм трансформации двухуровневой системы здравоохранения, которая досталась по наследству Крыму от Советского Союза, в современную трёхуровневую. С выстраиванием нового второго уровня это межмуниципальные, межрайонные центры, оказы-

вающей скорой медицинской помощи и создание центрального пункта управления и маршрутизации больных. На эту программу выделяется из федерального бюджета 5,8 млрд руб. и примерно 300 млн руб. из бюджета Крыма и Севастополя, всего 6,1 млрд руб. В этом году уже перечислены 1,9 млрд на модернизацию, и оставшиеся деньги будут перечислены в будущем. В настоящее время программы модернизации этих двух субъектов РФ находятся в стадии утверждения. Вторая – это федеральная целевая программа по совершенствованию социально-экономического развития Крыма и развития здравоохранения. В рамках её будут построены 5 новых высокотехнологичных центров: хирургический корпус детской клинической больницы, такой же взрослый корпус для Университетской клиники, в инфекционной больнице (как для детей, так и для взрослых), два корпуса в онкологическом диспансере и в 1-й городской больнице Севастополя. Кроме того, будут открыты 49 фель-

системой ОМС. Мы, конечно, хотели бы минимизировать любые сложности. Поэтому, начиная с апреля, уже провели серию семинаров, прежде всего для управленцев здравоохранения и менеджеров ведущих медицинских организаций полуострова. Кроме того, уже сейчас налажены профессиональные контакты всех главных специалистов Министерства здравоохранения РФ с профильными специалистами Крыма и Севастополя. За последние несколько месяцев они выезжали на территорию Крыма и работали по 1-2 недели с подробным изучением профильных медицинских профессиональных вопросов. Это и кардиологи, сосудистые хирурги, неврологи, офтальмологи, онкологи, представители многих медицинских специальностей. Кроме того, наши коллеги из Крыма и Севастополя начали вступать в российские профессиональные сообщества.

Подготовил
Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Из первых уст

«Модное» поветрие до добра не доведёт

В Омской области становится всё больше заболевших корью

Первый случай заболевания корью был зарегистрирован 7 мая, а в августе таких эпизодов насчитали уже 25. Среди заражённых этой острой вирусной инфекцией оказались не только дети начиная с 11-месячного ребёнка, но и люди взрослые, в том числе даже 2 медика. Такая вспышка, да ещё на фоне 7-летнего благополучия, когда и в Омске, и в сельских районах Прииртышья о кори, казалось, напрочь забыли, прямо скажем, пугает. Не грозит ли жителям этой сибирской территории эпидемия кори?

— Не грозит, — уверена доцент кафедры эпидемиологии Омской государственной медицинской академии кандидат медицинских наук Светлана ТУМОРИНА. — И на самом деле заболеваемости корью в Омской области не было больше 10 лет. Были единичные случаи — завозные.

— Но ни с того ни с сего, согласитесь, люди корью болеть не станут. А статистика этой инфекции идёт по возрастающей.

— Я не занимаюсь статистикой. Могу сказать одно: количество больных меняется каждый день. Одно дело — люди, обратившиеся в ЛПУ с симптомами, схожими с корью, другое — диагноз, подтверждённый лабораторными исследованиями. Диагноз «корь» можно поставить только после получения анализа. Клинически такой диагноз не ставится, поскольку та же сыпь может означать и крапивницу. Причина же возвращения кори проста — омики перестают делать прививки. А ведь прививка против кори — обязательная, она включена в Национальный календарь профилактических прививок. И ставится детям в 1 год и в 6 лет. Но, видите ли, стало «модным» поветрием вакцинацию (и не только против кори) игнорировать. А ведь восприимчивость к вирусу кори 100%! И сейчас нужно говорить не столько об этих случаях заболеваний, сколько о том, почему инфекция не распространяется шире.

— А почему, Светлана Захаровна?

— Потому что в своё время большинство получили прививки против кори. Если бы не было такой вакцинации, то мы бы уже говорили об эпидемии. Болели бы все! Есть такой классический пример в учебниках по эпидемиологии: на острове Фиджи в 1875 г. возникла вспышка этого

конечно, даже в масштабах страны заболеваемость корью увеличивается. Всё по той же причине — пренебрежение к вакцинированию от этой инфекции.

— Есть ли сейчас реальная опасность завоза различных инфекций, в том числе и кори, беженцами из Украины?

ИЗ ДОСЬЕ «МГ».

В России, по данным Роспотребнадзора, в 2011 г. корь зарегистрирована в 30 регионах (631 случай); в 2012-м — в 37 регионах (2013); в 2013-м — в 58 регионах (2300).

заболевания после того, как король со своей свитой вернулся из путешествия. И среди них оказались заразившиеся этим вирусом. Подданные, общавшиеся с ними, тоже заболели, и в короткий срок эпидемия кори охватила практически весь остров. Если не защищён, то обязательно заболеешь. А у нас такого распространения не происходит, потому что большинство населения вакцинировано, хотя,

— Вряд ли. В Украине прекрасно отлажена система вакцинации населения. Кстати, о беженцах из Украины и других территорий — их в обязательном порядке проверяют. Всех до одного. Первое, что делается, — изучается иммунитет. Они сдают кровь, и по наличию антител медики решают, какие прививки нужны, представляют они опасность или нет. Тем более когда они прибывают в другие регионы, они сначала живут в

пунктах временного размещения, где также специалисты смотрят, какие прививки у человека есть, каких нет.

* * *

В Управлении Роспотребнадзора по Омской области корреспонденту «Медицинской газеты» сообщили, что в городе на Иртыше и в сельской местности этой сибирской территории остаются не привитыми против кори более 1250 детей. По разным причинам. Но в большинстве случаев из-за сопротивления родителей. Немало отказов от прививок и среди тех, кто находился в контакте с больными корью или в её очагах.

Есть опасение, что эта «мода» на отказы от прививок до добра не доведёт. Если прививка от кори обязательна, то почему эту обязательность можно безнаказанно игнорировать?!

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Современные технологии

Рождѐнные «в рубашке»

Изящная операция, оберегающая ребёнка

В народе существует поверье, что «рождѐнному в рубашке» в жизни всегда будет сопутствовать удача. Раньше, если ребёнок выживал в таком случае, не успев задохнуться в родах, это считалось невероятным везением. Но сегодня «рубашка» действительно может оказаться счастливым решением для множества новорождённых – при недоношенной беременности, когда требуется кесарево сечение.

В 2010 г. более чем каждая десятая беременность закончилась преждевременными родами, в результате чего недоношенными родились около 15 млн детей по всему миру, из которых, вследствие недоношенности, умерло более 1 млн. Эти факты должны стать призывом к действию. Стоит отметить, что с каждым годом младенческая смертность постепенно сокращается благодаря прогрессу перинатальной службы. Но из выживших детей многие на протяжении всей жизни страдают серьёзными расстройствами здоровья, вплоть до инвалидности.

С внедрением в 2012 г. новых стандартов выхаживания недоношенных детей (приказ № 1687) – учёта новорождённых массой от 500 г (от 22 недель гестации) – ответственность врачей возрастает. Может ли акушер улучшить исход заведомо неблагоприятных преждевременных родов? Может. Стоит подобрать оптимальную методику родоразрешения. Последствия преждевременного рождения не ограничиваются периодом новорождённости и дают о себе знать на протяжении всей жизни.

Отдалённые результаты воздействия преждевременных родов на организм выживших детей очень многообразны. Это: нарушения зрения с частотой до 25% (слепота или миопия высокой степени после ретинопатии недоношенных), нарушения слуха (почти у 10%), заболевания лёгочной и сердечно-сосудистой систем, задержка общего развития, психические и поведенческие расстройства, церебральный паралич и др.

Ребѐнок, органы и системы которого по природе ещё не готовы противостоять воздействию окружающей среды, подвержен колоссальному риску тяжѐлых расстройств здоровья. Частота родовых травм у таких детей в 7 раз превышает таковые при своевременных родах. Этому особенно предрасполагает незрелость и хрупкость организма ребёнка: мягкие кости черепа, открытые черепные швы и боковые роднички, незрелость кровеносных сосудов, которые очень легко сдавливаются при родах, что, в свою очередь, приводит к недостаточному кровоснабжению важных структур головного мозга. Опасности для плода, которые с этим сопряжены, требуют максимально бережного ведения родов.

В 1988 г. немецкий учёный Х.Г.Хиллеманс (H.G.Hillemanns) опубликовал статью, где поделился новым способом проведения операции кесарева сечения, при котором предлагалось послонно рассекать матку до плодного пузыря, сохраняя его целостность до расширения раны, и только затем производить его вскрытие. В первую очередь эта методика разрабатывалась с целью уменьшения интраоперационной кровопотери и риска повреждения ребёнка скальпелем, но, как оказалось, она обладает значительно большими преимуществами. В России ещё в 90-е годы про-



фессора В.Краснопольский и В.Радзинский начали применять её при недоношенной беременности с хорошими результатами. В нашей клинике (кафедра акушерства и гинекологии № 2 Казанского государственного медицинского университета) были разработаны методологические основы этой операции, предложены показания и условия её выполнения, усовершенствована техника и изучены её результаты для новорождённых и детей первого года жизни.

Методика операции заключается в сохранении целостности плодного пузыря при выполнении разреза на матке и создании своеобразной механической и гидравлической защиты плода при его извлечении. Выбор разреза на коже, способ рассечения передней брюшной стенки определяются хирургом. Матку рекомендуется вскрывать разрезом по Дерфлеру. Далее хирург отслаивает плодный пузырь от стенок матки с учётом расположения плаценты, затем подводит головку плода к ране. Следующим этапом является выведение головки плода из полости матки с помощью ассистента, который бережно надавливает через переднюю брюшную стенку на дно матки с целью создания необходимого положительного давления для выведения головки плода. Новорождённого извлекают в плодном пузыре целиком или до плечевого пояса, затем оболочки вскрывают, ребёнка перекалывают на лоток и отделяют от пуповины.

На сроках 28-34 недели гестации роды через естественные родовые пути проводят только у 25% беременных – это возможно в случаях, не осложнённых серьёзными экстрагенитальными или акушерскими состояниями.

Большинство беременностей на указанных сроках (75%) завершаются кесаревым сечением в плановом или экстренном порядке.

Известно, что оперативное родоразрешение менее опасно для недоношенного плода, однако оно полностью не исключает возможности повреждений. В этом контексте такая модификация кесарева сечения, при которой извлечение ребёнка из полости матки осуществляется в целом плодном пузыре, обеспечивающем своеобразную механическую защиту, оказывается предпочтительнее традиционного способа. При такой тактике рука акушера напрямую не соприкасается с головкой плода. Рождение головки происходит в условиях «гидравлической защиты» околоплодными водами. При этом полностью исключены тракции за головку, чреватые избыточной нагрузкой на позвоночник ребёнка.

Проанализировав два различных способа оперативного родоразрешения – традиционного и с извлечением в целом плодном пузыре – мы получили следующие данные (в исследование вошли 80 детей сгруппированных по принципу «копия-пара»).

Время от начала операции до извлечения ребёнка в целом плодном пузыре составляет в среднем 7 минут (при традиционной методике – 3 минуты). Это в первую очередь связано с особенностями доступа и техническими нюансами отслаивания плодного пузыря от стенок матки. Тем не менее благодаря современным методам анестезии дополнительные 3 минуты никак не сказываются на состоянии матери и новорождённого.

По данным неврологического обследования, у всех недоно-

шенных новорождённых были отмечены признаки поражения центральной нервной системы, однако их выраженность в основной и контрольной группах была различной. В основной группе (методика извлечения в целом плодном пузыре) отсутствовали такие грубые клинические нарушения, как двусторонняя пирамидная недостаточность, рубральный тремор, практически отсутствовали такие состояния, как синдром спастического и смешанного тетрапареза.

При сравнении здоровья детей от момента рождения до 2 лет по всем параметрам в основной группе результаты оказались значительно лучше. Частота кровоизлияний в различные структуры головного мозга у детей, рождённых в целом плодном пузыре, оказалась в 3,5 раза ниже, чем у новорождённых из группы контроля! Меньшую выраженность также имела ишемия головного мозга: III степень церебральной ишемии у 25% детей группы сравнения против 0% детей из основной группы. Рождённым в целом плодном пузыре длительная респираторная поддержка была нужна примерно на 3 дня меньше, чем после традиционного абдоминального родоразрешения. Средняя длительность пребывания на первом этапе выхаживания различалась более чем на 3 дня, а на втором – более чем на 4.

Заболеваемость детей, извлечённых в целом плодном пузыре, была ниже. И хотя к годовалому возрасту здоровье детей группы сравнения стало несколько крепче, однако и к тому времени им не удалось «догнать» основную группу. На первом году жизни на учёте у специалистов в основной группе из 28 детей, рождённых в 28-33 недели, состояли 22 ре-

бѐнка, причѐм 2 – с диагнозом «детский церебральный паралич», 1 – с миастенией, 1 – с эпилепсией, 3 ребёнка – с диагнозом «ретинопатия недоношенных». В группе контроля до года на учёте находились 27 детей (рождённых в 28-33 недели): 4 ребёнка с диагнозом «детский церебральный паралич», 1 – с миастенией, 2 – с эпилепсией. Имели нарушения зрения 5 младенцев. Чаще всего детей приходилось госпитализировать по поводу заболеваний органов дыхания и нарушений неврологического статуса.

Недоношенный высокой степени незрелости может быть травмирован даже простым прикосновением рук хирурга. Уровень стресса для ребёнка колоссальный, поскольку первой в эмбриогенезе развивается нервная система, и рецепторы, в том числе болевые, к моменту рождения развиты гораздо больше, чем другие ткани, включая кожу. Так что новорождённый представляет собой настоящий «оголённый нерв».

Таким образом, методика родоразрешения, которая занимает у акушера всего на 3 минуты больше, чем традиционная, имеет множество благоприятных отдалѐнных последствий! Очевидно, что извлечение плода в целом плодном пузыре при недоношенной беременности гораздо безопаснее для ребёнка, чем традиционный способ, и позволяет успешнее реабилитировать недоношенных и даже – работа на перспективу! – снижать частоту их инвалидности.

Конечно, даже наиболее безопасно проведѐнное кесарево сечение не может быть панацеей для недоношенного ребёнка, организм которого ещё слишком незрелый, а адаптационные способности низкие. Как бы то ни было, именно акушер-гинеколог способен уменьшить повреждающее воздействие интранатальных и интраоперационных факторов и внести весьма существенный вклад в здоровье будущих поколений. С этой целью и была разработана эта изящная, бережная для ребёнка операция. Преждевременные роды – зона высокого риска, и по сему требует деликатного профессионального подхода.

«Каждая женщина, каждый ребёнок» – к такой инициативе пару лет назад призвал генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун. Целью этой кампании является предотвратить в период с 2011 до 2015 г. смерть более 15 млн детей в возрасте до 5 лет и 570 тыс. женщин во время беременности и родов. Мы уже сделали первый шаг навстречу новой медицине и, надеемся, внесли свой маленький вклад в эту программу. Пора осваивать новую методику всем.

Ильдар ФАТКУЛЛИН,
заведующий кафедрой акушерства
и гинекологии № 2,
доктор медицинских наук,
профессор.

Аделя МУНАВИРОВА,
клинический ординатор кафедры.

Казанский государственный
медицинский университет.

Обновление сверху и снизу

— Андрей Глебович, начиная разговор об итогах борьбы за превращение 2-го Меда в достойный во всех отношениях вуз, хочу вспомнить эпизод из 2007 г. Тогда мой сын появился в редакции после экзамена по топографической анатомии и оперативной хирургии. Был мрачен. «Завалил?» — спросил его я. «Нет. Четыре...» — «Так радоваться надо!» — «Нечему радоваться. Не страшно, что я знал на 5, а получил 4, страшно, что мой однокурсник знал на 2, а получил 5». В то время в открытую говорили о расценках на некоторых кафедрах, бравших мзду...

— Такое положение было системой на кафедрах анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии, латинского языка, инфекционных болезней, биохимии. Они подверглись серьёзной проверке, на них частично обновлён преподавательский контингент, назначены новые заведующие. Эти кафедры сформированы уже по другим принципам. Думаю, что со взяточничеством там покончено. Кроме того, мы ввели балльно-рейтинговую систему (БРС) комплексного тестирования на каждом занятии, которую обмануть невозможно. Кстати, БРС начала работать незадолго до того, как подобную систему предложил проработать Министрству образования и науки РФ Президент России.

Это серьёзная база программного обеспечения, включающая в себя огромное количество тестов различного уровня, лекционный, теоретический материал и возможность самообразования студентов, самотестирования. Надеюсь, что в ближайшее время министр здравоохранения РФ Вероника Игоревна Скворцова посетит университет и ознакомится с этой системой, потому что её введение — принципиальная новация в работе вуза. БРС отсекает любые коррупционные проявления, они становятся практически невозможны. Если даже появляется намёк на противозаконные действия, то это пресекается моментально. Кроме того, зафиксированы существенная экономия рабочего времени преподавателей (10-15%) и повышение мотивации учащихся, обеспечено взаимодействие кафедр и деканатов.

Надо сказать, что в целом в университете проводится точечная работа по борьбе с коррупцией, обновление руководства. Мы полностью заменили составы ректората, деканатов, учебно-методического отдела, приёмной комиссии, которая теперь будет меняться год от года. По тем или иным причинам за прошедший учебный год вуз покинули около 160 сотрудников, в том числе преподавателей. И ротация будет продолжена. С 1 сентября своим приказом я перевёл преподавателей и научных сотрудников на годовой эффективный контракт. Для всех будет введена внешняя отчётность: «междусобойчиков» внутри кафедр больше не будет.

Что же касается обучающихся, то для вас будет любопытна следующая статистика до введения БРС и после введения. В 2011/2012 учебном году, то есть до прихода нашей администрации, было отчислено 508 человек, а восстановлено 266. Затем нами на учёном совете принимается решение о запрещении восстановления — с небольшим периодом адаптации.

Преодоление

На всех фронтах
большие перемены

Обещанная руководством 2-го Меда реорганизация научной, образовательной и социальной деятельности, похоже, перевыполнена

С ректором Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова профессором Андреем КАМКИНЫМ мы встретились в дни, когда впервые среди российских медицинских вузов 2-й Мед получил международный статус и разрешение принимать экзамены по западной системе тестов. Он встал в один ряд с лучшими университетами стран Западной Европы и Северной Америки.

А буквально за несколько дней до этого телеканал «Россия» обрушил на университет поток негатива, приписав нынешнему руководству вуза обвинения в коррупции, относящейся к прежним временам. Не утихает и поток необоснованных слухов о «творящемся во 2-м Меде беспределе». Всё это объясняется одним: принципиальным, бескомпромиссным наведением порядка в ведущем медицинском вузе страны, степень падения которого ещё 10 лет назад была «притчей



но ещё и вот с чем. Пятёрка сейчас соответствует четвёрке с натяжкой советского времени, а четвёрка — слабенькой тройке, а тройка, по существу — это советская двойка. Уровень знаний упал.

— Это относится и к студентам, зачисленным в вуз год назад?

— Качеством студентов прошлогоднего приёма я недоволен. Концепция 2-го Меда по сути ленинская — «лучше меньше, да лучше», поэтому мы отчисляем неуспевающих со

спокойной душой и ограничили минимальный балл по ЕГЭ для абитуриентов до 70.

— Вы никогда не были сторонником ЕГЭ. Ваша позиция не изменилась?

— Живы ещё свидетели, которые помнят, что когда вводили единый государственный экзамен, я — после знакомства с его принципами — сказал, что 2013-2015 гг. станут временем, когда ЕГЭ рухнет по математике, физике и русскому языку. До сих пор это для меня большой вопрос, который я поднимаю на всех уровнях. Пока мне отвечают, что решить его не могут. Но откуда берутся двоечники и троечники? В том числе из-за объективного фактора — наличия ЕГЭ.

Медицина — не та сфера, в которой должны доминировать тесты. Да, мы ввели тесты как 10-минутное дополнение, как контроль за работой, прежде всего, преподавателя, и уже потом студента. В ЕГЭ же тесты возведены в абсолют. Тогда откуда взяться логическому мышлению, которым должен обладать врач? Если дети не могут написать сочинение ни на одну заданную тему, то как они будут связывать разрозненные факты состояния здоровья пациента? Как они поставят диагноз?

ЕГЭ в принципе не допустим для оценки знания абитуриента, поступающего в медицинский вуз. И чем это быстрее поймут руководители российского образования, тем будет

лучше. Чему мы можем научить студента, если у того отсутствует базовая подготовка?

При этом РНИМУ им. Н.И.Пирогова — один из немногих медвузов, который повысил минимальные проходные баллы по ЕГЭ. Они у нас по профильным и непрофильным дисциплинам 70, 60, 50 — вместо 36, 36, 36 баллов год назад. Кстати, многие аналитики предсказали нам и ещё нескольким вузам, существенно повысившим минимальный балл, крах приёмной кампании. Краха не произошло.

Вокруг МБФ

— Возрождается ли былая слава медико-биологического факультета?

— Об МБФ: любая система может существовать 25-30 лет. Это общеизвестный закон существования систем. Если система не развивается, то она рушится. Годы пика развития МБФ пришлись на годы перестройки. Факультет, готовивший учёных высокого уровня, начал медленно, но верно деградировать. Вывести его из прорыва было достаточно сложно, потребовалось около года, чтобы решить основные проблемы.

Возвращение к «истинному» МБФ мы начинаем с 1-го курса. В этом году у нас вступает в силу новая программа развития для факультета. Например, физику студенты будут учить на базе Института общей физики им. А.М.Прохорова РАН. Кафедра физики МБФ сформирована из числа сотрудников этого института, теперь студентов будут обучать по западным технологиям — давать мощные теоретические знания. После часового семинара студент сразу переходит в лабораторию и там занимается конкретной научно-исследовательской работой, чтобы смог показать, что он умеет с чем-то работать и анализировать полученные результаты. При этом произойдёт сокращение «типового» стационарного практикума. Такая система давно показала эффективность в ведущих странах Европы и США. После изучения механики, электрофизики и других фундаментальных предметов студент будет писать экзаменационные курсовые работы. Химия будет преподаваться в полном объёме, как в старые

времена на МБФ. Аналитическую, коллоидную, неорганическую и органическую, физическую химию студенты будут изучать на базе Института органической химии им. Н.Д.Зелинского РАН, где сформирована новая кафедра химии МБФ. Она тоже будет отвечать международным требованиям. Ну а биологию — на нашей новой кафедре в Институте биологии гена РАН.

Создание новых кафедр было связано с тем, что старые кафедры физики, химии и биологии «зациклились» на вопросах, которые, возможно — подчёркиваю, возможно, — были актуальны 40-50 лет назад и сохранили «законсервированные» образовательные программы до настоящего времени. Это неправильно. Например, у нас на 1-м курсе в рамках биологии продолжаете детально изучать череп судачка, в ведущих университетах Европы — уже метод полимеразой цепной реакции. У нас на практике по биологии ловят бабочек в Битцевском парке, а там работают в современных лабораториях. Ну а на кафедре физики студенты, например, изучали лампы, которые не использовались в радиотехнике даже в мои студенческие годы. Только полностью наплевательское отношение ко всему за последние десятилетия могло привести к подобной ситуации.

— В своё время, перед московской Олимпиадой 1980 г., проживавших в двух корпусах нашего общежития на улице Волгина «уплотнили» в два других, чтобы сделать ремонт для приёма иностранных гостей. Я попал в комнату к эмбээфовцам, видел, как они занимаются — практически круглосуточно. Знаю, что вы тоже выпускник этого факультета. У вас была сумасшедшая по объёму программа. Я посчитал: морфология вмещала и анатомию, и гистологию лichenиков...

— и цитологию!..

— Тогда я специально проверил своих соседей: они учили эти предметы, как и мы — в полном объёме! Лечебники и педиатры всегда относились к эмбээфовцам с некой жалостью из-за огромного пласта информации, который им приходилось впитывать. А сколько из 20 биофизиков вашей группы закончили институт?

– Мы начинали двумя группами по 10 человек. А окончил всего около 10. Заметьте, что в наше время с МБФ отчисляли не за отсутствие знания, а за отсутствие интеллекта. Если на занятиях по биофизике студент не мог сформулировать, как можно преломить полученные им знания в перспективе, то считалось, что он неспособный. Он должен был понимать все механизмы от корки до корки. При этом я тепло вспоминаю моих однокурсников, и в том числе из ГДР, которые занимают сейчас в Европе и США посты директоров в ведущих институтах. Мы часто встречаемся и вспоминаем время, до какой степени нужно было осознать написанное в учебниках. Любое непонимание грозило двойкой. Жаль, но на сегодняшний момент эта концепция в российских вузах утрачена полностью...

– С учебного года 2015/2016 на МБФ может быть введена двухуровневая подготовка – бакалавриат и магистратура...

– Мы надеемся, что будет. Это крайне эффективная форма для факультета. По этому вопросу достигнута принципиальная договорённость с министерством здравоохранения РФ, и вопрос обсуждается с руководством курирующего департамента министерства. Мы приступаем к решению чисто технической стороны задачи. Однако именно в технической стороне и состоит основная сложность.

Поясню, как это, должно выглядеть. Например, нынешние абитуриенты, ничего не понимающие ни в биофизике и биохимии, ни в кибернетике, приходят к нам на отделение «медицинская биофизика». Потом выясняется, что одному это интересно, другому нет. Возникают проблемы. Поэтому все студенты факультета в рамках бакалавриата будут заниматься на блоке медико-биологических наук и изучать там – в рамках единой европейской программы – химию, физику, биологию, математику, физиологию и т.д. У нас эта система уже отработана. В рамках магистратуры будет выстроена линейка по важнейшим направлениям сегодняшнего дня.

И вот уже к нам с удовольствием возвращаются наши молодые коллеги, которые в силу определённых причин ранее уехали за рубеж! Уже сейчас РНИМУ им. Н.И.Пирогова обладает совершенно уникальной аппаратурой, а зарплата многих научных сотрудников высокого класса сопоставима с зарплатой западного специалиста для начинающего молодого учёного – от 30 до 60 тыс. руб.

– Уж сколько копий сломалось при обсуждении темы – переходить или не переходить на систему «4 года бакалавриата – 2 года магистратуры». Что даст бакалавру-эмбэфовцу последние 2 года обучения?

– Двухгодичная магистратура даст молодого учёного высокого уровня в определённом направлении. Зачем студенту МБФ, который овладел всеми базовыми дисциплинами, включая патофизиологию и общие лекции по медицине, изучать все клинические дисциплины практически в полном объёме, если он точно знает, что будет молекулярным биологом? Ему нужна работа на кафедре молекулярной биологии в совокупности с обучением, например, на кафедрах биохимии, молекулярной и цитогенетики.

Есть ещё одна сторона вопроса. Для МБФ нам необходимо полностью связать образовательный процесс с европейской

системой. Мы согласовали вопрос о двух дипломах на МБФ с Туринским университетом и Венским техническим университетом. Начиная с 3-4-го курса по части дисциплин эмбэфовцы будут учиться на английском языке, затем на 5-м курсе их ждёт 3-месячная стажировка в Турине или Вене, а на 6-м курсе – ещё одна, 4-месячная стажировка. Далее в этих университетах они будут писать квалификационную работу – вариант нашего диплома, который параллельно защитят в Москве. И получат два диплома – наш и Туринского или Венского технического университета. Эта концепция была разработана ректоратом и специальной комиссией под руководством академика РАН Владимира Павловича Чехонина. Сейчас идёт её реализация.

– Не могу опять не вернуться к общежитию, правда, настоящего времени. Навели наконец порядок?

– В общежитии полностью исключена коррупция путём тщательного подбора контингента. В отличие от прошлых лет спецпроверкой МФД, ФСБ и миграционной службы не обнаружено лиц, незаконно проживающих в корпусах, не выявлено фактов правонарушений. Зато созданы прекрасные столовая и спортзал, много денег вкладываем в ремонтные работы, осенью откроем досуговый центр для студентов. На территорию общежития, как, впрочем, и на любой другой объект университета, без пропуска не пролетит и муха – мы создали собственную службу безопасности.

Хочу сказать и о развитии нашего медицинского центра, где для сотрудников вся помощь бесплатна. Уже в сентябре – октябре там будет сосредоточено новейшее диагностическое оборудование, а консультативный амбулаторный приём будут вести наши ведущие специалисты.

На пороге большой науки

– В нашем ведении достаточно давно находится Российский геронтологический научно-клинический центр...

– Пока это был наш филиал, нас туда не особенно приглашали. После того, как центр стал нашим структурным подразделением, я запросил всю документацию этого учреждения. Согласно подписанному в 2010 г. акту ситуация там была катастрофической.

Поэтому я предложил В.Шабалину уйти с должности директора. Назначенный на это место новый руководитель проработал всего 2 месяца, отчаявшись привести дела центра в порядок. Далее мне рекомендовали на эту должность заместителя главного врача Боткинской больницы, которая начала с ревизии. Согласно акту, подписанному семьёй должностными лицами, всё было не лучше, чем в 2010 г. И это при том, что мы вложили значительные средства в модернизацию геронтологического центра, закупив оборудования на 83 млн руб. и проведя ремонт здания на 30 млн.

В результате мы расформировали все лаборатории, закрыли все клинические отделения. Сейчас переселяем на их место наши кафедры, которые будут выполнять роль отделений по западному образцу. Будет реформирована и кафедра. Уже к зиме центр должен продемонстрировать существенные достижения.

– Не так давно к РНИМУ им. Н.И.Пирогова был при-

соединён и НИИ педиатрии и детской хирургии. Какова его судьба?

– С этим институтом ситуация прямо противоположная. Мы тоже провели там основательную проверку и убедились, что все его подразделения работают на самом высоком уровне. Он продолжает деятельность с теми же научными и клиническими векторами. А профессор Александр Дмитриевич Царегородцев, снявший с себя полномочия руководителя НИИ по собственному желанию, сейчас является моим советником. Это умнейший и интеллигентнейший человек, который для меня – образец врача и учёного. А институт возглавила профессор Мария Александровна Школьниковна. Думаю, что в результате объединения с нами НИИ педиатрии и детской хирургии будет развиваться ещё более успешно.

– Слышал, что с развитием Центральной научно-исследовательской лаборатории имеются сложности?

– За прошедший год мы не смогли начать полную реконструкцию здания по многим причинам, которые не зависели ни от нас, ни от Минздрава. Тем не менее со следующего календарного года ЦНИЛ вступает в фазу капитального ремонта, на что выделено несколько млрд руб. Мы приведём ЦНИЛ в состояние международного научного центра высшего класса. Там будет располагаться институт трансляционной медицины и институт биоинформатики. Это новое направление в России, которое отлично развито на Западе. Нам выделены деньги на то, чтобы наполнить его лаборатории самой современной аппаратурой. Если всё сложится, то получится «конфетка», а мои зарубежные коллеги будут плакать от того, что у них этого нет.

– Вспомним ваши слова годичной давности. Созданы ли новые кафедры, в том числе фундаментальных дисциплин?

– Кроме кафедр МБФ, о которых я уже рассказывал, нами образованы кафедры молекулярной и клеточной генетики, биомедицинского права, организации биомедицинских исследований, биоинформатики, паллиативной педиатрии, лазерной медицины, госпитальной терапии № 3, которая будет специализированно заниматься терапией печени и поджелудочной железы. Но вначале мы создали «дорожную карту» работы университета до 2020 г. И чётко действуем по всем направлениям и сферам деятельности.

– Хотелось бы услышать о преобразовании научной работы в целом по университету...

– С 1 сентября мы начали расформировывать все неэффективные лаборатории. Исползуем новый принцип, отчасти западный, отчасти продуманный нами. Озвучивать его не буду, это коммерческая тайна. Могу только сказать, что за каждую высокорейтинговую публикацию выплачиваем достаточно большую премию. Будучи автором многих зарубежных публикаций, я, по этическим соображениям, заранее отказался от этих премий. Согласно этому принципу уже созданы 6 экспериментальных лабораторий с суперсовременной аппаратурой, которые работают по самым актуальным проблемам. Количество наших научных публикаций в западных журналах было стабильно низким до 2011/2012 гг. В 2013 г. оно

возросло в 8,4 раза, а за первое полугодие 2014 г. – в 10,5 раза. Через пару лет мы постараемся обойти результат МГУ.

Мы заключили договор о сотрудничестве с инновационным центром «Сколково», несколько договоров нового типа – с рядом зарубежных университетов. Последние сейчас сами выходят с предложениями на нас, а не мы на них. Это договоры не точечные (между кафедрами), а между университетами – со всеми их составляющими. Кроме Миланского и Туринского, такие договоры будут в ближайшее время заключены с Венским техническим и Венским медицинским университетами, университетами Хайдельберга, Берлина, ведутся переговоры с Университетом Финляндии. Ну а первый глобальный договор мы заключили с Кембриджем. Мы получили официальное предложение от знаменитого Американского университетского госпиталя Дж.Хопкинса о создании на нашей базе совместной клиники.

И о поощрении учёных. Мы учредили награду «За выдающиеся заслуги перед РНИМУ им. Н.И.Пирогова». Восемь человек награждены золотой и три – серебряной медалями. Они, кстати, из реального золота и серебра – по 18 г, к ним полагаются премии: полмиллиона за золотую медаль и 250 тыс. за серебряную.

– Как будет осуществляться программа по западной системе тестов IMAT?

– В течение года мы занимались созданием международного факультета и успешно решили этот вопрос. Сейчас закончен набор. В сентябре каждый из этих первокурсников должен будет сдать дополнительный «западный» экзамен, то есть тест IMAT. Тех, кто сдаст, зачислят одновременно и на один из факультетов Миланского университета, параллельно начнётся обучение на английском языке по европейской программе и на русском языке по нашей программе. Сдача промежуточных результатов будет осуществляться и специалистам Миланского университета, и нашими силами – у нас преподаватели с большим западным опытом работы в европейских вузах и вузах США. Так будет первые 3 года. Далее студенты будут проходить практику не только в наших клиниках, но и в клиниках Италии. На старших курсах существуют разные варианты прохождения учёбы, но в результате выпускники после сдачи наших и миланских экзаменов получат два диплома: наш и европейского образца.

– Сколько иностранных профессоров работает в вузе в настоящее время?

– Сейчас в университете 17 профессоров, приглашённых из стран Европы. В ближайшей перспективе – включение как минимум 2-3 иностранных научных сотрудников и преподавателей во всех ключевых направлениях научной и образовательной деятельности. Кроме того, будут открыты две кафедры – английского языка силами Кембриджа и итальянского языка – силами Милана. Более 60 преподавателей прошли стажировки в университетах Европы и США по учебным планам и рабочим программам, принципам проведения лекций и практических занятий. Свыше 60 студентов приняты на учёбу из Европы и США, более 80 студентов направлены на стажировки в Европу и США.

– Медицинская общественность страны с большой на-

деждой обсуждает недавно принятое решение о скором преобразовании московских больниц в университетские клиники...

– В течение переходного периода 2015-2017 гг. у каждой клинической больницы будет два руководителя – один от Департамента здравоохранения Москвы, другой – от одного из московских мединверситетов. Сейчас у РНИМУ им. Н.И.Пирогова клинические базы располагаются в 133 московских больницах. Разработка проекта передачи полномочий уже ведётся. Надеюсь, что лечебная работа в Первой градской, 31-й клинической, Филатовской и Морозовской больницах останется за 2-м Медом. Это наши исторические вотчины.

– Вы выиграли конкурс, став международным учебно-научным медицинским кластером...

– В конкурсе участвовали практически все вузы и научно-исследовательские институты, а победили только два учреждения – РНИМУ им. Н.И.Пирогова и Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова. Мы стали «якорным элементом» кластера, и это возлагает на нас особую ответственность.

– Как вы относитесь к потоку необоснованных слухов, распространяемых в Интернете отдельными лицами и некоторыми изданиями о «творящемся во 2-м Меде беспределе».

– Разумеется, что никакого «беспредела» у нас нет. Есть строгое соблюдение в последние 2 года всех законов и документов, связанных с образовательным процессом, трудовой дисциплиной и т.д. Те, кто распространяет те или иные слухи о нашем вузе, не видят, или, что более вероятно, не хотят видеть позитивных достижений в университете. Им это просто невыгодно. Да и не так много распространяющих эти слухи и откровенных клеветников. Единицы. Обращать на них внимание было бы просто смешно. Тем более что многочисленные проверки вуза за период работы нашей администрации не выявили никаких принципиальных нарушений, не говоря уже о «беспределе». Любопытен только тот факт, что как минимум два десятилетия вуз практически не проверялся, а за 2 года нашей работы мы приняли около 40 государственных комиссий: Рособннадзора, Роспотребнадзора, Росприроднадзора, Ростехнадзора, Росздравнадзора, Прокуратуры, Следственного управления. Даже Госдума и Общественная палата РФ не обошли нас стороной. Список можно было бы продолжить, причём каждая комиссия заходила по несколько раз. Только что закончила работу Счётная палата, проверяя двухлетний период деятельности нашей администрации. Вслед за этим зашла комиссия Рособннадзора. Таким образом, цикл замкнулся. Придётся, видимо, создавать управление по приёму комиссий и работе с ними. Однако, на мой взгляд, это свидетельствует только об одном. Работа в вузе идёт достаточно эффективно и в стратегически правильном направлении. Но не всех это устраивает!

Беседу вёл
Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 60 (1827)

Геморрагические диатезы – это клинико-гематологический синдром, характеризующийся кровоточивостью.

По этиологии выделяют наследственные (семейные) формы с многолетней, начинающейся с детского возраста кровоточивостью, и приобретённые формы в большинстве своём вторичные (часто симптоматические).

Патогенез развития геморрагического синдрома связан с нарушением сосудистого гемостаза (такие заболевания называются вазопатиями), количественными и качественными изменениями тромбоцитов (тромбоцитопении, тромбоцитопатии), нарушениями плазменных факторов свёртывания (коагулопатии), наконец, может быть обусловлен нарушениями как коагуляционного, так и тромбоцитарного гемостаза (болезнь Виллебранда, диссеминированное внутрисосудистое свёртывание крови – ДВС-синдром, тромбогеморрагический синдром); при парапротеинемиях, гемобластозах, лучевой болезни и др.).

В зависимости от характера геморрагического синдрома выделяют несколько типов кровоточивости, которые соответствуют различным патогенетическим вариантам нарушения системы свёртывания и позволяют с высокой долей достоверности определить необходимый объём обследования и лечения.

Клинические типы кровоточивости:

1. ангиоматозный (локальная сосудистая патология);
2. васкулитно-пурпурный (патология микро-сосудистого русла);
3. петехиально-пятнистый (микроциркуляторный – нарушение тромбоцитарного звена гемостаза, внешнего пути свёртывания коагуляционного гемостаза, фибриногена);
4. гематомный тип (патология внутреннего пути свёртывания коагуляционного гемостаза);
5. смешанный тип (синячково-гематомный – сочетанное нарушение и тромбоцитарного и коагуляционного звена гемостаза).

Патология сосудистого гемостаза (ангиоматозный тип кровоточивости), как правило, выявляется при изменениях сосудов небольшого диаметра и характеризуется локальной кровоточивостью (носовые, желудочно-кишечные, лёгочные кровотечения). При этом часто не выявляется системных нарушений тромбоцитарного и плазменного гемостаза. Наиболее частые заболевания, характеризующиеся данным типом кровоточивости, – это наследственная геморрагическая телеангиоэктазия (болезнь Рендю – Ослера); синдром Элерса – Данлоса; синдром Казабаха – Мерритт; артериовенозные шунты.

Болезнь Рендю – Ослера – наследственная геморрагическая телеангиоэктазия, геморрагический ангиоматоз имеет семейный характер заболевания, в основе которого лежит неполноценность сосудистого эндотелия, в результате чего на разных участках кожи и слизистых оболочках губ, рта, во внутренних органах образуются множественные ангиомы и телеангиэктазии. Передаётся по аутосомно-доминантному типу, частота встречаемости 1 на 5 тыс. человек. Клиническая картина характеризуется локальными кровотечениями (в 60% – носовыми), которые наступают самостоятельно или при незначительных повреждениях, определяемых при специальном обследовании (бронхоскопия, риноскопия) изменений сосудов и отсутствием изменений в системе гемостаза. Лечение связано с обеспечением местного гемостаза (тампонада, сосудосуживающие средства), препаратов, улучшающих свёртываемость крови (транексамовая кислота, этамзилат, аминокпроновая кислота, викасол), местных эпителизирующих и регенерирующих препаратов. При тяжёлом течении заболевания (частые обильные кровотечения, сопровождающиеся системными нарушениями гемостаза и развитием анемии), используются лазерная или криодеструкция и хирургическое удаление локального очага.

Синдром Элерса – Данлоса – гетерогенная группа наследственных заболеваний соединительной ткани, в основе которых лежит недостаточное развитие коллагеновых структур в различных системах организма, характеризующееся повышенной растяжимостью кожи, гипермобильностью суставов, плохим заживлением ран, разрывами слизистых и кожи (частые раны), геморрагическим диатезом. У больных легко возникают экхимозы, кровоподтёки, гематомы различной локализации. Возможны кровотечения из дёсен, желудочно-кишечные и маточные кровотечения, при этом показатели свёртываемости крови, как правило, не изменены. Диагноз устанавливают на основании анамнестических сведений (задержка моторного развития, плохая заживляемость ран, вывихи суставов), характерной клинической картины (гиперэластичность и хрупкость кожи, гипермобильность суставов в сочетании с патологией сердца, склонность к кровотечениям и экхимозам и др.). Специфические методы лечения не разработаны, используются симптоматическая терапия, местный гемостаз, хирургическое лечение.

Синдром Казабаха – Мерритт – со-

Геморрагические диатезы

Классификация тромбоцитопений по степени тяжести			
Степень тромбоцитопении по онкологическим критериям		Степень тромбоцитопении по гематологическим критериям	
1	(150-75) x 10 ³ /мкл	лёгкая	(100-50) x 10 ³ /мкл
2	(75-50) x 10 ³ /мкл	средняя	(50-20) x 10 ³ /мкл
3	(50-25) x 10 ³ /мкл	тяжёлая	< 20 x 10 ³ /мкл
4	< 25 x 10 ³ /мкл	крайне тяжёлая	<10 x 10 ³ /мкл

литарная гемангиома с тромбоцитопенией и нарушением коагуляционного гемостаза. Чаще всего проявляется у детей грудного возраста, при этом наблюдается одна или несколько ангиом (сосудистых опухолей) на коже или внутренних органах. Кровоточивость может проявляться в виде кровоизлияний под кожу, кровотечений из слизистых, желудочно-кишечным кровотечением, кровоизлияниями в головной мозг или системным геморрагическим синдромом, связанным с синдромом диссеминированного внутрисосудистого свёртывания. Диагностика основана на наличии локальной гемангиомы, в сочетании с тромбоцитопенией, нарушением плазменного гемостаза и характерной клинической картиной (дебютирует у детей грудного возраста, имеет волнообразное течение). Патогенетическое лечение связано с хирургическим удалением сосудистой опухоли, при невозможности которого можно провести эмболизацию или лучевую терапию в сочетании с глюкокортикоидными препаратами.

Патология микрососудистого русла (васкулитно-пурпурный тип кровоточивости) характеризуется петехиальной сыпью с эксудативно-воспалительными явлениями, очагами некроза, гематурией, артралгией, кровоточивостью слизистых. Васкулиты разделяют на инфекционные, иммунные, системные, болезнь Шенлейна – Геноха.

Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна – Геноха) – асептическое воспаление стенок микрососудов, множественное микро-тромбообразование, поражающее сосуды кожи и внутренних органов (чаще всего почек и кишечника). Этиология – инфекции, прививки, хроническая инфекция, аллергические реакции, укусы насекомых, паразитарные инфекции, переохлаждение, физические и эмоциональные перегрузки. Патогенез связан с появлением циркулирующих иммунных комплексов, воздействующих на эндотелий, тромбоцитарный и плазменный гемостаз, в результате чего развивается повреждение стенок мелких сосудов с формированием микротромбозов и микронекротозов тканей в поражённых участках с развитием нарушения всех звеньев гемостаза вплоть до синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС-синдром). Болезнь Шенлейна – Геноха является диагнозом исключения, который основан на характерной клинической картине в сочетании с лабораторными изменениями, коррелирующими с тяжестью течения заболевания. Необходимо помнить, что в обязательном порядке надо проводить дифференциальную диагностику с такими заболеваниями, как аутоиммунные и иммунокомплексные заболевания, гемосидерозы кожи, наследственные и приобретённые вазопатии, инфекционные и опухолевые заболевания.

Лечение геморрагического васкулита зависит от клинической формы, тяжести и течения заболевания. В стандартное

лечение входит в обязательном порядке постельный режим, диета (ограничение жирного, жареного, приправ, сахара) и фармакологические препараты. Стартовая лекарственная терапия включает в себя применение дезагрегантов, направленных на предотвращение тромбообразования, нестероидных противовоспалительных препаратов. Дополнительное лечение используется при тяжёлых острых и рецидивирующих формах болезни Шенлейна – Геноха. Основная тактика направлена на профилактику и лечение ДВС-синдрома, улучшение микроциркуляции, профилактики почечной недостаточности и сепсиса. При резистентном и прогрессирующем течении заболевания разработан алгоритм альтернативного лечения, в который входят глюкокортикоиды. В качестве следующего этапа терапии, при неэффективности гормональной терапии, применяют цитостатические препараты. Для удаления ЦИК из циркуляции при рецидивирующих формах геморрагического васкулита оправдано использование плазмафереза с заменой 30-70% объёма циркулирующей плазмы.

Нарушение тромбоцитарного звена гемостаза, внешнего пути свёртывания коагуляционного гемостаза, фибриногена (петехиально-пятнистый тип кровоточивости). При данной патологии характерно снижение резистентности сосудистой стенки к внешним воздействиям, активности первичного (тромбоцитарного) гемостаза и пути тканевого фактора, которые необходимы для остановки кровотечения при травме, что приводит к кровоточивости кожи и слизистых оболочек (маточные, желудочно-кишечные кровотечения, кровохарканье, геморрагический цистит).

Патология тромбоцитарного звена гемостаза может быть связана как с качественным дефектом тромбоцитов (тромбоцитопатии), так и со снижением их количества (тромбоцитопении).

Тромбоцитопатии могут быть как наследственные, так и приобретённые (при дефиците витамина В₁₂, цинге, уремии, болезнях печени, ДВС-синдроме, массивных трансфузиях, нарушении образования при миелодиспластическом синдроме, миелопролиферативных заболеваниях, блокаде парапротеинами и др.). Диагноз тромбоцитопатии ставится на основании петехиально-пятнистого типа кровоточивости при нормальных показателях коагулограммы, фибриногена, нормального или незначительно сниженном количестве тромбоцитов (> 20 тыс./мкл) и нарушении агрегации тромбоцитов. Дифференциальный диагноз тромбоцитопатий проводится по разнице в реакции агрегации тромбоцитов с различными активаторами, по наличию или отсутствию второй волны агрегации. Лечение тромбоцитопатий в основном симптоматическое: организация режима, диета, местная терапия, заместительная терапия донорскими тромбоцитами (при геморрагическом синдроме), назначение препаратов, стабилизирующих сгусток, ингибиторов фибринолиза.

Тромбоцитопения – стойкое снижение тромбоцитов ниже нормальных значений. Изолированная тромбоцитопения, не связанная с нарушением плазменного гемостаза, характеризуется удлинением времени кровотечения, нормальными показателями коагулограммы, снижением или отсутствием ретракции сгустка. Единой классификации тромбоцитопений не существует, основные используемые в онкологии и гематологии представлены в таблице 1.

В гематологии принято называть тромбоцитопенией состояния, связанные со стойким снижением тромбоцитов ниже 100 x 10³/мкл. При количестве тромбоцитов выше 50 тыс./мкл имеет место лёгкая форма, при которой никакой угрозы здоровью нет, однако такое состояние требует обязательной консультации гематолога для исключения системного заболевания крови. Количество тромбоцитов (20-50) x 10³/мкл не может самостоятельно быть причиной геморрагического синдрома и локальной кровоточивости, однако является грозным симптомом, также требующим обследования у гематолога. Надо помнить, что при средней степени тяжести тромбо-

цитопении противопоказаны инвазивные манипуляции (хирургическое лечение, эндоскопические методы исследования, трепанобиопсия, раздельное диагностическое выскабливание, экстракция зубов, естественные роды) в связи с высоким риском кровотечений из места повреждения тканей. При необходимости оказания указанной помощи необходима консультация гематолога, после этого – трансфузия тромбоцитарной массы (при отсутствии противопоказаний), после чего в стационарных условиях с адекватной трансфузионной поддержкой возможно выполнение необходимого объёма лечения. Тяжёлая тромбоцитопения (менее 20 x 10³/мкл) характеризуется высоким риском спонтанных кровотечений, поэтому относится к угрожающим жизни состояниям. При выявлении столь низкого количества тромбоцитов необходима экстренная госпитализация в гематологический стационар. Такие больные нуждаются в строгом постельном режиме, специализированном обследовании с обязательным проведением стерильной пункции.

В зависимости от степени проявления геморрагического синдрома определяются показания к трансфузии тромбоцитарной массы. При наличии даже выраженных петехиальных и синячковых высыпаний на ногах возможна выжидательная тактика, если есть любое количество, даже единичных петехий на верхней половине туловища, кровоизли-

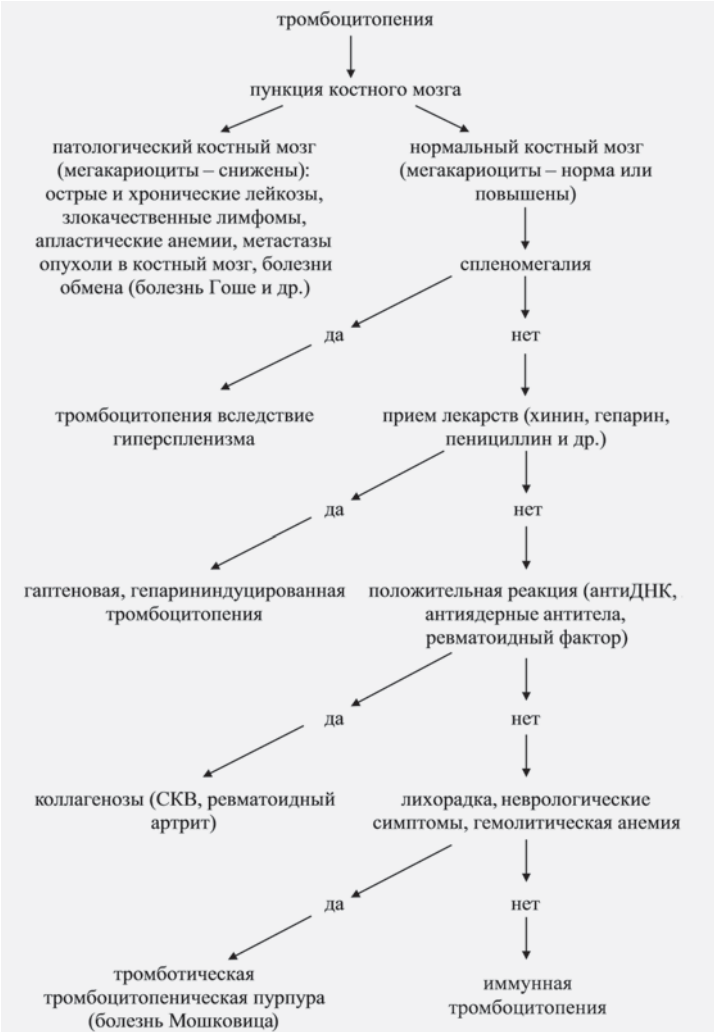


Рис. 1. Дифференциальная диагностика тромбоцитопений

яния в склеры, слизистую ротовой полости, десневые, носовые кровотечения, требуется немедленная трансфузия тромбоцитарной массы. Аналогичная медицинская помощь, даже при отсутствии геморрагического синдрома, требуется при крайне тяжёлой степени тромбоцитопении, когда количество тромбоцитов в крови менее 10×10^3 /мкл. Такая лечебная тактика связана с доказанным высоким риском развития фатальных геморрагических осложнений: профузные кровотечения (в желудочно-кишечном тракте, лёгких, массивная гематурия, маточное кровотечение) и кровоизлияния (головной мозг). Минимальным адекватным количеством, необходимым для профилактики тяжёлых кровотечений, является четыре дозы тромбоцитарной массы или один тромбоконцентрат. Причём после трансфузии не следует ожидать прироста количества тромбоцитов, так как они сразу после попадания в сосудистое русло реципиента формируют пристеночный пул, что помогает достигать клинического улучшения геморрагического синдрома.

Дифференциальная диагностика изолированных тромбоцитопений (без выраженного нарушения коагуляционного гемостаза) представлена на рисунке 1.

Тромбоцитопения при нарушении продукции тромбоцитов диагностируется при обнаружении патологического костного мозга, в котором снижено количество мегакариоцитов. Дальнейшее обследование в этом случае необходимо проводить под наблюдением гематолога, тактика коррекции тромбоцитопении полностью совпадает с описанными рекомендациями.

Тромбоцитопения вследствие гиперспленизма устанавливается при наличии увеличенной в размерах селезёнки, отсут-

ствие поражения костного мозга, сочетается с анемией, часто гемолитического характера, лейкопенией (такое состояние называется панцитопенией). Лечение тромбоцитопении симптоматическое, малоэффективное без устранения причины гиперспленизма, при тяжёлой тромбоцитопении требующее проведения спленэктомии (противопоказана при заболеваниях печени, приводящих к портальной гипертензии).

Гаптенная тромбоцитопения может развиваться при приёме многих лекарственных препаратов, как правило, длительно и в больших дозах. Для установления диагноза необходимо исключить другие причины тромбоцитопении, лечение связано с устранением причины заболевания, требуется пожизненный отказ от препаратов, связанных с развитием тромбоцитопении (эмпирически).

Симптоматическая (вторичная) тромбоцитопения является следствием системных воспалительных заболеваний (системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.). Диагностика связана с обнаружением клинических и лабораторных маркёров коллагенозов, лечение направлено на устранение причины тромбоцитопении (противовоспалительная терапия).

Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Мошковица) – тромбоцитопения с характерным геморрагическим синдромом в связи с резким повышением агрегации тромбоцитов с образованием тромбоцитарных тромбов, состоящих из тромбоцитов и фактора Виллебранда, в мелких сосудах большинства органов. Патогенез заболевания связан с недостаточностью фермента ADAMTS-13, уменьшающего размеры мультимеров фактора Виллебранда посредством их расщепления, в результате чего массивные молекулы резко активируют адгезию и агрегацию тромбоцитов. Выделяют наследственную и приобретённую форму тромботической тромбоцитопенической пурпуры. При наследственной форме дефицит ADAMTS-13 вызван мутацией гена, приобретённая (идиопатическая, при аутоиммунных заболеваниях, при злокачественных опухолях, связанная с беременностью, лекарственная, после трансплантации костного мозга, другие формы) – характеризуется образованием антител к этому ферменту. Во всех случаях характерным признаком заболевания является

снижение уровня активности ADAMTS-13 ≤ 5%. Диагностика тромботической тромбоцитопенической пурпуры сложна в связи с отсутствием у пациентов специфических клинических симптомов. Заболевание развивается, как правило, внезапно на фоне полного здоровья, часто после гриппоподобного синдрома. Выделяют характерную пентаду признаков: тромбоцитопения (100%) с классическим тромбоцитопеническим геморрагическим синдромом; микроангиопатическая гемолитическая анемия (100%); ретикулоцитоз, шистоцитоз, непрямая гипербилирубинемия, повышение активности лактатдегидрогеназы, снижение гаптоглобина сыворотки, отрицательная проба Кумбса; неврологические нарушения (60-90%); поражение почек (40-95%); лихорадка (25-60%). Основная схема лечения (необходимо начать в первые сутки болезни): плазмаферез в большом объёме или трансфузии свежезамороженной плазмы, глюкокортикостероиды, дезагреганты (если количество тромбоцитов больше 50×10^3 /мкл). Применение указанного алгоритма лечения позволяет добиться выздоровления у 70-90% больных.

ИТП (иммунная тромбоцитопения, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, болезнь Верльгофа) – иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся повышенным разрушением и нарушением продукции тромбоцитов, сопровождающееся транзиторным или персистирующим снижением количества тромбоцитов менее 100×10^3 /мкл. Термин «идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура» рекомендовано исключить из употребления, а аббревиатуру ИТП следует применять для обозначения иммунной тромбоцитопении. Клинические формы ИТП: острая (< 3 мес.), подострая (3–12 мес.),

Таблица 2

Классификация гемофилии по степени тяжести

Степень тяжести	Уровень фактора свёртываемости крови: % активности (МЕ/мл)	Случаи кровотечения
Тяжёлая	1% (< 0,01)	Спонтанное кровоизлияние, главным образом в суставы и мышечные ткани
Средняя	1-5% (0,01-0,05)	Периодическое спонтанное кровотечение, сильное кровотечение при травме, хирургическом вмешательстве
Лёгкая	5-40% (0,05-0,40)	Сильное кровотечение при серьёзной травме или хирургической операции

хроническая (> 12 мес.). Степени тяжести ИТП: лёгкая форма (тромбоцитопения более 20×10^3 /мкл, отсутствие кровоточивости); средней тяжести (тромбоцитопения более 20×10^3 /мкл, петехиальные высыпания на нижней половине тела); тяжёлая форма (тромбоцитопения менее 20×10^3 /мкл, петехиальные высыпания (верхняя половина тела), кровоизлияния в жизненно важные органы или кровотечения.

Диагностика ИТП: тромбоцитопения менее 100×10^3 /мкл, нормальные размеры селезёнки, исключение системных заболеваний крови, исключение вирусных инфекций (гепатиты В, С, ВИЧ), системных заболеваний соединительной ткани, наличие мегакарицитоза в костном мозгу, реже мегакариоцитопении, наличие мелких, одноядерных форм мегакариоцитов с нарушением отшнуровки тромбоцитов, исследование антитромбоцитарных антител (> 200%). Лечение ИТП при лёгкой форме симптоматическое, при стойком снижении тромбоцитов менее 50×10^3 /мкл, наличии клинических проявлений применяется длительная гормонотерапия (преднизолон) или пульс-терапия (метипред, солумедрол), при неэффективности первого этапа лечения – иммуноглобулин человеческого в высоких дозах, спленэктомия, синтетические аналоги тромбopoэтина (ромиплостим, элтромбопаг).

Прогноз заболевания при острой форме хороший (длительная полная ремиссия), хронические формы нуждаются в пожизненной симптоматической терапии, профилактике снижения количества тромбоцитов менее 50×10^3 /мкл.

Нарушение внешнего пути свёртывания коагуляционного гемостаза – дефицит II, V, VII, X факторов свёртывания. Выделяют врождённые и приобретённые (дефицит витамина К (энтеропатии, нарушение поступления с пищей), нарушение функции печени, передозировка непрямыми антикоагулянтами) формы заболевания. Диагностика связана с наличием характерного геморрагического синдрома (кожный петехиально-пятнистый тип кровоточивости, кровотечения из слизистых оболочек, такие как носовые, десневые, желудочно-кишечные, маточные, лёгочные кровотечения, макрогематурия), резкое изолированное удлинение параметров внешнего пути свёртывания в коагулограмме при отсутствии тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Лечение: введение препаратов протромбинового комплекса, витамина

К до нормализации ПТВ, симптоматическая, патогенетическая терапия (в зависимости от причины развития заболевания).

Патологии фибриногена: **врождённые (фибриногенопатии), приобретённые (ДВС-синдром, повышенный фибринолиз)**. Диагностика связана с клиническими проявлениями в виде кровоточивости при нормальном количестве тромбоцитов, удлинение всех тестов коагулограммы, резкое снижение фибриногена по Клаусу (менее 1 г/л). Лечение: препараты фибриногена, трансфузии криопреципитата, симптоматическая, патогенетическая терапия (в зависимости от причины развития заболевания). Повышенный фибринолиз требует назначения ингибиторов фибринолиза.

Нарушение внутреннего пути свёртывания коагуляционного гемостаза (гематомный тип кровоточивости):

• **Врождённые – гемофилии А, В, С** (наследственный дефект факторов свёртывания VIII, IX, XI).

• **Приобретённые – дефицит факторов VIII, IX** вследствие появления ингибиторов (лечение факторами VIII, IX, системные воспалительные заболевания (ревматоидный артрит, системная красная волчанка), инфекционные заболевания, пожилой возраст).

Гемофилии А, В – наследственные нарушения свёртывания, связанные с патологией гена, кодирующего факторы внутреннего пути плазменного гемостаза. Этиология – нарушение гена длинного плеча X-хромосомы (болеют лица мужского пола). Клинические проявления связаны с тяжестью заболевания, дебютуют в интранатальный период, когда во время прохождения через естественные половые пути развивается кефалогематома. Яркая манифестация гемофилии наблюдается при увеличении подвижности после полугода жизни, когда ребёнок начинает сидеть, вставать, падать и ударяться. Клиническая картина характеризуется гематомным типом кровоточивости – мягкотканые гематомы (межмышечные, забрюшинные), гемартрозы, экхимозы, носовые, десневые кровотечения, реже – желудочно-кишечные кровотечения. Классификация гемофилии по степени тяжести указана в таблице 2.

Диагностика связана с выявлением описанных выше анамнестических данных, наличием заболеваний у предков мужского пола, характерной клинической картиной заболевания, лабораторными данными (изолированное резкое увеличение активизированного частичного тромбoplastинового времени, снижение активности факторов VIII, IX, выявление ингибиторов к факторам VIII, IX), генетическим анализом. Для лечения в настоящее время в мировой практике используются два основных подхода: профилактический и в режиме demand (при состоявшемся кровотечении). Первый подход более трудоёмкий и дорогой, требует постоянного наблюдения за пациентом, регулярного введения недостающего фактора. При этом сохраняется минимальный уровень фактора, не развиваются кровотечения, что позволяет больным вести нормальный образ жизни, оставаться полноценными членами общества. Режим demand существенно экономит средства и время, однако не профилактирует развитие тяжёлых осложнений, что со временем приводит к инвалидизации больных и требует больших затрат на восстановление утерянных функций.

Профилактика (средство выбора по рекомендации Всемирной организации здравоохранения) бывает первичная, которая применяется до появления симптомов, и вторичная – после частых осложнений. Таким образом, в развитых странах, в том числе и в Российской Федерации, в настоящее время используется профилактический подход к лечению гемофилии. Такое лечение необходимо начинать до клинической манифестации гемофилии в возрасте от 6 до 30 месяцев.

Современное лечение гемофилии – это патогенетическая терапия, направленная на устранение причины повышенной кровоточивости. Для этого используются донорские концентраты факторов или рекомбинантные факторы VIII, IX с клиническим и лабораторным контролем. Введение криопреципитата или свежезамороженной плазмы неоправданно в связи с низкой эффективностью, требующимися большими объёмами, риском аллергических реакций и заражении трансмиссивными инфекциями. При необходимости хирургического лечения необходимо также использовать факторы свёртывания, причём их дозировка и продолжительность применения зависят от типа выполняемой операции. Примерно у 10-30% больных гемофилией А и 1-5% больных гемофилией В могут появиться ингибиторы к факторам свёртывания крови. У пациентов с ингибиторами при гемофилии А возможна ликвидация их посредством индукции иммунной толерантности, до начала которой следует избегать препаратов VIII фактора, например, используя шунтирующие средства. Общего мнения по вопросу оптимального проведения индукции иммунной толерантности не существует,

рекомендуется использовать высокие дозы факторов свёртывания, часто в сочетании с глюкокортикоидами.

Сочетанное нарушение и тромбоцитарного и коагуляционного звена гемостаза (смешанный (синячково-гематомный) тип кровоточивости) проявляется петехиальной сыпью, экхимозами, кровотечениями из слизистых (носовые, десневые), послеоперационными, послеродовыми кровотечениями. Наиболее часто подобным образом проявляется болезнь Виллебранда (коагулопатия – нарушение функции VIII фактора, тромбоцитопатия – нарушение агрегации тромбоцитов) и ДВС-синдром (коагулопатия потребления – снижение всех факторов свёртывания, гипофибриногенемия, активация или истощение фибринолиза, тромбоцитопения, тромбоцитопатия потребления).

Болезнь Виллебранда – наследственное заболевание крови, характеризующееся возникновением эпизодических спонтанных кровотечений в связи с нарушением количественной или качественной функции фактора Виллебранда (VWF). Этиология – нарушение функционирования генов 12-й, 22-й пар хромосом. Клинические формы: I тип – количественный дефект VWF (частота 75-80%); II тип – качественный дефект VWF (частота 15%), разделяется на подтипы: 2А, 2В, 2М, 2N; III тип – сочетанный дефицит в плазме, тромбоцитах, эндотелии (частота 5%), самая тяжёлая форма заболевания; синдром Виллебранда – повышение чувствительности тромбоцитов к VWF вследствие мутации рецептора на мембране тромбоцитов; приобретённая болезнь Виллебранда – при аутоиммунных, лимфопролиферативных заболеваниях, аортальном стенозе.

Диагностика болезни Виллебранда: Этап 1: определение количества тромбоцитов, времени кровотечения, тесты коагулограммы;

Этап 2: исследования количества фактора VIII, VWF, ристоцетин-кофакторной активности;

Этап 3: тест на ристоцетин индуцированную агрегацию тромбоцитов, исследование структуры и функции VWF.

Лечение болезни Виллебранда: десмопрессин (синтетический аналог вазопрессина), одним из эффектов которого является выброс VIII фактора свёртывания и VWF из сосудистой стенки; транексамовая кислота; этамзилат; концентрат фактора VIII.

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС-синдром, коагулопатия потребления, тромбгеморрагический синдром) – это клинически выраженное системное нарушение свёртывания крови с массивным потреблением факторов свёртывания и развитием полиорганной патологии. Причины ДВС-синдрома: инфекции, опухоли, заболевания системы крови (острые лейкозы, эссенциальная тромбоцитемия, гемолитические анемии, серповидноклеточная анемия), акушерские осложнения, патология сосудистой стенки, шок любой этиологии, синдром массивного повреждения тканей (краш-синдром), интоксикации, другие состояния. Патогенетически выделяют гипер- и гипокоагуляционную фазы ДВС-синдрома, однако эти стадии могут не только сменять друг друга, но протекать практически одновременно, рецидивировать (гипокоагуляционная фаза), поэтому клинически они не выделяются.

Клинические формы ДВС-синдрома: острая, подострая и хроническая.

Клиническая картина острого ДВС-синдрома связана с гиперкоагуляционным синдромом или кровоточивостью с обязательным развитием полиорганной недостаточности (энцефалопатия, бронхиальное дыхание как признак интерстициального отёка лёгких, гепатоспленомегалия, анурия, переходящая в полиурию, парез кишечника). Лабораторная диагностика острого ДВС-синдрома: укорочение или удлинение времени свёртывания, отсутствие ретракции сгустка, истощение фибринолиза, тромбоцитопения, увеличение продуктов деградаци фибрина; увеличение активизированного частичного тромбoplastинового времени; уменьшение фибриногена и антитромбина III. Лечение острого ДВС-синдрома связано с использованием свежезамороженной плазмы, гепарина, тромбоконцентрата при тромбоцитах ниже 20×10^3 /мкл или резистентном к СЗП геморрагическом синдроме при любом уровне тромбоцитопении, а также с устранением причины ДВС.

Таким образом, клинические проявления кровоточивости, несмотря на огромное внешнее разнообразие, можно принципиально разделить на несколько групп, внутри которых, понимая патогенез заболеваний системы свёртывания, проводить несложные диагностические мероприятия с целью точного установления диагноза и проведения адекватных лечебных мероприятий.

Николай СТУКЛОВ, профессор.

Российский университет дружбы народов.

С 1993 г. территории вокруг Баренцева моря, принадлежащие России, Норвегии, Швеции и Финляндии, начали создавать совместные научные и гуманитарные проекты. Все эти годы в них принимает активное участие Северный государственный медицинский университет. Общее море, схожие климатические и географические условия дают возможность решать проблемы, связанные с экологией и здоровьем населения совместными усилиями. Не исключением стал проект, разработанный кафедрой общественного здоровья Арктического университета Норвегии в Тромсё и поддержанный Министерством иностранных дел Норвегии, – Летняя Баренц-школа (Barents Summer School). Первыми в её работе приняли участие в Киркенесе представители университетов Тромсё, Оулу, Умеа и Архангельска. Тема проекта этого года – эпидемиология на Крайнем Севере. Участниками школы были докторанты и исследователи из Норвегии, России, Швеции и Финляндии.

Работая на общество

Основным направлением теоретической и практической подготовки участников стало изучение влияния факторов окружающей среды на организм человека на Крайнем Севере. Были представлены текущие и перспективные исследования и возможные точки повышенного интереса учёных разных стран. Лекции читали профессора из Канады, Великобритании, Финляндии и Норвегии – первоклассные специалисты в области эпидемиологии. Всё обучение и защита собственных проектов проходили на английском языке. Представители СГМУ – Ольга Харькова, Екатерина Кригер, Виталий Постоев, Анна Усынина, Антон Коваленко и Юрий Сумароков – также выступали с презентациями оригинальных исследований и были активно включены в работу школы.

Рассказывает участница Летней Баренц-школы доцент кафедры неонатологии и перинатологии СГМУ Анна Усынина:

– Формат международной школы дал нам возможность ознакомиться со своими научными проектами коллег, изучающих те же или смежные вопросы, посвящённые здоровью человека и экологии среды обитания в Баренц-регионе. Для меня было очень важно получить отзывы не только от именитых профессоров, но и от участников. Вопросы грамотного планирования исследования, соблюдение этических норм, правильная статистическая обработка результатов – как оказалось, многие исследователи в ходе реализации своих научных идей сталкиваются с одинаковыми трудностями. Нам действительно было что обсудить. Причём дружеское общение продолжалось и вне рабочих часов: во время обедов, по вечерам, в ходе организованных общих мероприятий для участников. Не ошибусь, если скажу, что приобретение новых друзей в научном мире – одна из задач подобных школ. Положительным опытом для всех нас стало участие в ролевой игре. Она была посвящена непростым вопросам взаимоотношений исследователей, общественности и представителей власти. Грамотное решение в случае непонимания одних другими – одно из условий успешной реализации научных идей. Важно, чтобы учёный понимал, что он работает не для себя. Общество имеет право знать результаты работы и те потенциальные положительные моменты, которые дают право для проведения исследования. В ходе ролевой игры мы смогли пообщаться как с учёными с мировым именем, так и с представителями местной власти, Баренц-секретариата, журналистами.

Время отдыха участников школы также было тщательно спланировано. Не думаю, что для многих крабовая охота была привычным делом. Мы побывали на ней впервые, получив незабываемые впечатления!

Близкий город Киркенес

Так уж исторически сложилось, что Норвегия – одна из немногих стран Европы, которая рука об руку с Россией строила и воевала, осваивала морские просторы и управляла территориями. Одной из таких совместных территорий и были окрестности города Киркенеса. Норвегия получила их в своё владение лишь в 1826 г., а до этого земли находились в пользовании

Контакты учёных и студентов

Летняя Баренц-школа – проект долгосрочный. Её планируется ежегодно проводить в одной из стран региона. В 2016 г. принимающей стороной станет Россия (Архангельск). Основное научное направление работы школы также будет меняться, обсуждаться в течение года и анонсироваться весной.

– Участие специалистов Северного государственного медицинского

В рамках этого соглашения появились постоянные проекты в области практического здравоохранения, образования и науки. Они носили научно-практический характер и касались внедрения новейших медицинских технологий в Архангельске. Одновременно начали привлекаться ведущие специалисты крупнейших норвежских клиник Осло, Бергена, Тронхейма с целью обмена опытом. Но основным было и остаётся сотрудничество с Арктическим университетом Норвегии.

ко. – В то время я активно изучала гистологию, поэтому знание основ иммуногистохимического исследования было очень актуально для меня. Шестинедельная практика в лаборатории вместе с опытным наставником Туне Бьёрнсон пролетела на одном дыхании. Было безумно интересно работать с биопсийным материалом, учиться готовить срезы препаратов с помощью специального инструмента – микротомом, а дальнейшее окрашивание препаратов необходимыми комбинациями растворов, представляющими собой

Сотрудничество

Это дружелюбное общее море

Примером укрепления гуманитарных, образовательных, научных связей между сопредельными государствами может служить Евро-Арктический регион



Начальник Управления международного сотрудничества СГМУ Юрий Сумароков (в центре) с давними партнёрами деканом медицинского факультета Университета Тромсё Арфинном Сундсфьордом (слева) и заместителем директора университетской клиники Северной Норвегии Магне Йонсоном

двух государств. Но официальная граница не стала преградой для людей, и сотрудничество продолжалось. Как и советский народ, норвежцы перенесли все тяготы Второй мировой войны. Немецкая авиация бомбила Киркенес не меньше, чем Архангельск, для его разрушения было сделано более 300 боевых вылетов. Жители северного города слышали звуки воздушной тревоги в общей сложности 1015 раз. Огонь с воздуха унёс множество человеческих жизней, почти все постройки были разрушены. Именно поэтому Россия и Норвегия знают истинную цену мирного неба над головой.

Норвежцы признательны русским потому, что наши солдаты спасли Киркенес от фашистской оккупации. В знак благодарности в центре города был установлен памятник советскому воину-освободителю, за которым тщательно ухаживают. Город примечателен ещё и тем, что на указателях названия улиц, площадей и значимых мест пишутся на двух языках – норвежском и русском. Практически каждый десятый житель имеет русские корни. Визовый режим с Мурманской областью упрощён. Поездка в Киркенес для жителей посёлка Никель, что находится в льготной 30-километровой зоне, – обычное дело. В незамерзающий городской порт заходят и рыбацкие шхуны, и российские сухогрузы, и транспортные паромы, и круизные лайнеры, поэтому здесь всегда много моряков и туристов. Этим летом Киркенес стал не только местом активного отдыха и торговли, но и прекрасной базой для совместных научных изысканий и международного обмена опытом в области медицины и экологии.

университета в этом новом перспективном проекте – не случайно, – поясняет начальник Управления международного сотрудничества СГМУ Юрий Сумароков, также побывавший в составе архангельской делегации в Киркенесе.

Первые контакты между профессорами СГМУ и Арктического университета Норвегии (тогда он

Студенческие обмены между нашими вузами начались с 1993 г. и финансировались при поддержке Программы здравоохранения Баренц-региона Минздрава Норвегии. Главной целью обменов стала подготовка будущих врачей для Европейского Севера России на базе клиник Норвегии. За последние 10 лет только в Арктическом университете Норвегии прошли стажировку и обучение более 100 студентов СГМУ, из которых 32 продолжают научные исследования после окончания медицинского университета в рамках совместных проектов. С 2009/2010 учебного года введено обучение ряда студентов на медицинском факультете в Тромсё в течение более длительного периода времени (до одного семестра).

В этом году подписано соглашение между стоматологическими факультетами СГМУ и Арктического университета Норвегии, что предполагает развитие активного сотрудничества стоматологов двух стран. Опыт, который приобретают архангельские студенты-медики в университетской клинике Тромсё, бесценен. Высокие технологии и методики лечения и диагностики, применяемые норвежскими

первичные, вторичные антитела и маркёр, просто творили чудеса: в итоге мы получали препарат с коричневым окрашиванием искомым нами фрагментов. Кроме работы в лаборатории, я побывала на цикле лекций, посвящённых молекулярным и клиническим аспектам рака.

Как студентке, перешедшей лишь на 4-й курс, порой было чрезвычайно сложно воспринимать материал по генетике опухолей, но, могу сказать честно, я старалась. Будучи уже 6-курсницей я побывала на стажировке в Университете Тромсё ещё раз. Задачей практики тогда явилось знакомство с различными методиками исследований в молекулярной биологии. На этот раз моим руководителем практики был профессор Юрий Киселёв. Проводя свои исследования в области молекулярных основ развития раковых заболеваний, он активно вовлекал в него и меня. За время стажировки мне удалось поработать в клеточной лаборатории, где ежедневно требовалось проводить сплитинг (рассаживание) необходимых для работы раковых клеток, готовить их к проведению дальнейших исследований, таких как ПЦР, Western blot, xCelligence, конфокальной микроскопии.

Стажировка в Арктическом университете Норвегии открыла для меня много нового. Я поняла, что медицина – это не только ежедневная работа в клинике с пациентами, а ещё и удивительный мир научного, лабораторного исследования, на основах которого и построена вся современная врачебная наука.

– Со студенческой скамьи, – продолжает доктор Сумароков, – мы готовим ребят к тому, чтобы, получив опыт зарубежных стран Баренц-региона, они успешно применяли его на Родине. – Совместная с Арктическим университетом Норвегии программа подготовки врачей-исследователей (PhD-школа) позволит им защищать диссертации под научным руководством лучших специалистов обеих стран и продолжать работу в России. Если говорить о перспективах, то наиболее высок потенциал нашего сотрудничества с норвежскими коллегами в совместных научных исследованиях. С этого учебного года в СГМУ появится новое направление в международных обменах студентов – групповая исследовательская практика. Около 10 человек дополнительно будут ежегодно направляться на стажировку в Университет Тромсё исключительно для участия в научных проектах. Приоритетным направлением станет развитие арктической медицины.

Екатерина НЕМАНОВА.
Архангельск.



Стажировка в лаборатории Арктического университета Норвегии

назывался Университетом Тромсё) возникли в конце 1980-х годов, когда упал «железный занавес». Как только стало возможным свободно выезжать за границу, активно общаться с зарубежными коллегами, сразу появились первые совместные проекты. В 1992 г. было подписано первое соглашение о сотрудничестве между архангельским тогда ещё медицинским институтом и Университетом Тромсё и принадлежащей ему клиникой.

коллегами, на сегодняшний день являются передовыми.

На благо арктической медицины

– Первая моя стажировка в Норвегии состоялась после окончания 3-го курса, – рассказывает ординатор кафедры лучевой диагностики, лучевой терапии и клинической онкологии СГМУ Дарья Дубовичен-

Назначить встречу с директором Новосибирского НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России академиком РАН Александром Караськовым не так-то просто: практически ежедневно он в операционной. За два последних месяца директор выполнил 40 операций. С этой темы и начался разговор корреспондента «МГ» с руководителем крупнейшего за Уралом научно-клинического центра.

— Разве это норма для руководителя — стоять у операционного стола вместо того, чтобы, сидя в кабинете, раздавать поручения?

— Для меня это — норма. Институт-то хирургический, и здесь настоящий «вожак» всегда должен показывать пример в работе. Чтобы в коллективе появлялись «звёзды», руководитель обязан сам демонстрировать высший пилотаж. Если ты этого не делаешь, то все процессы в институте будут идти в целом планомерно, но не на том уровне, который позволит учреждению быть центром, где создаются приоритетные технологии мирового уровня.

К примеру, только что Новосибирский НИИПК получил грантовую поддержку Южно-Калифорнийского университета (University of Southern California, USC) на проведение научно-клинических исследований в области гибридных технологий и аритмологических технологий в кардиохирургии. Два из пяти разыгрываемых на весь научный мир грантов выиграл наш институт.

— Это к вопросу об уровне российской науки, который несправедливо пытаются принизить. Другая новость: НИИ-ИПК удостоен премии Правительства РФ за технологию интервенционного лечения фибрилляции предсердий. В чём новизна технологии?

— В том, что она содержит новые знания о природе тахикардии аритмии. Нашими учёными были открыты ганглиевые сплетения, которые вызывают дополнительные импульсы, приводящие к нарушению ритма вплоть до фибрилляции предсердий и внезапной смерти. Также мы создали технологии опознавания ганглиевых сплетений и лечения фибрилляций, ассоциированных с ними. Причём лечения на совершенно другом уровне: не с помощью дефибриллятора, когда человек уже фактически в состоянии клинической смерти, а методом превентивной абляции ганглиевых сплетений, что даёт хороший клинический результат. Пожалуй, это единственная отечественная медицинская разработка за последние 10 лет, которая получила мировое признание и взята на вооружение национальными медицинскими центрами США и Европы.

— В сентябре ваш институт проводит международный симпозиум по методам клеточных технологий. Речь идёт об их использовании в отношении сердечно-сосудистой патологии?

— Разумеется. Начиная эту работу несколько лет назад, мы брали мезенхимальные клетки для получения эндотелиоцитов, которые могли бы выполнять задачу реваскуляризации миокарда у пациентов, перенёвших многократные инфаркты. Мы понимали тогда и понимаем сейчас, что в России закрыть потребность в трансплантации сердца пока невозможно. К примеру, наша клиника получает 5-6 донорских сердец в год, а потребность — сотни пересадок. Для проведения исследований по клеточной реваскуляризации



начнём хотя бы с одного. У нас есть учёные, есть технологи, есть диагносты, есть клиницисты, которые могут просто взять и создать такой центр в считанные дни.

— Не хватает только закона?

— Не только закона, не хватает и реше-

скоро вы умеете зарабатывать деньги теми же грантами?

— Мы не только грантами зарабатываем. В 2007 г. в клинике было выполнено 6 тыс. операций, в 2008-м — 9 тыс., в 2010-м — 12 тыс., а в последние 3 года выполняем от 14 до 15 тыс. вмешательств. Число выписанных из клиники пациентов в нынешнем году не снизится, более того, я думаю, увеличится: в прошлом году было 16 183, в этом должны пролечить 17 500 человек, по нашим расчётам. За

ные клиники в объёмы системы обязательного медицинского страхования бесперспективна, на тарифе ОМС мы не сможем развивать новейшие технологии и вынуждены будем отсеивать пациентов: тяжёлых и сложных не берём, а берём простеньких, незатратных. Один пример: сложнейшая реконструктивная операция Норвуда (при синдроме гипоплазии левого сердца, когда у ребёнка недоразвит левый желудочек, левое предсердие, и аорты практически нет. — Е.Б.)

Наши интервью

Когда мы начнём «ДОГОНЯТЬ» мир?

Откровенный разговор о российской науке и кардиохирургии

был создан научный кластер, в который вошли лаборатории нескольких новосибирских институтов тогда ещё РАМН и РАН. Целевой группой стали кардиологические больные с запредельно низкой фракцией выброса, когда человек уже не встаёт с кровати, живёт на системах поддержки и нуждается в трансплантации сердца. Имея клеточную субстанцию, мы смогли с помощью микротехники войти в миокард, в зону гибернации и создать там клеточный тоннель, то есть обеспечить возможность для разрастания сосудов в «мёртвой зоне».

— Результаты оправдали ожидания?

— У 75% пациентов мы добились очень хороших эффектов на период от 2-3 до 5 лет. Кому-то продлили жизнь, кого-то стабилизировали, что позволило больному дожидаться пересадки сердца. В то же время полученные результаты поставили перед учёными массу новых вопросов и проблем.

К примеру, оказалось, что данная технология работает только у 75% больных, причём в возрастной группе до 55 лет. У людей старшего возраста процент положительных результатов не превышает 30.

— Объяснение этому феномену — процессы старения?

— Да, поэтому требуется работать уже с другими клетками, а именно плюрипотентными, которые имеют гораздо больший потенциал. На предстоящем симпозиуме мы готовы показывать полученные нами данные, японцы покажут свои, американцы — свои. В целом же, используя возможности данного форума, мы хотим заострить и перед правительством, и перед Президентом РФ вопрос о создании в стране первого центра клеточных технологий. К стыду нашему, ни одного такого центра в России нет. В США их более 200, в Германии — 87. Они работают в рамках трансляционной медицины, по сути дела создавая индивидуальный пакет лечения для каждого пациента.

Чтобы наша страна могла догнать мир по масштабам и результатам биотехнологических исследований, для начала необходимо, чтобы Госдума РФ наконец-то разродилась законом о клеточных технологиях. По-хорошему, России сегодня нужно как минимум 5-6 центров клеточных технологий, но давайте

ния со стороны руководства страны. Президент ещё в 2008 г. сказал, что нужно создавать центры клеточных технологий, но тема так и не получила развития.

Вообще реформа российской науки, вокруг которой было столько шума, давно должна была произойти, потому что деньги в этой сфере тратятся безрассудно. Из 100 млн долл., выделенных в России на науку, 98% направлены на исследования в области термоядерной физики, космической физики, технологических процессов, и только 2% — на область биомедицины, клеточных технологий.

— Кстати, новый закон о науке и трансформация академий как-то затронули ваш институт? Что-то изменилось в его работе?

— Вне всяких сомнений, изменения неизбежны. В рамках данного закона мы в конце 2013 г. провели в институте достаточно жёсткий внутренний аудит и последующие «реформы». Оценка проводилась по объективным критериям, ничего личного: лаборатории и центры отчитались о своей публикационной активности, индексу Хирша, грантовой активности, диссертационным работам и т.д.

Те из подразделений, которые, согласно требованиям закона, не соответствовали своему статусу, расформированы или трансформированы. Например, центр приобретённой патологии и центр детской хирургии объединены в центр новых технологий, а центр эндоваскулярной хирургии и аритмологический центр реорганизованы в центр интервенционной кардиологии.

— Новая организационная структура института оптимальна и эффективна?

— Безусловно. Уже за первый год работы именно такая структура позволила нам реализовать много новых проектов и быть экономически стабильными. В целом же с конца 2012 г. и до настоящего времени институт только на грантах Российского фонда фундаментальных исследований и Минпромторга России получил порядка 300 млн руб.

— Правильно ли я понимаю, что происходящие объективные трудные бюджетные процессы, которые коснулись всех медицинских учреждений, включая федеральные, для НИИПК не страшны, коль

каждым пациентом «идут» деньги из бюджета или системы ОМС.

Плюс — гранты, которые институт тоже неспроста получил: часть доходов клиники мы всегда выделяли на развитие науки. То есть фактически мы много лет подряд инвестировали часть заработанных средств в научные исследования, в собственные клинические разработки, и теперь уже можем на этом зарабатывать деньги.

— Взаимоотношения института с системой ОМС вас устраивают?

— Тариф ОМС, естественно, значительно меньше, чем тариф Минздрава. Но мы нашли внутренние ресурсы и пока все заданные объёмы выполняем. На текущий год территориальный фонд ОМС оплачивает нам 3,5 тыс. операций.

Работа в системе ОМС занимает в наших объёмах меньше 30%, остальное — госзадание от Минздрава на 12 тыс. операций, в том числе сверхнаисложнейших. Хотелось бы, чтобы и в следующем году было не хуже. Если же финансирование института сократят и по ОМС, и по федеральному бюджету, и у нас будет не 15-17 тыс. пациентов, а 10-12 тыс., мне придётся просить часть сотрудников подыскать себе работу где-то в других местах. То есть возникнет реальная угроза потерять команду, которая подбиралась годами.

— Тревожная перспектива...

— Но я пока ещё боец. В феврале этого года на площадке Президента было большое совещание с участием министра здравоохранения Вероники Игоревны Скворцовой. Там прозвучали данные: граждане России ежегодно вывозят за рубеж на лечение сердечно-сосудистой патологии 12,5 млрд евро — по сути два бюджета здравоохранения нашей страны. Я попытался объяснить, что надо дать возможность россиянам лечиться здесь, а для этого необходимо адекватно финансировать отечественные кардиоцентры. Вы сегодня вложили в наше учреждение рубль, а мы в течение года вам 3 рубля вернём. И это только в плане сухой экономики, не говоря о социальной значимости и имиджевой составляющей для государства.

На том форуме я высказал мнение, что попытка втолкнуть высокотехнологичные федераль-

в Германии стоит 130 тыс. евро, в США — почти 400 тыс. долл., причём государство оплачивает лечение. А я должен буду сделать то же самое с тем же результатом за 203 тыс. руб.

Итогом разговора стали заверения, что будет создан отдельный договор Федерального фонда ОМС и федеральных клиник, согласно которому тариф на лечение «сложных» пациентов с 2015 г. вырастет и станет не меньше той высокотехнологичной квоты, которая заложена Минздравом России.

Кроме того, на текущий год нам дали из федерального бюджета дополнительно 1500 квот, из них 175 дорогостоящих квот по взрослому и 135 по детской хирургии. То есть подвижки есть. Мы получили возможность делать суперуникальные операции у себя дома, не отправляя больных за рубеж.

— Вы согласны с поговоркой «Под лежачий камень вода не течёт»?

— Согласен. Поэтому и приходится «брать ноги в руки» и идти доказывать, убеждать.

— 15-17 тыс. операций для такого кардиоцентра — предел возможностей?

— Реальная потребность в нашей помощи сегодня, исходя из масштабов сердечно-сосудистой заболеваемости, — 30 тыс. операций в год, но, чтобы закрыть эту потребность, нам нужна дополнительная госпитальная база. Оперировать такое число больных мы можем, есть и кадры, и техническая оснащённость — не хватает коечного фонда.

— И пока вы даже не пытаетесь с кем-то говорить про новый корпус?

— Почему? Я во всю мощь работаю над этим, летаю в Минздрав, пытаюсь искать оптимальные варианты финансирования. Есть желающие построить дополнительный корпус для клиники им. Е.Н.Мешалкина в рамках государственно-частного партнёрства. Осталось получить согласие государства.

Вообще, я верю в то, что российская наука и медицина будут развиваться, иначе не может быть: мы приложили к этому слишком много усилий.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

«Врач последней надежды» — так называется фильм, премьера которого прошла недавно в московском Доме журналиста — о выдающемся хирурге-ортопеде, создателе уникального метода лечения патологий конечностей, Герое Социалистического Труда Гаврииле Илизарове. «Медицинская газета», конечно, не могла пройти мимо этого события. Создатель его — ныне режиссёр, руководитель киностудии «Киноконтакт», популярная актриса советского кино, заслуженная артистка РСФСР Галина Яцкина. Но оказалось, что судьба самой Галины Ивановны настолько, не побоюсь этого ответственного слова, уникальна, что это отдельная тема для рассказа. Судите сами. Но начнём всё-таки с события, которое нас познакомило.

— Почему именно доктора Илизарова вы выбрали героем своей новой документальной ленты?

— Когда мне было всего 23 года, я летела с первого в своей жизни международного фестиваля, из Румынии. В самолёте оказалась рядом с нашим прославленным кинорежиссёром, мэтром советского кинематографа Сергеем Аполлинариевичем Герасимовым, и он сказал мне тогда: «Галя, запомни: не забудь к концу жизни, если ты «зайдётся на горку», обязательно отдать долги тем, кто тебе помог». И вот я отдаю долги.

Гавриил Абрамович — мой спаситель, он вернул мне здоровье и красоту — я же была актрисой на костылях.

Ведь ещё в раннем детстве я попала в руки врачей. У меня признали туберкулёз правого голеностопного сустава. И с 3 до 7 лет я провела на больничной койке. Моё детство — белые халаты: няни, сёстры, врачи. Это был туберкулёзный санаторий в 10 км от Саратова. Дорога туда сложная. Но мой папочка приходил ко мне в любую погоду, преодолевая это расстояние пешком.

Так что в первом классе я училась, лёжа в постели. Но окончила его с отличием. Потом уже пошла в нормальную школу. Ножка была потоньше здоровой, я прихрамывала. Терпела дразнилки — дети ведь порой бывают жестоки: «Храм-храм, иди к нам, я тебе кусочек дам»...

— И при этом у вас родилась мечта стать актрисой?! Каким образом?

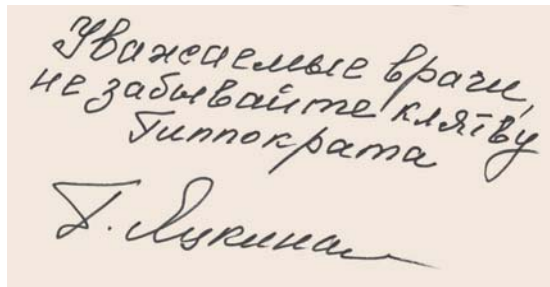
— А этим обязана ещё одному главному человеку в моей жизни, которому тоже отдала долг, сняв фильм «Натали». Это Наталья Иосифовна Сухостав, руководитель драмкружка при Дворце пионеров в Саратове. Она воспитала 150 народных и заслуженных артистов! Её ученики — Олег Табаков, Владимир Конкин... В том числе и я. Я пришла в кружок в начале 8-го класса. Она умела разглядеть в нас наши возможности. Когда я заканчивала школу, спросила меня: «Что думаешь делать?» Я ответила, что хочу попробовать в Саратовский театральный. Она сказала: «Нет. Табакова я направила в школу-студию МХАТ, а тебе советую в Вахтанговский». Знаменитое Щукинское училище — самая престижная театральная школа, самый большой конкурс!.. И я её послушала.

— А как родители отнеслись к этой идее?

— Ой, это были семейные баталии. Мои родители — очень простые люди. Папа был военным невысоких чинов, а потом работал в охране завода, мама — лифтер. А дочка — в артистки! Мама ни в какую! Я целыми днями плакала, уговаривала.



Во время съёмок фильма о Г.Илизарове, на фоне научного центра его имени в Кургане, 2013 г.



Галина
ЯЦКИНА:

Илизаров — мой спаситель

Мама восклицала: «Ваня! В Москву, в театральное — это же всё равно, что в публичный дом! Мы потеряем дочь!» Папа слушал, слушал, а потом твёрдо сказал: «Она поедет. И запомни, Зина, если она дура, она тебе и здесь в подоле принесёт, а если умная, то у неё и в Москве всё будет хорошо».

И вот я в Москве. Конкурс 1300 человек на место! В тот год поступают Марианна Вертинская, Никита Михалков!.. А у меня одно платье, 20 руб. денег и косички корзиночкой, с бантиками. Но я хорошо шла с тура на тур. И... поступила!

— С физическим изъясном! И этого никто не заметил?

— Комиссия 20 человек, все проглядели. И уже не хромала, потому что в школьные годы самостоятельно тренировала ногу спортивными занятиями. А перед комиссией вставала в третью позицию. Но комплекс-то у меня был страшный! Очень стеснялась даже сокурсников. По стеночке ходила. В столовую если в перерыве, так ждала, когда все поедят, а потом скорей что-то глотала.

И вдруг на первом же курсе — промысел Божий, иначе и не назовёшь — меня приглашают на главную роль в фильм «Половодье». Курс ведь у нас был очень красивый, все были интеллектуально развиты, кто-то играл на фортепиано, кто-то занимался языком. А я была такта — «Серая Шейка». Поэтому Господу Богу надо было мне помочь.

— Но ведь тогда студентам строго-настрого запрещалось сниматься в кино?

— Да, Никиту Михалкова за «Я шагаю по Москве» отчислили. Несмотря на фамилию. Но режиссёр фильма Искра Бабич, мудрая женщина, убедил нашего педагога — знаменитого Бориса Евгеньевича Захаву: «Давайте мы возьмём на зарплату одного из ваших педагогов, — предложила она ему, — и он будет контролировать весь процесс, чтобы у вас не было опасения, что кино как-то может испортить молодую студентку в творческом плане». И мне разрешили сниматься! Теперь встал вопрос: как же быть с моей ногой? В мастерской пластического грима мне изготовили специальный чулок. Я его надевала, и мои ноги становились одинаковыми. Он был отлит по специальной форме по размерам здоровой ноги,

раскрашен под натуральную ногу. В общем тонкая талантливая работа! Потом я в этом чулке и в «Женщинах» снималась.

— Этот фильм, наверное, главный в вашей киобиографии? Вашу Альку помнят зрители — картину частенько демонстрируют по телевидению. У вас там прекрасные партнёры — Нина Сазонова, Виталий Соломин, Инна Макарова. А ведь вы тоже ещё были студенткой?

— 3-го курса. Как и Виталий Соломин. Только он учился в Щепкинском, а я в Щукинском. Потом мы с ним ещё в двух фильмах вместе снимались. На партнёров мне очень везло! Янковский — мой земляк, Марина Неёлова, Станислав Любшин!

— Это был фильм «Слово для защиты». Ваша героиня — адвокат. И вы получили приз за лучшую женскую роль на Всесоюзном кинофестивале?

— Для меня это было совершенно неожиданно и до сих пор удивительно: там рядом со мной все такого высокого класса актёры!.. Кстати, в фильме «Возьму твою боль» я играла роль врача с Володей Гостюхиным. А в «Здравствуйте, доктор!» — супругу врача с Василием Лановым. Так что в смысле партнёров моя киобиография очень богата.

— Ещё очень запоминающийся фильм — если кто его хоть однажды видел, он просто рвёт душу — «Уроки французского». Там вы сыграли роль матери маленького героя.

— А вот в нём я как раз снималась на костылях. Меня забирали прямо из больницы, а потом возвращали. То есть как только звучала команда «Мотор!», костыли у меня забирали. Но автор этого произведения Валентин Распутин очень хотел, чтобы эту роль сыграла я.

— Почему возникли костыли, ведь вы даже не хромали, когда поступали?

— Вышла замуж. Конечно, хотела родить ребёнка. Но врачи запрещали. «Ребёнок заберёт костную ткань, сустав слабый, и вы окажетесь на костылях», — говорили мне. Но я послушалась, потому что понимала, что не хочу на старости лет только пересматривать фильмы со своими ролями — я хочу быть матерью. Когда еще в детстве меня «списали» все

родственники, говорили: «Ну что, девочка, конечно, хорошая, умная, но ведь она же будет сидеть у окна и смотреть на своих счастливых подруг»... И я сказала себе: «Нет, я сама буду счастливой!»

На тот момент я была приглашена на две большие роли, и у меня были сомнения, но я всё же решилась рожать. Мой сын Василий — теперь мой соратник и помощник. Но как и предсказали врачи, тогда я оказалась на двух костылях. А я в это время училась в аспирантуре, готовила диссертацию, преподавала в своём родном Щукинском училище.

— Актрисы бывают кандидатами наук?

— Где-то до 90-х годов я была единственная такая.

— И какова же тема вашей диссертации?

— «Специфика работы актёра в кино и на телевидении». И мне пришлось писать её, опять лёжа в больнице. Врачебный вердикт был: обострился костный туберкулёз. И меня кладут в туберкулёзную клинику на улице Достоевского в Москве. Там я провела 8 месяцев. Условия были, лучше не вспоминать, как говорится... 18 человек в палате, среди которых были и пациентки из числа заключённых, ещё те хулиганки, матершинницы... Благо моя кровать стояла у окна с видом на памятник Достоевского. А это мой любимый писатель, и я, утром, просыпаясь, говорила: «Здравствуйте, Фёдор Михайлович», а засыпая ночью: «Доброй ночи, Фёдор Михайлович». ...Но с лечением дело не двигалось.

Мой покойный муж взял мои снимки и поехал в Курган к Илизарову. Тот посмотрел их и сказал: «Здесь нет туберкулёза. Конечно, это последствие беременности. Костная ткань ушла на ребёнка». И вот кудесник Илизаров придумал операцию, которой исцелил меня от недуга. Я была его первой пациенткой такого рода.

Десять дней, как я лежала у него в центре, а ничего не происходило, он всё не брал меня на лечение. Я вся извелась. И вот наступил день, когда меня вызвали: «Срочно к Илизарову». Я ни жива ни мертва от волнения вхожу в кабинет, там белым бело от халатов — профессура, ученики. «Придумал я тебе операцию! — объявил мне Гавриил Абрамович.

— Будешь ходить без палки, водить машину, сниматься в кино и ещё морочить голову мужикам».

Это было двойное воздействие на ногу. С одной стороны, он заковал сустав, а с другой — сделал пластику, расширил ногу до размера здоровой. То есть я носила на ноге два аппарата — порядка 10 кг веса в течение 9 месяцев. И когда приезжали в центр какие-нибудь комиссии, иностранные делегации, он всегда вызывал меня. Я входила в кабинет и шла, как по подиуму, а потом по его просьбе расстёгивала сбоку молнию на брюках, и все видели эту сложную конструкцию.

— Вам к тому времени было...

— ...около 30 лет.

— И с тех пор вам больше не приходилось прибегать к лечению?

— Нет. Просто Гавриил Абрамович напутствовал меня — беречь ногу. Не нагружать длительной ходьбой. «Последнее пальто продай, но чтоб под тобой была машина!» — помню, сказал он мне. Следуя его совету, до сих пор вожу машину.

— В вашей нерадужной жизни была ещё одна героическая страница — Афганистан. Причём и здесь вы оказались первой. Расскажите, как это получилось?

— Всё было очень просто. В тот момент, как наш спецназ взял дворец Амина в Кабуле, я была в Индии в творческой командировке. Мне позвонили туда из Госкино и объяснили ситуацию. Не скрывали, что это опасно — горячая точка, все отказываются, боятся. Зархи тогда сказал: «Я Герой Соцтруда, но не Герой Советского Союза». А нужно всего-то снять сюжет для телевидения. Мне срочно делают визу и перебрасывают туда. Это уже там я поняла, что нужен был сюжет для программы «Время», который бы показали всей стране, что там всё благополучно — вот, мол, советская актриса, молодая звезда, находится сейчас в Афганистане с показом своих фильмов, что никакой паники и т.д.

Но после этого первого крещения я по договору с Госкино летала туда в течение 5 лет, выступала в госпиталях, преподавала студентам-афганцам. Незадолго до вывода войск я завершила эту свою деятельность, потому что поняла, что Господь мне уже сигналил. Уже дважды я была на волосок от смерти. Первый, это когда произошёл взрыв в соседнем помещении, где я вела занятия. Стена дала трещину, и меня отбросило взрывной волной, вместе со стулом я полетела на своих студентов. Второй сигнал — в аэропорту, ещё минута, и я бы переступила порог, когда там рвануло. И я поняла, что третьего дожидаться не надо.

— Ещё многие перипетии вашей жизни, Галина Ивановна, остаются, к сожалению, «за кадром» этого интервью. Но и так понятно, что ваша судьба — это готовый сценарий для художественного кино. Вам никто не говорил, что вы должны снять такой фильм?

— Да, эту мысль я слышала неоднократно... Но пока снимаю документальное кино. Наша студия «Киноконтакт», которая существует уже 23 года, создает просветительские фильмы. В этой работе мне очень помогает мой сын Василий — он художественный руководитель студии. С нашим проектом «Под солнцем» мы объехали большие территории России, Белоруссии, Украины. Своей основной задачей мы считаем возрождение духовности в обществе. Так что о художественном фильме пока не думаю, но книгу, возможно, напишу.

Беседу вела Нина АЛЕКСЕЕВА.

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



Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИВ, 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.
Дежурный член редколлегии — В.КЛЫШНИКОВ.

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

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, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ЗАО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 14-07-00380
Тираж 34 970 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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