

Медицинская

12 декабря 2014 г.
пятница
№ 93 (7518)

газета®

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

События

В начале славных дел

Подданные России, Италии и Ватикана награждены золотыми и серебряными медалями РНИМУ им. Н.И.Пирогова



В Культурном центре Главного управления по обслуживанию дипломатического корпуса Министерства иностранных дел РФ ректор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова профессор Андрей Камкин представил 7 первых российских студентов, прошедших тест IMAT (International Medical Admission Test). При этом они показали столь высокие результаты, что заняли лидирующие позиции среди всех абитуриентов Европы.

Первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян отметил, что международный проект, реализованный РНИМУ им. Н.И.Пирогова в кратчайшие сроки, беспрецедентен. Работу руководства университета отметили представители ведомств, особо поддерживавших устремления вуза, – заместитель министра образования и науки РФ

Андрей Камкин (справа) вручает золотую медаль архиепископу Ивану Юрковичу

Александр Климов и директор Первого Европейского департамента МИД России Александр Шульгин, который передал поздравления от министра иностранных дел Сергея Лаврова профессорско-преподавательскому составу и студентам РНИМУ им. Н.И.Пирогова в связи с получением статуса первого в России международного вуза, вошедшего в единую образовательную систему европейских университетов, – это большая честь и ответственность. С тёплыми словами в адрес активно продвигавших проект иностранных подданных обратился член президиума РАН академик РАН Владимир Чехонин – один из главных идеологов проекта.

Далее золотыми медалями РНИМУ им. Н.И.Пирогова за особые заслуги были награждены нунций Апостольской нунциатуры Святого престола, Чрезвычайный и Полно-

мочный Посол государства Ватикан в Российской Федерации архиепископ Иван Юркович, чей вклад в свершившееся трудно переоценить, ректор Туринского университета профессор Джанмария Айани, ректор Миланского университета Лука Ваго (с этими вузами у РНИМУ сложились особенно тесные отношения), сотрудники университета – руководитель НИУ профессор Максим Григорьев, проректор профессор Геннадий Порядин, ветераны профессор Юрий Пивоваров и Татьяна Дудина. Ряд специалистов вуза были награждены серебряными медалями.

Подробности – в ближайших номерах «МГ».

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

Дежурный по номеру: Магомет МУСТАФАЕВ

Заведующий клиникой челюстно-лицевой хирургии Республиканской клинической больницы Кабардино-Балкарии, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии медицинского факультета Кабардино-Балкарского государственного университета, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач КБР и РФ.

Стр. 13.



Перспективы

С помощью имплантатов

Впервые на территории СНГ были сделаны уникальные хирургические операции по восстановлению слуха при помощи стволомозговых имплантатов.

Это стало возможным благодаря сотрудничеству между Санкт-Петербургским НИИ уха, горла, носа и речи (директор – профессор Ю.Янов) и Российским научно-исследовательским нейрохирургическим институтом им. А.Л.Поленова (директор – доктор медицинских наук И.Яковенко), которые организовали первоклассную команду, состоящую из ведущих специалистов.

Восстановление слуха при помощи стволомозговых имплантатов – это очень сложная и передовая технология. Основным отличием от кохлеарной имплантации является электрод особого типа, который вживляется не в улитку, а непосредственно в ствол головного мозга.

Стволомозговая имплантация позволяет вернуть слух пациентам, которым ранее нельзя было помочь. В России таких сотни, среди них пациенты, страдающие редким заболеванием – нейрофиброматозом второго типа. При этом наследственном заболевании развиваются двусторонние невриномы слухового нерва, при хирургическом удалении этих опухолей повреждается слуховой нерв и человек теряет слух. Необратимое повре-

ждение слухового нерва может также произойти в результате черепно-мозговой травмы.

Потенциальными кандидатами на стволовую имплантацию являются дети, родившиеся с анатомическими аномалиями развития органа слуха, при которых отсутствует улитка или слуховой нерв, а также пациенты с тотальной оссификацией улитки, как следствие перенесённого бактериального менингита. Для всех них слуховые стволомозговые имплантаты – это единственная возможность вернуть слух. Теперь уникальные технологии, разработанные ведущей компанией в области слуховой имплантации из Австрии, будут доступны и в нашей стране: этот вид помощи российским пациентам оплачивает государство.

Операции прошли на базе РНИНХИ им. А.Л.Поленова, команду нейрохирургов дополнили отохирурги из СПб НИИ уха, горла, носа и речи, консультантом приглашён профессор Роберт Бер, директор нейрохирургической клиники Марбургского университета (г. Фулда, Германия) – один из основоположников технологии стволомозговой имплантации. Первыми пациентами стали двое взрослых, потерявшие слух вследствие серьёзного заболевания, и ребёнок, родившийся неслышащим.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

Санкт-Петербург.

Начеку!

Вне плана по сокращению

В планы столичного Департамента здравоохранения не входит закрытие психиатрических стационаров.

«Московские психиатрические больницы под сокращение не попадут. Так, например, психиатрическая больница № 13 в круглосуточном режиме продолжает принимать пациентов. Никаких тревог в связи с этим ни пациенты, ни сотрудники больницы, ни Департамент

здравоохранения не испытывают», – заявил накануне глава Департамента здравоохранения столицы Алексей Хрипун.

Примечательно, что часть коек психиатрического стационара учреждения планируется перепрофилировать в койки дневного стационара с возможностью ночного пребывания пациентов. Хрипун считает, что это позволит оказывать стационарную

психиатрическую помощь с гораздо большей эффективностью, не ущемляя при этом интересов пациентов и персонала психиатрических служб.

Также, по словам чиновника, нет планов по сокращению коек или ликвидации психиатрической больницы № 14.

Марк ВИНТЕР.
МИА Cito!

Москва.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Посмертное донорство.
Приживётся ли оно в России?

Стр. 5

Клуб лучших врачей.
Размышления о проблемах
в первичном звене

Стр. 6

Конспект врача. Дифференциальная
диагностика желтух

Стр. 8–9

Психическое здоровье подростков

Стр. 11

Задач у поликлиники как учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, сейчас очень много. Сегодня приоритеты переносятся на амбулаторно-поликлиническую сеть, на уровень участкового врача. Подавляющее большинство граждан впервые встречаются с врачом именно в поликлинике, где ставится первый диагноз и назначается лечение. Поэтому первый контакт пациента и врача очень важен. Именно от качества оказания медицинской помощи в поликлинике зависит удовлетворённость нашего населения в целом медициной.

К сожалению, ещё со времён СССР структура оказания медицинской помощи была перевернута с ног на голову. Во всём мире основное количество медицинской помощи оказывается на амбулаторном этапе. Это, во-первых, дешевле; во-вторых, наиболее эффективно. Это всегда профилактическое направление. Зачем доводить больного до необходимости стационарного лечения, когда можно ещё на амбулаторной ступени, корректируя его состояние, добиться минимально возможных обострений. Нам необходимо перевернуть эту пирамиду. Профилактика, динамическое наблюдение и формирование здорового образа жизни – это тот инструмент, который поможет уменьшить заболеваемость и снизить смертность.

Важно для успешного решения задач изменить парадигму мышления наших докторов. В первую очередь участкового врача. Они погрязли в рутине выписывания рецептов на многочисленные лекарственные препараты. Чем больше, тем лучше. Сформировалось поколение докторов, которые уверены, что качество лечения зависит от количества назначенных таблеток. Медицина главным образом занимается лечением болезней – тяжёлых и хронических заболеваний, на которые тратится львиная доля финансовых средств. Не-

Клуб лучших врачей

Ускоряться, но не любой ценой

Какие перемены нужны в первичном звене



обходим новый тип отношения к пациенту. Перестройка сознания врачей – от лечения к профилактике заболеваний и осложнений. Это то, что нам сегодня нужно и что несомненно даст результат.

Основные претензии наших пациентов связаны с очередями, и невозможностью в короткие сроки попасть на приём к узкому специалисту. Эта проблема появилась не вчера, а развивалась в течение последних 20 лет. Этому есть объективные причины. Мощная распространённая в Советском Союзе ведомственная медицина, обслуживающая рабочих, служащих фабрик и заводов, с огромным количеством медсанчастей, профилакториев, санаториев, в один момент канула в небытие. Люди пошли в районные поликлиники, мощно-

сти которых изначально не предназначены для таких объёмов медицинской помощи: ни по штатному расписанию, ни по площадям, ни по оборудованию.

Участковые терапевты, не справляясь с таким объёмом, по сути, превратились в диспетчеров. Задачей их было выписать направление на анализы, обследование, консультацию узкого специалиста. Со временем эта практика повсеместно распространилась. Да и пациенты полностью утратили доверие к участковому, называя его не иначе как «доктор ОРЗ». Заболела спина – к неврологу, покалывает сердце – к кардиологу, с утра мучает кашель – к пульмонологу.

И таких пациентов в очередях к специалистам сегодня до 70%. А ведь базовая подготовка терапевта по наиболее распространённым заболеваниям ничуть не хуже, чем у узкого специалиста. Разве участковый врач не знает, как лечить гастрит, бронхит, остеохондроз? Они обучены и имеют право лечить любое заболевание. Однако некоторые случаи требуют от врача специфических знаний и умений. Тогда можно направить пациента на консультацию к узкому специалисту. К вышеописанным проблемам прибавился и кадровый дефицит. Наиболее подготовленные, грамотные терапевты ушли. Оставшиеся хотя и проходили повышение квалификации, полноценного обучения не получали в связи с невозможностью заменить их на рабочем месте. Квалификация с

каждым годом становилась всё ниже и ниже. В результате сегодня все хотят лечиться только у специалистов.

Одна из главных задач в поликлинике – вернуть доверие пациента к своему участковому доктору. Следует наделить терапевта необходимыми знаниями, умениями для лечения большинства патологий. Вернуть авторитет врача, его высокое имя, чтобы его рекомендации, назначения выполнялись пациентами неукоснительно и не вызывали ни тени сомнения. И конечно же, в первую очередь нужно насытить первичную сеть свежими кадрами. Только после этого можно ждать роста удовлетворённости населения медицинской помощью.

Сегодня усилия профильного министерства направлены на решение этих задач. И многие реформы уже дают свои результаты, в том числе в решении кадровых проблем. Это и программа «Земский доктор», и целевое обучение врачей на бюджетной основе. Все они уже работают. С помощью них молодёжь приходит в первичное звено.

Конечно, наивно было бы полагать, что ситуация мгновенно разрешится. Без понимания сути реформ и активного содействия новациям всего медицинского сообщества процесс будет буксовать. Сейчас сложный период и для страны в целом, и для здравоохранения, как важнейшей социальной сферы, в частности. Поэтому особенно важно сейчас не впадать в разногласия и дразги, а, объединившись, достичь нового качественного уровня отечественной медицины. По-

ликлиника завтра – это должно быть качественно новое и в технологическом, и в профессиональном плане учреждение. Здесь важна и организационная работа руководителя ЛПУ. Он сегодня обязан выстроить кадровую работу, обеспечить высокий сервис оказания медицинских услуг. А также полномасштабно участвовать в насыщенных процессах медицинских профессиональных объединений, общественных организаций, которые должны выступить сторонниками и регуляторами процесса реформ, стать идеологическим ядром и ориентиром для медицинского работника.

Наше здравоохранение – система сложная, многоуровневая, объединяющая множество профессиональных групп, ведомств, учреждений, медицинских работников. Любая реформа болезненна, ибо перекраивает что-то привычное, тёплое и устоявшееся, поэтому и влечёт за собой иногда неприятие, недовольство, а порой политическую спекуляцию. Однако, по моему мнению, для здравоохранения сейчас важен не собственный внутренний комфорт, а достижение единой цели – нового качественного уровня медицинской услуг.

Олег НАГИБИН,
главный врач городской
поликлиники № 2,
член общественного совета при
Минздраве России,
лауреат XIII Всероссийского
конкурса «Лучший врач года»
в номинации «Лучший руководитель
медицинской организации»,
кандидат медицинских наук.

Рязань.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Ну и ну!

Вытрезвитель или богадельня?

«Отделения для опьяневших» при больницах строить не будут

Пьяных больницы не нужен – это, похоже, поняли наконец и в Госдуме: депутаты рассмотрят возможность возврата вытрезвителей.

И представлять нечего...

О необходимости принять соответствующий закон и возродить в стране их систему заявил председатель думского Комитета по охране здоровья Сергей Калашников.

«Представьте себе, что в приёмный покой привозят эдакого маловменяемого человека и он находится там вместе с нормальными больными. Это абсолютно недопустимо», – сказал С.Калашников.

Медикам и представлять ничего не надо: после того, как в 2010 г. указом Президента РФ медицинские вытрезвители были упразднены и в 2012 г. полностью ликвидированы, «родным домом» стали для алкашей больницы. Ими переполнены приёмные отделения тех ЛПУ, которым «повезло» и

они попали в перечень дежурных «принимающих» медорганизаций. В настоящее время Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья, Минздравом и МВД России уже образована рабочая группа, которая занимается вопросами возрождения системы вытрезвителей.

Как подчеркнул С.Калашников, это будут социальные учреждения, строить их при больницах не имеет смысла. «Они не должны быть ни медицинскими учреждениями, ни тем более полицейскими, как это было в советское время. Это должны быть социальные учреждения, подчиняющиеся социальным службам населённого пункта, где есть и врач, и соответствующие представители правопорядка», – пояснил глава думского комитета.

Баба с возу?

Слава Богу, что строить вытрезвители собираются не при больницах, в качестве «отделения для опьяневших». Но вот со статусом

их как «социальных учреждений» что-то явно не то. Ведь социальное обслуживание граждан – это одно из направлений деятельности по социальной защите населения. Отношения в этой сфере регулируются федеральным законодательством, «исходя из необходимости утверждения принципов человеколюбия и милосердия в обществе». Или вытрезвители будут теперь сродни богадельне?

Значит, будем менять Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации». А заодно и «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» в части наделения регионов полномочиями по созданию специализированных учреждений для лиц в состоянии алкогольного опьянения, которые не совершали никаких правонарушений и не нуждаются в медицинской помощи.

Ну, за этим дело у нас не станет. Но вот ведь незадача: муниципальные образования, которым должны подчиняться такие социальные учреждения, денег на вытрезвители не имеют, им бы самим свести концы с концами. «Речь, значит, идёт о каких-то других источниках финансирования», – полон оптимизма С.Калашников. Хотя тут же сетует: «К сожалению, часто клиенты таких заведений тоже оказываются неплатёжеспособными. Я думаю, что те потери, которые мы сейчас несём из-за отсутствия учреждений такого типа, гораздо выше затрат, которые необходимо сделать».

Восстановить вытрезвители предполагается, как говорилось на расширенном заседании коллегии МВД, в городах, население которых превышает 100 тыс. человек. А в остальных городах и сёлах гуляй, значит, не хочу?

Не так прост и вопрос, в чём ведении будут находиться вытрезвители? Ведь в полиции, где участились случаи смерти

пьяных граждан, твёрдо стоят на своём: эти спецучреждения для охмелевших «не должны находиться в ведении МВД», их должны курировать либо Министерство здравоохранения, либо Министерство труда и социальной защиты. А дело полиции, дескать, – обеспечить правопорядок и доставить пьяных граждан в сии учреждения.

А я-то думал, баба с возу...

Напомню, на встрече в Ялте с членами фракций политических партий в Государственной Думе Президент РФ Владимир Путин высказался за то, что не стоит повторять неудачный советский опыт борьбы с пьянством. Видимо, поэтому, как сообщил на встрече с активом партии «Единая Россия» в Йошкар-Оле председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев, лечебно-трудовые профилактории, которые предполагали принудительное лечение, что запрещено международными конвенциями, в стране возрождаться не будут.

По потреблению алкоголя Россия сегодня – на четвёртом месте в мире. Ежегодно от алкоголизма у нас погибает около 700 тыс. человек.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 82 (1849)

(Окончание. Начало в № 92 от 10.12.2014.)

Болезнь Ротора – крайне редкая форма наследственной ферментопатии, проявляющаяся гипербилирубинемией.

Основным клиническим признаком является хроническая желтуха, обусловленная преимущественным повышением уровня прямого билирубина в сыворотке крови. Симптоматика аналогична таковой при синдроме Дабина – Джонсона. Диспепсические и астеновегетативные нарушения выражены незначительно или вовсе отсутствуют. Периодически отмечается тёмная окраска мочи. Печень и селезёнка не увеличены.

При лапароскопии поверхность печени коричнево-чёрная. Периканаликулярные отложения липофусциноподобного пигмента. Развиваются вследствие понижения способности печёночных клеток захватывать билирубин, это доказывается малой скоростью клиренса крови от введённого красителя. Болезнь Ротора отличается от Дабина – Джонсона отсутствием зелёно-коричневого пигмента в печёночных клетках.

Нет второй фазы позднего подъёма концентрации БСФ. При пероральном применении контрастных препаратов ЖП визуализируется. Отмечается повышенный уровень выделения как общих копропорфиринов, так и копропорфина I и копропорфина III.

Болезнь протекает длительно, но функция печени остаётся нормальной.

Механическая желтуха**Основные критерии:**

- В крови гипербилирубинемия за счёт прямой (конъюгированной) фракции.
- В моче отсутствует уробилин; много билирубина.
- Моча цвета крепкого чая за счёт прямого билирубина.
- Кал обесцвечен, так как отсутствует стеркобилин.

Причины:

- Механическое препятствие току желчи в общем печёночном протоке, в холедохе, в фатеровом соске: камень, опухоль, паразиты, сдавление извне (лимфатическими узлами, конгломератами метастазов, опухолевых узлов), рубцовой тканью после операций на брюшной полости (часто после холецистэктомии).
- Опухоль головки поджелудочной железы.
- Отёк головки поджелудочной железы при псевдотуморозном варианте панкреатита.
- Эхинококковая киста (эозинофилия, кожная проба Казони или реакция гемагглютинации).
- Аневризма печёночной артерии.
- Воспалительный процесс и рубцевание дивертикула ДПК.

Для диагностики необходимо обращать внимание на клинику, предшествующую желчнокаменной болезни (ЖКБ): анамнез, индекс массы тела, боли, лихорадка, приступы ЖКБ, симптомы (Кера, Мерфи, Ортнера, Мюсси – Георгиевского, точки Боаса), дуоденальное зондирование.

Желтуха развивается чаще после приступа ЖКБ, внезапно, чаще ночью, после приёма жирной пищи, алкоголя. Боль внезапная, нестерпимая, повторная рвота, больной мечется в постели, стараясь найти более удобное положение.

Камни обычно находятся в желчном пузыре. Боль возникает во время миграции их по пузырному протоку. Как только камень попадает в общий желчный проток, приступ прекращается, так как он шире пузырного. Когда камень достигает узкой интрамуральной части протока, боли возобновляются. Если он застревает там, закупорка становится полной, и желтуха продолжается до тех пор, пока камень не пройдёт в ДПК.

Механическая желтуха развивается примерно через сутки после начала колики. Если камень задерживается, то может присоединиться холангит.

Для уменьшения образования холестериновых камней в желчном пузыре и холедохе применяют препараты УДХК в дозе 10 мг/кг/сут длительно, иногда до года и больше.

Внутрипечёночная локализация камней встречается у больных, страдающих клонорхозом, шистосоматозом, нематодозами и др. паразитарными болезнями желчных путей. Колика при этом сопровождается увеличением соответствующей доли печени. Желтуха развивается редко.

Сдавление желчных протоков снаружи:

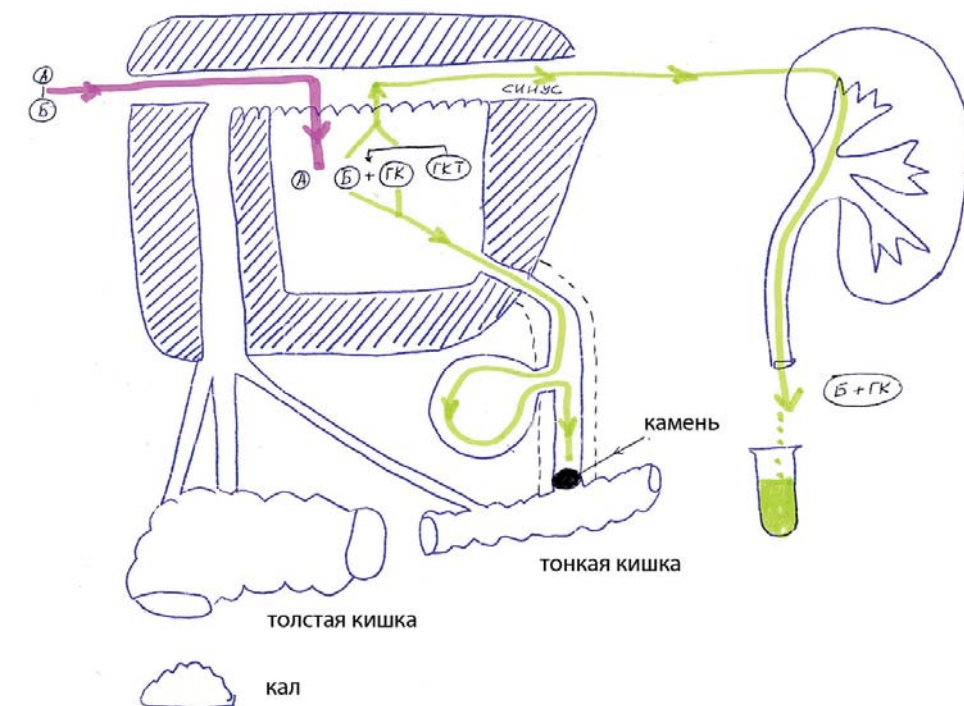
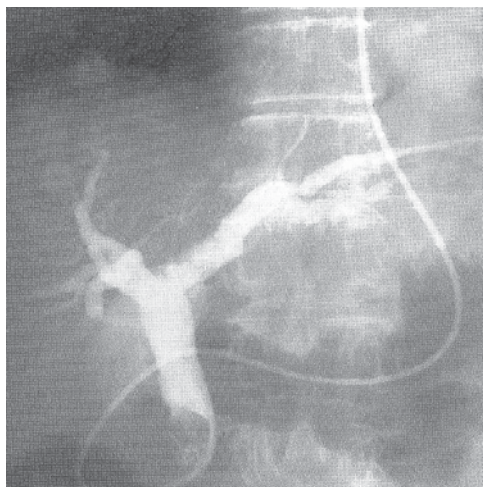
1. Рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха развивается постепенно, безболезненно, нарастает, появляется зуд, повышается температура тела, больной худеет. Увеличиваются равномерно печень, желчный пузырь, желчные ходы. Появляется симптом Курвуазье. Согласно ему увеличенный желчный пузырь у желтушного больного указывает на отсутствие связи желтухи с ЖКБ.

2. Механическая желтуха, начинающаяся с колик и без ахоличного кала, – это камень, а механическая желтуха без болей с ахоличным калом – опухоль.

3. Отёк головки поджелудочной железы.

4. При хроническом панкреатите желтуха развивается вследствие рубцовой структуры холедоха.

Дифференциальная диагностика желтух

**Рис. 5. Обмен билирубина при механической желтухе****ЭРХПГ. Камень в фатеровом соске. Отмечается значительное расширение холедоха (норма до 5 мм)**

5. Сдавление желчных путей рубцовой тканью после операций на брюшной полости (часто после холецистэктомии).

6. Сдавление лимфатическими узлами в воротах печени (лимфогранулематоз), метастазами.

7. Эхинококковая киста.

8. Аневризма печёночной артерии.

9. Воспалительный процесс и рубцевание дивертикула ДПК.

Болезни желчных протоков

Опухоли желчных протоков (в основном злокачественные). Чаще всего поражают фатеров сосочки, реже – общий желчный проток и ещё реже – печёночный проток.

Холангиты – воспаление желчных прото-

ков. Главная причина – E.Coli и застой желчи. Клиническая картина характеризуется лихорадкой, ознобом, высоким лейкоцитозом, увеличением СОЭ, сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Отмечается боль в правом подреберье, увеличение печени и селезёнки, повышение уровня ЩФ и гаммаглутамил-транспептидазы (ГГТП).

Таким образом, механическая желтуха характеризуется постепенным нарастанием желтухи до серо-зелёной окраски, кожным зудом, увеличением печени (из-за застоя в ней желчи). В крови: гипербилирубинемия из-за прямой фракции; повышен уровень холестерина и желчных кислот. Моча цвета крепкого чая, так как в ней присутствует билирубин; уробилин отсутствует. Кал обесцвечен, поскольку в нём нет стеркобилина.

Увеличение непрямого билирубина**Гемолитические желтухи****Основные критерии**

- Кожа лимонно-жёлтая.
- Нет кожного зуда.
- Печень в норме.
- Селезёнка увеличена.
- Пигментные камни, хронический калькулёзный холецистит.

мий, сопровождающихся надпечёночной желтухой

1. Наследственные (врождённые) анемии:
1. Мембранопатия эритроцитов:
а) микросфероцитарная (болезнь Минковского – Шафара);
б) овалоцитарная;
в) акантоцитарная.

2. Энзимопенические (ферментопенические) – обусловлены снижением активности или дефицитом определённых ферментов в эритроцитах:
а) пентозного шунта;
б) гликолиза;
в) восстановления глутатиона;
г) участвующих в образовании АТФ;
д) участвующих в образовании порфиринов.

3. Гемоглобинопатии:
а) качественные, серповидно-клеточная – HbS;
б) талассемии: тяжёлая анемия Кули (большая анемия) – гомозиготная; фетальный Hb (HbF); гетерозиготная анемия (малая анемия).

II. Приобретённые:
1. Иммуногемолитические анемии:
а) аутоиммунные;
б) изоиммунные.

2. Приобретённые мембранопатии:
а) пароксизмальная ночная гемоглобинурия (болезнь Маркиафавы – Микели);
б) шпорклеточная анемия (встречается у больных с тяжёлыми поражениями печени).

3. Связанные с механическим повреждением эритроцитов:

- а) маршевая гемоглобинурия;
 - б) болезнь Мошковица, Фишера – Эванса, синдром Гассера, синдром Сименса (микроангиопатические);
 - в) при протезировании клапанов сердца, на аортокоронарных шунтах, баллонной дилатации сосудов и т.п.);
 - г) при малярии, болезни Аддисона – Бирмера, некоторых формах цирроза печени.
4. Токсические:
а) отравление мышьяковистым водородом, тринитрофенолом, свинцом;
в) идиосинкразия к сульфаниламидам;
г) при переливаниях крови;
д) при сепсисе;
е) при острой лучевой болезни;
ж) при бактериальном эндокардите;
з) при злокачественных опухолях.

Надпечёночные, гемолитические желтухи

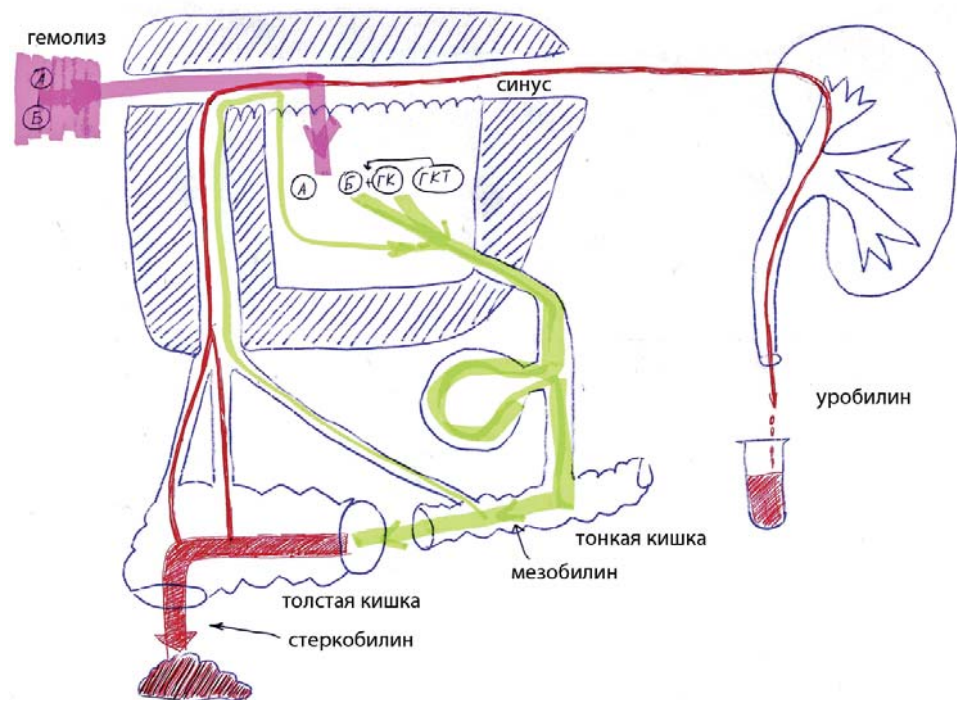
Характеризуются лимонно-жёлтым цветом кожи, отсутствием кожного зуда, нормальными размерами печени, увеличенной селезёнкой, частым образованием пигментных камней в желчном пузыре. В крови отмечаются анемия, ретикулоцитоз, увеличение непрямого билирубина. В моче билирубин отсутствует, но много уробилина. При внутрисосудистом гемолизе моча может быть бурого цвета из-за наличия в ней гемоглобина, содержащего железо. В кале много стеркобилина, поэтому он тёмно-коричневого цвета.

Печёночная желтуха с неконъюгированным билирубином (Синдром Жильбера – Мейленграхта)

Описана в 1901 г. Встречается в 3-7% в общей популяции. Чаще выявляется у мужчин. Синонимы: простая семейная холемия, доброкачественная семейная негемолитическая гипербилирубинемия, наследственная энзимопатия.

Причины:

- Нарушен захват билирубина на сосудистом полюсе гепатоцита.
- Нарушен транспорт билирубина к микросомам эндоплазматического ретикулаума.

**Рис. 6. Обмен билирубина при гемолизе эритроцитов**

Дифференциальная диагностика желтух

Показатели	Надпечёночная	Печёночная	Подпечёночная
Боли в печени	Нет	Могут быть	Резкие
Кожный зуд	Нет	Может быть	Резкий
Лихорадка	При кризах	Умеренная	Редко
Цвет кожи	Лимонно-жёлтая	Красноватая	Зеленоватая
Сосудистые звёздочки	Нет	Есть	Нет
Размеры печени	Нормальные	Умеренно увеличены	Увеличены
Размеры селезёнки	Резко увеличены	Умеренно увеличены	Нормальные
Анемия	Выраженная	Редко	Умеренная
Ретикулоцитоз	Значительный	Нет	Нет
АЛТ, АСТ	Норма	Резко увеличены	Норма
ЩФ, ГГТП	Норма	Умеренно увеличены	Резко увеличены
ЩФ лейкоцитов	Норма	Снижена	Увеличена
Билирубин в крови	Непрямой	Прямой и непрямой	Прямой
Холестерин в крови	Норма	↓↑	Повышен
Билирубинурия	Нет	Умеренная	Много
Уробилин в моче	Много	Умеренно	Нет
Гемоглобин в моче	Резко увеличен	Норма	Норма
Цвет мочи	Бурый, почти чёрный	Тёмный (цвета густого чая)	Тёмный (цвета густого чая)
Цвет кала	Тёмно-коричневый	Нормальный или обесцвечен	Обесцвечен

● Нерезко выраженный дефицит глюкуро- нилтрансферазы.

Это заболевание передаётся по наслед- ству по аутосомно-доминантному типу.

Желтуха впервые обнаруживается в пе- риод полового созревания. В крови содер- жание непрямого билирубина достигает 70 мкмоль/л. Нет кожного зуда. Функция печени в норме. Усиливают желтуху: инфекция, тяжёлая физическая и умственная нагрузка.

Диагностика основывается на гипербили- рубинемии менее 22-30 мкмоль/л. Через 48 часов голодания или после в/в введения 2 мл 1%-ного раствора никотиновой кислоты в 10 мл 5%-ного раствора глюкозы через 3 часа после инъекции характерно 2-3-крат- ное повышение уровня билирубина (по сравнению с нормой).

Диагностика при гипербилирубинемии более 30 мкмоль/л.

Назначение фенобарбитала 0,05-0,1 мг 2-4 раза в день или флумецинола – 10 мг/ кг (но не более 800 мг) 1 раз в неделю ликвидирует желтуху.

Дифференциальная диагностика с гемо- литической желтухой: отсутствие анемии, ретикулоцитоза, нормальных размеров се- лезёнки, в моче мало уробилина. В отличие от постгепатического синдрома, встречаю- щегося у 3-4% больных, перенёсших гепатит, повышен непрямой билирубин.

Прогноз для жизни благоприятный. Од- нако при длительном течении заболевания нередко развивается ЖКБ, обнаруживаются дуоденальные язвы.

Течение **болезни Жильбера** длительное,

волнообразное.

Синдром Криглера – Найяра (семейная негемолитическая желтуха новорождён- ных) – редкая болезнь. Билирубин увели- чивается до 700 мкмоль/л, откладывается в базальных ганглиях головного мозга и приводит к тяжёлой неврологической сим- птоматике. Билирубин не поступает в желчь. Дети умирают, не достигнув 1 года.

Имеется два типа заболевания.

Первый тип (аутосомно-рецессивная передача). Наблюдается снижение концен- трации билирубина в желчи; гипербилиру- бинемия достигает 322-528 мкмоль/л. Уже в первые недели жизни появляются признаки поражения центральных серых ядер голов- ного мозга, что приводит к смерти в течение нескольких недель или месяцев.

Второй тип (аутосомно-доминантная передача). Содержание билирубина в желчи увеличивается незначительно, гипербили- рубинемия колеблется в пределах 136-376 мкмоль/л, поражения ядер центральной нервной системы чрезвычайно редки. В гепатоцитах, по-видимому, нарушена способность присоединять вторую молекулу глюкуроновой кислоты к моноглюкурониду билирубина.

Голодание и интеркуррентные инфекции, как правило, ведут к новому подъёму уровня билирубина в сыворотке крови.

Лечение: применяют дезинтоксикацион- ную терапию, заменное переливания крови. ГКС малоэффективны.

Алгоритм диагностики желтух

1) исключение псевдожелтухи (приём акрихина, каротина, интоксикация пикри- новой кислотой);

2) определение патогенетического вари- анта желтухи (надпечёночная, печёночная, подпечёночная);

3) установление нозологического диа- гноза.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ	аланинаминотрансфераза
АМА	антимитохондриальные антитела
АСТ	аспартатаминотрансфераза
АТФ	аденозинтрифосфорная кислота
БСП	бромсульфалеиновая проба
БСФ	бромсульфалеин
ГКС	глюкокортикостероиды
ГГТП	гаммаглутамилтранспептидаза
ДПК	двенадцатиперстная кишка
ЖК	желчные кислоты
ЖКБ	желчнокаменная болезнь
ЖП	желчный пузырь
МАО	моноаминоксидаза
ПБЦ	первичный билиарный цирроз
УДХК	урсодезоксихолевая кислота
ФПП	функциональные пробы печени
ЩФ	щелочная фосфатаза
ЭРХПГ	эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография
Hb	гемоглобин

Рафик САЙФУТДИНОВ,
заведующий кафедрой терапии,
доктор медицинских наук,
профессор.

Казанская государственная
медицинская академия.

Возрастная макулярная дегенерация

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) представляет собой хроническое дегенеративное заболевание сетчатки, которое может вызывать резкую по- терю центрального зрения, приводить к слепоте и развивается, как правило, у людей старше 50 лет.

Это заболевание носит двусторонний характер, при этом контрлатеральный глаз поражается не позднее, чем через 5 лет после заболевания первого.

Наиболее часто употребляемые сино- нимы: сенильная макулодистрофия, воз- растная макулодистрофия, склеротическая макулодистрофия и др.

О наличии ВМД в первую очередь судят по характерным патологическим измене- ниям на глазном дне.

ВМД подразделяется на две основ- ные формы – сухую и влажную.

Для сухой (неэкссудативной) формы ВМД характерны дегенеративные либо атрофические изменения сетчатки в виде друз, диспигментации, а также участков «географической» атрофии.

Для влажной (неоваскулярной, экс- судативной) формы ВМД характерно на- личие хориоидальной неоваскуляризации (ХНВ) – врастания атипичных новообразо- ванных сосудов из хориоидеи (сосудистой оболочки) в сетчатку, что приводит к фор- мированию неоваскулярных мембран, ко- торые на глазном дне проявляются в виде кровоизлияний, отёка сетчатки, экссуда- тивной отслойки пигментного эпителия и сетчатки в макуле, отложений твёрдых экссудатов по краю отслойки.

Эпидемиология

ВМД, наряду с атеросклерозом, ише- мической болезнью сердца, глаукомой, относится к группе заболеваний, ассоци- ированных с возрастом. Глобальная рас-

пространённость ВМД среди лиц старше 50 лет составляет 11% (ранняя сухая фор- ма – 9%, поздняя влажная форма – 2%).

ВМД является ведущей причиной тяжё- лого, необратимого нарушения зрения в развитых странах. Можно сказать, что на сегодняшний день возрастная макулярная дегенерация носит характер неинфекцион- ной пандемии. 25-30 млн человек в мире уже потеряли зрение от этого заболевания.

В Европе этой патологией страдают более 12 млн пациентов (каждый пятый человек старше 60 лет). В США неоваску- лярная ВМД и географическая атрофия выявлены примерно у 1,75 млн человек старше 40 лет, а у 7,3 млн выявлены большие друзы, что является значимым фактором риска развития в будущем у этих пациентов влажной формы заболевания. В России заболеваемость ВМД составляет более 15 на 1000 населения. В структуре первичной инвалидности по ВМД больные в трудоспособном возрасте составляют 21%, а в пенсионном возрасте – 32%.

Влажная, или неоваскулярная форма встречается лишь в 20% случаев, но она приводит к значительному снижению остроты зрения (0,1 и ниже) в 90% случаев.

Доказано, что распространённость ВМД существенно увеличивается с возрастом. Например, среди лиц в возрасте 50-54 года она составляет всего лишь 3%, в то время как у лиц старше 80 лет она уже равна 24%. В возрасте же более 100 лет признаки ВМД встречаются практически у всех.

Постепенно увеличивающаяся продол- жительность жизни становится причиной того, что в недалёком будущем количество больных ВМД может значительно вырасти. Ожидается, что к 2020 г. количество людей старше 60 лет составит 23% от численно- сти общей популяции. При этом, согласно предварительным расчётам, численность больных ВМД к 2020 г. удвоится.

Факторы риска ВМД

Причины развития ВМД до конца не ясны. На сегодняшний день установлено несколько факторов риска развития этого заболевания.

Наиболее важными факторами риска являются:

1. Возрастные инволюционные про- цессы в организме.

2. Генетическая предрасположен- ность.

У 20% больных ВМД имеет наследствен- ную предрасположенность, что является важным фактором риска. Было установ- лено трёхкратное возрастание риска развития ВМД, если заболевание встреча- ется у близких родственников. Вероятной причиной развития заболевания является мутация гена RmP-белка.

В ходе последних генетических ис- следований был выявлен вариант гена, кодирующего фактор комплекса H, наличие которого существенно увеличи- вает риск развития ВМД. Также иденти- фицированы некоторые ответственные гены, такие как ARMD1, FBLN6, ARMD3. Однако поиски конкретного гена, нали- чие которого достоверно увеличивало бы риск развития ВМД, до сих пор не увенчались успехом.

Поэтому на сегодняшний день наибо- лее распространённой является теория, согласно которой ВМД наследуется как сложный признак с вероятным вовлече- нием множества генов и факторов окру- жающей среды.

3. Курение.

У курильщиков по сравнению с лицами, которые никогда не курили, риск развития ВМД увеличен в 2-3 раза. По своей важ- ности этот фактор занимает третье место. Причём в отличие от возраста и отягощён- ной по ВМД наследственности курение

является наиболее важным управляемым фактором риска.

4. Артериальная гипертония.

Отмечена чёткая взаимосвязь между степенью артериальной гипертонии и частотой развития влажной формы ВМД.

5. Этнический фактор.

Заболевание по-разному распростра- нено среди представителей различных расовых групп. Выявлено, что у европей- цев чаще, чем у представителей других этнических групп, развивается влажная ВМД. В то же время, у негроидной расы достаточно высока частота ранних форм ВМД (друзы), но далеко зашедшие формы у них практически не встречаются.

Наоборот, у представителей азиатской расы друзы обнаруживаются редко, но высока частота тяжёлых «влажных» форм ВМД. В целом, можно отметить, что евро- пеоиды болеют намного чаще, чем негро- иды и лица азиатской национальности. Как фактор риска заболевания также можно рассматривать светлую окраску радужки в молодости, изменение окраски радужки с тёмной в молодом возрасте на светлую в пожилом.

Предположительно, это связано с умень- шением защитного действия меланина в глазу.

(Окончание следует.)

Андрей ШУКО,
директор филиала,
главный офтальмолог Минздрава
Иркутский области,
доктор медицинских наук,
профессор.

Наталья ЗАЙЦЕВА,
заведующая организационно-методическим
отделом.

Иркутский филиал
МНТК «Микрохирургия глаза»
им. С.Н.Фёдорова.

15-я Международная научно-практическая конференция «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии» прошла в МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова

Можно сказать, что на это время институт превратился в интерактивную площадку по обмену опытом между офтальмологами России, стран ближнего и дальнего зарубежья. Это подтверждает и тот факт, что визитной карточкой конференции стало разнообразие направлений «живой хирургии». Показательные операции с использованием новейших фемтосекундных лазерных установок в режиме онлайн и формате 3D выполнялись офтальмохирургами мирового уровня. Трансляция велась непосредственно из операционной комплекса в конференц-зал МНТК. Она как нельзя лучше демонстрировала современные методы лечения глаукомы и катаракты: лазерную факэмульсификацию катаракты (уникальная отечественная технология, не имеющая аналогов и пользующаяся огромным интересом за рубежом, проводится с использованием отечественной лазерной установки для хирургии переднего отрезка глаза), использование фемтосекундных лазеров на этапах лечения катаракты с целью оптимизации хирургического вмешательства. Конечно, процесс операции по замене хрусталика глаза многие присутствующие в зале офтальмологи прекрасно представляли. Но здесь была возможность рассмотреть в подробностях глаз крупным планом на специальных мониторах, а также взять интервью у пациентов и оперирующего хирурга, чтобы узнать мельчайшие подробности операции с использованием новейших технологий.

Любопытно, что одним из пациентов «живой хирургии» стал 82-летний Николай Ушаков. Он родился десятым по счёту в многодетной семье и, будучи старшеклассником, остался сиротой. Его братья погибли во время Великой Отечественной войны. Но, несмотря на жизненные трудности, Николай Фомич упорно шёл к своей цели – мечтал стать лётчиком. И его мечта осуществилась! Много лет он пилотировал лайнеры гражданской авиации. И так случилось, что однажды его пассажиром стал Святослав Фёдоров, который летел представлять новейшие отечественные разработки по офтальмологии на конференции в США. По воспоминаниям Николая Фомича, великий офтальмолог был простым, душевным и жизнерадостным человеком. Теперь, по воле судьбы, сложная операция на органе зрения ему проведена в МНТК «Микрохирургия глаза», основателем которого был академик Святослав Фёдоров.

– Раньше видел, как сокол, – вспоминает Николай Ушаков, – но возраст даёт о себе знать. Сейчас перед глазами туман. А хочется книги читать.

Эту возможность ему вернули офтальмологи МНТК. Операция на глазу с сочетанием катаракты и глаукомы была выполнена успешно.

Мы попросили прокомментировать, как прошли сеансы «живой хирургии» оперирующего хирурга, члена президиума Европейского и Американского обществ катарактальных и рефракционных хирургов, Международного клуба имплантологов и Международной академии офтальмологии, профессора Бориса Малюгина. Выйдя из операционной, он дал «МГ» небольшое интервью.

– Технологии хирургии катаракты стремительно развиваются, становятся всё более атравматичными, – пояснил он. – Высокая эффективность, минимальный риск осложнений, серьёзное повышение качества жизни больного – так можно охарактеризовать результаты применения современных технологий в офтальмологии. После проведения таких вмешательств

не нужен длительный период реабилитации. Более того, их можно осуществлять и амбулаторно, а зрение больной обретает уже в конце операции.

В конференции приняло участие 1300 специалистов-офтальмологов. В МНТК они приехали из раз-

ного особого внимания на прошедшей конференции.

– **Есть ли расчёты, во сколько обходится государству нетрудоспособность людей по причине катаракты?**

– С медико-экономической точки зрения потери государства более

пациенту зрение на разных расстояниях.

– **Расскажите, пожалуйста, почему во время сеансов «живой хирургии» вы использовали формат 3D?**

– Формат 3D позволяет участнику конференции, сидя в зале, полу-

– Конференцию открыла почётная лекция профессора Алана Крэндала из Солт-Лейк-Сити (США), который подробно остановился на тенденциях сочетания хирургии катаракты и микроинвазивных оперативных вмешательств по поводу глаукомы. Последние получили распространение в мире только лишь за прошедшие 5 лет. А на следующий день в ходе сессии показательных операций ведущие российские хирурги продемонстрировали свои оригинальные наработки в лечении этой столь непростой категории пациентов.

– **В МНТК «Микрохирургия глаза» всегда уделяли большое внимание международному сотрудничеству. Мне кажется, что прошедшая конференция не стала исключением в этом вопросе?**

– Да, на конференцию приехали врачи из 20 стран мира. Хочу ещё подчеркнуть, что нами налажены очень тесные и крепкие связи с офтальмологическими обществами многих стран – Европы, Южной и Северной Америки, Азиатско-Тихоокеанского региона. Мы периодически приглашаем те или иные из них принять участие в наших конференциях и организовать научную секцию по тому или иному разделу офтальмологии. В качестве ответного шага мы также регулярно выезжаем на зарубежные конгрессы, организуя соответствующие российские сессии там. Интерес к таким мероприятиям всегда огромный. Нам есть что сказать и чем поделиться с коллегами.

В этом году у нас на конференции самая большая делегация – из Индии. Прошла специальная индийская сессия, в ходе которой коллеги представили свои результаты и подходы, поделились интересными решениями, рассказали о нестандартных и сложных случаях. Меня как-то спросили, почему мы пригласили именно Индийское общество офтальмологов? Ответ очевиден. Наши коллеги ежегодно выполняют более 5 млн вмешательств по поводу катаракты. За этими цифрами стоит не только огромный клинический опыт и число работающих врачей, но и их умения, знания, применяемые технологии. В Индии большое количество производителей медицинского оборудования, инструментов и лекарственных средств, которые используются в офтальмологии. И они нам тоже очень интересны. В следующем году, в начале февраля, делегация из 7 офтальмологов отправится в Нью-Дели на конгресс Всеиндийского общества офтальмологов. Это очень представительное собрание с числом участников, достигающим 7 тыс. человек. И там мы организуем российскую офтальмологическую секцию, поделимся с коллегами своими интересными находками.

Последовательно мы развиваем сотрудничество с китайскими коллегами. В этом году они представили яркие сообщения по экспериментальному изучению катарактогенеза при сахарном диабете. Один из докладов был отмечен специальным дипломом. Следует отметить, что 2 года назад МНТК «Микрохирургия глаза» заключил договор о взаимном сотрудничестве с Харбинским государственным медицинским университетом. Мы взаимно обмениваемся специалистами, проводим ряд научных исследований. Да и вообще стараемся быть всегда открытыми для всего нового, полезного, что наработано в других странах мира.

В заключение хочу сказать, что ведущие офтальмологические учреждения России владеют технологиями на уровне самых высоких мировых стандартов. И перед нами стоит задача передать этот опыт специалистам из территориально удалённых клиник, чтобы им воспользовались все жители нашей страны. Думаю, решение такой задачи нам по силам.

Беседу вел
Леонид ТРУБЕЦКОЙ.

Деловые встречи

Живая хирургия

Офтальмологи используют новые технологии в лечении глаукомы и катаракты



Идёт сеанс «живой хирургии»

ных регионов России и зарубежных стран, включая США, Великобританию, Сингапур, Филиппины, Индию и Китай.

– **На ваш взгляд, чем запомнится эта конференция её участникам?**

– Одна из основных тем конференции – хирургия катаракты. Это самая распространённая операция из всех видов оперативных вмешательств, применяемых в медицине. И самая эффективная, кстати сказать. В России их ежегодно выполняет около 450 тыс. ежегодно. Но этого количества, тем не менее, для нашей страны недостаточно. На самом деле их следует выполнять в 3 раза больше.

Что же касается рефракционной хирургии, здесь речь идёт о совершенно другом контингенте. Это молодые, активно работающие люди. Свобода от протезов, а ведь очки – это в определённой степени зрительный протез, предоставляет им совершенно другое качество жизни.

Не следует забывать и о том, что помимо личных и порой субъективных желаний избавиться от очков существует ряд медицинских и профессиональных показаний для проведения рефракционной хирургии. К первым относят ситуации, когда два глаза имеют разные по величине или по знаку аномалии рефракции. Так, разница в очковых стёклах более 3 диоптрий не переносится пациентом, вызывая различные расстройства вплоть до головных болей. У таких людей рефракционные операции являются насущно необходимыми.

Несовершенство оптики глаза, связанное с близорукостью, дальновидностью, астигматизмом налагает ряд профессиональных ограничений. Тут можно привести в пример спортсменов, военнослужащих. Операции по коррекции зрения сейчас выполняют даже лётчикам и космонавтам, поскольку в условиях перегрузок или невесомости работа в очках становится невозможной.

Сегодня на хирурге лежит особая ответственность – он использует в своей практике новые и самые совершенные технологии. Так, проблемы нестандартных и редких случаев были в фокусе

чем солидные: затраты на лечение и оплату нетрудоспособности больных исчисляются миллионами рублей. Расчёты показали, что операции по поводу катаракты являются одними из самых эффективных в медицине. Я бы сказал, беспрецедентно эффективными. Судите сами: пациент поступает в стационар, имея зрительную функцию в 1% и менее, а выписывается со 100%-ной остротой зрения. Подобную результативность в медицине надо очень сильно поискать!

– **Известно, что искусственные заменяют функцию собственной помутневшей линзы, прочно вошли в клиническую практику. Какими новинками в этой области располагают специалисты?**

– Мы в МНТК гордимся тем фактом, что не только рефракционная, но и катарактальная хирургия зарождалась в стенах нашего учреждения. Огромной популярностью как в Советском Союзе, так и за рубежом пользовались в своё время интраокулярные линзы модели «Спутник». Понятно, что медицина не стояла на месте, совершенствовались методики операций, которые теперь выполняются через микроразрез-прокол в стенке глазного яблока, не превышающий 2 мм. Отсюда возникла идея создания гибких эластичных хрусталиков, которые можно складывать и вводить через микротрубку-инжектор. Попадая внутрь глаза, они раскрываются и занимают объём естественного хрусталика. Сейчас в фокусе внимания учёных – восстановление accommodationной функции хрусталика, то есть возможности видеть без очков на различных расстояниях. Искусственный хрусталик в силу того, что он не способен менять свою форму, такой функцией не обладает. Однако есть возможность достичь этого другим путём. И здесь следует отметить уникальную разработку отечественных офтальмологов из МНТК и учёных-химиков, которым удалось синтезировать материал с уникальными свойствами. В нём за счёт плавного изменения градиента преломления идёт формирование многофокусной оптической системы. И это обеспечивает

чить эффект полного присутствия на месте хирурга в операционной. При этом было настолько чёткое ощущение глубины и объёма изображения, которые просто невозможно получить на обычном двухмерном экране. Именно такую картину видит хирург в операционный микроскоп. Если технологию 3D не применять, то утратится существенная часть незаменимой информации. Поэтому так важно донести все нюансы хирургии до обучающихся, чтобы они могли использовать продемонстрированный вариант операции в своей повседневной клинической практике.

– **А что вы можете сказать о лазерной хирургии катаракты?**

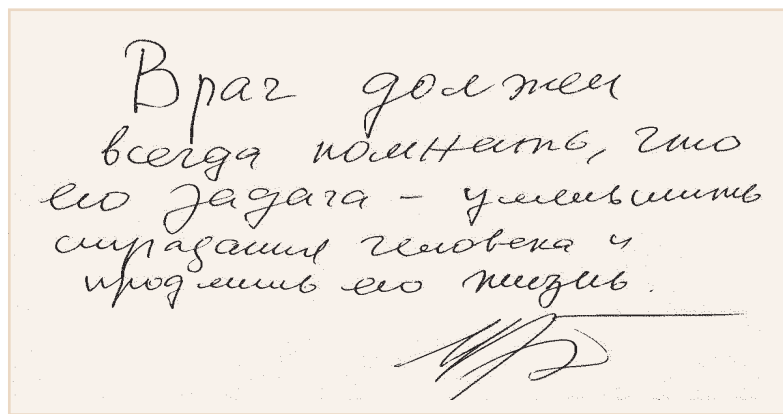
– В последние несколько лет лазер всё более широко используют для рассечения тканей и фрагментации вещества хрусталика. Последнее особенно важно при далеко зашедших стадиях катаракты, связанных с существенным уплотнением вещества хрусталика. К сожалению, такая аппаратура пока ещё очень дорогостоящая и под силу лишь ведущим клиникам и научно-учебным центрам. При использовании лазерной энергии увеличивается точность выполнения критических этапов операции, появляется возможность устранения «человеческого фактора» и предотвращения ошибок. В медицине вообще и в хирургии в частности важна стандартизация этапов оперативного вмешательства. Именно это и обеспечивает лазерная техника, что собственно и было продемонстрировано в ходе «живой хирургии». Но, что самое важное, использование современных технологий даёт возможность повысить функциональный результат лечения.

– **В чём вы видите наибольшую значимость подобных собраний профессиональных обществ?**

– В офтальмологии прогресс идёт семимильными шагами. Каждый год создаются новые приборы для всё более тонкой диагностики заболеваний, оборудование для операционных, инструменты, лекарственные препараты. В результате в профессиональной среде возникает острая необходимость поделиться наработанным опытом и «сверить часы». Очевидно, что подобные собрания следует проводить регулярно. Именно они помогают определить место и значимость новых технологий, понять, как они работают, и в конечном итоге определить их реальное место в клинической практике. Никуда не уйдёшь и от того, что многие новые методики и лекарственные препараты продвигают фирмы-производители. Именно поэтому так важно получить объективную оценку из уст опытных специалистов-коллег, оценить эффективность новой продукции и отделить реальную клиническую пользу от возможных рекламных преувеличений.

– **В этом году одной из основных тем конференции стало лечение пациентов с сочетанием катаракты и глаукомы. Какие новинки имеются в данном вопросе?**

Профессор Игорь Николаевич Бокарев недавно отметил своё 75-летие. Он является президентом Всероссийской ассоциации по изучению тромбозов, геморрагии и патологии сосудов им. А.А.Шмидта и Б.А.Кудряшова, почётным президентом Всероссийской ассоциации по изучению артериальной гипертензии Г.Ф.Ланга и А.Л.Мясникова, вице-президентом Всероссийского научного общества кардиологов, автором учебника по внутренним болезням, лауреатом Государственной премии РФ, заслуженным деятелем науки РФ, академиком многих российских и зарубежных академий и т.д., но прежде всего – Врачом. К этой дате была приурочена XIX Всероссийская конференция с международным участием «Тромбозы, кровоточивость, ДВС-синдром: современные подходы к диагностике и лечению», по завершении которой юбиляр встретился с корреспондентом «МГ».



Игорь БОКАРЕВ:

Я всегда цитирую Гиппократ

– Игорь Николаевич, почему вы пошли в медицину?

– Совершенно случайно. Мой отец был военным, и я хотел пойти по его стопам. Но случилось так, что вдруг неожиданно изменил свой выбор на медицину, чем очень обрадовал маму. Она в своё время тяжело болела, лежала в госпитале, и приводила мне в пример докторов, которые её вылечили. Хотел быть хирургом, и уже после 4-го курса сделал 3 аппендэктомии. Но однажды ассистировал на ампутации ноги, и после этого желание заниматься хирургией пропало. И на 5-м курсе пошёл в кружок на кафедре госпитальной терапии. Но сына своего я отдал в хирурги. У меня четверо детей и пятеро внуков. Все они работают в медицине. Старшие уже профессора, а младшие пишут кандидатские. Я могу лишь поблагодарить Всевышнего, что удалось многое сделать. Надеюсь, что мне будет позволено сделать что-то ещё.

– Расскажите о своих учителях.

– Мне повезло с учителями, научившими меня думать о больных и стараться им помочь. Повезло, что ещё в студенческие годы меня направили в область патологии гемокоагуляции. В Первом Меде нам преподавал Николай Романович Палеев (ныне академик), он предложил мне поехать к своему близкому другу Евгению Ивановичу Чазову, который в то время активно занимался изучением свёртываемости крови. Как раз в эти годы человечество стало понимать значимость нарушений гемостаза и их причины. Тромболитик фибринолизин был создан ученицей Бориса Александровича Кудряшова Галиной Васильевной Андреевко. Чазов испытал его на себе. Как и я, он был учеником Мясникова. Мясников был очень добрый, иногда, правда, вспыльчивый. Он сам ходатайствовал перед руководством, чтобы мне выделили место в аспирантуре. В 1965 г., незадолго до своей внезапной смерти, он был награждён «Золотым стетоскопом» – единственным из советских медиков. Я успел доложить ему результаты своей работы о влиянии глюкокортикоидных гормонов на показатели свёртываемости крови. Кудряшов предположил, что в организме есть противосвёртывающая система, и я основывал свои исследования на этой теории. Мясников мою работу поддержал, став одним из руководителей моей кандидатской.

При его жизни по предложению профессора Вадима Семёновича Смоленского была создана коагулологическая лаборатория, ставшая затем межклинической. Я работал там лаборантом на полставки, лечил больных и учил студентов. В последующие годы написал несколько книг о свёртывании крови, стажировался в ПНР, ГДР, Швеции и, наконец, в 1977 г. попал в США, в клинику Мэйо. Это первая клиника мира, где обследуются все американские президенты, начиная с Франклина Делано Рузвельта. Ежегодно там лечатся 530 тыс. людей из 119 стран, одновременно работает более 100 операционных.

– Чему вы там научились?

– Профессор Чарльз Оуэн отнёсся ко мне как к сыну. Он не только учил меня коагулологии, но и научил играть в теннис. Главное, я изучил принципы работы клиники Мэйо. Там нет узкой терапевтической специализации. Специальностей всего три: медицина, хирургия и патология (лабораторная диагностика). Нет кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии и т.д. Каждый терапевт должен знать все диагностические и терапевтические методики. Когда я лечу больного, я расспрашиваю обо всех его ощущениях, чтобы ничего не пропустить. Если я чего-то не понимаю, консультируюсь с лучшими специалистами в той или иной области, чтобы максимально помочь своему пациенту. Человека нельзя разорвать на органы. Когда специалист по поджелудочной железе пропускает все остальные болезни, больному наносится вред.

Побывав в клинике Мэйо, я подумал, что и нам в России надо построить такую же клинику. Заручившись согласием американцев, мы решили делать её в госпитале гражданской авиации в Покровском-Глебово. Тем временем СССР распался, союзное Министерство гражданской авиации развалилось, и доктор Токарев, возглавлявший медицинскую службу этого министерства, вынужден был на время забыть о российской клинике Мэйо. Три года спустя он мне звонит и предлагает возобновить эту работу в больнице в Шереметьево. Мы договорились встретиться в среду, а во вторник ночью его убивают в подъезде своего дома. Он был очень смелым человеком, и, несмотря на угрозы, стал осуществлять реприватизацию в Министерстве гражданской авиации. Так мы клинику Мэйо в России и не построили...

– Вернёмся к вашей карьере.

Чему была посвящена ваша докторская диссертация?

– Хроническому диссеминированному внутрисосудистому свёртыванию. Это промежуточное состояние между кровоточивостью и тромбозами, поскольку образование тромбов проявляется массивным кровотечением (тромбогеморрагический синдром). Оно было впервые описано Дональдом МакКеем в 1959 г. Защитив диссертацию в 1980 г., я 3,5 года заведовал кафедрой госпитальной терапии в Университете дружбы народов им. П.Лумумбы (ныне РУДН). Затем по рекомендации Фёдора Ивановича Комарова мне предложили должность заведующего кафедрой госпитальной терапии № 1 лечебного факультета 1-го МОЛГМИ (ныне Первый МГМУ им. И.М.Сеченова) на базе 20-й городской больницы, где я проработал 28 лет. Одновременно был проректором нашего вуза по лечебной работе, написал учебник по внутренним болезням, выдержавший 3 издания. Конечно, мне помогал коллектив кафедры. Монография «Противотромботическая терапия в клинической практике» была удостоена премии РАМН имени моего учителя А.Л.Мясникова.

По примеру зарубежных коллег мне удалось организовать регулярные всесоюзные и всероссийские съезды по проблемам свёртывания крови. Первый такой форум состоялся в 1974 г., а недавно прошёл 24-й. Благодаря этим съездам удалось объединить отечественных учёных и привлечь ведущих зарубежных специалистов. В области свёртывания крови мы знаем все факторы, участвующие в тромбообразовании, знаем гены, отвечающие за их происхождение, и методом геной инженерии можем синтезировать любой из факторов свёртывания, но тем не менее ежегодно в мире от тромбозов гибнет 25 млн человек, причём наша страна лидирует по смертности. Надеюсь, что мои ученики наверняка смогут что-то открыть, чтобы уменьшить страдания больных и увеличить продолжительность их жизни. Я всегда цитирую Гиппократ: «Жизнь коротка, путь искусства долог, удобный случай скоропреходящий, опыт обманчив, суждение трудно». Практическая медицина – не наука, а искусство, хотя бы потому, что мы никогда не знаем наверняка, как больной отреагирует на назначенное нами лекарство и насколько точен наш диагноз. И чем опытнее врач, тем больше он может помочь больному. Поэтому врач, если голова

ещё соображает, должен работать максимально долго.

– Вы были первым руководителем Российско-американской школы семейной медицины, а сейчас являетесь председателем медицинской секции Академии проблем качества. Как повысить качество медицинской помощи?

– В АПК мы призываем перестроить систему здравоохранения на двух принципах: во-первых, семейная медицина и, во-вторых, групповая медицинская практика (аналогично тому, как это делается в клинике Мэйо). Семейный врач отвечает за 85% жалоб больного. Например, в Швеции уже нет специальности ревматолога, потому что диагностикой и лечением ревматизма занимаются семейные врачи. В США созданы кафедры семейной медицины. К сожалению, мы ментально ещё к этому не готовы. У нас участковый терапевт выполняет роль диспетчера, а у них семейный врач лечит большинство заболеваний.

То, что делается сейчас в здравоохранении, вызывает в лучшем случае недоумение. Я против того, чтобы заставлять врача зарабатывать деньги. Их ему должны платить те, кто врача нанимает. Например, в Англии в отдельных регионах люди выбирают доктора, назначают ему зарплату, и он работает. Врач сам решает, сколько времени он будет тратить на больного. У меня на первый контакт с больным уходит около часа. Молодых врачей надо учить так, чтобы они понимали, насколько это сложно. А когда они поймут? Не буду говорить печальные слова...

– Что вы думаете по поводу подготовки будущих врачей?

– Я был председателем Всероссийской комиссии по преподаванию внутренних болезней. Сначала надо знать, что мы хотим дать студенту медицинского вуза. Для этого была разработана квалификационная характеристика врача, где были перечислены знания и умения нашего выпускника. Потом было подсчитано количество часов, необходимых для освоения этих знаний и навыков. Оказалось, что на это требуется много времени, а у нас клинические кафедры сокращаются. Если раньше внутренние болезни изучали в субординатуре полгода, то теперь – только 1,5 месяца. Конечно, за это время их невозможно обучить всему, что надо. Поэтому я считаю, что наша система преподавания существенно дефектна. Студент уже на 1-м курсе должен знать, чему и как

его учат, и тогда наши врачи будут конкурентоспособны.

– Нужна ли студентам история медицины?

– Безусловно. Историю они обязаны знать, потому что без этого они не поймут, как были получены сегодняшние достижения. Ведь они были получены людьми, и если студент будет знать, как всё происходило, это может подтолкнуть его самому открывать что-то новое. Это обязательная, необходимая дисциплина в медицинском вузе. Студент должен знать, как случайно делались открытия: случайно Гарвей открыл большой круг кровообращения, Эйнтховен – электрокардиографию, А.Рентген – лучи, названные его именем.

– И на каком же курсе её преподавать?

– Можно растянуть на несколько лет. Когда студент только начинает изучать медицину, он ещё не понимает, что ему пригодится при лечении больных. Надо осмыслить, какие предметы надо уменьшить, а какие, наоборот, увеличить. Я, например, считаю, что иностранный язык преподаваться в вузе не должен. Каждый человек должен изучать его самостоятельно. Я выучил около десятка языков, но, конечно, не на всех говорю – нет практики.

– А что такое клиническое мышление?

– Это осмысливание врачом жалоб больного. Поэтому, когда я начинаю осмотр, я прошу больного забыть все медицинские диагнозы, и отвечать на мои вопросы: какие из его неприятных ощущений он хотел бы убрать в первую очередь, во вторую очередь и т.д. Это самое трудное в работе врача, потому что аускультация или чтение анализов занимает считанные минуты. Но ведь прежде надо знать, какие анализы назначить. Клиническое мышление объединяет всю информацию о больном. Конечно, техника очень помогает врачу, но диагноз ставит врач, а не техника.

– Чем, помимо медицины, вы увлекаетесь?

– Я такой человек, что мне всё нравится, я всего хочу. Играю на пианино, начал сочинять музыку. Собираюсь рисовать. К сожалению, времени не хватает. Сейчас пишу публицистическую книгу под условным названием «Гибель госпиталки». Клиника госпитальной терапии была разрушена на моих глазах. Это была одна из лучших клиник страны, а во что она сейчас превращена!

Беседу вел
Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Москва.

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), И.СТЕПАНОВА, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В.МАНЯКО.
Депутат член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

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

Заказ № 14-11-00363
Тираж 35 045 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; Ханан (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.