

Медицинская

28 сентября 2016 г.
среда
№ 73 (7693)

Газета®

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

Современные технологии

Проблем немало у «экстремала»

Тверской взгляд на выхаживание недоношенных новорождённых



Что бы ни говорили, а современная медицина не стоит на месте. Меняются принятые некогда подходы к диагностике и лечению заболеваний, внедряются другие поколения лекарственных препаратов, учёные находят всё новые пути к эффективной борьбе с самыми опасными недугами человечества. Педиатрическая наука не отстаёт от этой прогрессивной тенденции. Если задуматься, то ещё совсем недавно считалось высшим достижением российских врачей выводить новорождённого

Священнодействует педиатр Людмила Антонова

ребёнка, появившегося на свет раньше срока, да ещё и весом чуть более килограмма. Сегодня же каждая оснащённая отечественная педиатрическая клиника считает своей стандартной работой успешное выхаживание так называемых «экстремалов» – недоношенных младенцев весом от 500 г. Однако сей факт, которым гордятся сегодняшние доктора, в обществе вызывает далеко не однозначные оценки. Всё чаще на

фоне очевидных успехов по выхаживанию детей с экстремально низкой массой тела скептики развивают тревожную мысль, что делать этого нельзя, ибо, таким образом, врачебное сообщество вмешивается в дела природы – процесс естественного отбора, в результате которого законное право на жизнь получают только самые сильные и генетически полноценные малыши.

(Окончание на стр. 7.)



Ян ГАБИНСКИЙ,
директор Уральского института
кардиологии, главный кардиолог
Минздрава Свердловской области,
профессор:

Каждый житель планеты должен иметь второй – коронарный – паспорт, определяющий его сердечную судьбу.

Стр. 4

Олег ЛУЦЕВИЧ,
заведующий кафедрой МГМСУ
им. А.И.Евдокимова,
председатель Московского
общества хирургов,
профессор:

Возраст перестал быть противопоказанием к самым сложным хирургическим вмешательствам.

Стр. 10–11



Перспективы

Будущее – за новыми лекарствами

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова выступила на совещании высокого уровня 71-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН. «Медицинская газета» предлагает ознакомиться с её выступлением.

– Министерская конференция в Гааге 2014 г. определила комплексный межсекторальный подход в борьбе с АМР как главный приоритет и призвала страны объединить усилия здравоохранения, ветеринарии, сельского хозяйства, где широко используются противомикробные препараты, на национальном, региональном и глобальном уровнях, – сказала она. – Российская Федерация явилась соавтором основополагающих документов – Стратегии и Глобального плана по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, принятых Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2014 и 2015 гг.

С учётом имеющегося в нашей стране опыта и потенциального вклада в решение проблемы, считаем наиболее

значимыми стратегическими направлениями жёсткий государственный контроль за обращением всех лекарственных препаратов, включая антимикробные, в медицине и ветеринарии; сокращение применения антибиотиков в ветеринарии и сельском хозяйстве и обеспечение содержания антибиотиков в продуктах животного происхождения ниже предельно допустимого уровня; широкое проведение бесплатных для населения профилактических противомикробных мероприятий, включая вакцинацию; информирование населения об опасности бесконтрольного применения противомикробных препаратов и формирования резистентности к ним.

Мы активно внедряем обязательные лабораторные исследования на выявление АМР в медицинских организациях. Кроме того, утверждены Порядки рационального назначения противомикробных препаратов и создана электронная система помощи для врачей в принятии решений.

(Окончание на стр. 2.)

События

Гемодиализ в Прокопьевске

В третьем по величине городе Кузбасса, Прокопьевске, открылось собственное отделение гемодиализа, оснащённое по последнему слову медицинской науки и техники.

Ранее пациентам с терминальной стадией хронической почечной недостаточности приходилось ездить в отделения нефрологии и гемодиализа соседних городов Новокузнецка и Белова. Для этого трижды в неделю они преодолевали от 100 до 200 км в оба конца, то есть фактически жили на колёсах. Сейчас больные из Проко-

пьевска и близлежащих территорий смогут получать жизненно важное лечение буквально в шаговой доступности. Для этого в городской больнице № 1 Прокопьевска буквально с нуля было создано новое отделение: нефрологии и гемодиализа. Выполнен качественный ремонт, установлено 16 новейших аппаратов «искусственная почка», позволяющих обслуживать 96 пациентов.

Новое отделение включает также стационар для обычных нефрологических больных (на 9 коек), собственную клинично-диагностическую

лабораторию и хирургический блок: операционную и палату интенсивной терапии (на 6 коек).

Сегодня в Кузбассе работают уже 4 современных отделения нефрологии и гемодиализа, территориально «закрывающие» всю достаточно компактную область. В общей сложности здесь задействовано 109 диализных мест, бесплатное лечение получают около 600 пациентов.

Валентина АКимова,
соб. корр. «МГ».

Кемеровская область.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОВОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

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

Новости

Холод гриппу не тётка

В Хабаровском крае продолжается вакцинация населения против гриппа. Прививки уже получили 120 тыс. человек. Завершится массовая иммунизация 1 ноября. До этого времени будут привиты 620 тыс. человек, в том числе 142 тыс. детей. Для жителей региона вакцина бесплатна. Сделать прививку можно в поликлинике по месту жительства, медицинских кабинетах на рабочем месте.

В этом году в регионе также была организована работа передвижных прививочных кабинетов. Они базировались в Хабаровске и Комсомольске-на-Амуре. Благодаря акции, организованной краевым Минздравом, удалось привить 4200 человек. Для удобства населения, при себе достаточно было иметь паспорт и медицинский полис.

Ранняя вакцинация, по мнению специалистов, поможет избежать резких подъёмов заболеваемости ОРВИ и гриппом в предстоящий эпидемический период. В прошлом году превышение эпидпорогов было зарегистрировано в 13 из 19 муниципальных образований края. Длительность подъёма составила в среднем 3 недели.

Министерством здравоохранения края также организован мониторинг противовирусных препаратов в аптечных организациях края. Особое внимание уделяется наличию минимального ассортимента и ценообразованию на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Хабаровск.

Лекарства «про запас»

В единый для всей России день выборов на избирательных участках Омска и сельских районов Омской области дежурили медики. Врачи или работники здравоохранения среднего медицинского звена. На случай, если кому-то из избирателей станет плохо, поскольку большинство из них представляли старшее поколение городских и сельских жителей.

Однако, по последним данным, никому не пришлось оказывать медпомощь или вызывать «скорую», хотя некоторые избиратели и обращались в организованные на участках медпункты и посты «волшебников в белых халатах» – проверить давление, попросить таблетку или микстуру «от сердца». Но большинство из пожилых людей откладывали их «про запас» – лекарства нынче дороги для пенсионеров, а особенно для людей в преклонном возрасте.

Избирательные участки действовали также и во всех лечебно-профилактических учреждениях города с более чем миллионным населением и на всей территории Прииртышья. Их, понятно, организовали для пациентов, находящихся в стационарах, и дежуривших в ЛПУ медиков. Лежачим больным, не имеющим возможности пойти на больничные избирательные участки, члены счётных комиссий приносили переносные урны.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Девятая спартакиада

В середине сентября прошла 9-я, традиционная уже спартакиада работников здравоохранения Кемеровской области.

В роли инициатора и главного организатора этого праздника в очередной раз выступила Кемеровская областная организация Профсоюза работников здравоохранения РФ.

Популярность этого мероприятия, призванного пропагандировать здоровый образ жизни среди населения области и укреплять корпоративные традиции медучреждений, с каждым годом растёт. Нынче на спортивных площадках собралось рекордное количество участников: более 300 человек в составе 15 команд и более 100 болельщиков.

Кроме сборных городских команд, на спартакиаде выступали сборные команды отдельных муниципальных и государственных учреждений здравоохранения, а также сборные команды специализированных служб (психиатрической и судебно-медицинской экспертизы).

Как и раньше, соревнования проходили в 7 видах: мини-футбол, волейбол, легкоатлетический кросс, настольный теннис, шахматы, перетягивание каната, дартс. Победила сборная команда Прокопьевска.

Валентина ПЕТРЕНКО.

Кемерово.

Чемпион по количеству донорских пунктов

В Пермском крае создана самая большая в России сеть пунктов доноров костного мозга. По будням ежедневно работают 45 пунктов, где можно бесплатно сдать образец крови и попасть в базу потенциальных доноров костного мозга.

«Мне кажется, каждый житель Перми и других городов края, может стать донором недалеко от своей работы или своего дома. И это действительно так», – комментирует руководитель программы Русфонда «Регистр против рака» Виктор Костюковский.

Напомним, что 17 сентября прошёл день доноров костного мозга по всему миру. И акции в поддержку этого благородного дела прошли, в том числе, и в Перми.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Пермь.

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

Фоторепортаж

Чтобы творить чудеса

Потребовалось открыть за 100 дней новую клинику

Настоящий праздник офтальмологии устроили для любознательных жителей Смоленска и коллег-медиков сотрудники Калужского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова»: в только что открывшемся в городе-герое лечебно-диагностическом отделении филиала прошёл день открытых дверей.

В рамках праздника осуществлялся приём всех желающих провизировать зрение и непосредственно в клинике, и в мобильном диагностическом комплексе, стоявшем во дворе; на большом экране в конференц-зале в режиме реального времени демонстрировалась бесшовная операция по возвращению зрения с помощью фем-



Алую ленту перерезают Александр Терещенко, Владимир Степченко и Ирэн Фёдорова



В фойе нового отделения – бюст великого офтальмолога XX века С.Н.Фёдорова

тосекундного лазера, а затем был показан фильм о работе калужских офтальмологов, использующих в своей повседневной практике новейшие инновационные технологии, гарантирующие высочайший уровень безопасности при проведении операций, лазерную точность, индивидуальный подход, возвращение максимальной остроты зрения. Да, теперь эти технологии пришли и в Смоленск: мощностное отделение, которое возглавила офтальмолог высшей категории Марина Воробьева, проработавшая в Калуге 15 лет, рассчитана на 10 тыс. операций в год.

В торжественной церемонии открытия отделения приняли участие президент Фонда содействия передовым медицинским технологиям им. С.Н.Фёдорова вдова академика Ирэн Фёдорова, начальник Департамента по здравоохранению Смоленской области Владимир Степченко, председатель городского Совета Юрий Сыркин, председатель Комитета областной Думы по бюджету, налогам и финансам Николай Деметьев, директор территориального фонда ОМС Андрей Бельков, заведующий кафедрой глазных болезней Смоленского государственного медицинского университета, за-



Обследование «рискнул» пройти депутат областной Думы Николай Деметьев

служенный врач РФ, лауреат премии Святослава Фёдорова Леонид Деев, представители медицинской общественности и области.

Выступая перед собравшимися, директор Калужского филиала, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Александр Терещенко подчеркнул, что капремонт и перепланировка помещения, предоставленного областными и городскими властями под кон-

вейерный – фёдоровский – метод заняла всего 4 месяца, однако клиника, в оборудование которой вложено 100 млн руб., соответствует всем мировым канонам, существующим в современной офтальмологической хирургии. А перенимать опыт амбулаторной хирургии с фемтосекундным сопровождением в Смоленск будет ездить вся Россия!

Впрочем, это уже произошло: в день открытия клиники с работой её персонала познакомились специалисты из Обнинска, Брянска, Орла, Тулы, Белгорода и Нови Сада (Сербия).

А за несколько дней до открытия состоялось ознакомительное посещение клиники заместителем председателя Государственной Думы РФ Сергеем Неверовым,

губернатором Смоленской области Алексеем Островским и генеральным директором МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова (Москва) Александром Чухраёвым. А.Чухраёв подарил С.Неверову и А.Островскому миниатюрные бюсты Святослава Фёдорова.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».
Фото автора.

Перспективы

Будущее — за новыми лекарствами

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Особое внимание уделяется разработке инновационных иммунологических, противомикробных и «альтернативных» лекарственных препаратов, воздействующих через универсальные молекулярные комплексы и позволяющих не только блокировать инфекцию, вызванную резистентными формами возбудителей, но и исключать развитие

резистентности при повторных применениях этих препаратов.

На наш взгляд, будущее – за этими лекарственными препаратами, не формирующими резистентности.

Только при условии решения проблемы АМР возможно достижение Целей устойчивого развития, принятых в сентябре 2015 г. Генеральной Ассамблеей ООН.

Поэтому этой проблеме будет

отведено особое место на Глобальной министерской конференции по туберкулёзу в контексте глобального здравоохранения и целей устойчивого развития, которая состоится в ноябре 2017 г. в Москве. Мы приглашаем все государства-члены ООН принять участие в этой значимой конференции.

Алексей ПИМШИН,
МИА Cito!

Москва.

Официально

На очереди концессионные соглашения

Заседание Координационно-го совета Минздрава России по государственно-частному партнёрству рассмотрело выполнение мероприятий в рамках проведения Всероссийского конкурса «Лучший проект государственно-частного взаимодействия в здравоохранении». В настоящий момент продолжается сбор анкет-заявок на участие в конкурсе, который продлится до 30 сентября 2016 г. Заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой предложил членам координационного совета и всем потенциальным участникам конкурса ускорить процесс подачи заявок.

На встрече также обсуждался вопрос совершенствования управления инфраструктурой подведомственных Минздраву России федеральных государственных учреждений, в том числе путём создания учреждениями хозяйственных обществ с целью привлечения внебюджетных инвестиций для реализации крупных инфраструктурных проектов в сфере здравоохранения.

По итогам прошедшего обсуждения отмечена актуальность совершенствования существующих механизмов создания учреждениями

хозяйственных обществ и признана целесообразной детальная проработка соответствующего вопроса с учётом оценки социально-экономических последствий принимаемых решений по распоряжению инфраструктурой здравоохранения, находящейся в государственной собственности.

Кроме того, членам координационного совета и участвующим в заседании представителям субъектов РФ предложено направить в Минздрав России предложения относительно совершенствования правового положения учреждений здравоохранения.

Заключительным вопросом повестки стало обсуждение планируемого инвестиционного проекта с использованием механизма концессии на базе имущественного комплекса, закреплённого в настоящее время на праве оперативного управления за МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России в Екатеринбурге.

Целью концессионного соглашения является реконструкция, включая оснащение, указанного объекта здравоохранения за счёт собственных средств концессионера и (или) привлечённых им средств в размере не менее 351 500 тыс. руб. в соответствии с установленными концессионным соглашением технико-экономическими показателя-

ми для осуществления непрерывной медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по специальности «офтальмология».

Предполагаемый срок действия концессионного соглашения с учётом показателей финансовой модели проекта – 25 лет.

По итогам обсуждения проект в целом был поддержан членами координационного совета. Рекомендовано в установленном порядке подготовить и внести в Правительство РФ проект решения о заключении соответствующего концессионного соглашения.

Резюмируя итоги рассмотрения вопроса, Сергей Краевой отметил, что в случае реализации концессионного соглашения в Екатеринбурге это станет яркой иллюстрацией того, как арендные отношения, не подразумевающие улучшение инфраструктуры, «трансформируются» в концессионное соглашение, создают необходимые условия привлечения частных инвестиций для развития инфраструктуры здравоохранения, находящейся в федеральной собственности, и увеличения качества и доступности медицинской помощи.

Соб. инф.

Здоровая жизнь

Депрессия: поможет яркий свет

Жителям России, которые наблюдают у себя такие признаки осенней депрессии, как упадок сил и ухудшение настроения, психиатры советуют чаще находиться в комнатах с ярким освещением.

Об этом сообщила руководитель отдела терапии психических и поведенческих расстройств Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Алла Аведисова.

«Такое явление, как осенняя депрессия, в большей степени связано с освещённостью, и

даже лечение такой депрессии проводят ярким светом, – отметила А.Аведисова. – Есть такая специальная аппаратура, специальные освещённые комнаты, портативные приборы, которые дают очень яркий свет. Конечно, если человек наблюдает у себя симптомы депрессии, лучше всего обратиться к специалисту. Но если говорить о том, как бороться с ней в домашних условиях, то можно попробовать включать яркий свет и желателно быть всегда в хорошо освещённой комнате», – добавила она.

Эксперт подчеркнула, что осенью и в начале зимы к психоте-

рапевтам обращаются на 15-20% пациентов больше, чем обычно. «Да, конечно, сезонные колебания обращаемости есть, они в большей степени связаны с сезонностью возникновения некоторых невротических заболеваний и других психических расстройств. Ещё частично это связано с тем, что люди летом, как правило, отдыхают, а после отпуска, возвращаясь к работе, ощущают потребность обратиться к психиатру», – заключила А.Аведисова.

Марк ВИНТЕР.
МИА Сити!

Москва.

Подписка-2017

Продолжается подписная кампания

Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России началась подписная кампания на периодические издания на первое полугодие 2017 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2017».

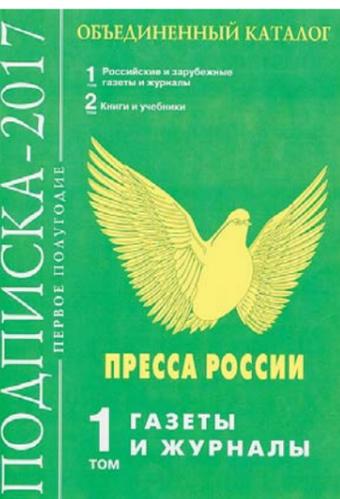
Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;

32289 – на полугодие;

42797 – на год.

Физические лица могут подписаться на «МГ» и через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва, 129110.



Справки по телефонам: 8-495-608-85-44, -681-35-96, 8-916-271-08-13.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgz.ru

Инициатива

Центральная научная медицинская библиотека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова открыла в Челябинской областной универсальной научной библиотеке электронный абонемент. Это первый проект в России, реализующий право библиотек по свободному предоставлению во временное пользование документов из фондов главной медицинской библиотеки страны через Интернет в полном соответствии с законодательством по охране авторского права.

В библиотеку – по Интернету

Воспользоваться литературой может любой желающий. Незарегистрированным на портале пользователям доступны только поиск и просмотр библиографического описания. Авторизовавшись, пользователь получает возможность искать, заказывать и просматривать полные тексты публикаций на экране персонального компьютера или другого устройства в любом удобном месте. Доступ предоставляется на ограниченное время, а если нужный экземпляр в данный момент окажется занятым другим читателем, абонент в порядке очереди сможет резервировать документ за собой.

Открытие электронного абонемента медицинской литературы стало важным событием для профессионального сообщества. Оценить нововведение пришли представители Южно-Уральского государственного медицинского университета, Федерального цен-

тра сердечно-сосудистой хирургии, областного перинатального центра, городской клинической больницы № 1 Челябинска и других учреждений здравоохранения. Первые дни работы нового сервиса показали, насколько востребована такая услуга: число интернет-читателей научной библиотеки в Челябинске сразу же начало увеличиваться за счёт сотрудников городских клиник.

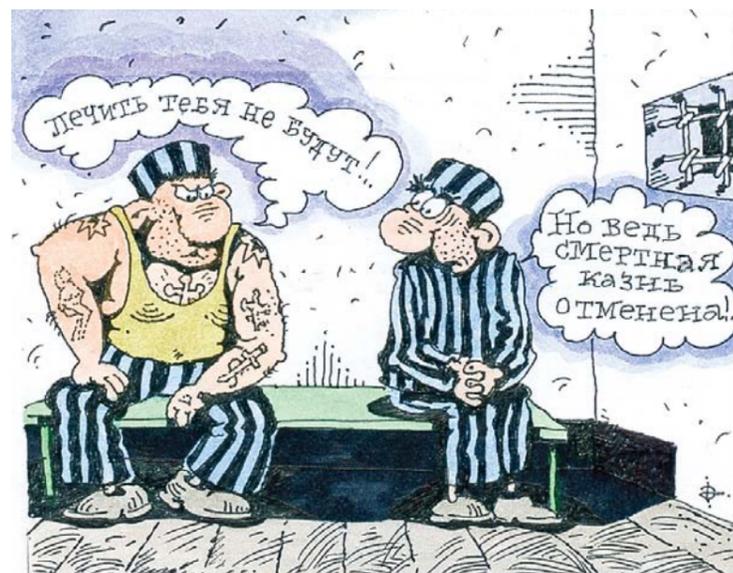
Для удобства медицинских работников, которые хотели бы стать пользователями виртуального абонемента, но не располагают временем, библиотека готова по заявке учреждения организовать выездное обслуживание: читательский билет, логин и пароль для работы с ресурсами библиотеки можно будет получить за несколько минут у себя на рабочем месте.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

Ситуация

Увы, лечить надо даже в тюрьме



Страдающий ВИЧ-инфекцией осуждённый намерен отсудить 600 тыс. руб. у медико-санитарной части № 78 Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) за то, что учреждение в течение 6 месяцев не предоставляло ему необходимые препараты.

Первый иск мужчина подал ещё осенью минувшего года, а в декабре того же года Калининский районный суд Санкт-Петербурга отказал ему в удовлетворении требований. Однако городской суд Северной столицы признал это решение незаконным и направил материалы дела на повторное рассмотрение.

«Осенью 2015 г. ВИЧ-позитивный мужчина, ныне отбывающий наказание в исправительной колонии № 7 Управления ФСИН РФ по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, подготовил административный иск о признании незаконным бездействие начальника медико-санитарной части № 78 ФСИН РФ. По мнению истца, в нарушение требований законодательства учреждение не

предоставляло ему антиретровирусные препараты в СИЗО № 4 на протяжении 6 месяцев», – передаёт пресс-служба Российского агентства правовой и судебной информации.

На это в медико-санитарной части осуждённому ответили, что «предприняли всё возможное для получения необходимых препаратов, неоднократно направляли запросы в Минздрав России, ФСИН».

При этом источник отмечает тот факт, что, по данным Генеральной прокуратуры РФ, в прошлом году чиновники сорвали закупку АРВ-препаратов для осуждённых. Позднее Министерство юстиции РФ предложило ФСИН самостоятельно закупать лекарства от ВИЧ.

Кстати говоря, по словам генерального прокурора РФ Юрия Чайки, в том же 2015 г. в местах лишения свободы умерли почти 4 тыс. человек вследствие некачественного и недостаточного медицинского сопровождения исправительных учреждений.

Борис БЕРКУТ.
МИА Сити!

Материнство и детство

Акцент — на инновации

Вчера в Москве начал работу XVII Всероссийский научный форум «Мать и дитя» — мероприятие масштабное и по количеству участников, и по объёму обсуждаемых вопросов, и по глубине проникновения в предмет.

По словам руководителя форума, директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова академика РАН Геннадия Сухих, в этом году акцент сделан на инновациях, сочетании научной, образовательной и клинической составляющих. Приветствуя коллег — представителей практического здравоохранения и науки, приехавших из всех уголков страны и из-за рубежа, академик выразил уверенность, что форум откроет новые научные перспективы, будет способствовать повышению качества и доступности акушерско-гинекологической и неонатологической помощи, станет очередным шагом на пути международного сотрудничества в сфере охраны здоровья женщин и детей. Ведь в его программе найдут отражение такие направления, как неотложные состояния в акушерстве, профилактика преждевременных родов (в том числе у беременных



Материнское счастье — ради него доктора трудятся, учатся, обмениваются опытом на форумах, подобных нынешнему

с инфекционно-воспалительными заболеваниями), преэклампсия, детская гинекология, выхаживание детей с запредельно низкой массой тела при рождении, неонатальная хирургия, бесплодие в браке, онкогинекология и др. Будут представлены новые возможности диагностики и лечения патологий на основе достижений молекулярной и клеточной биологии.

В рамках форума также проходит Всероссийский научно-образовательный конгресс «Ультразвуковая и лучевая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии» и научно-практическая конференция «Невынашивание беременности: социальная проблема, медицинские решения».

Валентина ЕВЛАНОВА.
Фото автора.

В центре внимания

Город сердца

Свердловская область на несколько дней стала центром мировой кардиологии. Российский национальный конгресс кардиологов, открывшийся в Екатеринбурге, собрал более 5 тыс. человек из 25 стран мира. Визит на Средний Урал лучших специалистов позволит изучить передовые наработки оказания медицинской помощи для снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Об этом сказал губернатор Евгений Куйвашев на открытии выставки, приуроченной к конгрессу.

«Считаю, что это не просто крупное, общественно значимое мероприятие, а некая точка отсчёта на том пути, которым мы идём, развивая уральское здравоохранение, выводя его на новый качественный уровень. Проведение Национального конгресса кардиологов в Свердловской области — это отличная возможность профессионального роста, обмена опытом, повышения квалификации. Одна из составляющих успеха в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и болезнями системы кровообращения — это обмен мнениями и общение специалистов. То, что такой масштабный конгресс проходит именно у нас, это большой импульс для развития всей системы оказания специализированной медицинской помощи. Уверен, что это самым благоприятным образом скажется на здоровье и долголетию уральцев», — отметил Е.Куйвашев. Президент Российского карди-

ологического общества Евгений Шляхто подчеркнул, что проведение конгресса именно в столице Урала — это дань уважения всем заслугам региона в сфере профилактики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, реабилитации пациентов.

«Сегодняшний конгресс — это лучший конгресс, который мы когда-либо проводили. Планка задана очень высокая. И во многом это — благодаря личной поддержке наших мероприятий губернатором Свердловской области. Хочу отметить, что усилия, реализованные в прошлые годы, позволили снизить смертность по России на 30%. Это достигнуто за счёт профилактической программы, развития высокотехнологичной медицины, реабилитационных центров», — пояснил Е.Шляхто.

Отметим, что в Свердловской области за последние 5 лет также удалось добиться заметного снижения смертности от болезней системы кровообращения — почти на 11%. Во многом это связано с развитием высокотехнологичной медицинской помощи, мероприятиями в рамках Национального года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, реализацией комплексной программы «Здоровье уральцев», один из блоков которой посвящён именно развитию кардиологической сферы, а квинтэссенцией станет проект «Город сердца». Этот проект позволит создать «кардиологическую паутину» и обеспечить профилактику заболеваний, в том числе и неотложной, по-

мощи, организовать комплексную реабилитацию пациентов.

«Сегодня мир услышал о том, что разработки уральцев достойны самого пристального внимания. Так, каждый житель планеты должен иметь второй — коронарный — паспорт, определяющий его сердечную судьбу. Этот документ сделает революцию в профилактической кардиологии, чтобы диспансеризация была действительно эффективной. При поддержке губернатора проект «Город сердца» мы начнём уже в этом году, и через 3 года он станет гордостью не только области, но и всей России», — пояснил главный кардиолог Минздрава Свердловской области Ян Габинский.

Е.Куйвашев, Е.Шляхто и другие участники открытия выставки осмотрели стенды экспозиции, где представлены передовые наработки медицины, оборудование. Здесь были продемонстрированы возможности передвижного мобильного комплекса, который позволяет оперативно произвести комплекс исследований для определения состояния здоровья человека и факторов риска. Научить людей бережно относиться к своему здоровью предлагают авторы образовательного проекта «Музей сердца». В интерактивной форме представлена информация о том, что для сердца хорошо, а что плохо. Также гости оценили возможности современной медицинской техники и диагностического оборудования от уральских производителей.

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.

Перемены

Повышение возраста участников программы «Земский доктор» до 50 лет, принятое по инициативе активистов Общероссийского народного фронта, позволило привлечь на село больше опытных специалистов с многолетним стажем. За 9 месяцев текущего года именно на эту возрастную категорию пришлось почти пятая часть от общего количества земских врачей, принятых на работу в сельские больницы и поликлиники.

Возраст — значит опыт

«Когда мы настаивали на расширении программы «Земский доктор», мы рассчитывали, что, с одной стороны, это поможет медицинским работникам, которые были уволены в результате оптимизации здравоохранения и последовавшего сокращения штатов медучреждений, найти работу по специальности, а с другой — обеспечить сельские больницы и поликлиники именно опытными высококвалифицированными врачами. И проект, как мы видим, оправдывает себя. Всё больше опытных медиков из мегаполисов становятся участниками программы и решаются на переезд в сельские районы. В конце года мы в рамках совместной рабочей группы по выполнению поручения Президента РФ по итогам форума ОНФ по здравоохранению проведём более детальный анализ результатов программы и отметим её сильные и слабые стороны», — сказала эксперт ОНФ, депутат Госдумы РФ Разиев Натхо.

Эксперты ОНФ рассчитывают, что повышение возраста участников программы «Земский доктор» поможет сократить дефицит врачей на селе. В настоящее время обеспеченность сельских жителей медработниками практически в 3 раза ниже (в 2,8 раза), чем жителей города, и не превышает 13,8 на 10 тыс. населения при средней по стране — 38.

Статистика за неполный год, как считают эксперты группы ОНФ «Социальная справедливость», позволяет говорить о первых позитивных результатах расширения программы «Земский доктор». По данным Федерального фонда обязательного медицинского стра-

хования (ФОМС), на 1 сентября этого года заключены договоры на предоставление единовременной компенсационной выплаты с 1288 медиками, из них в возрасте 46-50 лет — 221 человек, или 17%. Необходимо отметить, что больше всего врачей приходится на две возрастные категории — 49 и 50 лет.

Всего к концу года по стране планируется привлечь 4,8 тыс. земских врачей. Это больше, чем в прошлом году, когда в сельскую местность приехали 3,6 тыс. медиков, и программа была исполнена лишь на 71,9%. Выполнить план поможет увеличенная до 60% доля средств, направляемых ФОМС на реализацию этих целей в размере 2,9 млрд руб., что почти на 0,5 млрд руб. больше, чем в предыдущем году.

Поправки, внесённые правительством в закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в рамках исполнения поручения Президента России, данного по итогам Форума ОНФ «За качественную и доступную медицину», были приняты год назад. Помимо продления действия программы «Земский доктор», предусматривающей выплаты в 1 млн руб. врачам, прибывшим или переехавшим в 2016 г. на работу в сельскую местность, возраст врачей, которые могут принять в ней участие, был повышен с 45 до 50 лет. Также в программу были включены посёлки городского типа и увеличена доля средств ФОМС, направляемых на программу «Земский доктор», с 50 до 60%.

Алексей УРАЛЬСКИЙ.
МИА Сити!

Москва.

Профилактика

В фокусе внимания — школьная и университетская медицина

Реализация национальной стратегии действий в интересах детей, школьное здравоохранение, современные проблемы медико-профилактического образования, подготовка кадров для медицинского обеспечения обучающихся, межсекторальное взаимодействие систем образования и здоровья, гигиеническая безопасность цифровой среды в жизнедеятельности детей и подростков, управление рисками здоровья, научные основы формирования здорового образа жизни, новые технологии оздоровления детей в работе отделений медицинской помощи обучающимся, гигиеническая безопасность предметов детского обихода, проблемы университетской гигиены и ряд других вопросов планируется обсудить в рамках V Национального конгресса по школьной и университетской медицине, который состоится в Москве.

Обсуждение будет проходить в разных формах: доклады на пленарных заседаниях и симпозиумах, фиксированные выступления, обмен мнениями экспертов, встречи с профессором, мастер-классы. Откроет свои двери дискуссионный клуб для учащихся старших классов и студентов медицинских вузов.

В заключительный день форума пройдёт пленум Научного совета Российской академии наук по гигиене и охране здоровья детей и подростков и заседание рабочей группы профильной комиссии Минздрава России, посвящённое 130-летию преподавания школьной гигиены и 90-летию кафедры гигиены детей и подростков в Московском государственном университете им. М.В.Ломоносова и Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова. Статьи, организаторами конгресса выступили Мини-

стерство здравоохранения России, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Научный центр здоровья детей, Всероссийское общество развития школьной и университетской медицины и здоровья.

В его работе примут участие сотрудники научно-исследовательских институтов, вузов, учреждений Роспотребнадзора, управлений образования и здравоохранения, специалисты лечебно-профилактических учреждений различных субъектов РФ, врачи детских поликлиник, представители образовательных организаций, директора школ, студенты, школьники, а также специалисты стран ближнего и дальнего зарубежья.

Ирина РАПОПОРТ,
заведующая лабораторией
НИИ гигиены и охраны здоровья
детей и подростков,
профессор.

Стать специалистом с большой буквы мечтает каждый выпускник вуза. Но не всем хватает знаний, терпения и удачи состояться в своей профессии так, чтобы коллеги безоговорочно считали его ведущим специалистом в выбранном направлении. «Медицинская газета» и другие СМИ рассказывали о всероссийской стипендиальной программе «TAKEDA – Золотые кадры медицины». Уже 10 лет она поддерживает талантливых студентов, намеренных профессионально расти. В этом году её партнёрами являются 23 государственных медицинских и фармацевтических вуза в 20 регионах России.

Редакцию «Медицинской газеты» заинтересовало, как сложилась судьба у стипендиатов прошлых лет и чего им удалось добиться – действительно ли они сумели стать одними из лучших в выбранной профессии?

Александра СИТЕНКОВА, ассистент кафедры фармацевтической химии Казанского государственного медицинского университета:

– На кафедре фармацевтической химии Казанского ГМУ мы занимаемся таким перспективным направлением, как создание специфических носителей для контролируемой доставки лекарственных веществ, использование которых позволяет повысить биодоступность, а в конечном счёте – улучшить эффективность применения лекарственных препаратов. Для пациента это значит, что врач сможет назначить приём препарата в меньшей дозе, что не повлияет на силу ожидаемого терапевтического эффекта. Здесь важно понимать: когда уменьшается дозировка применяемого лекарства, пропорционально меньше становятся и побочные эффекты. Кроме того, улучшение биодоступности позволяет более рационально использовать проверенные годами препараты. Это также сокращает возможные риски: при применении нового лекарства есть опасность проявления неожиданных побочных эффектов.

Мы разрабатываем более современные носители для пероральной доставки лекарственных веществ. Разрабатываем полимерные соединения, исследуем их в лаборатории, затем проверяем безопасностью в виварии. Наша задача – создать на основе уже существующих в фармацевтической технологии полимеров матричную систему, которая будет обладать улучшенными свойствами. Например, сможет обеспечивать пролонгированную резорбцию действующего вещества или же высвобождение в заданном отделе желудочно-кишечного тракта.

Конечно, работа сложная, интересная, а главное – имеющая большое значение для медицины и пациентов.

Участие в стипендиальной программе стало для меня первым серьёзным испытанием, настоящей проверкой знаний и эрудиции. Победа позволила поверить в свои силы, расширить кругозор. Позже мне захотелось попробовать себя в ещё нескольких всероссийских конкурсах. Принять решение об участии было намного проще, так как психологически была готова к тому, что смогу занимать призовые места, получать премии. Дальше эта уверенность отражается и на научной работе. Когда занимаешься наукой, очень важно умение достигать результата, понимание, как выбрать правильный путь.

Сейчас мы стараемся развивать фармацевтическое производство. Для этого нужны не только финансовые средства. Молодые учёные и специалисты должны вносить свой вклад, стремиться к самообразованию, к совершенствованию своих знаний и умений. Тогда будет отдача и прорыв в создании новых лекарств российского производства.

Семён ЗОТОВ, врач акушер-гинеколог, репродуктолог отделения ЭКО, хирург эндоскопист отделения гинекологии:

– Существует мнение, что ЭКО – достаточно простая процедура, давно освоенная и застывшая в своём развитии. На самом деле эмбриология – специальность крайне динамичная. Каждый год появляются новые методики, подходы, препараты, инструменты... Надо держать руку на пульсе, чтобы оставаться профессионалом высокого класса.

Я окончил Новосибирскую государственную медицинскую академию в 2009 г. После ординатуры 2 года отработал в областной больнице в отделении оперативной гинекологии, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, получил сертификат специалиста-репродуктолога. Приобрести новую специализацию меня подтолкнула востребованность вспомогательных репродуктивных технологий. Проблема бесплодия нарастает во всём мире, и дело не только в ухудшении состояния здоровья женщин. Современные женщины откладывают это важнейшее событие в жизни на более поздний срок, из-за этого и подходят к нему с более серьёзным букетом проблем со здоровьем.

А это значит, что надо быть хорошим специалистом не только в акушерстве и гинекологии, но и зачастую в других специальностях, которые и смежными назвать сложно. Это я понял с первого дня работы в отделении ЭКО крупнейшего частного медицинского центра «Авиценна» в Новосибирске.

Главная тема

Востребованный и успешный специалист

Умение мыслить широко и комплексно способствует карьерному росту

своём развитии. На самом деле эмбриология – специальность крайне динамичная. Каждый год появляются новые методики, подходы, препараты, инструменты... Надо держать руку на пульсе, чтобы оставаться профессионалом высокого класса.

Я окончил Новосибирскую государственную медицинскую академию в 2009 г. После ординатуры 2 года отработал в областной больнице в отделении оперативной гинекологии, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, получил сертификат специалиста-репродуктолога.

Приобрести новую специализацию меня подтолкнула востребованность вспомогательных репродуктивных технологий. Проблема бесплодия нарастает во всём мире, и дело не только в ухудшении состояния здоровья женщин. Современные женщины откладывают это важнейшее событие в жизни на более поздний срок, из-за этого и подходят к нему с более серьёзным букетом проблем со здоровьем.

А это значит, что надо быть хорошим специалистом не только в акушерстве и гинекологии, но и зачастую в других специальностях, которые и смежными назвать сложно. Это я понял с первого дня работы в отделении ЭКО крупнейшего частного медицинского центра «Авиценна» в Новосибирске.

Мы гордимся, что в нашей клинике при применении ЭКО на практике развитие беременности достигается в 40-45% случаев. При этом число прошедших терапию пациенток неуклонно растёт. Этому способствует и тот факт, что технология ЭКО убедительно доказала свою эффективность. Очевидно, что многие женщины, которые раньше ни при каких обстоятельствах не смогли бы родить ребёнка, сегодня в состоянии это сделать. Но самое главное – на свет появляются здоровые дети!

Позитивную роль в увеличении количества ЭКО играет и усилившаяся поддержка со стороны государства применения вспомогательных репродуктивных технологий. В результате ЭКО стало более доступной процедурой.

Специалист, занимающийся этой проблемой, обязан постоянно получать новые знания, учиться, чтобы достигать высоких результатов. Иногда это делать трудно, ведь надо работать с полной отдачей.

Лично я стал задумываться над тем, как правильно заниматься самообразованием, когда дважды (в 2008 и 2009 г.) стал победителем стипендиальной программы «TAKEDA – Золотые кадры медицины». Когда успешно проходишь испытания, это не только приятно, но и внушает уверенность в собственных действиях и силах. Тогда

я решил, что на полученные по стипендиальной программе деньги приобрету специальную литературу и буду посещать интересные мне учебные курсы. В дальнейшем это помогло понять, что я иду в правильном направлении, способен достичь большего в выбранном деле. Кстати, подача документов, сдача экзамена и ожидание результатов превратилось тогда почти в дискуссионный клуб. Мы обсуждали с однокурсниками свои достижения, неудачи и ошибки.

совершенствоваться, набираться новых знаний, заниматься самообразованием. И, конечно же, уметь видеть перспективы.

Павел КАРАВАЙКИН, сердечно-сосудистый хирург клиники аортальной и сердечно-сосудистой хирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, младший научный сотрудник:

– Профиль нашей клиники – выполнение операций на аорте: на

период всего обучения не учиться на «отлично», вряд ли получится стать победителем. Запомнился конкурс и общением со студентами с разных курсов, факультетов, даже разных городов.

Любой успех приносит радость, придаёт уверенности в своих силах. А они очень помогают в решающие моменты, когда идёт борьба за жизнь больного.

Святослав ЗИНОВЬЕВ – заведующий отделом внедрения инноваций Нижегородской ГМА и директор компании «Биочип»:

– Разработкой инновационных технологий диагностики и лечения онкозаболеваний в конкурсе «Сколково – Онкобиомед 2015». Участие в престижном форуме позволило привлечь внимание как государственных, так и частных компаний, желающих развивать новые технологии в России. Компания «Росфарм» после этого инвестировала в наш проект крупные средства. Разработка превратилась в инновационное предприятие, производящее отечественную продукцию, не имеющую аналогов в мире.

Я пришёл ещё интерном работать в центр инноваций НижГМА. Когда мы реализовали несколько успешных проектов, мне предложили возглавить это важное подразделение академии. К этому времени уже немало было сделано: например, мы организовали онлайн-трансляцию лекций ведущих профессоров НижГМА для лечебных учреждений области. Сотрудники академии дистанционно консультировали врачей в ЦРБ, когда речь шла о сложных в диагностическом плане случаях. Кроме того, мы помогли молодым учёным оформить документацию для участия в конкурсах грантов, чтобы их перспективные идеи были востребованы.

Когда наступило время стартапа, занимающегося усовершенствованием биочипа, я (как автор идеи) был приглашён на должность директора компании. В нашу команду вошли клинические и технические специалисты, биологи и клинические биотехнологи, представители маркетинговых компаний.

Тесное взаимодействие с целым рядом компаний позволяет решить многие проблемы без отставания от графика и сделать это в атмосфере открытого сотрудничества. Сегодня мы получаем разрешающие документы и планируем начать продажи биочипа, причём не только в России. И уже убедился, что наша продукция интересна клиникам из разных регионов.

Вспоминая о моей победе в 2010 г. хочу отметить, что такие стипендиальные программы очень нужны для поддержки талантливой молодёжи. Они являются хорошим стимулом для будущих медиков – стремиться достигать большего, верить в свои силы. Талантливые молодые врачи и провизоры должны получать поддержку от государства, ведущих медицинских и фармацевтических компаний, чтобы им хотелось стремиться к ещё более значимым результатам. Когда я стал победителем этой программы, то рассматривал её как аванс на будущее, хотя и готовился к тестированию, серьёзно относился к участию в конкурсе. Получив стипендию, решил, что нужно стремиться и дальше соответствовать полученному результату, а лучше его превзойти, для этого постоянно самосовершенствоваться.

Алексей ПАПЫРИН, корп. «МГ»:

Москва.

Партнёр рубрики – компания «Takeда Россия», организатор всероссийской стипендиальной программы «TAKEDA – Золотые кадры медицины».

Вадим СЕМЕНОВ, директор по специализированным препаратам фармацевтической компании «НоваМедика»:

– Я считаю, что успешной карьерой можно назвать, если достигнешь того, к чему ты действительно стремишься... Для этого надо верить в свои силы, проявлять неподдельную активность, неиссякаемый интерес к специальности и профессии. Никуда не уйти от того, что на начальном этапе приходится больше вкладывать энергии, нежели получать взамен. И главное, не расслабляться, шаг за шагом идти вперёд.

Мой совет – использовать все доступные средства в повышении своего профессионального уровня. Когда я учился на последнем курсе фармацевтического факультета Первого Меда, то за компанию со своими однокурсниками подал заявку на участие в стипендиальной программе. Экспресс-завершил успешно – я стал победителем. В результате мне выплатили стипендию, в те студенческие годы это была весьма ощутимая сумма. И хотя к моменту завершения обучения в Первом Меде, я уже сделал выбор, куда пойду работать, победа в конкурсе окончательно подтвердила правильность моего решения.

Совершенно осознанный выбор – идти в фармацевтический бизнес. До 3-го курса я работал в аптеках, чтобы, в том числе, оценить, какие плюсы и минусы ожидают меня при трудоустройстве в этой сфере. Дипломную работу написал по применению заводской технологии. После посещения отечественных научных лабораторий и знакомства с тем, чем они занимаются, стало понятно, что мои представления о работе в науке разительно отличаются от того, чем мне придётся заниматься, если выбрать данное направление. Работа в бизнесе выглядела предпочтительнее. Она предоставляла шанс заняться новым делом и возможностью проявить себя.

Всегда считал, что везёт тому, кто много «везёт». А продвижение по службе – это сплав моих усилий и положительная оценка их со стороны руководителей, с которыми мне довелось работать.

Сегодня я руковожу командой менеджеров по работе с ключевыми партнёрами. Мы занимаемся продвижением всего продуктового портфеля компании. Главное, это работа с людьми, которую никак не назовёшь скучной и не творческой. Значимость стипендиальных программ для будущих врачей и провизоров трудно переоценить. Давая возможность проверить себя, конкурсы помогают молодым специалистам задуматься над тем, что в медицине всё время придётся

восходящем, нисходящем, брюшном отделах, на дуге аорты. Все вмешательства, включая эндоваскулярные, открытые и гибридные, которые выполняются в западных клиниках, делаемся и у нас. Это сложные операции, большинство из которых длится не менее 3 часов, при этом в клинике проводятся 1-2 операции на аорте в день, не считая вмешательств на сердце и крупных сосудах.

Эндоваскулярные технологии применяются в практике с 70-х годов прошлого века, но их до сих пор нельзя использовать при целом ряде заболеваний. Между тем медицинская техника совершенствуется, каждый год изобретаются новые устройства, помогающие хирургу выполнить операцию более точно и менее травматично. Ещё 2-3 года назад многое казалось недоступным для малоинвазивной хирургии, сегодня это уже реальность.

Работу свою я люблю. Кардиохирургия – одна из самых престижных и в то же время трудных специализаций в медицине. Успех лечения обеспечивается правильной тактикой лечения больного, а не только умением ювелирно выполнить запланированную операцию. Хирург должен взвесить все «за» и «против» проведения вмешательства, наметить его алгоритм. Иногда по причине тяжести состояния или большого количества сопутствующих заболеваний от операции приходится отказаться. Для принятия верного решения кардиохирургу требуются знания не только в сердечно-сосудистой хирургии и кардиологии, но и в эндокринологии, ревматологии, неврологии и других специализациях. Часто сочетание нескольких заболеваний требует выполнения симультанных вмешательств, когда протезирование аорты дополняется, например, резекцией лёгкого. В результате нет необходимости оперировать в два этапа – это огромное благо для больного. Чтобы решать сложные задачи, которые болезнь ставит перед врачом, нужно быть разносторонним и квалифицированным специалистом.

Что касается участия в конкурсе стипендиальной программы «TAKEDA – Золотые кадры медицины», то я стал её победителем на 5-м курсе лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского. Я получал и другие стипендии, включая Президентскую, однако новая победа стала хорошим стимулом для самосовершенствования, а денежное вознаграждение – очень кстати. Вспомню, что ответить на вопросы было совсем не просто. Их спектр был очень разносторонним. Поэтому не думаю, что к тестированию можно качественно подготовиться. Если в



Учреждениям здравоохранения Ульяновской области передан 21 новый автомобиль скорой медицинской помощи.

Напомним, задачу по обновлению автопарка скорой помощи поставил Президент России в своём ежегодном послании Федеральному Собранию.

«Мы продолжаем работать над улучшением качества жизни населения и приближением медицинской помощи к людям из отдалённых сёл. На эти цели выделяются значительные средства: за последние 10 лет мы направили на развитие здравоохранения более 100 млрд руб. На эти деньги в лечебных учреждениях проведены ремонтные работы, закуплены новое оборудование и санитарный транспорт. Мы стараемся ежегодно обновлять автопарк, так как зачастую жизнь и здоровье наших граждан зависят от того, насколько быстро прибыла машина скорой помощи и как она оборудована. В 2013-2015 гг. приобретено 92 единицы автотранспорта по договору аренды и 4 автомобиля класса «С» – в рамках Программы модернизации здравоохранения. Сегодня районы Ульяновской области вновь получают новые машины, укомплектованные по самым современным стандартам, которые позволят улучшить условия работы сотрудников «скорой», а также повысить качество и доступность оказываемой населению помощи», – отметил глава региона Сергей Морозов.

Как пояснили в Министерстве здравоохранения Ульяновской области, 20 автомобилей скорой медицинской помощи марки УАЗ

Наше пополнение

Помощь будет скорой



класса «В» получили 17 районных лечебных учреждений, по одному – зерносовхозская и Старосахчинская участковые больницы Мелекесского района и ЦГБ Новоульяновска. Ещё один реанимобиль передан территориальному Центру медицины катастроф.

Все машины закуплены в рамках Федеральной программы поддержки автомобильной промышленности на 2016 г.

«Мы очень рады, что получили новый автомобиль. Через наш

район проходит трасса «Ульяновск – Саранск», где часто происходят дорожно-транспортные происшествия. Автомобиль скорой помощи, обслуживающий этот участок в течение нескольких лет, устарел и нуждался в замене. Новая машина имеет реанимационное оборудование, что позволит начать оказывать необходимую помощь уже в пути, чтобы спасти жизнь пациента», – отметила главный врач Майнской районной больницы Ирина Крупнова.

Как сообщают специалисты профильного ведомства, новые УАЗы, ключи от которых вручены сегодня, являются автомобилями повышенной проходимости. Они оборудованы всем необходимым для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, включая портативный электронный аппарат искусственной вентиляции лёгких, дефибриллятор, электрокардиограф с регистрацией ЭКГ в ручном и автоматическом режимах, пуль-

соксиметр, экспресс-измеритель концентрации глюкозы в крови и ингалятор.

«В соответствии с федеральными требованиями время прибытия скорой помощи к пациенту при состояниях, угрожающих жизни, не должно превышать 20 минут. Изношенный транспорт не всегда позволяет это сделать, так как могут возникнуть поломки. Поэтому необходимо регулярно заменять старые автомобили на новые. И эта задача в нашем регионе выполняется благодаря поддержке главы Ульяновской области. Сегодня мы получили новый автомобиль УАЗ повышенной проходимости. Он идеально подходит для сельской территории и позволит нам в разы повысить доступность оказываемой населению помощи», – добавил главный врач Ульяновской районной больницы Максим Мидленко.

Ежедневно для оказания скорой и неотложной медицинской помощи в Ульяновской области формируется 186 бригад. На балансе службы находится 186 автомобилей скорой медицинской помощи, из них 124 – класса «А», 55 – класса «В» и 7 – класса «С».

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

Инициатива

I молодёжный форум волонтеров-медиков Алтайского края состоялся в Алтайском государственном медицинском университете. Он дал старт «Году медицинского волонтерства» в регионе.

ции авторского проекта «Академия здоровья», отмеченного дипломом II степени на Всероссийском форуме студентов-медиков в Санкт-Петербурге.

Руководитель Штаба трудовых дел АГМУ, студент 5-го курса ле-

зовательных учреждениях с целью реализации добровольческой деятельности в сфере здравоохранения и получения ими практических навыков и компетенций. Форум организован по инициативе профсоюзной организации студентов,

Сегодня – волонтеры. Завтра – медики

Сегодня Алтайский край является одним из лидеров в сфере добровольчества, а медицинское волонтерство – одно из его активно развивающихся направлений в России. Студенты-добровольцы Алтайского государственного медицинского университета, Барнаульского базового медицинского колледжа, Благовещенского медицинского техникума, Родинского медицинского колледжа обменялись опытом и лучшими волонтерскими практиками.

– Медики-волонтеры не просто избрали профессию врача: они лечат не только руками, но и душой, – подчеркнул, обращаясь к ребятам, ректор АГМУ, профессор Игорь Петрович Салдан. – Вы подаёте хороший пример другим студентам. А главное, что это всё – по доброй воле, от души. Я горжусь тем, что являетесь вашим руководителем.

Честь прозвонить клятву волонтеров-медиков была предоставлена председателю профкома студентов, интернов и ординаторов АГМУ Константину Лунёву.

В рамках молодёжного форума состоялись два «круглых стола»: «Медицинское и социальное волонтерство» и «Наставничество как инструмент адаптации студентов первого курса». Студенты обменялись опытом и обсудили наиболее эффективные схемы организации тьюторства для первокурсников. Студентка 6-го курса педиатрического факультета АГМУ Кристина Николаева рассказала о реализа-



ционного факультета Николай Корсиков поделился действующими практиками реализации различных волонтерских акций через студенческие отряды – прежде всего, Всероссийской акции «Снежный десант», «родиною» которой является Алтайский край. Также были представлены доклады о волонтерском центре «Unit», созданном в АГМУ, и других добровольческих акциях, успешно реализованных будущими работниками здравоохранения со всего края.

Итогом I форума стало создание Ассоциации волонтеров-медиков Алтайского края для объединения обучающихся в высших и средних специальных медицинских обра-

интернов и ординаторов АГМУ при поддержке краевой организации Профсоюза работников здравоохранения РФ.

Напомним, в августе этого года на Всероссийском молодёжном образовательном форуме «Территория смыслов» министр здравоохранения Вероника Скворцова в рамках встречи с молодыми учёными и преподавателями в области здравоохранения уделила особое внимание волонтерству как инструменту воспитания и возможности социальной реализации студента-медика.

Елизавета ГУНДАРИНА.

Барнаул.

Новые подходы

Обошлись без закупок

Методы рентгенохирургии в лечении пациентов областного онкологического диспансера начали применяться чуть более года назад. Но уже можно сказать, что они активно используются.

Приобретение нового оборудования не потребовалось – специалисты диспансера успешно освоили для этих целей уже действующий рентгенаппарат С-дуга. С помощью рентгеновской системы выполняется внутрисосудистый доступ к опухоли и проводится эмболизация питающих её кровеносных сосудов. Такой вид вмешательства хорошо зарекомендовал себя в лечении злокачественных новообразований абдоминальной области, а также в гинекологии.

Как отмечает врач-рентгеноэндovasкулярной диагностики и лечения Антон Шашин, в ряде случаев метод является альтернативой операции открытым способом и применяется даже для лечения пациентов в тяжёлых состояниях. «Выполнение рентгенохирургических процедур, как правило, не требует больших затрат времени, – отметил он. – Они менее травматичны для пациентов, поскольку не вызывают большой кровопотери и не нарушают целостности анатомических структур. В результате восстановление после такого вмешательства происходит в более короткие сроки».

На сегодня в Астраханском областном онкодиспансере освоены ряд лечебных и диагностических рентгенохирургических методик. Среди наиболее эффективных – чрескожная чреспечёночная хо-

лангиография – рентгеноскопическое исследование желчных протоков после прямого введения йодсодержащего контрастного вещества с последующим наружным билиарным дренированием под УЗИ-контролем.

Также в учреждении начали внедрять рентгеноэндovasкулярные методики остановки кровотечения с помощью иммобилизации целевых сосудов. Методика положительно зарекомендовала себя в области гинекологии. В 2016 г. впервые опробовали иммобилизацию маточных артерий. За первое полугодие проведено четыре таких процедуры, у всех пациенток наблюдается положительная динамика болезни. В целом с момента внедрения в диспансере подобных методик в 2015 г. было выполнено около 80 различных процедур.

Хирурги областного онкологического диспансера намерены наращивать объёмы таких вмешательств, осваивать их применение в лечении различных видов злокачественных новообразований. Как отмечает заместитель главного врача онкодиспансера по хирургической части Леон Служко, сегодня малоинвазивные операции – тренд в мировой хирургии: «Такой вид лечения успешно зарекомендовал себя и в онкологической медицине. Рентгенохирургические методы позволяют эффективно воздействовать на опухоли, в том числе особо сложных локализаций. При этом в разы снижается негативное воздействие на здоровые ткани и органы».

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Астрахань.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Бытует устойчивое мнение, что, спасая таких детей, современная медицина обрекает целые поколения людей на тяжёлые болезни и пожизненную инвалидность, тогда как сама природа противится этому. Разобраться в этом непросто медицинском вопросе мы сегодня попросили ведущего неонатолога Верхневолжья, заведующую кафедрой педиатрии и неонатологии Тверского государственного медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Людмилу АНТОНОВУ.

– Людмила Кузьминична, в начале нашей беседы давайте расставим основные акценты. Кого сегодняшняя медицина называет «детьми-экстремалами» и что способствует явному увеличению количества таких малышей сегодня?

– Уточню сразу – термин «экстремалы» не очень корректный, ибо нами не принято такое, скорее жаргонное понятие. Речь идёт о детях с экстремально низкой массой тела, так правильнее. Это младенцы, родившиеся в срок с 22-й по 28-ю неделю беременности, имеющие вес от 500 до 999 г и длину тела менее 25 см. Причин для появления на свет таких детишек множество. Среди основных – возраст матери старше 35 лет почти у половины женщин, родивших таких детей, здоровье женщины, которая планирует рождение ребёнка, а среди соматической патологии наиболее часто отмечается артериальная гипертензия. Не следует исключать и акушерские проблемы в период вынашивания ребёнка – проблемы с плацентой, тяжёлые гестозы, внутриутробные инфекции. Всё это существенным образом влияет на кровоснабжение плаценты, а значит, на процесс питания ребёнка, что способствует экстремально ранним срокам родов и невынашиванию. В наших исследованиях мы доказали, что почти в половине случаев такие дети появляются на свет у женщин, которые имели в анамнезе аборт, выкидыши или гибель плода. На наш взгляд, эти факторы необходимо учитывать в самую первую очередь.

– Изменились ли подходы к ведению таких детей со временем? Бытует мнение, что советская медицина была более безжалостной к таким пациентам...

– Моя профессиональная биография началась с 1979 г., и всё это время мне как практикующему неонатологу приходилось иметь дело с такими детьми. Однако следует принять факт, что младенцев с экстремально низкой массой тела тогда рождалось гораздо меньше. Были времена, когда мы выхаживали в год по 3-4 ребёнка с массой тела 900 г. На второй этап выхаживания недоношенных поступали те младенцы, которые были способны самостоятельно дышать. Если новорождённый с массой тела менее 1000 г не доживал до 7 дней после своего появления на свет, его считали плодом. Регистрация ребёнка и оформление свидетельства о рождении производились после 7-го дня жизни.

Всё изменилось в 2012 г., когда вышел приказ Министерства здравоохранения РФ о выхаживании детей с экстремально низкой массой тела. Согласно нововведению, врачи-неонатологи стали обязаны оказывать помощь всем живорождённым младенцам с массой тела от 500 г и выше. Для этого в России была проведена регионализация перинатальной помощи, в результате которой создана трёхуровневая система оказания помощи беременным и новорождённым, построены региональные перинатальные центры, оснащённые современной техникой для оказания помощи глубоко недоношенным детям. В составе каждой такой клиники было создано отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых. С этого времени

основной принцип современной мировой неонатологии заработал на практике – максимально избегать любой транспортировки новорождённых и проводить роды там, где роженице и её малышу могут оказать квалифицированную и своевременную помощь. Этот принцип давно доказан – если ребёнка транспортировать в утробе матери, то прогноз для его выживания возрастает в среднем на 50%.

Современные технологии

Проблем немало у «экстремала»



– Получается, что для укрепления здоровья маленьких жителей Тверской области открытие регионального перинатального центра тоже сыграло немаловажную роль?

– Безусловно! Впрочем, как и для любого другого субъекта РФ, где появились подобные центры. Посудите сами, Тверской перинатальный центр им. Е.М.Бакуниной был открыт в августе 2010 г., и уже к новому году в его стенах успешно выходили 2 таких детишек. А в следующем 2011 г. их родилось 24, и с каждым новым годом работы число детей только возрастает.

Важнейшим критерием эффективности работы любого профильного медицинского учреждения принято считать процент выживаемости. Мы изучили этот аспект на примере функционирования Тверского перинатального центра. За всё время работы центра этот показатель среди детей с экстремально низкой массой тела увеличился с 50 до 75%, что соответствует данным федеральных центров и укладывается в государственную программу развития перинатальных центров. Среди младенцев с низкой массой тела выживаемость достигла ещё больших цифр – 85%. Это очень хорошая тенденция, говорящая о существенном росте профессионализма тверских специалистов.

Увы, проработав в педиатрии более 30 лет, я могу сказать, что нам пришлось учиться работать с такими сложными детьми. Именно с этой проблемой мы столкнулись при открытии центра. Опыт показал, что даже врачи с большим стажем в профессии не всегда знают сегодняшние подходы выхаживания детей с низкой и экстремально низкой массой тела. Для этого необходим не только высокий уровень клинической подготовки, но и современные знания о новой высокотехнологичной аппаратуре, уверенное владение принципами реанимации и последующего выхаживания. Приведённые выше показатели динамики летальности говорят о том, что всего за несколько лет своей работы администрация Тверского перинатального центра смогла подобрать и подготовить

плеяду современных и высококвалифицированных врачей – акушеров, неонатологов и детских реаниматологов, которым удалось переломить тревожные региональные цифры. На сегодняшний день можно достоверно сказать, что 90% всех детей с экстремально низкой массой тела в Тверской области рождены в стенах нового центра.

– В чём заключается основная сложность процесса эффектив-

ного младенца гораздо труднее, чем самого капризного и притворного доношенного ребёнка. Одним словом, процесс лечения и выхаживания этих детей – по сути, ежедневная индивидуальная работа врача и медицинских сестёр, заключающаяся в кропотливой и ежеминутной заботе и постоянной охране от внутренних и внешних факторов воздействия, лечении заболеваний.

живания недоношенных детей, а общественность, ради которой, собственно, всё и происходит, пытается навешивать глупые ярлыки. Не поддерживаю все эти умозаключения про естественный отбор. С таким подходом нам вообще не нужна медицина! Человек заболел, значит, получается, лечить его не надо, ведь это тоже сама природа избавляется от слабых и дарует сильнейшим право на жизнь. А если доношенный ребёнок, скажем, рождается с тяжёлым сахарным диабетом и обречён на пожизненное лечение препаратами? Его тоже не нужно лечить, ведь он также попадает в категорию «выбраковываемых природой»?

В последнее время в США, где имеют более чем 30-летний опыт эффективной работы с недоношенными детьми, появились сообщения об успешном выхаживании детей с массой тела менее 500 г при рождении. Вот об этом можно дискутировать.

Хочу напомнить, что мировая история знает немало выдающихся личностей, масса тела которых при рождении не достигала 1 кг. Среди них, например, Наполеон, Альберт Эйнштейн и Чарльз Дарвин. Этих людей можно смело назвать гениальными, и совершенно не важно, сколько они весили при рождении и являлись ли недоношенными.

Надо обязательно помнить, что здоровье этой категории детей зависит не только от мероприятий, проводимых врачами на момент рождения, но и от качества той реабилитации, которую ребёнок получает в первые годы жизни.

– Существуют ли в России центры реабилитации для таких детей и насколько они эффективны?

– В нашей стране есть несколько подобных центров федерального уровня. Они прекрасно оснащены, имеют свои авторские наработки и неплохой опыт в деле выхаживания недоношенных детей. Однако очевидно, что этого катастрофически недостаточно. Во-первых, эти центры не могут оказать необходимую помощь всем нуждающимся, а во-вторых, пациенты, скажем, из Тульской или Тверской области не всегда имеют возможность поехать в Москву или другой регион, чтобы проходить в отдалении от дома длительную реабилитацию. В идеале каждый регион России наряду с перинатальными центрами должен обязательно иметь региональный реабилитационный центр для детей, рождённых с массой тела от 500 до 1500 г. При этом такие центры должны быть достойно оснащены и укомплектованы специалистами – педиатрами, психологами, неврологами, реабилитологами, врачами ЛФК, физиотерапевтами, логопедами и педагогами. Как мне кажется, в этих обязательных для каждого региона учреждениях должен работать опытный и дневной стационар, в которых можно было бы госпитализировать детишек вместе с родителями. Такие центры позволяют не только оказывать широкий спектр необходимых медицинских услуг, но и тщательно отслеживать здоровье недоношенных детей, помогать их родителям справляться с возникающими проблемами.

В Твери в 2015 г. появилось реабилитационное отделение в форме дневного стационара для больных детей, в том числе недоношенных, на базе специализированного дома ребёнка, а в 2016 г. открыто детское реабилитационное отделение для детей с патологией нервной системы на базе городской детской больницы № 2, которые, несомненно, сыграют положительную роль в улучшении здоровья наших пациентов и, может быть, изменят взгляд на проблему глубокой недоношенности.

Максим СТРАХОВ,
сердечно-сосудистый хирург,
член Союза журналистов России.

Фото автора.

Известно, что большинство незрелых глубоко недоношенных детей страдают от различных патологических состояний – дыхательной недостаточности, инфекций, кровоизлияний в структуры мозга, нарушения зрения, слуха, которые впоследствии могут приводить к хроническим заболеваниям.

– Какие проблемы чаще всего встречаются у детей после выписки из стационара?

– Думаю, что при ответе на этот вопрос необходимо обратиться к данным отечественной литературы и назвать некоторые цифры, касающиеся исследований по состоянию здоровья и развития таких детей. Дети, рождённые с массой тела до 1000 г, в возрасте 1 года имеют высокую частоту острой заболеваемости, частые отклонения физического развития в виде низкого роста, дефицита массы тела и их сочетания, отставание нервно-психического развития, хронические заболевания. Наиболее частая причина инвалидности – нарушения со стороны нервной системы. В литературе даются следующие цифры: общая частота заболеваний нервной системы, включая детский церебральный паралич, составляет от 11,3 до 20%. Риск развития детского церебрального паралича увеличивается с уменьшением массы тела при рождении и в 20-30 раз превышает таковой в общей популяции новорождённых детей. Что касается патологии других органов, то для глубоко недоношенных детей характерно поражение лёгких (бронхолегочная дисплазия), глаз (ретинопатия), нарушения слуха. Но с бронхолегочной дисплазией связаны единичные случаи инвалидности (при тяжёлых формах), к возрасту 3 лет дыхательные нарушения, как правило, исчезают, лишь небольшой процент этих детей имеет впоследствии бронхиальную астму. Но это заболевание встречается и у детей, рождённых доношенными. Ретинопатия тяжёлой степени диагностируется у единичных детей, остальные её проявления лечатся при правильном наблюдении. Нарушения слуха также встречаются нечасто.

– Каково ваше отношение к складывающемуся общественному мнению, что все выхоженные «дети-экстремалы» – это потенциальные инвалиды, которых природа выбраковывает, а человек искусственно заставляет жить и мучиться?

– Отношение моё однозначное – мы должны выхаживать глубоко недоношенных детей, и это уже не обсуждается. Женщины, родившие детей с экстремально низкой массой тела, и члены их семей очень переживают за будущее своих детей, но хотят, чтобы они жили. Мало кто задумывается, что для кого-то такой ребёнок является единственным шансом материнства. И отнимать его никто не имеет права!

Мировая медицина гордится своими успехами в деле выха-

ного выхаживания недоношенных детей с экстремальными показателями массы тела?

– Думаю, что все понимают, что такое реанимационный больной, особенно маленький ребёнок, и каковы риски работы с этой категорией пациентов. А недоношенный ребёнок ещё более уязвим, так как в отличие от доношенного он имеет выраженную морфофункциональную незрелость всех органов и систем, в первую очередь дыхательной и нервной системы. Как правило, после рождения такие дети попадают в отделение реанимации и интенсивной терапии. Важнейшей задачей наших коллег является создание условий, максимально приближенных к тем, в которых малыш должен находиться по сроку его развития. Сымитировать полностью внутриутробные параметры нахождения ребёнка, как вы понимаете, невозможно, но основных принципов придерживаться нужно. Во-первых, необходимо чётко контролировать температуру воздуха в кувезе, где располагается такой малыш. Ребёнок помещается в специальное «гнездо» из тёплых и стерильных тканевых материалов, чтобы достичь имитации стенок матки. Параллельно поддерживается необходимая влажность воздуха в кувезе, обеспечивается защита от яркого света и громких звуков. Эти моменты крайне важны и имеют принципиальное значение, ибо органы чувств и нервная система недоношенного ребёнка ещё не полностью сформированы, и любой шум или малейшие болевые ощущения воспринимаются его организмом как стрессовая ситуация. Нельзя не сказать о необходимости респираторной поддержки глубоко недоношенных детей, для которой используется специальная аппаратура и кислород.

Большая сложность вызывает и вскармливание таких детей. Недостаточная функциональная зрелость пищеварительного тракта, высокая потребность в белке диктуют необходимость ежедневного расчёта ингредиентов (белков, жиров, углеводов, калорий), индивидуального подбора питательных смесей. Могу сказать, что накормить недоношен-

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 69 (2008)

Патология почек среди хронических неинфекционных болезней занимает важное место из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, высокой смертности и приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии – диализа и пересадки почки. В то же время развитие медицинской науки и фармакологии в конце XX века заложило основы для разработки ряда высокоэффективных и сравнительно дешёвых подходов к профилактике, позволяющих существенно замедлить прогрессирование хронических заболеваний почек, снизить риск развития осложнений и затраты на лечение. Такие подходы оказались применимы к подавляющему большинству пациентов с почечной патологией, независимо от её причины. Данные обстоятельства требуют от систем здравоохранения принципиально новой стратегии в отношении дефиниции и стратификации тяжести хронической почечной патологии.

Хроническая болезнь почек как важная медицинская и социальная проблема

Внедрение концепции хронической болезни почек (ХБП) в практическую работу системы национального здравоохранения следует рассматривать как важный стратегический подход к снижению общей и сердечно-сосудистой смертности, увеличению продолжительности жизни населения, а также к снижению расходов на госпитальное лечение осложнений дисфункции почек и проведение заместительной почечной терапии (ЗПТ).

Распространённость ХБП сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как эссенциальная гипертензия и сахарный диабет. В среднем признаки повреждения почек или умеренное/выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации ожидаются у каждого десятого в общей популяции. При этом сопоставимые цифры были получены как в индустриальных странах с высоким уровнем жизни, так и в развивающихся странах со средним и низким доходом населения.

Результаты проведённых популяционных эпидемиологических исследований ХБП в России показали, что описываемые проблемы стоят перед отечественной нефрологией не менее остро, чем в развитых странах Европы, Азии и Америки, а распространённость как ранних, так и развёрнутых стадий достаточно высока. Эти данные заставляют пересмотреть «традиционную» точку зрения на нефрологию как узкоспециализированную область внутренней медицины.

Несмотря на то что почечная смертность относительно низка за счёт развитых технологий ЗПТ, ХБП является существенным фактором депопуляции за счёт её влияния на сердечно-сосудистые события. Снижение функции почек необходимо рассматривать в качестве причины ускоренного развития изменений сердечно-сосудистой системы, что, по-видимому, объясняется теми метаболическими и гемодинамическими сдвигами, которые сопутствуют развитию почечной дисфункции и которые обеспечивают в такой ситуации формирование нетрадиционных факторов риска: альбуминурия/протеинурия, системное воспаление, оксидативный стресс, анемия, гипергомоцистеинемия и др.

Взаимоотношения дисфункции почек и изменений сердечно-сосудистой системы носят многогранный характер и выстраиваются по типу обратной связи. В этом контексте, с одной стороны, почка может выступать как орган-мишень для действия большинства известных факторов, связанных с сердечно-сосудистыми изменениями; с другой – активно вмешиваться в формирование системных метаболических и сосудистых патологических процессов, являясь активным генератором и традиционных, и нетрадиционных факторов риска.

Представления о взаимообусловленности патологических процессов в сердечно-сосудистой системе и почках, двунаправленность действия факторов риска, клиническая предсказуемость конечных результатов такого сочетания, с одной стороны, позволяют представлять данные взаимоотношения как непрерывную цепь событий, составляющих кардио-ренальный континуум. С другой – открывают дополнительные перспективы первичной и вторичной профилактики не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и ХБП.

Нефрология является весьма затратной отраслью здравоохранения, что в основном связано с высокой стоимостью проведения ЗПТ – диализа и трансплантации почки. По некоторым оценкам во всём мире на программы диализа в начале 2000-х годов ежегодно уходило 70–75 млрд долл. Так, расходная часть бюджета системы Medicare (США), направляемая на обеспечение ЗПТ, достигает 5%, тогда как доля этих пациентов составляет всего 0,7% от общего числа больных, охваченных данной системой.

В России, по данным регистра Российского диализного общества, различные виды заместительной почечной терапии получали более 20 тыс. человек, ежегодный прирост числа этих больных в среднем составляет 10,5%. Средний возраст отечественных больных, получающих заместительную почечную терапию, составляет 47 лет, то есть в

Хроническая болезнь почек: основные положения, определение, диагностика, скрининг, подходы к профилактике и лечению

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

значительной мере страдает молодая, трудоспособная часть населения. На сегодняшний день, несмотря на определённый прогресс в развитии заместительной почечной терапии в России в течение последних 10 лет, обеспеченность населения РФ этими видами лечения остаётся в 2,5–7 раз ниже, чем в странах Евросоюза, в 12 раз ниже, чем в США, при сопоставимых затратах.

Таким образом, двойное значение почечной патологии – медицинское – и делает необходимым разработку и широкое применение в практике здравоохранения профилактических подходов (ренопротекции) в рамках концепции ХБП.

Определение, критерии диагноза и классификация хронической болезни почек

Под ХБП следует понимать наличие любых маркёров повреждения почек, персистирующих в течение более 3 месяцев вне зависимости от нозологического диагноза.

Под маркёрами повреждения почек следует понимать любые изменения, выявляющиеся при клинико-лабораторном обследовании, которые связаны с наличием патологического процесса в почечной ткани (см. табл. 1).

3-месячное ограничение (критерий «стойкости») в качестве временного параметра определения ХБП было выбрано потому, что в данные сроки острые варианты развития дисфункции почек, как правило, завершаются выздоровлением или приводят к очевидным клинико-морфологическим признакам хронизации процесса.

ХБП – понятие наднозологическое, и в то же время не является формальным объединением хронических повреждений почек различной природы. Причины выделения этого понятия базируются на единстве основных патогенетических механизмов прогрессирования патологического процесса в почках, общности многих факторов риска развития и прогрессирования заболевания при повреждениях органа разной этиологии и вытекающих отсюда способов первичной и вторичной профилактики.

Диагноз ХБП следует устанавливать на основании следующих критериев:

1. Наличие любых клинических маркёров повреждения почек, подтверждённых с интервалом не менее 3 месяцев.

2. Любые маркёры необратимых структурных изменений органа, выявленные однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации.

3. Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м² в течение 3 и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек.

Диагностика ХБП может базироваться на выявлении любых морфологических и клинических маркёров почечного повреждения в зависимости от клинической ситуации. Для постановки диагноза ХБП целесообразно руководствоваться следующим алгоритмом (см. рис. 1).

В соответствии с определением для диагностики ХБП необходимо подтверждение наличия маркёров повреждения почек как минимум с 3-месячным интервалом. Такой же интервал необходим для подтверждения снижения уровня СКФ < 60 мл/мин в том случае, если СКФ < 60 мл/мин выступает в роли единственного маркёра ХБП.

Для диагностики ХБП может оказаться достаточным однократное исследование, если оно недвусмысленно указывает на необратимые структурные изменения органа (данные визуализирующих инструментальных методов или прижизненного морфологического исследования).

Для оценки СКФ в широкой (амбулаторной) клинической практике следует применять значения этого показателя, полученные

на основании расчётных формул (рСКФ), включающих пол, возраст пациента и концентрацию креатинина в сыворотке крови; клиренсовые методы при необходимости точного определения СКФ у конкретного пациента целесообразно использовать в условиях стационара.

Недопустимо использование только концентрации креатинина в сыворотке крови с целью оценки функции почек; у больных ХБП каждое определение концентрации креатинина в сыворотке крови или указание на него в медицинской документации должно сопровождаться расчётом СКФ.

Несмотря на то что золотым стандартом измерения СКФ по-прежнему остаются трудоёмкие клиренсовые методики с введением экзогенного гломерулотропного тест-агента, для широкой практической работы вполне могут быть использованы и весьма простые способы расчёта клиренса креатинина или СКФ, позволяющие обходиться только измерениями сывороточных показателей без сбора суточной мочи.

У каждого больного с ХБП следует выполнять исследование уровня альбуминурии/протеинурии, поскольку этот показатель имеет большее значение для диагностики ХБП, оценки прогноза её течения, риска сердечно-сосудистых осложнений, а также

выбора тактики лечения.

Для оценки альбуминурии/протеинурии следует определять её уровень в суточной моче или отношение альбумин/креатинин или общий белок/креатинин в разовой, предпочтительно утренней, порции мочи.

Исследование экскреции альбумина с мочой следует проводить при уровне протеинурии < 0,5 г/сут (или её эквивалента по определению отношения общий белок/креатинин).

Имеющиеся в настоящее время данные позволяют утверждать, что скрининг/диагностика ХБП только на базе рСКФ не может быть определён как клинически и экономически эффективная стратегия предупреждения развития терминальной почечной недостаточности (ТПН) и сердечно-сосудистых заболеваний. Одновременная оценка двух основных показателей – СКФ и альбуминурии/протеинурии – занимает центральное место в первичной диагностике ХБП также и потому, что эти показатели используются для определения прогноза, контроля течения и/или темпов прогрессирования на фоне терапии.

Следует иметь в виду, что для ранних (I–II) стадий ХБП характерно бессимптомное течение, а явные клинические симптомы, так же как и изменения картины органа при его визуализации, как правило, указывают на далеко зашедший процесс. В клинической практике при отсутствии любых других признаков хронического повреждения почек СКФ повышенный уровень альбуминурии может быть единственным показателем, позволяющим подтвердить наличие субклинического течения ХБП. В особенности это касается медленно развивающихся почечных процессов, таких как сосудистые поражения почек в результате артериальной гипертензии и диабета, и является принципиально важным для осуществления мер по вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений и прогрессирования ХБП.

Альбуминурия/протеинурия в концепции ХБП рассматривается как маркёр ренальной дисфункции. Однако физиологическое и клиническое значение этого показателя, конечно же, является более широким. Данный признак отражает по крайней мере следующие патофизиологические сдвиги:

- повышение проницаемости клеточных мембран (размер-селективность, заряд-селективность);
- изменения транспортных процессов в проксимальных канальцах;
- повышение гемодинамической нагрузки на клубочек;
- наличие системной и ренальной эндотелиальной дисфункции;

Таблица 1
Основные маркёры повреждения почек, позволяющие предполагать наличие хронической болезни почек

Маркёр	Замечания
Альбуминурия/протеинурия	Стойкое повышение экскреции альбумина с мочой более 10 мг/сут (10 мг альбумина/г креатинина) – см. рекомендацию
Стойкие изменения в осадке мочи	Эритроцитурия (гематурия), цилиндрурия, лейкоцитурия (пиурия)
Изменения почек при визуализирующих методах исследования	Аномалии развития почек, кисты, гидронефроз, изменение размеров почек и др.
Изменения состава крови и мочи	Изменения сывороточной и мочевой концентрации электролитов, нарушения КОС и др. (в т.ч. характерные для синдрома канальцевой дисфункции (синдром Фанкони, почечные тубулярные ацидозы, синдромы Барттера и Гительмана, нефрогенный несахарный диабет и др.)
Стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м ²	При отсутствии других маркёров повреждения почек (см. рекомендацию)
Патоморфологические изменения в ткани почек, выявленные при прижизненной нефробиопсии	Должны приниматься во внимание изменения, несомненно указывающие на «хронизацию» процесса (склеротические изменения почек, изменения мембран и др.)

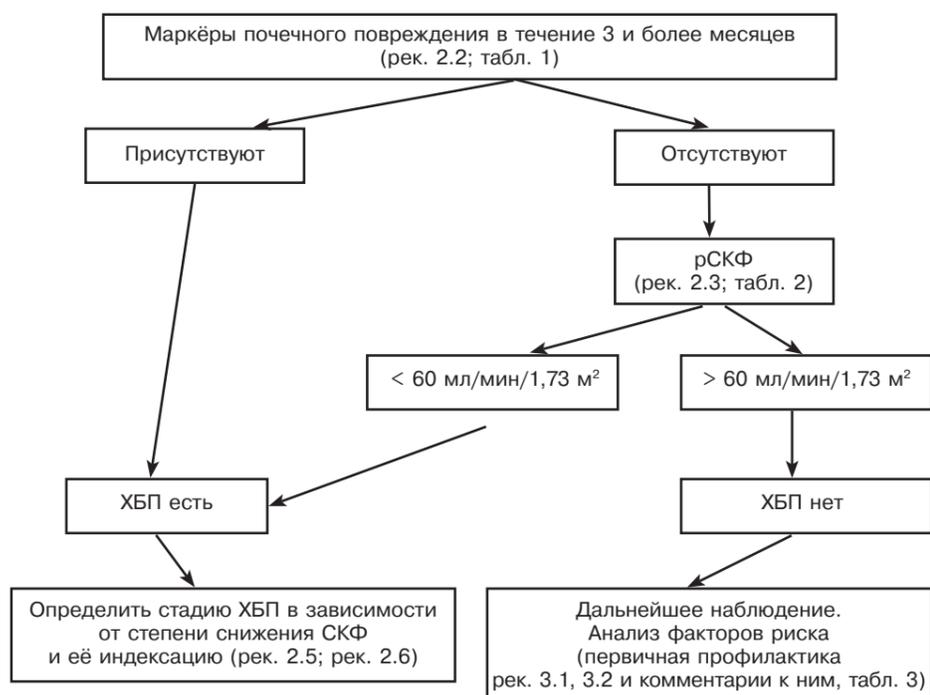


Рис. 1. Алгоритм диагностики ХБП

● выраженность склерозирования гломерул и фибрирования интерстиция почек вследствие нарушений процессов транспорта белка в клубочках и канальцах с последующей активацией экспрессии профибротических цитокинов.

Учитывая всё это, альбуминурию можно и нужно считать кардинальной интегральной характеристикой ХБП, а не только её «маркером». Тем не менее при использовании альбуминурии для диагностики и классификации ХБП существенным и пока дискутируемым моментом остаётся граница «нормальности» этого показателя.

Длительное время «нормальным» уровнем альбуминурии считали мочевою экскрецию альбумина < 30 мг/сут. Однако в настоящее время в качестве нижней границы был предложен уровень мочевого экскреции альбумина 15 мг/г (15 мг/сут). Накопленные в настоящее время сведения делают более обоснованной нижнюю границу нормы экскреции альбумина почками 10 мг/сут (или 10 мг альбумина/г креатинина), поскольку уровень экскреции альбумина с мочой в диапазоне 10-29 мг/сут отчётливо ассоциируется с повышением рисков общей и сердечно-сосудистой смертности.

Проблема градации альбуминурии/протеинурии стала предметом дискуссии на последней Лондонской конференции KDIGO, были оставлены текущие градации выраженности альбуминурии (стадии альбуминурии) – < 30 мг альбумина/г креатинина, 30 – 299 мг/г, > 300 мг/г. Вместо традиционной терминологии «нормоальбуминурия – микроальбуминурия – макроальбуминурия/протеинурия» для описания градаций мочевого экскреции альбумина (МЭА) предложено использовать определения «оптимальный» (< 10 мг/г), «высоконормальный» (10-29 мг/г), «высокий» (30-299 мг/г), «очень высокий» (300-1999 мг/г) и «нефротический» (> 2000 мг/г). Использование терминов «нормоальбуминурия», «макроальбуминурия», «микроальбуминурия» в настоящее время представляется нежелательным.

В практической работе ХБП следует разделять на стадии в зависимости от значений скорости клубочковой фильтрации.

Суммарный анализ многочисленных публикаций, частично цитированных выше, показал, что почечный и сердечно-сосудистый

прогноз существенно зависит от величины СКФ. Поэтому уже в первом варианте классификации ХБП было предложено разделять её на пять стадий.

Этот основной принцип стратификации тяжести данного состояния сохраняется до настоящего времени. С другой стороны, накопление новых данных заставило несколько его модифицировать. Прежде всего это касается третьей стадии ХБП.

Такое разделение целесообразно, поскольку почечный и сердечно-сосудистый прогнозы не одинаковы в группах лиц с ХБП III ст. с СКФ от 59 до 45 мл/мин/1,73 м² и от 44 до 30 мл/мин/1,73 м². Если в подгруппе лиц с СКФ от 59 до 45 мл/мин/1,73 м² весьма высоки сердечно-сосудистые риски при умеренных темпах прогрессирования ХБП, то у пациентов с градацией СКФ в пределах от 44 до 30 мл/мин/1,73 м² риск развития ТПН оказывается выше, чем риск летальных сердечно-сосудистых осложнений.

Позже необходимость такого подхода была поддержана другими отечественными специалистами (М.Швецов и соавт., 2011). Кроме того, на представительной конференции в октябре 2009 г. в Лондоне эксперты KDIGO также пришли к консенсусу по этому вопросу. Поэтому в настоящее время следует рекомендовать следующую стратификацию тяжести ХБП по уровню СКФ (см. табл. 2).

Каждую стадию ХБП следует индексировать в зависимости от выраженности альбуминурии/протеинурии; для случаев заместительной почечной терапии следует указывать её вид – диализ (Д) и трансплантация (Т).

Имеющиеся к настоящему времени данные, включая и метаанализ более 1,5 млн наблюдений, определённо указывают, что риски общей и сердечно-сосудистой смертности, развития ТПН, острого повреждения почек и прогрессирования ХБП существенно отличаются в зависимости от уровня мочевого экскреции альбумина в любом диапазоне СКФ.

Градации альбуминурии/протеинурии, представленные в таблице 3, представляют собой модификацию стратификации стадий МЭА, предложенную KDIGO.

Очевидно, что у больных, получающих лечение постоянным гемодиализом или перитонеальным диализом, необходимость в индексации альбуминурии/протеинурии отпадает.

Таблица 2

Стратификация стадий ХБП по уровню СКФ

Обозначение	Характеристика функции почек	Уровень СКФ
C1	Высокая и оптимальная	> 90
C2	Незначительно сниженная	60-89
C3a	Умеренно сниженная	45-59
C3b	Существенно сниженная	30-44
C4	Резко сниженная	15-29
C5	Терминальная почечная недостаточность	< 15

Таблица 3

Стадии альбуминурии/протеинурии

Стадии альбуминурии, описание и границы (альбумин, мг/креатинин, г)		
A0	Оптимальная	< 10
A1	Повышенная	10-29
A2	Высокая	30-299
A3	Очень высокая	300-1999
A3	Нефротическая	≥ 2000

Соответствие стадий ХБП кодировке МКБ-10 (с изменениями от октября 2007 г.)*

Таблица 4

Стадии ХБП	Код МКБ-10 (с поправками от октября 2007 г.)**	Описание МКБ-10
C1	N18.1	ХБП I стадии, повреждение почек с нормальной или повышенной СКФ (> 90 мл/мин)
C2	N18.2	ХБП II стадии, повреждение почек с незначительно сниженной СКФ (60-89 мл/мин)
C3a	N18.3	ХБП III стадии, повреждение почек с умеренно сниженной СКФ (30-59 мл/мин)
C3b		
C4	N18.4	ХБП IV стадии, повреждение почек с выраженным снижением СКФ (15-29 мл/мин)
C5	N18.5	ХБП V стадии, хроническая уремия, терминальная стадия заболевания почек (включая случаи ЗПТ (диализ и трансплантацию))

* – для обозначения этиологии ХБП следует использовать соответствующие коды заболеваний.
** – кодом N18.9 обозначаются случаи ХБП с неуточнённой стадией

В любом случае ХБП следует стремиться к идентификации конкретной этиологической причины (или причин) развития повреждения почек (нозологии). В исключительных случаях диагноз ХБП может быть установлен без детализации (диагностики) её причины, или до проведения окончательной диагностики, или когда диагноз почечного заболевания не удаётся установить, несмотря на тщательно проведённое обследование.

В медицинской документации на первом месте следует указывать нозологический диагноз и основные проявления заболевания; термин ХБП с указанием стадии по СКФ, индекса альбуминурии/протеинурии, и вид ЗПТ следует отмечать после описания нозологической формы.

Следует подчеркнуть, что понятие ХБП в первую очередь направлено на необходимость выявления факта персистирующего повреждения почек и оценки их глобальной функции. В то же время оно ни в коей мере не отменяет этиологического подхода к диагностике и терапии конкретного заболевания почек.

Более того, в последних предложениях KDIGO вновь подчеркнуты необходимость установления нозологического диагноза и включение первичной патологии почек в концепцию ХБП, что соответствует традициям отечественной медицины. С другой стороны, при временной неопределённости конкретных причин повреждения почек или отсутствия возможности/необходимости установить этиологический диагноз употребление термина «ХБП» с уточнением стадии

рой устаревший термин «хроническая почечная недостаточность» был заменён на термин «хроническая болезнь почек» (код N18). Коды N18.1-N18.5 следует использовать для обозначения стадий ХБП (см. табл. 4).

Скрининг и мониторинг хронической болезни почек

Под скринингом ХБП следует понимать раннюю диагностику как самой ХБП, так и факторов риска (ФР) её развития.

Существенное влияние на развитие и прогрессирование хронических заболеваний почек в той или иной популяции может оказать целый ряд факторов. К ним относятся распространённость некоторых инфекций, приём ряда лекарственных препаратов, алкоголь и курение, состояние окружающей среды, климат, характер и традиции питания, генетические особенности популяции и др.

Однако наиболее интересно то, что многие факторы, ассоциирующиеся с развитием дисфункции почек, одновременно являются и «традиционными» сердечно-сосудистыми факторами риска, среди которых артериальная гипертензия, сахарный диабет, возраст, мужской пол, дислипидемия, ожирение, метаболический синдром, табакокурение.

С другой стороны, результаты многочисленных исследований указывают на то, что кардиоваскулярные риски, которые в кардиологии принято относить к нетрадиционным (анемия, хроническое воспаление, гипергомоцистеинемия, увеличение синтеза

Таблица 5

Классификация и характеристика основных факторов риска ХБП

Типы	Определение	Описание
Факторы, повышающие восприимчивость	Увеличение восприимчивости почек к повреждению	Пожилой возраст, семейный анамнез по ХБП, снижение массы почечной паренхимы, низкий вес при рождении, расовые и этнические отличия, низкий уровень исходного образования
Факторы инициации	Вызывают непосредственное повреждение почек	Диабет, высокое АД, аутоиммунные болезни, системные инфекции, инфекции мочевого тракта, мочевиные камни, обструкция нижних МВП, лекарственная токсичность, наследственные болезни
Факторы прогрессирования	Способствуют прогрессированию повреждения почек после его возникновения и ускоряют темпы снижения почечной функции	Высокий уровень протеинурии, высокое АД, плохой контроль уровня гликемии при СД, дислипидемия, курение
Факторы терминальной стадии ХБП	Увеличение сопутствующей заболеваемости и смертности при ТПН	Низкая доза диализа (Kt/V), временный сосудистый доступ, низкий уровень альбумина, высокий уровень фосфора, позднее обращение

позволяет определить подходы к оценке прогноза и объёму лечебных мероприятий.

Термин ХБП должен указываться в диагнозе после описания нозологической формы и проявлений основного почечного заболевания. Примеры формулировки диагноза:

- Аномалия развития почек: частичное удвоение лоханки правой почки. ХБП C1A0.
- Сахарный диабет 2-го типа. Диабетическая нефропатия. ХБП C2A2.
- Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4*. Гипертензионный нефросклероз. ХБП C3aA1.
- Фокально-сегментарный гломерулосклероз. Нефротический синдром. ХБП C3aA3.
- IgA-нефропатия. Изолированный мочевой синдром. ХБП C1A3.
- Мембранопролиферативный гломерулонефрит. ХБП 5Д (постоянный гемодиализ с 12.05.2010).
- Аллотрансплантация почки от родственного донора от 18.04.2010. ХБП C3aA3Т.
- Следует отметить, что соответствующие изменения были внесены в МКБ-10, в кото-

асимметричного диметиларгинина, оксидативный стресс, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, стресс, гиперурикемия, натрийуретические факторы разного происхождения и др.) ассоциируются, а скорее всего, причинно обусловлены прогрессирующей дисфункцией почек. В «концептуальной модели» хронической болезни почек NKF и KGIGO предпринята попытка классифицировать ФР.

Выделены следующие группы таких факторов. Во-первых, ФР, повышающие восприимчивость почечной паренхимы к повреждающим агентам. Во-вторых, ФР инициации, повреждения почечной ткани. Затем ФР прогрессирования почечного повреждения и, наконец, ФР терминальной почечной недостаточности, которые имеют значение для вопросов профилактики у больных, получающих ЗПТ (см. табл. 5).

(Продолжение следует.)

Пару лет назад мне, увлечённому горными лыжами, довелось побывать в швейцарских Альпах, в городке Церматт. Помимо красот зимних высокогорных пейзажей, меня поразило отсутствие здесь обычных автомобилей (только электрокары!) и... большое количество среди катающихся горнолыжников людей весьма преклонного возраста! Не раз наблюдал такую картину: к подъёмнику неуверенной походкой, осторожно, с некоторым усилием передвигая ноги в тяжёлых ботинках и сгибаясь под тяжестью лыж, в стареньких выцветших костюмах подходит семейная пара в возрасте далеко за 70... Вот они уже на горе, застегнули лыжи и... поехали вниз изящными виражами! Легко и непринуждённо - словно птицы полетели! И стало на душе как-то светло и радостно, даже немного завидно. Вот она такая, счастливая старость!

Конечно, всё это можно объяснить чистым горным воздухом, правильным питанием, здоровым образом жизни и многими другими причинами. Но время берёт своё, от недугов и небытия никто не застрахован. Так как же современная медицина может обеспечить более-менее комфортную, без боли и страданий жизнь пожилому пациенту? Как дать ему возможность подольше насладиться «счастливой старостью»?

Особенности возраста

Одной из наиболее сложных и нерешённых проблем современной медицины является хирургическое лечение пациентов пожилого и старческого возраста. По данным ВОЗ, люди в возрасте 65 лет и старше в отдельных странах уже сегодня составляют до 20% населения, а к 2040 г. этот показатель достигнет 25% для всей планеты. Рассматриваемая нами группа по возрасту подразделяется на пожилую – 60-74 года, старческий – 75-89 лет, долгожители – 90 лет и старше.

Уже в 1990 г. число пожилых хирургических больных в мире составило более 40%, то есть проблема приняла не только медицинский, но и социальный характер. По образному выражению организаторов здравоохранения, «лечение бабушки обходится в 5 раз дороже лечения внучки». Следует учитывать и тот факт, что 25-39% «возрастных» пациентов имеют сочетанную хирургическую патологию (данные ВОЗ, 1986 г.). Многочисленные статистические исследования дают поразительные цифры результатов хирургической агрессии в различных возрастных группах: летальность после urgentных вмешательств у больных старше 80 лет составляет от 10,1 до 45,7% против 2,5-4% в возрасте от 65 до 79 лет и 0,5% – у больных моложе 65 лет. Разница – не в разы, а на порядки!

Огромную роль в отягощении периоперационного периода играют мультисистемные сопутствующие заболевания. «Человек настолько стар, насколько стары его сосуды», – было сказано ещё английским врачом Томасом Сиденхемом (1624-1689). В поле зрения лечащего врача всегда должны быть сопутствующие болезни сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертония, нарушение сердечного ритма, хроническая венозная недостаточность), дыхательной системы (эмфизема, хроническая обструктивная болезнь лёгких, лёгочно-сердечная недостаточность, уменьшение жизненной ёмкости лёгких, бронхиальная астма), эндокринной системы (сахарный диабет, ожирение, гипотиреоз), опорно-двигательного аппарата (хронический болевой синдром, полиартроз), мочеполовой системы (аденома, атония мочевого пузыря, хронический пиелонефрит), нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, деменция), пищеварительного тракта, иммунной системы, свёртывающей и кроветворной системы.

Не должна оставаться вне внимания хирурга такая особенность пожилого возраста, как снижение репаративной способности тканей, что значительно повышает риск развития хирургических осложнений. Хрупкость костей, тугоподвижность суставов, повышенная чувствительность кожи к ишемии при сдавлении различных участков тела во время операции, снижение мышечного тонуса и атрофия мышц – вот далеко не все факторы, которых должен опасаться специалист при ведении таких пациентов. Существенную роль в лечении больных пожилого возраста играет ятрогения – от назначенного лекарства до вынужденных неправильных решений хирурга.

Авторитетное мнение

Успеть в течение суток

«Старость наша есть болезнь, которую нужно лечить как всякую другую». И.И.Мечников, нобелевский лауреат.



Пути решения проблемы

Бурное развитие медицинской техники в последнее десятилетие определило ведущую роль малоинвазивных вмешательств в улучшении результатов лечения многих хирургических заболеваний. Эндовидеохирургические вмешательства при заболеваниях желчного пузыря, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, опухолях надпочечника, грыжах паховой локализации, заболеваниях матки и придатков и многие другие, выполняемые в плановом порядке, широко признаны как золотые стандарты хирургической техники. В то же время возможности неотложной лапароскопической хирургии далеко не исчерпаны, о чём свидетельствуют многочисленные публикации периодической печати.

В хирургических клиниках, где работают сотрудники нашей кафедры (ГКБ № 52, ЦКБ № 2 ОАО «РЖД», ЦЭЛТ), лечению пожилых больных, число которых ныне составляет до 40% и постоянно растёт, уделяется особое внимание. К настоящему времени возраст перестал быть противопоказанием к самым сложным, в том числе сочетанным хирургическим вмешательствам. Наиболее часто выполняемые эндовидеохирургические операции (до 97-100%) у пожилых пациентов – вмешательства при онкологических заболеваниях, холецистэктомии по поводу желчекаменной болезни, герниопластика паховых грыж.

Одним из перспективных направлений эндовидеохирургии является рациональное использование при лапароскопических вмешательствах элементов открытой хирургии, что позволяет выполнять большие, в том числе и расширенные онкологические, операции с минимальной травмой для больного. В первую очередь это относится к вмешательствам при злокачественном поражении обо-

дочной и прямой кишки, желудка и забрюшинного пространства, а также при гигантских пахово-мошоночных грыжах.

Использование небольших (от 3 до 7 см) разрезов передней брюшной стенки на различных этапах операции позволяет существенно сократить время и трудоёмкость вмешательства, сохранить принцип малой травматичности без ущерба радикальности операции, а также поддерживать высокий косметический эффект малоинвазивной хирургии. Такие вмешательства, при которых используется комбинация лапароскопического и открытого хирургического доступа, мы называем комбинированными операциями (комбинированная

«надувать» живот умеренно – не до 12 мм рт. ст., как положено по стандарту, а до 8-10. Разработаны и успешно применяются различные инструменты для «безгазовой» лапароскопии (лапаролифты), позволяющие вообще не применять напряжённый пневмоперитонеум!

Второй путь: ранняя активация и реабилитация. Малоинвазивные методики позволяют поднимать больных с постели уже в день операции. После их использования нет выраженного болевого синдрома, нет пересечённых мышц, которые мешают нормально дышать и двигаться. Сейчас в хирургическую практику активно внедряется понятие «фаст-трек» – ранняя реабилитация после операции, хотя мне

и Российское общество эндоскопических хирургов, и Московское общество хирургов. Но – как обучать? Одно дело, если слушатель подготовительных курсов смотрит, как оперирует опытный хирург. Это совсем не значит, что после увиденного молодой специалист сделает такое вмешательство сам – в чужих руках всё кажется лёгким и простым. Смотреть и делать – разные вещи. Без освоения навыков ничего не получится.

У малоинвазивных методик есть два неудобства. Первое: изображение на плоском экране мы видим в двух измерениях, нет объёмного трёхмерного изображения. Даже появление оборудования с трёхмерным HD-изображением не даёт

и не очень нравится этот англоязычный термин, пришедший к нам из Дании. На мой взгляд, каждое малоинвазивное вмешательство – это и есть фаст-трек. В хирургических стационарах, где преобладают эндоскопические операции, средний койко-день составляет 1-2 дня, в редких случаях – при больших операциях – от 5 до 6 суток. Это не 2-недельное пребывание больного на одном месте.

Например, при выполняемой нами эндоскопической нефрэктомии или резекции почки (у больных любого возраста) пациенты находятся в стационаре 2-3 послеоперационных дня. После операции по поводу резекции толстой кишки они находятся в больнице до первого стула, то есть максимум 5-6 дней. При этом пожилых пациентов мы также активизируем на 1-е сутки, они встают с постели через 6-8 часов после операции, а на следующий день ходят по палате, сами идут в перевязочную. Они по индивидуальной программе самостоятельно питаются продуктами, которые легко усваиваются в тонкой кишке, не приводя к образованию большого количества газов и шлаков.

Быстрое полное амбулаторное обследование и необходимая коррекция общего состояния, современная анестезиология и реанимация, миниинвазивная эндохирургия обеспечивают успешную работу хирургических стационаров вот уже в течение 25 лет. Тщательный, в рамках доказательной медицины, анализ послеоперационных исходов у больных старших возрастных групп свидетельствует, что при современных критериях работы многопрофильной клиники объём и исходы хирургического лечения пожилых и старых больных могут быть такими же, как у более молодых пациентов.

Без опыта – никуда

Важное пожелание при хирургии пожилых и стариков, которое было бы хорошо сделать правилом: операции должен проводить только опытный специалист. Любая малоинвазивная методика требует отдельного обучения хирурга. Если же говорить о грыжесечениях, эндоскопическая техника которых не повторяет подобных открытых операций, то ни один самый опытный хирург не сможет правильно сделать лапароскопическую герниопластику, если не увидит, как она делается. Даже если он проведёт 10 тыс. открытых герниопластик и будет «богом» в этой сфере.

Перед нами продолжает остро стоять вопрос обучения миниинвазивным методикам. Ему последние годы уделяется большое внимание и Российское общество хирургов,

привычной для обычного (неподготовленного) глаза визуальной информации. Второе неудобство: отсутствие возможности пальпировать ткани. А через инструмент осязать сопротивление, натяжение и другие свойства тканей сложно.

Главное, чего боится хирург, идя на эндоскопическую операцию, что он может не справиться с какой-то непредвиденной ситуацией. Уже первое слепое введение троакара в полость живота может привести к ранению кишки. И если опытный хирург такое повреждение ушивает, то молодой, не умеющий шить через эндоскоп, вынужден прибегнуть к конверсии, то есть прекратить эндоскопическое вмешательство и сделать лапаротомию, продолжить оперировать через открытый доступ. Как-то один из корифеев эндохирургии, руководитель клиники под Парижем профессор Эйб Фингерхат поделился со мной интересным фактом. Он опросил 10 активно оперирующих ведущих европейских хирургов, задав им вопрос: «Как вы относитесь к конверсии?» Девять из десяти ответили категорично: конверсия не нужна. Всё, что можно сделать открытым путём, надо делать малоинвазивно, то есть при помощи эндоскопической техники устранять любое интраоперационное осложнение – кровотечение, перфорацию. Открывать живот нет необходимости, если ты хорошо подготовлен. Но для этого надо иметь соответствующий большой опыт и всё необходимое оборудование, к этому идеалу надо стремиться.

Хирург должен уметь хорошо шить эндоскопически. Мы работали на кафедре факультетской хирургии № 1 МГМСУ оригинальную методику интракорпорального шва. А потом нас приглашали в какую-то больницу, где мы устанавливали тренажёр и показывали методику ручного шва. После обучения у хирургов этой больницы сразу расширился спектр выполняемых операций. Если до этого они владели только техникой выполнения простой холецистэктомии, то после стали ушивать прободные язвы, более смело работать на толстой кишке, желудке, грыжах пищеводного отдела диафрагмы. Они перестали бояться интраоперационных трудностей.

Недавно мы проанализировали опыт московских хирургов, посмотрели спектр операций, их количество и число хирургов их проводящих. В большинстве своём показатель эндоскопического выполнения даже таких операций, как апендэктомия и ушивание перфоративной язвы, в последние годы достиг 25-30%. 10 лет назад эти цифры составляли 10-15%. Как мы видим, рост достаточно высок. В настоящее время только

в отдельных клиниках до 90% от общего числа операций выполняются эндоскопически.

Малоинвазивные методики надо внедрять более интенсивно, тогда и проблемы хирургии пожилого возраста будут решаться быстрее. И эти операции должны проводить специалисты, овладевшие всеми мануальными навыками эндохирургии. Пожилых пациентов должны оперировать только опытные хирурги, потому что здесь большую роль играет временной фактор. Неопытный хирург может затянуть операцию на 2-3 часа, «устроить» большую кровопотерю, которую возрастной пациент не выдержит. Количество интраоперационных осложнений и травматичность вмешательства в данном случае напрямую зависят от опытности хирурга. И когда ночью ответственный хирург говорит ординатору: «Я подремлю, а ты пойдешь прооперируй деда», такая ситуация недопустима.

Наравне с хирургом

Мы не зря говорим, что успех операции у пожилого пациента только на 50% состоит из успеха хирурга. Другие 50% – это успех послеоперационного ведения больного, то есть анестезиолога-реаниматолога. Вопросы предоперационного ведения больных этой группы, грамотное проведение анестезии и периоперационной интенсивной терапии, ранняя активизация и реабилитация в послеоперационном периоде имеют первостепенное значение.

Ещё отечественные исследования 60-х годов прошлого века показали, что возрастные изменения сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, связанные, прежде всего, с атеросклерозом, патология дыхательных органов из-за уменьшения подвижности костного скелета грудной клетки и дегенеративных изменений самой лёгочной ткани, физиологическая анемия у стариков обуславливают замедление клеточного метаболизма, и всё это ведёт к необходимости более тщательно назначать любые лекарственные средства, тем более наркотические препараты во время общей анестезии. Авторы тех лет справедливо утверждали, что любая операция длительностью более 2 часов уменьшает шансы пожилого больного на выздоровление, и предлагали обязательные меры послеоперационного ведения таких пациентов: раннее пробуждение на операционном столе с восстановлением рефлексов и полноценного дыхания, тщательный туалет трахеобронхиального дерева и специальная дыхательная гимнастика для профилактики пневмонии и ателектазов, борьба с болью – с учётом сравнительно плохой переносимости стариками наркотиков и анальгетиков. Эти выводы до сих пор остаются актуальными.

Физиологические и фармакокинетические изменения, обусловленные, к примеру, уменьшением содержания воды в организме пожилых и стариков, приводят к снижению массы тела и повышению чувствительности к препаратам, применяемым для наркоза, а сниженный метаболизм и тканевая перфузия уменьшают элиминацию этих препаратов, вследствие чего их действие становится более длительным. Тем не менее все эти обстоятельства не должны быть противопоказаниями к необходимым вмешательствам у пожилых и стариков.

При лапароскопических операциях на фоне пневмоперитонеума наилучшим методом обезболивания является эндотрахеальный наркоз. Интубация трахеи обеспечивает свободную проходимость дыхательных путей, а сердечнo-лeгочные нарушения, связанные с нагнетанием углекислого газа в брюшную полость, могут быть устранены поддержанием на должном уровне минутной вентиляции, оксигенации и объёма циркулирующей крови. Глубокая седация пациента и тотальная мышечная релаксация улучшают условия ра-

боты хирургов. Ряд положительных черт имеет эпидуральная анестезия. Это чётко ограниченная зона воздействия, отсутствие влияния на центральную нервную и другие системы. При этом у эпидуральной анестезии есть и существенные недостатки: не полностью купируется боль, часто требуется дополнительная внутривенная седация, не предупреждаются тошнота и рвота после операции, а пневмоперитонеум повышает риск аспирации. По мнению многих авторов, лучшим видом анестезии лапароскопических операций приведённого исследования является эндотрахеальный наркоз в сочетании с длительной эпидуральной анестезией.

В последнее десятилетие в практику анестезиологов внедряется ларингеальная маска – реальная альтернатива эндотрахеальной интубации. Простота установки, быстрое обеспечение проходимости дыхательных путей, стабильный герметизм вокруг голосовой щели при низком пиковом давлении в фазу вдоха быстро сделали ларингеальную маску популярной у анестезиологов, причём не только в амбулаторной практике, но и при длительных операциях в условиях тотальной миоплегии.

Если раньше все боялись наркоза, то сегодня это фактически лечебный сон под контролем врача. Современные следящие системы контролируют во время операции многие параметры – оксигенацию крови, напряжение внутрибрюшного и пневмоторакса и лёгочного сопротивления и т.д. Они позволяют анестезиологу практически безопасно вести наркоз у пациента с любой возрастной патологией. Когда возникают нарушения в сердечно-сосудистой или лёгочной системе, анестезиолог может вовремя заметить и скорректировать действия хирурга (например, временно приостановить вмешательство и сбросить давление газа в брюшной полости).

Максимально комфортным для пациента должен быть и послеоперационный период, начиная с удобной многофункциональной кровати с антипролежневым покрытием. Сегодня мы практически не видим людей, которых переводят в реанимацию на искусственной вентиляции лёгких. Анестезиологические пособия позволяют добиться остановки наркоза на операционном столе и перевода больного на спонтанное дыхание, восстановление у него сознания и мышечного тонуса. Современные препараты вводятся сразу после окончания операции и мгновенно нейтрализуют действие миорелаксантов. Это способствует ранней активизации пациента, а значит, он выйдет из больницы с меньшим количеством осложнений. Если же больные большую часть времени лежат, то у них появляются и застойная пневмония, возникающая на фоне гиповентиляции лёгких, и тромбозы, приводящий к тромбозам лёгочной артерии, – все причины высокой летальности.

Одномоментно, но по очереди...

В своей практике хирург нередко сталкивается с наличием сопутствующей хирургической патологии, требующей одновременной (симультанной) коррекции. Примеры этого – двусторонние паховые грыжи, осложнённое течение желчнокаменной болезни и сочетание её с онкологическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, почек, предстательной железы, заболеваниями сосудов нижних конечностей. По нашим данным, до 14-20% больных, поступающих в хирургический стационар, нуждаются в лечении 2-3 и более хирургических заболеваний. Ни для кого не секрет, что при симульнтанных вмешательствах за счёт увеличения времени и объёма операции увеличивается операционный риск, поэтому необходимо детальное предоперационное обследование и создание чёткого, обоснованного алгоритма предстоящей хирургической агрессии с учётом индиви-

дуальных особенностей каждого пациента. Сегодня возникло целое направление эндовидеохирургии, которое занимается разработкой и выполнением симульнтанных лапароскопических вмешательств при сочетанных заболеваниях.

Тем более что использование лапароскопической техники позволяет выполнить весь необходимый объём оперативной помощи без существенного увеличения травматичности самого операционного доступа. Важным моментом при этих вмешательствах является использование так называемых «мигрирующих» портов (троакаров, которые можно использовать для выполнения различных операций), правильный выбор точки установки которых позволяет комфортно работать на различных этапах брюшной полости. Сейчас хирурги решают другие задачи: отработка более чётких показаний к симульнтанным операциям, очерёдность этапов таких вмешательств, дальнейшее изучение возможностей безгазовой лапароскопии и, наконец, вопросы экономической эффективности симульнтанных лапароскопических операций.

В частности, перед хирургом нередко встаёт вопрос: что оперировать в первую очередь? Например, паховую грыжу или аденому? Аденома простаты сопровождается натуживанием при мочеиспускании, что, в свою очередь, провоцирует грыжеобразование. И если сначала сделать герниопластику, то после операции больной пойдёт помочиться, при этом потужится и – всё насмарку... Поэтому здесь надо проводить или одномоментное симульнтанное вмешательство, или изменить последовательность операций и сначала провести аденомэктомию.

Улучшению результатов хирургического лечения больных с сочетанной хирургической патологией, особенно часто встречающейся у больных старших возрастных групп, во многом способствует чёткое определение оптимальной очерёдности и объёма намеченных алгоритмов операций и их этапов. Эти клинические вопросы в своё время были тщательно проработаны на нашей кафедре. По-настоящему не проводилась только оценка стоимости и (в общем плане) рентабельности синхронных вмешательств с использованием лапароскопических доступов.

Наш достаточно большой опыт свидетельствует, что границы симульнтанных операций при необходимости можно расширять, и при правильных показаниях и совершенной технике симульнтанные этапы не влияют на тяжесть послеоперационного периода и продолжительность стационарного лечения.

Когда оперировать?

Удивительно, но, несмотря на технический прогресс медицины, большинство неотложных хирургических стационаров города работают по правилам 80-90-х годов прошлого столетия. В особой мере это относится к лечению осложнённых форм холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста. Почему-то стариков боются брать на операционный стол в 1-й или 2-й день поступления – даже при очевидных показаниях. В большинстве случаев, чтобы обезопасить себя от возможных неприятностей, врачи предлагают им какое-то предоперационное лечение. Но последнее может затянуться на 3-4 суток, иногда и на месяцы. Одной из разновидностей такого «безопасного» (в кавычках) лечения я считаю холецистостомию (или пункцию желчного пузыря при его остром воспалении). Нет, я не исключаю этот метод из арсенала методик «критической» ситуации! Но зачем использовать её направо и налево без аргументированного обоснования необходимости такого решения?..

А причин тут, и это очевидно, как минимум две. Первая – отсутствие достаточного опыта эндоскопических операций (или времени по дежурству) у хирурга. Сделаю сейчас

по минимуму, а утром другие пусть разбираются!.. Вторая – менее очевидна, но может иметь решающее значение для администрации больницы. После пункции через 1-2 месяца – повторная госпитализация для плановой операции. То есть один больной – две госпитализации. А это уже совсем другие деньги! Хочется верить, что это не так... При этом никто не задумывается, что это наши деньги. Государственные! Что их можно потратить с большей пользой! И уж точно никто не ставит себя на место пациента, вынужденного в течение нескольких недель ходить с «дырочкой» в правом боку, из которой по трубочке в мешочек течёт желчь.

Есть и другая сторона этой проблемы. Речь идёт о больных с гангренозными формами холецистита, которым стомируют желчный пузырь. Всем врачам хорошо известно, что гангрена – это некроз, и мёртвая ткань не восстанавливается. В лучшем случае организм отграничит этот очаг в брюшной полости спайками с салником и другими органами. И гнойный очаг будет потихоньку «тлеть» в животе, медленно убивая макроорганизм. А хирург, видя при контрольном УЗИ отсутствие положительной динамики, будет откладывать и откладывать сроки спасительного вмешательства.

А ведь в большинстве случаев всё можно было бы решить быстрее и радикальнее. Многие из пациентов, покинув больницу с функционирующей холецистостомой, не могут (или не хотят) ждать положенных 4-6 недель и ищут других путей решения проблемы. У нас в клинике за два с половиной десятилетия накоплен огромный опыт повторных вмешательств у таких больных. И, скажу откровенно, большинство из них – вполне крепкие люди, способные без особого ущерба перенести операцию по удалению большого желчного пузыря. Что, собственно, мы и делаем.

Я глубоко убеждён, что большинство пожилых людей терпят страдания от болезни «до последнего». Они приходят в больницу только тогда, когда понимают, что их силы скоро кончатся, но, как правило, на своих ногах. У них пока ещё есть маленький запас жизненных сил. Но только мы его уложим в больницу и вместо операции начнём лечение, потеряем сутки-двое-три, то видим, что этот оставшийся ресурс закончился.

Если вы понимаете, что без операции не обойтись, тем более когда есть абсолютные показания к хирургическому вмешательству, то лучше, если операция проводится сразу, в первые 24 часа, а не через несколько дней. Это показывают и результаты лечения. Мы провели исследование в одной из городских больниц, посмотрев смертность среди пациентов старшей возрастной группы (старше 80 лет) в зависимости от сроков проведённой операции. Самая маленькая летальность была отмечена в группе больных, которым операцию проводили в 1-е сутки от момента поступления. Далее смертность возрастала.

Максимальная летальность была зафиксирована, когда больных брали на операционный стол на 3-и сутки от поступления в стационар. На мой взгляд, фатальными были именно первые 2 суток госпитализации, в течение которых состояние пациента пытались улучшить терапевтическими методами, а надо было оперировать. Попытки консервативного лечения «загоняют болезнь внутрь», что может полностью истощить пожилого человека. Такое лечение не в состоянии компенсировать вреда, который наносит прогрессирующая болезнь. Оставшийся ресурс, который пожилой человек принёс с собой в больницу, кончается быстро, и надо успеть им воспользоваться. Если мы его израсходуем в процессе предоперационной подготовки, то человек просто умрёт.

Наше исследование также показало, что, если пациента оперировали на 5-6-й день от момента поступления в стационар, летальность уменьшалась, а после 7 дней снова

увеличивалась и далее держалась на высоком уровне. Очевидно, что поздние сроки операции объясняются неудачами консервативной терапии, постепенным ухудшением состояния пациента, принуждающего врача к более агрессивным действиям в наименее благоприятных условиях. Именно поэтому мы стараемся проводить операции у пожилых пациентов в первый же день поступления.

Приведу довольно типичный и печальный пример. Пожилой пациент почувствовал боль в правом подреберье. На УЗИ были обнаружены камни в желчном пузыре. Врач поликлиники, узнав, что пациенту «далеко за 70 лет», а боль уже не беспокоит, отпустил его, не предложив хирургической операции. Прошло несколько лет, и, когда боли снова дали о себе знать, человек поступил по скорой помощи в стационар. Там его оперировал хирург с небольшим опытом лапароскопических вмешательств, трудился больше 2 часов, допустил кровопотерю 1,5 л, после чего позвал более опытного хирурга, который уже не сумел справиться с ситуацией эндоскопически. Сделали лапаротомию, в конце концов убрали желчный пузырь, но итог был печален – 3-часовая операция, потеря 3 л крови и летальный исход.

Советую коллегам: при обнаружении у пожилых пациентов камней в желчном пузыре, особенно мелких, или если уже были первые предвестники желчнокаменной болезни, оперировать их в «холодном» периоде. Эндоскопическая операция при неосложнённом течении заболевания займёт 15-25 минут при минимальном риске для больного, а вся госпитализация – 2-3 дня. Не надо доводить пациентов до стадии, когда пойдут осложнённые формы острого и хронического холецистита – механическая желтуха, инфильтраты, хроническая эмпиема с нарушением анатомической структуры гепатодуоденальной зоны, холедохолитиаз, стриктуры терминального отдела холедоха, холангит, перитонит. Вот тогда оперировать значительно сложнее и опаснее.

Но даже если начались осложнения, то решить все проблемы у пожилого пациента необходимо в 1-е сутки от поступления в стационар. И не надо делать лапаротомию там, где можно использовать минимально инвазивные методики. Подтверждение тому – наш опыт. За период 1991-2016 гг. было выполнено почти 9 тыс. эндовидеохирургических операций при желчнокаменной болезни, и доля пациентов старше 60 лет среди них составила 47,6%, а осложнённых форм – более половины. При этом послеоперационная летальность была нулевой. Единственный случай смерти при этой патологии в нашей клинике был у пациентки с острым холециститом, у которой после эндоскопической папиллосфинктеротомии развился панкреонекроз. Операцию мы ей сделать просто не успели.

Таким образом, надо менять бытующее ошибочное мнение о том, что не следует оперировать пожилых больных с желчнокаменной болезнью, если нет симптомов. Активно-выжидательную тактику необходимо вытеснять активной хирургической. В идеале – подкреплённой достоянием материально-техническим оснащением стационара и большим опытом хирургической и анестезиологической бригады.

Олег ЛУЦЕВИЧ,
заведующий кафедрой
факультетской хирургии № 1
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова,
главный хирург Центра
эндохирургии и литотрипсии,
председатель Московского
общества хирургов,
заслуженный врач РФ,
профессор.

К настоящему времени науке известно более 1,5 тыс. инфекционных заболеваний и их возбудителей (как вирусных, так и бактериальных), однако далеко не для всех этих патологий разработаны прививки. Тем не менее ежегодно иммунизация спасает миллионы жизней, её преимущества значительно перекрывают риски поствакцинальных реакций. Во второй половине прошлого века средняя продолжительность жизни на планете Земля в целом и целом увеличилась на 30 лет, которые человек, с точки зрения учёных по всему миру, приобрёл только благодаря вакцинам. Что же до нашей страны, то в России вакцинация проводится против 12 инфекционных заболеваний.

Немного истории

Обязательную вакцинацию в мире начали вводить в XIX веке. В Великобритании закон о принудительной вакцинации против оспы был принят в 1853 г., чуть позже за отказ от прививок ввели существенные штрафы. За 7 лет уровень вакцинации новорождённых достиг 75%, было вакцинировано чуть ли не всё взрослое население туманного Альбиона.

В 1855 г. обязательными становятся прививки против оспы в американском штате Массачусетс, это закрепляется законодательно, без прививок детей не принимают в школы. В 1871 г. в Баварии (Германия), в 1872 г. в Японии вводится обязательная вакцинация и ревакцинация против оспы. Начиная с 80-х годов XIX века, в разных странах вводятся и программы вакцинации против других болезней, например, дифтерита, бешенства, кори.

При этом периодически возникают протестные движения против обязательной вакцинации, появляются публикации о нежелательных явлениях после иммунизации и прорывах инфекции у некоторых привитых. Можно сказать, что вся мировая история иммунизации – это история дебатов с антивакцинаторами, и всё же побеждает мнение о том, что прививки делать нужно. Кроме того, эффективность и безопасность вакцин неуклонно растёт.

Около 30 заболеваний, для которых есть вакцины, считаются наиболее опасными для человечества. Примерно половина из

Анализ и прогнозы

Инвестиции в здоровье

Вакцинопрофилактика – основа процветающей нации



Вакцинация – путь к здоровью

них – болезни, которыми преимущественно заболевают дети. От полиомиелита, коклюша, бактериальных пневмоний и менингита, дифтерита, кори, столбняка когда-то умирало огромное количество детей. Вакцинация смогла принципиально снизить показатели детской смертности. Иммунизация именно от этих болезней входит в национальные календари прививок многих стран.

Стратегическая задача

Всемирная организация здравоохранения проводит огромную работу по пропаганде иммунизации, периодически обновляя списки вакцин, рекомендованных к внесению в национальные календари прививок. Вакцинация признана ключевой государственной стратегической инвестицией в здоровье населения в странах с самым разным уровнем экономического развития.

В каждой стране календарь имеет свою специфику, хотя по основному спектру заболеваний они схожи и предусматривают при-

мерно 10-18 инфекций, против которых проводится вакцинация всех детей и взрослых из групп риска, и примерно такое же количество инфекций, прививки против которых делаются в случае возникновения эпидемиологической опасности.

В России, как известно, вакцинация проводится против 12 инфекционных заболеваний, и, по оценкам ВОЗ, у нас один из самых полных календарей в мире, хотя и несколько отстающий от Великобритании, США и стран Западной Европы, где календари содержат защиту от 18-20 инфекций.

Список прививок зависит от ситуации в конкретной стране, например, вакцинация против туберкулёза проводится не во всех странах, а только там, где есть высокие риски этого заболевания, в том числе в нашей стране. В ряде жарких стран проводится массовая вакцинация против характерных для этих регионов болезней, например, против жёлтой лихорадки.

Отрасль развивается, появляются новые вакцины, которые позволяют расширить спектр предупреждаемых болезней. Напри-

мер, против вируса папилломы человека: предполагается, что этот вирус способствует возникновению онкологических заболеваний, включая рак шейки матки. Также включаются в национальные календари прививки против ротавирусной инфекции, гепатита А, менингококковой инфекции.

Ещё один яркий пример – массовая вакцинация против пневмококковой инфекции. США её начали делать первыми в мире в 2000 г., а годом позже она стала доступна в странах Евросоюза. Мировая практика показывает высокую эффективность массовой вакцинации против пневмококка. Например, в США у детей младше 2 лет на 57,6% снизился уровень госпитализации по причине пневмококковой пневмонии, на 70% уменьшилась заболеваемость тяжёлыми инвазивными инфекциями (сепсисом, менингитами, осложнёнными пневмониями). В Норвегии отмечена 74%-ная эффективность вакцины в отношении инвазивных инфекций у детей в возрасте 0-5 лет. В Израиле вакцинация против пневмококка позволила добиться снижения заболеваемости тяжёлыми отитами на 70%.

Впервые в России вакцинация детей против пневмококковой инфекции была включена в Национальный календарь профилактических прививок в конце позапрошлого года. Спустя же несколько месяцев вакцинацией против пневмококка охвачено 79% детей, родившихся в минувшем году.

Что день грядущий нам готовит?

В июле нынешнего года Министерством здравоохранения РФ в очередной раз расширило национальные календари профилактических прививок и прививок по эпидемиологическим показаниям.

Отныне в обязательном порядке вакцинацию и ревакцинацию против кори и краснухи должны проходить дети и подростки в возрасте от 1 до 18 лет, а также женщины от 18 до 25 лет. Кроме того, увеличен возрастной порог (до 55 лет включительно) по обязательной вакцинации против кори и краснухи для сотрудников медицинских и образовательных организаций, торговли, транспорта, коммунальной и социальной сфер. Изменения в календаре профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям касаются вакцинации против пневмококковой инфекции. По новым правилам, вакцинации подлежат граждане старше 60 лет, страдающие хроническими заболеваниями лёгких.

По словам заместителя министра здравоохранения РФ Сергея Краевого, чтобы включить в Национальный календарь новую вакцину, необходимо серьёзное обоснование. «Существует четыре основных критерия для введения вакцинации против инфекции в Нацкалендарь, – пояснил чиновник. – Это эпидемиологическая ситуация, социальная значимость инфекции, её экономическая значимость, а также возможность создания самой вакцины».

В настоящее время Минздрав России с экспертным сообществом рассматривают вопрос о включении новых прививок против ветряной оспы, ротавируса и по расширению вакцинации против пневмококковой инфекции.

Ни для кого не секрет, что производство вакцин – одно из самых трудоёмких и сложных в фармацевтической отрасли, полный цикл производства одной партии вакцин может занимать до 2 лет. В этой связи увеличение охвата населения вакциной потребует от производителей дополнительных усилий.

Валентин СТАРОСТИН.

Проекты

Институт пластической хирургии и косметологии (ИПХК) совместно с другими медицинскими учреждениями запустил проект по внедрению клеточных технологий в клиническую практику – из клеточных культур пациентов для них будут выращивать кожную ткань, чтобы лечить тяжёлые ожоги у детей. Проект реализуется на базе детской городской клинической больницы № 9 Департамента здравоохранения Москвы.

Проект, который реализуют Институт хирургии им. А.В.Вишневского, ИПХК и НИИ хирургии детского возраста Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, направлен на отработку применения тканевой инженерии в комбустиологии. Пациентами станут дети с ожогами, особенно в тех случаях, когда восстановить повреждённые ткани с помощью пересадки собственной кожи пациента трудно.

По данным НИИ хирургии детского возраста РНИМУ, у 12-15% от общего числа госпитализированных детей наблюдается дефицит собственных неповреждённых участков кожи.

Площадка проекта – клиниче-

Клеточные технологии помогут в лечении ожогов?

ская больница № 9. Выделением клеток и выращиванием тканей занимаются в ИПХК. Помимо лаборатории, в институте есть криохранилище на 600–700 клеточных образцов. Лаборатория переносных, шовных и полимерных материалов Института хирургии им. А.В.Вишневского будет разрабатывать необходимые для клеточного препарата гелевые и полимерные матрицы.

Полученный продукт на практике применяют специалисты НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И.Пирогова на базе московской клинической больницы № 9.

«Клеточные технологии в комбустиологии детского возраста обеспечивают три клинических эффекта: сокращение времени заживления ран, уменьшение травматичности лечебного процесса (нет необходимости повторно забирать неповреждённую кожу для пересадки), а также функциональный и косметический результат, который в других случаях



недостижим», – отметил директор НИИ хирургии детского возраста РНИМУ Владимир Розинов.

В целом лаборатория ИПХК занимается подготовкой клеточных образцов различных тканей. По словам главного пластического хирурга Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, заведующей кафедрой пластической и реконструктивной

хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ Натальи Мантуровой, в настоящее время проводятся клинические исследования методики выращивания тканевых структур, состоящих из жировой и хрящевой тканей. «Думаем о том, как заменить имплантаты собственными тканями», – уточнила она.

Регулирующий сферу примене-

ния клеточных технологий и тканевой инженерии Федеральный закон «О биомедицинских клеточных продуктах» вступает в силу с 1 января 2017 г. «Закон, который мы обсуждаем, в значительной степени легитимизирует то, что уже сложилось в нашей стране. Создаёт условия для того, чтобы мы, работающие у себя в стране, находились в конкурентоспособном положении по отношению к коллегам в мире», – подчеркнул В.Розинов.

При этом, что характерно, клеточные технологии применяются не только в государственных центрах, но и точно в частных клиниках. Редакция закона вызвала беспокойство членов Гильдии производителей медицинских товаров и услуг Московской торговой палаты. Игроки рынка опасаются, что нормы могут «отрезать» частных от работы с клеточными технологиями.

Алина КРАЗУЭ.

А как у них?

Предотвратить осложнения герпетической инфекции у пожилых людей

В США каждый год до полу-миллиона людей, которым за 60, заболевают герпетической инфекцией. У молодых лиц симптомы этих болезней, как правило, нетяжелые, однако риск серьезных осложнений, таких как постгерпетическая нейрпатия, поражение глаз и центральной нервной системы, увеличивается с каждой декадой возраста.

В этой стране в последние годы отмечается рост заболеваемости, вызванной herpes zoster. Предотвращение герпетической инфекции у пожилых людей улучшит их качество жизни, что становится приоритетной задачей для органов здравоохранения.

С 2008 г. в США Комитет советников по иммунизации рекомендовал, чтобы все иммунокомпетентные лица 60 лет и старше получили разовую дозу аттенуированной вакцины против herpes zoster (Zostavax). В большом плацебоконтролируемом исследовании эффективность этой вакцинации составила 53,1%, а эффективность в предотвращении такого осложнения, как постгерпетическая нейрпатия, была 66,5%. Дальнейшие наблюдения за участниками исследования подтвердили эффективность вакцины и выявили снижение эффективности вакцинации с течением времени. Так, среди 176 078 участников исследования в возрасте 60 лет и старше эффективность указанной выше вакцины снизилась с 68,7% в первый год после вакцинации до 4,2% за 8 лет. Эти данные вместе с информацией о иммуногенности бустерных доз вакцины приводят к выводу о необходимости введения дополнительной дозы или доз.

В New England Journal of Medicine за 2016 г. авторы Cunningham и др. сообщают об эффективности двух доз адьювантной вакцины против herpes zoster (HZ/su) у иммунокомпетентных лиц 70 лет и старше. Это исследование, включавшее 13 900 участников, было проведено одновременно с предыдущим с участниками 50-летнего возраста и старше, в котором применялась та же самая вакцина и проводилось по тому же плану. Исследуемая вакцина содержала рекомбинантный вирус varicella-zoster (VZV), гликопротеин E с новым адьювантом (AS01B), преобразованным так, чтобы улучшить CD4+ Т-клеточно-опосредованный иммунный ответ, который, как полагали авторы, улучшает предотвращение реакции латентной VZV. Низкие дозы этого адьюванта применялись при вакцинации против малярии, что получило одобрение в 2015 г. Европейским агентством по ле-

карствам для детей, проживающих в зонах, где малярия является эндемической болезнью.

В 2015 г. было опубликовано сообщение об эффективности вакцины HZ/su против herpes zoster, составившей 97,2% среди лиц 50 лет и старше и 97,9% среди тех, кому 70 лет и старше за период 3,2 года. В текущем исследовании при средней продолжительности наблюдения 3,7 года эффективность против herpes zoster была 89,8% у лиц 70 лет и старше. Эффективность была такой же среди участников 70-79 лет и у тех, кто старше 80, и поддерживалась в течение всего периода исследования. Для определения результата вакцинации для постгерпетической невралгии авторы включили группу лиц, которым было 70 лет и более, из обоих вышеприведенных исследований. Эффективность составила 88,8%.

На основании данных об ограниченной эффективности и длительности Zostavax были разработаны более новые формулы вакцины с улучшенной эффективностью. Хотя более высокий уровень оценки эффективности HZ/su-вакцины приветствовался бы, прямое сравнение результатов разных исследований представляется проблематичным. Например, в базовом исследовании, оценивавшем Zostavax, частота постгерпетической невралгии в контрольной группе была выше, чем в контрольной группе, где применялась вакцина HZ/su, что могло указывать на то, что исследование эффективности Zostavax могло включать более ослабленную популяцию, более активную или применялись более высокие критерии чувствительности. Большее преимущество HZ/su-вакцины по сравнению с вакциной Zostavax, очевидно, связано с продолжительностью высокой эффективности против herpes zoster и постгерпетической невралгии у наиболее пожилой возрастной группы и более продолжительным временем. Нужны длительные наблюдения за вакцинированным контингентом.

Хотя профиль безопасности относительно серьезных побочных явлений, о которых сообщалось при проведении исследований по вакцине HZ/su, был уточнен, полное понимание менее серьезных побочных эффектов, возможно, будет известно только при исследовании с большим количеством участников и более разнообразным их составом. Это особенно относится к новым адьювантам, включаемым в вакцину. Важно помнить, что кратковременная реактогенность с этим адьювантом в вакцине выше, чем при других вакцинах для взрослых (то есть не пожилых). В первые 7 дней

после вакцинации 79% реципиентов против 29,5% плацебо-реципиентов сообщили о местных или системных реакциях и 11,9% вакцинированных против 2% получивших плацебо сообщили, что их реакции были достаточно серьезными, чтобы ограничить их активную деятельность. Особо отмечается, что небольшое число участников отказались от второй инъекции, но было ли такое же неприятие в других когортах, особенно включавших более пожилых взрослых, остаётся неизвестной.

Политика осторожного подхода относительно HZ/su-вакцины должна предусматривать решение о том, как эти результаты исследований будут транслироваться в рутинном применении. В исследованиях HZ/su-вакцины сообщаются данные об участниках, которые получили две дозы, поэтому эффективность одной дозы или двух в различных исследованиях не известна. Лица, в анамнезе которых было заболевание herpes zoster или вакцинация против этой вирусной инфекции, были исключены из обсуждаемых исследований, таким образом, польза от вакцинации у них остаётся неизвестной. Наконец, HZ/su-вакцина могла бы быть опробована для иммунокомпромитированных лиц, у которых высок риск инфицирования herpes zoster, и осложнения у них делают их непригодными для получения аттенуированной вакцины. Необходимы большие усилия в будущем для предотвращения инфекции herpes zoster.

Несмотря на рекомендацию 2008 г. по вакцинации против обсуждаемой вирусной инфекции, к 2014 г. только 27,9% лиц 60 и старше лет были вакцинированы. В первые годы после одобрения вакцины дополнительные ограничения сдерживали применение. В более недавние годы доступность вакцины стала достаточной, и причинами продолжавшегося недостаточного применения её были цена, наличие в аптеках и сложности с компенсацией через Medicare, а также ограниченная осведомлённость публики о болезни и вакцине, недостаток запросов к вакцинации взрослых и озабоченность острыми проблемами медицинской службы в ущерб заботе о взрослых пациентах. Таким образом, всецело оценить состояние здоровья населения не удастся до тех пор, пока вакцинация против инфекции herpes zoster не будет в полной мере осуществлена и не преодолены барьеры к её производству и применению.

Рудольф АРТАМОНОВ.

По материалам
New England Journal of Medicine.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к районам Крайнего Севера) приглашает на постоянное трудоустройство ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО.

Предоставляются:

- ▶ единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн руб. (Закон «О внесении изменений в ст. 3.1. Закона ХМАО – Югры «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в ХМАО – Югре» № 53-оз от 16.06.2016.
- ▶ служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 – заместитель главного врача по поликлинической работе.

Резюме направлять по e-mail: sovhospital@sovbolnica.pf
Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.

Открытия, находки

Сильный пол как эликсир молодости

В ходе недавно проведённого клинического анализа команда бразильских и американских учёных обнаружила, что один из видов мужского полового гормона способен поворачивать вспять старение клеток и, вероятно, бороться с заболеваниями, вызываемыми старением клеток.

В процессе эксперимента исследователи использовали стероид даназол – синтетический мужской гормон – для лечения 27 пациентов, чтобы простимулировать производство теломеразы – фермента, удерживающего клетки от старения: фермент обеспечивает уплотнённую ДНК теломер на концах хромосом, не позволяя их ДНК сокращаться. Отмечается, что при такой стимуляции не просто прекратилась сокращаться длина теломер, они даже начинали расти, что даёт организму большой запас для сохранения молодости.

«Некоторые процессы старения связаны как раз с сокращением теломер – структур на конце хромосом, защищающих ДНК, – объясняет один из авторов исследования профессор Родриго Каладо. – У здорового взрослого

длина теломеры в среднем колеблется в пределах 7-9 тыс. базовых пар. В нормальных условиях человек теряет 50-60 базовых пар в год, но пациенты с дефицитом теломер могут терять от 100 до 300 базовых пар в год».

Даназол способствовал выработке теломеразы, а соответственно, увеличению длины теломер и омоложению клеток. По словам Каладо, после применения гормона длина теломер пациентов увеличилась в среднем на 386 базовых пар за 2 года. При этом вырос уровень гемоглобина, следовательно, пациентам, страдающим апластической анемией, которым был прописан курс даназола, больше не требуется переливание крови.

Вместе с этим учёные проявляют осторожность, считая, что, хотя половой гормон и может быть использован для замедления старения, относиться к этому открытию нужно с особым вниманием, поскольку у синтетических гормонов есть много побочных эффектов. Возможен риск назначения такого лечения здоровым людям.

Александр ИВАНОВ.

По материалам журнала
New England Journal of Medicine.

Начеку

Деменция начинается в детстве

АроЕ4 - ген, повышающий риск болезни Альцгеймера. По данным исследователей из Гавайского университета, у детей с данным геном мозг не такой, как у носителей генов АроЕ2 и АроЕ3. В частности, гиппокамп у детей с АроЕ4 оказался примерно на 5% меньше.

Кроме того, в возрасте 3 лет эти добровольцы хуже справлялись с тестами на исполнительные функции, рабочую память и внимание. Разница в результатах между носителями АроЕ4 и участниками с другими вариантами гена доходила до 50%. В исследовании принимали участие 1187 детей в возрасте от 3 до 20 лет.

Специалисты учли другие факторы, которые могли повлиять на развитие мозга. Учёные объясняют: каждый человек получает одну копию гена (Е2, Е3 или Е4) от каждого родителя. Так, есть 6 возможных вариантов - Е2Е2, Е3Е3, Е4Е4, Е2Е3, Е2Е4 и Е3Е4. Ещё исследование показало, что в возрасте 8 лет у детей с Е4Е4 тоже имелись некоторые особенности мозга, и они хуже справлялись с когнитивными тестами. Однако результаты тестов у детей старше 8 лет с АроЕ4 и другими вариантами не отличались.

Наум ДАВЫДОВ.

По материалам
The Times of India.

Особый случай

Представители Министерства здравоохранения округа Солт-Лейк (штат Юта) заявили о новом случае передачи вируса Зика, заражение которым произошло способом, отличным от уже известных: через укусы москитов или сексуальный контакт.

Вирус Зика был обнаружен у человека, ухаживавшего за скончавшимся в июне пожилым мужчиной, который подхватил вирус во время поездки в район распространения лихорадки.

Новый сюрприз от Зика

Органы здравоохранения отмечают, что ни один из известных способов трансмиссии вируса Зика не оказался правдоподобным объяснением того, что произошло в штате Юта. Заместитель эпидемиолога Департамента здравоохранения штата Юта доктор Энджела Данн заявила, что доказательств

того, что москиты в штате Юта передают вирус Зика, обнаружено не было.

Эксперты предполагают, что пациент, который на сегодняшний день полностью восстановился, подхватил вирус Зика при контакте с кровью, мочой или другими биологическими жидкостями во

время ухода за инфицированным больным.

В настоящее время в Центре по контролю и профилактике заболеваний США всё ещё проводятся исследования, чтобы установить, возможна ли передача вируса Зика от инфицированного человека другому человеку.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам
The New York Times.

Исследования

Белок депрессии

Стойкая депрессия, не поддающаяся медикаментозному лечению, может быть вызвана метаболическими нарушениями, препятствующими нормальному функционированию мозга. К такому выводу пришли исследователи Университета Питтсбурга в Пенсильвании (США).

Как известно, депрессия является одним из самых распространённых психических расстройств, которое становится причиной более двух третей суицидов ежегодно.

По словам ведущего исследователя Университета Питтсбурга Лизы Пан, 15% пациентов не получают облегчения после стандартного лечения антидепрессантами и психотерапевтическими методами. Как выяснилось в ходе

исследования, излечению препятствуют чисто физиологические механизмы, лежащие в основе самого заболевания. Понимание этих механизмов поможет улучшить качество терапии и повысить уровень излечиваемости больных, страдающих этим заболеванием.

Исследование проблемы началось в ходе лечения подростка с застарелой депрессией и несколькими попытками самоубийства. Врачи обнаружили в спинномозговой жидкости пациента дефицит белка биоптерина, который участвует в синтезе нескольких веществ-медиаторов, передающих нейросигналы в мозг. После приёма большим аналога биоптерина симптомы депрессии у пациента практически полностью исчезли.

В дальнейшем учёные выявили

метаболические нарушения ещё у 33 молодых людей, которые не поддавались лечению от депрессии. Впрочем, подобные метаболические отклонения были обнаружены и у 16 здоровых добровольцев.

Хотя конкретные метаболиты у разных пациентов различались, учёные обнаружили, что 64% обследованных пациентов имели проблемы с метаболизмом нейромедиаторов. Состояние этих пациентов после соответствующего лечения значительно улучшилось, а в некоторых случаях наступила полная ремиссия.

«Таким образом, – отметила Л.Пан, – стойкая депрессия в ряде случаев может быть вылечена простым добавлением соответствующих белков метаболитов, что даёт реальный шанс безнадежным ранее больным на избавление от этого тяжёлого заболевания».

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению ВВС.

Однако

О пользе лишнего веса

О вреде ожирения учёные предупреждают очень часто. Слишком высокий индекс массы тела может вести к развитию самых разнообразных заболеваний, однако в некоторых случаях, как ни странно, наличие лишнего веса может принести пользу.

В США 4 исследования, проведённые специалистами из Института изучения рака Даны-Фарбера, показали, что при раке почек полные пациенты живут значительно дольше, чем их «коллеги» с нормальным или недостаточным весом.

Это достаточно парадоксальные результаты, потому что, например, такая распространённая форма рака почек, как гипернефрома, встречается чаще у полных пациентов, но если человек уже заболел, то при наличии у него лишнего веса эта болезнь прогрессирует дольше и в конечном итоге выживаемость у полных пациентов выше.

Руководитель исследования Тони Чуири рассказал, что он и его коллеги раньше уже проводили изыскания, в ходе которых

выяснилось, что патологические изменения из-за рака почек у пациентов с лишним весом были значительно менее опасны, и жили эти люди дольше, даже если рак метастазировал. Новая научная работа подтвердила эти данные на примере 4 независимых групп людей.

В первом исследовании участвовало 1975 человек. Средняя выживаемость у людей, больных раком почек и имеющих избыточный вес, составила 25,6 месяцев. Это на 8,5 месяцев больше того же показателя для пациентов с нормальным или недостаточным весом. Смертность среди полных онкобольных была ниже на 16%.

Вторая группа состояла из 4567 пациентов, которые проходили терапию в связи с раком почек в 2003-2013 гг. Ещё в двух базах данных была информация о 324 и 146 больных. Последние две базы учёные использовали для того, чтобы найти объяснение такой разнице в выживаемости на молекулярном уровне – эти данные включали в себя, в том числе, генетическую информацию о пациенте, а не только общемедицинскую.

Различия обнаружились в экспрессии генов. У пациентов с избыточной массой тела уровень экспрессии синтазы жирных кислот был ниже. Это ключевой фермент, участвующий в производстве жирных кислот, и по результатам предыдущих исследований его повышенная экспрессия наблюдается при большом количестве видов рака – настолько большое, что синтазу жирных кислот назвали метаболическим онкогеном. Слишком высокая экспрессия этого гена ассоциирована с плохим прогнозом, в том числе и при раке почек.

Авторы исследования заявили, что пока неясно, каким образом получается так, что гены у пациентов с ожирением и без него работают по-разному. Однако, по словам учёных, результаты их работ дают поле для экспериментов с ингибиторами синтазы жирных кислот, которые могут стать базой для эффективной терапии. Т.Чуири заявил, что он и его коллеги планируют протестировать эти ингибиторы на животных.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации medicalxpress.com

Ситуация

...А рак – всё дороже

Расходы Министерства здравоохранения Бразилии на лечение онкологических заболеваний в стране выросли на 66% за 5 лет.

По данным бразильского Минздрава, с 2010 по 2015 г. траты на онкологию выросли с 2,1 млрд бразильских реалов (659 млн долл.) до 3,5 млрд реалов (1 млрд долл.). Эти суммы покрывают расходы на такие процедуры, как удаление опухолей хирургическим путём, химиотерапия, радиотерапия, гормонотерапия и паллиативная помощь.

В рассматриваемый 5-летний период также увеличилось количество людей, получающих бесплатное лечение от онкологических заболеваний в учреждениях Единой системы здравоохранения (SUS). Число таких пациентов в госсекторе выросло с 292 тыс. до 393 тыс.

Показатели, полученные бразильским Минздравом, отражают нынешнюю ситуацию с онкозаболеваниями в стране: увеличение количества пациентов этого профиля и появление новых методов лечения и дорогостоящих препаратов. Ожидается, что в связи

со старением населения число случаев онкологических болезней будет только расти.

Чтобы снизить это бремя, правительству нужно вкладывать средства в улучшение диагностики онкозаболеваний и пропаганду здорового образа жизни, говорят бразильские специалисты.

«Нужно говорить об этом заболевании, просвещать людей, бороться с ожирением, создать законы, которые бы ещё больше ограничили употребление табака, предоставить населению простой доступ к услугам профилактики рака и лечить выявленные случаи», – заявила Мария Паула Кураду, координатор группы по эпидемиологии больницы А.С. Camargo Cancer Center.

Как известно, по рекомендации ВОЗ, не менее 70% женщин от 50 до 69 лет должны проходить маммографию. В Бразилии рентген молочных желёз делают 60% женщин этой возрастной группы.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По сообщению O Estado de S.Paulo.

Новости

Батарейка-диагност

Американские учёные из Университета Карнеги-Меллон разработали съедобные батарейки, которыми можно оснастить медицинские устройства, помещаемые в организм человека для диагностики и лечения заболеваний, без вреда для здоровья.

Батарейки были созданы на основе пигмента меланина, определяющего цвет волос и кожи. Учёные экспериментировали с их содержанием, используя при этом такие биоматериалы, как медь и железо. Как отмечают исследователи, батарейка, содержащая всего 600 мг меланина, способна питать устройство мощностью в 5 милливатт в течение 18 часов, после чего растворится в организме человека вместе с устройством безопасным образом.

Обычно более мощные батарей-

ки используются для питания таких устройств, как кардиостимуляторы, однако из-за токсического воздействия на организм человека их необходимо извлекать. Кроме того, длительное использование подобных устройств может негативно отразиться на здоровье пациента. Разработанные съедобные батарейки, по данным учёных, безвредны, так как изготовлены из биологических материалов.

В настоящее время исследователи работают над созданием батареек, в состав которых войдёт пектин и другие биоматериалы, а также разрабатывают безопасную растворимую оболочку для диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Олег КОЛОБОВ.

По материалам The Independent.

Идеи

Учёные Университета Вирджиния (США) заявили, что обнаружили генетические механизмы развития алкогольной зависимости и проследили развитие заболевания на молекулярном уровне. В исследовании им помогли круглые черви, которые имеют схожую с людьми генетическую структуру.

Актуальность этой работы трудно переоценить: по данным Всемирной организации здравоохранения, от злоупотребления спиртным в мире ежегодно умирает примерно 2,5 млн человек, то есть каждая 25-я смерть – это смерть от алкогольных последствий. В России этот показатель выше в 3-4 раза, здесь от алкоголя умирает примерно каждый пятый, причём среди мужчин – каждый третий, а в некоторых регионах от спиртного гибнет почти половина населения.

Количество алкоголиков в нашей стране уже перевалило за отметку 5 млн, а смертность достигла полумиллиона. Причём в официальную статистику включаются только те смерти, где алкоголь – непосредственная причина. Ни самоубийства, ни преступления в пьяном угаре сюда не включены, а ведь 80% всех убийств совершается именно в этом состоянии. Пьяницы

Алкогольная родословная

совершают самоубийство в 5 раз чаще обычных людей. Алкоголики – почти в 10. При этом, по словам специалистов, современные методы лечения малоэффективны.

«Современные лекарства и методы лечения алкоголизма практически бездейственны, потому что до сих пор не существует методики лечения алкоголизма как генетического заболевания, – отметила профессор отделения фармакологии и токсикологии университетской школы медицины Джилл Беттингер. – Если мы сможем лучше понять действие алкоголя на молекулярном уровне, мы можем конструировать более эффективные методы лечения, и даже заранее предупреждать об опасности тех людей, кто восприимчив к развитию зависимости и может войти в группу риска».

Учёные исследовали роль белка SWI/SNF, способного изменять структуру сахаров крови и тем самым формировать алкогольную зависимость. В качестве подопытных животных и выступили круглые черви, которые, попадая в



этанол, быстро «пьянели», а исследователи определяли, насколько их изначальная чувствительность к алкоголю зависела от работы этого белка.

Как пояснил адъюнкт-профессор Департамента психиатрии уни-

верситета доктор Брайан Райли, генетические вариации белка у червей и их роль в формировании алкоголизма практически совпадают с работой белков человека. Таким образом, учёные изучили зависимость алкоголизма от мута-

ций генов, отвечающих за создание этого белка, и получили возможность создать алгоритм управления поломанными нуклеотидами, из которых составлена наследственная информация. Впрочем, отмечают учёные, работа белка SWI/SNF – только часть системы.

В отличие от многих заболеваний, которые связаны с мутацией одного гена, алкоголизм – продукт неправильной работы многих генов, каждый из которых имеет маленький дефект. Комплекс генов, управляющих белком SWI/SNF, – лишь кусочек большой головоломки.

Как полагают американские учёные, исследование поможет не только заранее определять риск возникновения алкоголизма, но и проектировать лекарственные препараты, которые, работая на уровне молекул, помогут людям избавиться от вредной привычки.

Генрих ВЕРНЕР.

По сообщению Reuters.

Имена и судьбы

Лекарь князя Багратиона

Общеизвестно, что одним из учителей А.Пушкина в Царскосельском лицее был Александр Иванович Галич (Говоров). Но мало кто слышал о его старшем брате Якове Говорове, который был известным военным врачом и автором ряда серьёзных научных публикаций. (Поясним, что ещё во время учёбы в Севской духовной семинарии младший взял себе псевдоним, чтобы преподаватели не путали братьев.) Между тем судьба Якова Ивановича была вовсе неординарной, и он оставил заметный след в истории отечественной медицинской науки. Попробуем проследить жизненный путь доктора Говорова, со дня смерти которого в этом году исполнилось 185 лет.

Уроженец города Трубчевска тогдашней Орловской губернии, бывший семинарист Я.Говоров окончил позже Санкт-Петербургскую медико-хирургическую академию (ныне – Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова), став лекарем. (Поясним, что до 1918 г. в дипломах всех выпускников российских высших медицинских учреждений писали «лекарь».) И так уж получилось, что дальнейшую свою жизнь доктор связал с армейской медициной. После работы в Санкт-Петербургском военном госпитале Яков Иванович успешно защитился на степень доктора медицины, написав диссертацию «Теория и способы лечения нервной поваральной горячки с прибавлением мнения о заразительных болезнях». Молодого, подающего большие надежды учёного вскоре заметили в научной среде, и он был назначен членом медицинского совета Санкт-Петербурга, которому вменялось в обязанность «писать сочинения и лечить чиновников». Однако мятущаяся душа доктора жаждала именно практической работы в войсках, и Я.Говоров добился вскоре перевода на долж-

ность старшего врача Литовского лейб-гвардии полка, с которым и прошёл многотрудными дорогами Отечественной войны 1812 г. Принимал он участие и в заграничном походе русской армии.

Надо ли особо пояснять, что буквально филигранное искусство врачевания особенно проявилось у доктора медицины именно в ту тяжёлую пору?

Яков Иванович сразу крайне обеспокоился тем, что огромные потери личного состава объяснялись не только смертью на поле брани или ранениями, но и буквально свирепствовавшими среди воинов инфекционными заболеваниями. А ведь в ту пору, заметим, тиф, дизентерия и прочие опасные хвори крайне трудно поддавались лечению. Довелось доктору Я.Говорову принимать участие и в знаменитом Бородинском сражении в качестве военно-полевого хирурга. Достаточно отметить, что генерал-майор А.Бахметьев лично попросил главнокомандующего М.Кутузова задержать у постели его, раненого, «этого лекаря хотя бы на

неделю...» В архивах сохранился ответ Михаила Илларионовича. Приведём этот текст полностью: «Рапорт вашего превосходительства от 13 числа сего месяца получил. Желаю охотно сказать Вам: то, что от меня зависит к поправлению Вашего здоровья, согласен, чтобы Вы находящегося при Вас лейб-гвардии Литовского пехотного полка доктора Говорова оставили при себе до тех пор, пока Вы в нём надобность иметь будете».

А вскоре и сам генерал П.Багратион предложил Якову Ивановичу стать его личным врачом, хотя князя пользовал до этого главмед 2-й армии Гангарт. Довелось позже доктору и лечить Петра Ивановича, раненого, как указывалось в официальном донесении, «осколком ядра в средней трети левой голени». Однако герой Отечественной войны всё же скончался от сепсиса и гангрены. Основываясь на практике лечения генерала, Яков Иванович написал в 1815 г. 40-страничную научную работу «Последние дни князя Петра Ивановича Баграти-

она», которая сразу же привлекла к себе внимание всех практикующих военных хирургов.

Пристально изучал доктор медицины и методы лечения сыпного тифа, который тогда буквально косил не только воинов, находившихся в боевом строю, но и раненых в госпиталях. Именно благодаря его усилиям были сделаны значительные шаги в избавлении от этой опасной инфекции.

Вернувшись после окончания войны из Парижа, Яков Иванович написал большую научную работу «Предметы для военно-врачебной истории кампании 1812-1815 гг.» Именно тогда именем известного медика был назван один из первых симптомов тифа – синдром Говорова – Годелье. Продолжая заниматься практическим врачеванием, доктор вернулся затем в свой Литовский лейб-гвардии полк, который вскоре стал именоваться Московским.

Уволившись с армейской службы, Яков Говоров занялся активной преподавательской и просветительской деятельностью. Свободно владея несколькими

иностранными языками, он перевёл и издал массу книг о передовых достижениях зарубежной медицинской науки. Сохранились сведения о том, что с 1820-го по 1824-й г. он был членом медицинского совета Министерства народного просвещения России, в котором занимался подготовкой к печати различных медицинских справочников для населения. Благодаря ему увидели, в частности, свет широко известные «Врачебные наставления для немощных, или руководство к благоразумному поведению себя в болезнях и выбору для пользования оных врача». Попробовал себя доктор медицины и в литературном творчестве, написав по результатам путешествия в Архангельскую губернию книгу «Описание Гиперборея, или письма северного путешественника к издателю «Благонамеренного». Труд этот увидел свет в 1825 г. и был с интересом встречен читателями.

Скончался Яков Иванович Говоров 5 февраля 1831 г. и был погребён при большом стечении пациентов и сослуживцев в Санкт-Петербурге на кладбище бывшего императорского фарфорового завода. В напечатанном газетном некрологе было отмечено, что за свои достижения в медицине покойный был отмечен орденом Святого Владимира IV степени и званием статского советника, что соответствовало армейскому чину генерал-майора. Портрета врача для потомков, к сожалению, не осталось.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото из архива.



Петербургская медико-хирургическая академия

Далёкое – близкое

Клятва, которую давали в XIV веке в Грузии православные врачи, опубликована в этой стране. Древний текст, обнаруженный настоятелем тбилисского храма Святого Иоанна Богослова, священнослужителем и врачом Константином Гиоргадзе, частично совпадает с общеизвестным текстом клятвы Гиппократов.

«Сочту это за священную тайну...»

Однако манускрипт имеет ряд отличий, сообщает miloserdie.ru со ссылкой на сайт «Благовест-Инфо», сотрудники которого перевели документ на русский язык:

«Да святится имя Господа, Отца Спасителя нашего Иисуса Христа, ныне и присно, и во веки веков!

Я не солгу!
Я не оскверню учения врачебного искусства!

Никому, даже желающему этого, не подам смертельной смеси, и не обучу путям её получения, также не подам и женщине ни внешних, ни внутренних средств вытравления плода.

Без претензии и без всяких договорённостей обучу врачебному искусству всех, кто в этом нуждается.

Применю все методы, соответствующие моим возможностям и разумению, для помощи страдающим.

Соблюдаю в святости и чистоте

Чему присягал и присягает врач



«Получая высокое звание врача...»

жизнь свою и искусство.

В какой бы дом я ни вошёл, войду лишь для помощи больному; воздержусь от всякой известной или неизвестной мне несправедливости, которая ведёт к смерти или мучениям человека; а также от постыдных связей с зависимым или свободным человеком – мужчиной или женщиной.

Что бы я ни увидел и ни узнал в процессе лечения (а также в ближнем кругу больного), не разглашу того, о чём нельзя говорить, сочту это за священную тайну.

Если я соблюду и не нарушу эту клятву, да поможет мне Спаситель в жизни и врачебном искусстве, если же нарушу, да лишит меня Спаситель всего этого».

«Войду туда для пользы больного...»

Клятва Гиппократов, известная в античном мире, также обязывала врача, в частности, не участвовать в совершении аборт и умерщвлении больного (эвтанази). Вот её текст:

«Клянусь Аполлоном, врачом

Асклеием, Гигеей и Панакеей, всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими достатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоста-

вив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всякого намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

«Честно исполнять свой врачебный долг...»

В настоящее время в России лица, завершившие освоение основной образовательной программы медицинского вуза, при получении документа о высшем профессиональном образовании в торжественной обстановке дают клятву врача, которую наши медики очень хорошо знают.

Константин ЩЕГЛОВ.

