

Медицинская

20 июня 2014 г.

пятница

№ 44 (7469)

Газета®

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

Работают мастера

Спасая сразу две жизни

Новосибирские врачи провели неординарную операцию



— В нашей практике и до этого случая, и после него были пациенты с гемангиомами значительно большего размера. Но данная ситуация особая, так как сосудистая мальформация у беременной женщины оказалась угрозой не только её жизни, но и жизни будущего ребёнка, — говорит заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии Новосибирской областной клинической больницы Игорь Панин.

Клинический случай, о котором идёт речь, действительно неординарный: от докторов требовалось не только владение разными хирургическими методиками, но прежде всего умение быстро и точно оценивать ситуацию, при-

нимать верные решения и слаженно действовать в команде. Недаром в региональном конкурсе «Врач года — 2014» группа специалистов Новосибирской ОКБ — акушеры-гинекологи, анестезиологи, хирурги — оказалась главным претендентом на награду в номинации «Действия врача по спасению жизни человека в чрезвычайной ситуации».

История этого спасения такова: в Новосибирскую областную клиническую больницу поступила молодая женщина с профузным кровотечением из обширной гемангиомы правой верхней челюсти. Консервативная терапия оказалась неэффективной, остановить кровотечение не удавалось ни медикаментозно, ни тампонадой.

Ситуация усугублялась тем, что

пациентка была на 32-й неделе беременности (как выяснилось позже, рост гемангиоматозных узлов в ротовой полости был спровоцирован именно наступившей беременностью). Состояние плода также вызывало опасения: внутриутробная гипоксия, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока. Таким образом, разрабатывая тактику оказания помощи, врачи ОКБ думали о безопасности не одной, а двух жизней. Времени на принятие решений оставалось всё меньше. Требовалось экстренное хирургическое вмешательство.

(Окончание на 3-й стр.)

НА СНИМКЕ: в операционной челюстно-лицевых хирургов.

Дежурный по номеру: Валерий КУБЫШКИН

Директор
Института
хирургии
им. А.В.Вишневого,
главный специалист
хирург
Минздрава России,
академик РАН



Профилактика

Вниз по Амуру

От набережной Комсомольска-на-Амуре в очередной рейс отправился «Теплоход здоровья». Медицинская помощь будет оказана жителям 25 населённых пунктов Комсомольского и Ульчского районов. Участие в торжественной церемонии отправки судна принял министр здравоохранения Хабаровского края Александр Витько.

«Сегодня выездная форма работы врачебных бригад очень востребована. В прошлом году «Теплоход здоровья» доказал свою эффективность. По поручению губернатора края Вячеслава Шпорта в этом году Министерством здравоохранения вновь был проработан вопрос отправки медицинских специалистов в отдалённые населённые пункты, в том числе в места проживания коренных малочисленных народов Севера», — отметил А.Витько.

Впервые подобная форма работы была опробована в прошлом году. За 35 дней врачи обследовали жителей 25 населённых пунктов, провели рентгенологические, лабораторные, ультразвуковые исследования.

Как уточнил министр, в составе медицинской бригады будут работать

терапевт, педиатр, детский и взрослый невролог, офтальмолог, хирург, кардиолог, акушер-гинеколог, врач лучевой диагностики (УЗИ), рентгенолог, фтизиатр, психиатр-нарколог, оториноларинголог, фельдшер-лаборант, медсестра функциональной диагностики (ЭКГ).

Для Министерства здравоохранения Хабаровского края оказание первичной медико-санитарной помощи населению является приоритетным. В регионе планомерно ведётся работа по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, борьбе с инфекционными заболеваниями и проведению диспансеризации. Так, в ходе диспансеризации взрослого населения в 2013 г. было обследовано 172 тыс. жителей края, план на 2014 г. — 189,5 тыс. человек. Для широкого охвата активно применяются выездные формы работы. В 2013 г. проведено 360 выездов в районы края, осмотрено около 47 тыс. человек, выявлено 34 тыс. заболеваний, в том числе 13 тыс. впервые. На дополнительное обследование направлено 4,5 тыс. человек, в стационары — 1,5 тыс. человек.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».
Хабаровский край.

Кадры

На Вологодчине стоматологов не хватает

Острую нехватку врачей-стоматологов испытывают государственные медицинские учреждения Вологодской области. Детские стоматологические поликлиники в среднем укомплектованы специалистами на 35%, во взрослых поликлиниках ситуация несколько лучше.

Как сообщают местные органы управления здравоохранением, всего в регионе работают 242 врача-стоматолога и 143 зубных врача, что является недостаточным для оказа-

ния жителям области доступной и квалифицированной медицинской помощи.

Улучшить кадровое состояние стоматологической службы, учитывая отсутствие на территории области медицинского вуза, возможно при возобновлении обучения специалистов со средним профессиональным образованием по специальности «стоматология» в медицинских колледжах, считают в Департаменте здравоохранения.

В адрес Министерства здравоохранения РФ было направлено

письмо за подписью руководителя ведомства с просьбой инициировать разработку федерального государственного образовательного стандарта по специальности «стоматология» для специалистов со средним профессиональным образованием. До 1997 г. подготовка зубных врачей в регионе проводилась в Вологодском областном медицинском колледже.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Сити!

Вологда.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Ценообразование на фармрынке: анализ ситуации.

Стр. 12.

Беседа с нобелевским лауреатом Филлипом Шарпом.

Стр. 16.

Новости

Власть должна стать открытой

Общественный совет создан при Минздраве Челябинской области. В его состав вошли специалисты Министерства здравоохранения области, члены и эксперты совета Общественной палаты региона, представители профсоюзов, медучреждений и общественных организаций.

Совет возглавила председатель Комиссии Общественной палаты области по здравоохранению и здоровому образу жизни Марина Москвичёва.

– Сегодня всё больше внимания уделяется открытости и доступности органов исполнительной власти. Общественные советы создаются для того, чтобы доносить мнение, проблемные вопросы, требующие обсуждения, до чиновников, до тех людей, от которых зависит решение вопросов в отрасли, – отметила она. – Мы надеемся, что взаимодействие общественного совета с пациентами, пациентскими организациями, профессиональными сообществами, Минздравом позволит добиться более эффективного решения задач, имеющихся в системе здравоохранения.

Мария ЯГОДИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

За операцией следили
десятки врачей

В актовом зале Алтайской краевой клинической больницы прошла научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эндоскопии», посвящённая 30-летию эндоскопического отделения главной больницы края. Её организаторами стали Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и Ассоциация врачей-эндоскопистов Алтайского края.

Выступления барнаульских медиков были посвящены современным эндоскопическим методам диагностики и лечения.

С интересом прослушали собравшиеся доклады гостей из С.-Петербурга: «Опыт лечения ахалазии кардии», «Эндоскопические возможности диагностики и лечения эпителиальных образований желудочно-кишечного тракта», «Опыт стентирования опухолевых стриктур желудочно-кишечного тракта».

Во время конференции осуществлялась прямая трансляция из эндоскопического отделения больницы в актовый зал операций, которые выполняли специалисты из ведущих клиник С.-Петербурга: заведующий эндоскопическим отделением НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова О.Ткаченко и заведующий отделением эндоскопии Ленинградского областного онкологического диспансера Р.Лукавичук.

Алёна ЖУКОВА,
МИА Сити!

Барнаул.

«Парк жизни»
как место реабилитации

На территории Красноярского краевого онкологического диспансера, где только что завершилась большая стройка, теперь появилась зелёная зона. На днях здесь прошёл субботник, во время которого высажены 150 саженцев лиственницы и ели.

Примечательно, что в посадке деревьев участвовали первые лица края – исполняющий обязанности губернатора Красноярского края Виктор Толоконский, мэр города Эдхам Акбулатов, министр здравоохранения Вадим Янин, члены правительства края и депутаты Законодательного собрания.

«Парк жизни», как предложили назвать его участники субботника, выходит на берег Енисея. В ближайшее время здесь появятся скамейки для отдыха, будут разбиты аллеи, заасфальтированы дорожки. – Уже со времени начала строительства мы думали о благоустройстве прилегающей территории. Я уверен, что этот парк в сочетании с комфортными условиями внутри диспансера будет помогать нашим пациентам бороться с недугом. Зелёная зона и прекрасный вид из окон станут для них благоприятным дополнением к проводимому лечению, – уверен главный врач диспансера Андрей Модестов.

Елена ЮРИНА,
МИА Сити!

Красноярск.

Быстрее косули

В Забайкальском крае на базе 88-го Центрального авторемонтного завода, расположенного в посёлке Песчанка, начинают осваивать выпуск автомобилей, предназначенных для работы бригад скорой медицинской помощи. Основной для них стал грузовик «гуран», который производят на заводе.

Опытный образец новой «скорой», изготовленный по заказу Минздрава края, прошёл сертификацию в соответствии с техническим регламентом. «Скорая» на базе «гурана» адаптирована к забайкальским климатическим условиям. Сам фургон достаточно высокий – медики смогут работать в полный рост, оснащён дополнительной печкой и кондиционером. Сегодня забайкальские автостроители разрабатывают два варианта автомобиля – заднеприводной с блокировкой и полноприводной.

Испытания опытного образца автомобиля проходят постоянно, будут они продолжены и в процессе выпуска первых 10 машин. Автостроители и медики изучают, как новая «скорая» ведёт себя на бездорожье или в нестандартных условиях. По мнению специалистов скорой помощи и регионального Центра медицины катастроф, присутствовавших на презентации, при разработке опытного образца производителями были соблюдены все требования, предъявляемые к такому виду транспорта. Чтобы он был надёжный и быстрый в движении, как истинный гуран-косуля.

Ирина БЕЛОШИЦКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Чита.

События

Погружение в традиции

В Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И.Пирогова прошёл актовый день и расширенное заседание учёного совета

Когда попадаешь в Пироговский центр на какое-нибудь торжественное мероприятие, то обязательно погружаешься в особую атмосферу, где переплетаются современные технологии и славные традиции отечественной медицины. Отметим, что академический уровень проведения каждого такого мероприятия свято соблюдается с первых дней создания многопрофильной клиники. Их приумножению много сил посвятил президент центра академик РАН Юрий Шевченко.

– Хирургические манипуляции используются при оказании всех видов стоматологической помощи, в том числе терапевтической, ортопедической, ортодонтической или пародонтической, – сказал в своей актовой речи «Челюстно-лицевая хирургия в НМХЦ им. Н.И.Пирогова: вчера, сегодня, завтра. 10 лет развития» главный специалист челюстно-лицевой хирург центра профессор Виктор Балин. – Именно эта особенность послужила отцу-основателю нашей многофункциональной клиники, первому президенту центра, бывшему министру здравоохранения РФ, моему многолетнему командиру, генералу-полковнику

Нужно было адаптировать его к особенностям размещения стационарного отделения хирургического и стоматологического профиля. Параллельно требовалось оснастить отремонтированные помещения клиники общей и медицинской мебелью, а также специальным медицинским оборудованием.

В короткие сроки предстояло сформировать коллектив врачей, медицинских сестёр, отвечающих высоким требованиям. К осени того же года все эти задачи в первом приближении были решены. Это позволило принимать первых пациентов с воспалительными заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области.

– В начальном периоде своей деятельности клиника встретила с довольно серьёзной проблемой – отсутствием профильных больных, что было связано с рядом объективных причин, – подчеркнул В.Балин. – К их числу нужно отнести следующее:

практически все врачи и стоматологи направляли пациентов по давно сложившимся каналам: либо они получали там специальное образование, либо в них трудились знакомые коллеги или даже сокурсники, или это были клиники, где они проходили очередное усовершенствование. Влияло также отсутствие приёма московских пациентов по полису ОМС. Надо было своей работой, отношением к делу заслужить доверие пациентов и страховых компаний с учётом того, что тогда ещё не были налажены тесные рабочие отношения.

Только к 2006 г. сформировался сильный коллектив, объединённый одной профессиональной, методической и этической концепцией. К этому времени главным стоматологом центра был разработан многолетний план современного развития клиники, расширения номенклатуры оказываемой в ней специализированной хирургической помощи, стала проводиться углублённая внутренняя специализация врачей.

Сегодня можно говорить, что внедрён интраоперационный нейромониторинг при вмешательствах в зоне лицевого нерва на околушных слюнных железах. Разработан и применяется метод лазерной внутрипротоковой эндоскопической литотрипсии при слюннокаменной болезни. В отделении усовершенствовали компьютерные программы для планирования реконструктивно-пластических операций на костях лицевого черепа. Активно шло обучение врачебного персонала технологиям пластики обширных дефектов тканей челюстно-лицевой области, слюнных желёз, устранения рубцовых послеоперационных дефектов при лечении опухолей головы и шеи с помощью сложных тканевых лоскутов на микрососудистых анастомозах. Всего и перечислить невозможно.



Но факт остаётся фактом – сегодня отделение завоевало авторитет среди коллег из клиник столичного мегаполиса и различных регионов.

В актовый день, как всегда, состоялась традиционная церемония вручения мантий, дипломов и медалей почётного доктора Пироговского центра: ректору Российской медицинской академии последипломного образования академику РАН Ларисе Мошетовой, ректору Самарского государственного медицинского университета академику РАН Геннадию Котельникову.

Европейским орденом Н.И.Пирогова были награждены: заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова академик РАН Александр Кириенко; заведующий отделением хирургии приобретённых пороков сердца Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова профессор Михаил Семёновский; заведующий кафедрой хирургических болезней РНИМУ им. Н.И.Пирогова академик РАН Игорь Затевахин; главный специалист анестезиолог, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Института усовершенствования врачей НМХЦ профессор Михаил Замятин; заведующий 2-м хирургическим отделением, профессор кафедры хирургии с курсами травматологии, ортопедии и хирургической эндокринологии Института усовершенствования врачей НМХЦ, профессор Александр Левчук.

Международной медали Теодора Бильрота был удостоен Александр Виллер, главный специалист рентгенолог Пироговского центра. Международной медали Рудольфа Вирхова – Евгений Жибурт, проректор по научной работе, заведующий кафедрой трансфузиологии Института усовершенствования врачей НМХЦ.

Диплом и знак «Заслуженный профессор Пироговского центра» торжественно вручили главному рентгенологу, заведующему кафедрой лучевой диагностики с курсом лучевой терапии Института усовершенствования врачей НМХЦ Вячеславу Китаеву.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

НА СНИМКАХ: Юрий Шевченко поздравляет Ларису Мошетову; Геннадий Котельников в мантии почётного доктора Пироговского центра.



медицинской службы, академику Юрию Шевченко логичным обоснованием для организации в 2003 г. подразделения – клиники челюстно-лицевой и реконструктивно-пластической хирургии со стоматологией. К сожалению, в процессе череды скучных бюрократических процедур она получила скромное официальное название – отделение челюстно-лицевой хирургии. Задачей, поставленной президентом Пироговского центра в тот же период, было формирование высококвалифицированного учебно-научного подразделения – кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии в структуре вновь организованного Института усовершенствования врачей. Мы должны были безотлагательно подумать об организации всех видов последипломного усовершенствования. Не меньшую ответственность имело развёртывание научно-исследовательской работы сотрудниками вновь организованных стоматологических подразделений.

Но были дела и более земные. В 2003 г. стартовал капитальный ремонт и реконструкция помещений, в которых располагалось до этого лечебное учреждение общетерапевтического профиля.

Проекты

ВМП получит федеральные субсидии

Несмотря на то, что с 2015 г. все виды высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) должны финансироваться в рамках системы ОМС, часть из них сможет получить в ближайшие 2 года дополнительные бюджетные средства.

Это предусматривается проектом поправок к Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Бюджетному кодексу РФ, представленным Минздравом. Согласно законопроекту, те виды медпомощи, которые войдут в список ВМП из Программы государственных гарантий, будут спонсироваться за счёт бюджетных трансфертов Федеральному фонду обязательного медицинского страхования.

Из этих субсидий будет оплачиваться лечение как в федеральных, так и в региональных медицинских центрах. Как оказалось, тарифы ОМС для полного погружения в него ВМП и сбалансированности системы

государственного здравоохранения недостаточны.

В настоящее время ВМП не покрывается средствами из системы ОМС и финансируется напрямую из федерального бюджета. Это около 1,5 тыс. видов наиболее дорогого и сложного лечения, например, трансплантация органов и операции на сердце, которые проводятся в федеральных медицинских центрах.

Тем не менее с 2015 г. финансирование ВМП предусматривалось полностью переложить на систему ОМС, что вызвало волну критики медицинского сообщества. В апреле 2014 г. Президент РФ Владимир Путин заявил, что для финансирования федеральных учреждений, оказывающих ВМП, в системе ОМС будет создана специальная структура.

Федеральный фонд ОМС будет распределять эти субсидии как федеральным медицинским центрам, так и региональным отделениям. Такой порядок Минздрав России предлагает установить на период 2015-2017 гг.

Согласно пояснительной записке к документу, это позволит увеличить объём оказания ВМП за этот срок в полтора раза. Помимо ВМП из средств федерального бюджета может быть профинансирована и инновационная медицинская деятельность, которая, как предусматривается Минздравом, будет включать разработку и применение новых методов оказания помощи пациентам, заболевания которых не входят в базовую программу ОМС. Финансирование такой помощи будет вестись из федерального и региональных бюджетов. Критерии для отбора организаций, которые смогут на это претендовать, определит само ведомство.

Проект таких поправок к Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Минздрав представил для общественного обсуждения.

Минэкономразвития России в последнем варианте макропрогноза для бюджетной системы оценил дефицит средств системы ОМС в 2015 г. – в 25-33 млрд руб., в 2016 г. – в 51-100 млрд, в 2017 г. – в 104-321 млрд.

Иван ВЕТЛУГИН,
МИА Сити!

Идеи

Сверху виднее...

Депутат Госдумы РФ от КПРФ Владимир Федоткин предложил запретить чиновникам лечиться за рубежом, ибо это «поможет возродить здравоохранение в России. С соответствующим законопроектом депутаты смогут ознакомиться до конца весенней сессии.

– Если нужно делать сложную операцию, многие предпочитают ехать за границу, продают квартиры, чтобы оплатить лечение. Едут потому что, во-первых, не рискуют лечиться у российских специалистов, а во-вторых, потому что многие операции в России сейчас просто не делают, – возмущается В.Федоткин.

По его мнению, если госслужащие сами будут лечиться в родной стране, они будут действительно заинтересованы развивать отрасль, станут контролировать качество подготовки кадров, направлять усилия на повышение качества предоставляемых медицинских услуг.

В.Федоткина поддержал глава Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Калашников.

«Сейчас в сфере здравоохранения у нас настоящий коллапс. Вот вам пример: у нас учрежденные делает в год 4 операции по эндопротезированию, а в Германии только один врач делает 400 операций в год. И операция у нас длится 4 часа, а там 40 минут. Есть разница?» – заявил С.Калашников.

С одной стороны, вполне возможно, что регулярно приходящий в лечебное учреждение чиновник заметит, что не хватает какого-то препарата, большие очереди и прочие недостатки нашей системы, то его слова скорее дойдут до главного врача. Но, с другой стороны, очень высокая вероятность строительства «Потёмкинских деревень» по приезду государственного мужа в амбулаторию или стационар. И у наших властей вновь не будет адекватной оценки реальности.

А хорошие специалисты есть и в нашей стране. И прибегать к помощи зарубежных врачей стоит лишь в случаях крайней необходимости.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
корр. «МГ».

Перемены

Средства предоставят регионы

Построенные в стране перинатальные центры будут переданы в собственность субъектов Федерации. Это предусмотрено одобренным комиссией Правительства РФ по законопроектной деятельности проектом федерального закона, уточняющим порядок финансового обеспечения региональных программ модернизации здравоохранения в части строительства таких центров.

В рамках Программы развития перинатальных центров в России будет построено в 2014-2016 гг. 32 перинатальных центра, сообщается на сайте кабинета министров.

Исполнение функции заказчика по строительству региональных перинатальных центров в 14 субъектах Федерации возложено на государственную корпорацию «Ростехнологии». При этом правовые основания для передачи заказчику на эти цели финансовых средств из бюджетов регионов, источником которых являются средства из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, отсутствуют.

Внесённый Минздравом России законопроект направлен на устранение указанного пробела в правовом регулировании и предусматривает наделение органов государственной власти

субъектов Федерации правом предоставлять субсидии из регионального бюджета ГК «Ростехнологии» на строительство перинатальных центров.

Кроме того, проектом закона предполагается обязать эту корпорацию передать построенные перинатальные центры в собственность субъектов Федерации, а также распространить на неё положения Федерального закона по контролю за использованием средств на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения.

Иван МЕЖГИРСКИЙ,
МИА Сити!

Криминал

«Целители» отправились за решётку



Суд Кисловодска поставил точку в деятельности организованной преступной группы (ОПГ) «целителей», которые обманным путём выудили у доверчивых граждан более 8 млн руб.

В соответствии с иерархией ОПГ у каждого из фигурантов этого уголовного дела были свои «служебные обязанности»: одни выступали в телепередачах «Зеркало жизни» и «Ваш личный психолог», оказывая «дистанционное лечение» за вознаграждение; другие принимали звонки от клиентов в офисах Москвы и Кисловодска, сообщая при этом счета, на которые клиентам предлагалось перечислить вознаграждение за «лечение»; третьи участники группы занимались обналичиванием денежных средств – в общей сложности доверчивость обошла пострадавшим гражданам в сумму 8 218 250 руб.

Согласно приговору кисловодской Фемиды, один из участников ОПГ проведёт в исправительной колонии общего режима 5,5 года, второй, ранее судимый, отправится в колонию строгого режима на 6 лет.

При том что приговор прозвучал, точку в этом и других подобных делах ставить рано: много вопросов остаётся «за кадром» правосудия. Можно, конечно, списать все эти издержки «капитализма с социалистическим лицом» на излишнюю доверчивость самих пострадавших, но, согласитесь, человек, находящийся у последней черты жизни, готов заключить сделку хоть с чёртом, тем более что к этому его призывают с экрана телевизора. И в этом случае «голубой экран», по сути, становится соучастником преступления, ведь в сознании большинства людей, выросших в СССР, телевизор по-прежнему остаётся источником «истины в последней инстанции». Конечно, для нынешних владельцев «заводов, газет, пароходов» деньги не пахнут: «дипломированные колдуны и шаманы V разряда» густо заселили едва ли не каждый канал российского телевидения. Так что нынешние сидельцы, отправившиеся за решётку, всего лишь стрелочники...

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Работают мастера

Спасая сразу две жизни

(Окончание. Начало на стр.1.)

По жизненным показаниям специалисты областного перинатального центра провели досрочное родоразрешение (операцию кесарева сечения). Затем к своему этапу работы приступили челюстно-лицевые хирурги. Попытки прошивания источников кровотечения безуспешны: гемостаз не достигнут. Тогда хирурги выполнили временное пережатие правой общей сонной артерии, в результате чего темп кровотечения уменьшился, но гемостаз всё ещё не достигнут. И только после того, как было выполнено лигирование левой наружной сонной артерии, активное кровотечение прекратилось. Общий объём кровопотери больной составил 5 л, это 118% объёма циркулирующей крови. Усилиями трансфузиологов, которые работали рядом с хирургами

интраоперационно, кровопотеря была восполнена в полном объёме.

Выполняя эту операцию, специалисты областной больницы заведомо знали: риск рецидива кровотечения из гемангиомы остаётся высоким, поэтому необходимо провести эмболизацию сосудов, питающих опухоль. Через 3 дня больной было выполнено ещё одно вмешательство – эмболизация сосудистой мальформации правой верхнечелюстной области полимерным имплантатом. Только после этого хирурги смогли сказать своей пациентке: «Угрозы для вашей жизни больше нет».

На 8-е сутки пребывания в стационаре женщина была переведена из реанимации в отделение челюстно-лицевой хирургии, ещё через 25 дней выписана в удовлетворительном состоянии. А на следующий день из отделения патологии новорож-

дённых и недоношенных детей был выписан её сын, также в удовлетворительном состоянии.

Через некоторое время после выписки хирурги областной больницы ещё раз прооперировали свою пациентку – прошли остаточные узлы расширенных сосудов. Сегодня молодая мама и выглядит, и чувствует себя хорошо, растит сына, занимается спортом. В перспективе, говорит Игорь Панин, рассматривается возможность выполнить костную пластику и протезирование зубов, так как часть кости была удалена. Как только это станет возможным, врачи областной больницы и их необычная пациентка начнут думать о косметическом эффекте проведённого лечения.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Вот уже почти 7 лет в Москве действует региональная программа лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Специалистами отделений экстракорпорального оплодотворения городских учреждений проведено около 7 тыс. циклов, родилось 1825 детей. А с нынешнего года лечение бесплодия с применением ВРТ осуществляется за счёт средств обязательного медицинского страхования: теперь в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи входит и этот вид лечения. Чтобы понять, что это даёт, мы побывали в столичном центре планирования семьи и репродукции, где в прошлом году благодаря применению ВРТ родилось около 500 детей «из пробирки».

По словам главного акушера-гинеколога Департамента здравоохранения Москвы, профессора кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Александра Конопляникова, на сегодняшний день имеются все возможности, чтобы помочь супружеской паре обрести счастье родительства.

С 2007 г. благодаря программе, утверждённой Департаментом здравоохранения Москвы, любая москвичка могла получить две процедуры ЭКО бесплатно (т.е. за счёт городского бюджета), а последующие приходилось оплачивать из своего кармана. В прошлом году в системе столичного здравоохранения осуществлено 3,5 тыс. попыток ЭКО, 32% из них увенчались рождением детей, то есть фактически каждая третья. Теперь, помимо той программы, что финансировал город, с января нынешнего года появилась возможность проведения ЭКО за счёт фонда ОМС.

– Это только плюс к тем попыткам, которые предоставлял город для бесплодных супружеских пар, – говорит А.Конопляников.

– Мы целый год готовились к тому, чтоб отделение экстракорпорального оплодотворения начало работать в системе обязательного медицинского страхования, – добавляет главный врач Центра планирования семьи и репродукции Олег Латышквич. – Переход на ОМС расширяет возможности, прежде всего для пациентов. Любая женщина, имеющая полис ОМС Москвы (и, естественно, показания), может пройти процедуру ЭКО, количество попыток не ограничивается. Для учреждения это тоже большой плюс. Можно планировать свою финансово-хозяйственную деятельность. Теперь всё зависит от нас. Чем больше будем работать, тем больше зарабатывать.

Пациентка Н. проживает в соседнем с Москвой регионе, но лечить бесплодие желает непременно в столичном ЦПСИР. Объясняет это так:

– Я доверяю здешним докторам, особенно заведующей отделением ЭКО Ольге Александровне Трофимовой. Пробовала получить помощь в своём городе, но попытки ЭКО оказались безуспешными. Сейчас готова платить деньги, лишь бы стать мамой.

Надо сказать, результативность ЭКО в отделении высокая, на уровне мировых стандартов. Наступление беременности составляет 35%. В среднем нужно 2-3 попытки, чтобы женщина забеременела. Всё зависит от фона, возраста, здоровья пациентки.

Однако почему у одного репродуктолога хорошие результаты, а у другого не очень?

– Почему у одного плиточника хорошо получается плитку класть, а у другого не очень? – вопросом на вопрос ответил О.Латышквич. – Многое зависит

маловесных новорождённых обострился. Сейчас всё чаще прибегаем к данной методике.

Следует отметить, Центр планирования семьи и репродукции – это не обычный родильный дом, здесь, помимо отделения ЭКО, имеются отделение пренатальной инвазивной диагностики, отделение генетики, цитогенетики, одна из лучших в городе

врастанием плаценты, – говорит Олег Александрович. – В последнее время в связи с увеличением количество кесарева сечения, увеличивается и процент вращающейся плаценты при повторной беременности. Внедрили новый способ лечения данного заболевания с использованием рентгеноэндоваскулярной хирургии, что позволило улучшить исходы.

Перемены

Мамино счастье

Чтобы счастливых людей стало больше, работают доктора многих специальностей



Такие технологии применяются уже давно в кардиологии (скажем, при инфарктах миокарда), других областях медицины. Теперь их успешно применяем и в акушерстве.

В день нашего посещения Центра планирования семьи и репродукции за сутки в учреждении родилось 30 малышей, были среди них и те, что появились на свет «из пробирки». Очевидно, их число будет увеличиваться в связи с расширением объёмов оказания этой высокотехнологичной помощи.

Реально ли сокращение очереди из бесплодных пар до минимума?

от квалификации. Определённую роль играют опыт и интуиция.

Получив беременность (как говорят врачи), пациентка наблюдается в ЦПСИР до 12 недель, после чего передаётся участковому акушеру-гинекологу женской консультации по месту жительства. А вот рожать она может в любом учреждении, что, кстати, не позволяет чётко проследить, как прошли роды, каким ребёнок появился на свет. Как правило, пациентки стараются не афишировать, что он зачат в результате ЭКО.

– Но чаще всего женщины, которым мы помогли забеременеть, приходят на родоразрешение к нам, – говорит главный врач ЦПСИР О.Латышквич.

Обычно к ЭКО прибегают в позднем репродуктивном возрасте, когда имеется дополнительное отягощение, сопутствующая патология. Поэтому процент кесарева сечения после ЭКО больше, чем у пациенток, забеременевших самостоятельно. (В целом же по учреждению он составляет 32%).

Не секрет, что и количество многоплодных беременностей при ЭКО выше, чем в популяции, как, впрочем, и недоношенных. Кстати, одна из специализаций ЦПСИР – преждевременные роды. Поэтому мы не могли не поинтересоваться, практикуется ли в центре такой способ родоразрешения, как извлечение ребёнка в целом плодном пузыре при операции кесарева сечения?

– Да, но для этого должны быть определённые показания, – ответил Олег Александрович. – Чтобы обеспечить бережное появление на свет недоношенных детей, детей, которые по каким-то причинам страдают внутриутробно, мы извлекаем их в целом плодном пузыре. Эта техника известна давно, однако использовать её стали, когда страна перешла на новые критерии регистрации живорождённости, и вопрос выхаживания



лабораторий. Осуществляется преимплантационная генетическая диагностика моногенных заболеваний, что позволяет выявить хромосомные аномалии и генетические дефекты у эмбрионов в цикле ЭКО ещё до переноса в полость матки. Есть магнитно-резонансный томограф, ангиограф и другая современная аппаратура.

– Благодаря программе модернизации мы получили всё оборудование, которое требуется для работы, – говорит главный врач учреждения, – и это позволяет добиваться успехов. Идём в ногу с наукой.

На базе центра расположены две кафедры: кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова под руководством академика РАН Галины Савельевой и факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В.Ломоносова. Сотрудники кафедр участвуют в лечебном процессе, курируют каждое отделение. Наличие специального оборудования расширяет возможности.

– Мы проводим совместную работу, например, по лечению и родоразрешению пациентов с



– Вряд ли наступит время, когда таких пациентов не будет. К сожалению, очередь постоянно пополняется, – отметил А.Конопляников. – Резкого увеличения пациентов с бесплодием нет. Но если посмотреть по годам, то небольшая тенденция к росту имеется. Проблема эта мультифакторная. На её состояние влияет и экология, и прерывание беременности в раннем возрасте, приведшее к спаечным процессам и непроходимости маточных труб, и многое другое.

На сегодняшний день в реестре – свыше 3 тыс. человек.

– Отбор пациенток для ЭКО ведётся очень тщательный, особенно если речь идёт о бюджетной программе и программе ОМС, а не о собственных средствах семьи, – рассказывает начальник Управления организации медицинской помощи детям и матерям Департамента здравоохранения Москвы Ирина Калиновская. – Однако отказы со стороны комиссии случаются редко, примерно в 3-4% случаев.

По словам Ирины Ивановны, департаментом издан приказ о совершенствовании работы по направлению жителей города на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, установлены критерии отбора и проведения процедуры ЭКО за счёт средств бюджета города, федерального бюджета, средств обязательного медицинского страхования. Для включения в реестр пациенткам необходимо обратиться в женскую консультацию по месту жительства. После проведения обследования, установления диагноза, а также необходимости лечения бесплодия с применением ВРТ выписка из медицинской документации направляется врачом женской консультации в окружную подкомиссию административного округа. При принятии положительного решения сведения о пациентке вносятся в реестр. После чего ей предоставляется перечень медицинских организаций, выполняющих ЭКО и участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

...Эмбриолог ЦПСИР Ольга Лисанова внимательно смотрит в микроскоп. Идёт исследование сперматозоидов, их подвижности, качества. В зависимости от результатов спермограммы эмбриолог выбирает тот или иной способ оплодотворения: ЭКО или ИКСИ (интрацитоплазматическое введение сперматозоида, которое применяется при мужском факторе, когда сперматозоид самостоятельно не может оплодотворить яйцеклетку).

Самое важное качество для эмбриолога, считает она, сосредоточенность, и добавляет:

– Греет мысль о том, что благодаря нашей помощи, счастливых людей на планете станет больше.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

НА СНИМКАХ: человек родился; главный врач О.Латышквич; заведующая отделением ЭКО О.Трофимова беседует с пациенткой.

Фото автора.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 39 (1806)

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире насчитывается около 3,5 млрд людей с анемией или предрасположенностью к ней. Анемии чаще всего встречаются у наиболее социально значимых и уязвимых слоёв населения – это дети, женщины репродуктивного возраста и старики. Это значит, что каждый второй человек на Земле в течение жизни сталкивается с этим состоянием. Есть страны, где около половины всего населения страдают анемией, что делает проблему диагностики и лечения этого состояния общегосударственной. Поэтому многие развитые страны в настоящее время активно реализуют программы по борьбе с анемией.

Что такое анемия? Является ли она самостоятельным заболеванием или симптомом иного патологического процесса? Как правильно вести себя при обнаружении анемии? Где обследовать и лечить пациентов с анемией? Когда надо направлять больного к гематологу? Вот наиболее частые и наиболее важные вопросы, на которые должны знать ответы все практикующие врачи вне зависимости от их специализации. Анемия является мультидисциплинарной проблемой, поэтому каждый врач должен владеть элементарными знаниями по дифференциальной диагностике анемий, при этом понимая, что решать её надо только сообща.

Обсуждая вопросы, касающиеся анемий, необходимо понимать физиологию кроветворения, то есть нормальные состояния организма, нормальные процессы эритропоэза и гемоглобинообразования. В своём развитии в костном мозгу эритроидные клетки подчиняются процессам пролиферации и дифференцировки, из одной ранней предшественницы образуется в среднем до 32 зрелых эритроцитов. Все ядродержащие эритрокарициты отличаются от других кроветворных клеток, на их поверхности есть рецепторы к эндогенному эритропоэтину (ЭПО) и трансферрину, то есть их рост и деление строго зависят от содержания в крови ЭПО и они способны связывать железо, необходимое для образования большого количества гемоглобина. ЭПО – гормоноподобный белок, вырабатываемый тканью почек. При снижении концентрации гемоглобина в крови развивается гипоксия почек и увеличивается продукция ЭПО, наоборот, при достижении оптимального содержания кислорода в тканях продукция стимулятора эритропоэза останавливается. Таким образом осуществляется адаптивная регуляция эритропоэза, и организм всегда имеет такую концентрацию гемоглобина, которая ему требуется в настоящее время. Так, у жителей гор, где парциальное давление кислорода в воздухе снижено, у профессиональных спортсменов, у которых объём мышечной массы, содержащий миоглобин, нуждающийся в поступлении кислорода, больше, чем у нетренированных людей, концентрация гемоглобина всегда превышает нормальные значения. Наоборот, у тяжело больных людей, прикованных к кровати, или космонавтов, на которых не действует гравитация, показатели гемоглобина резко понижаются на всё время отсутствия физической нагрузки.

Рост ядродержащей клетки связан с образованием в ней гемоглобина, причём как только его содержание превышает определённое значение, начинается запрограммированный процесс деления. Таким образом в норме образуются приблизительно одинаковые эритроциты с определёнными характеристиками. Как известно, основные параметры эритроцитов – это среднее содержание гемоглобина (MCH) или аналог – цветовой показатель (ЦП) и средний объём (MCV). Нормальные значения MCH составляют от 28 до 32 пг, ЦП – 0,85–1,05 и MCV – 80–100 фл. В одной молекуле гемоглобина есть четыре активных центра, связывающих молекулы кислорода, в эритроците в среднем находится до 100 тыс. молекул гемоглобина, поэтому один эритроцит может переносить до 400 тыс. молекул, или 800 тыс. атомов кислорода. В одном микролитре крови находится 3,7–4,5 млн эритроцитов у женщин

или 4–5 млн эритроцитов у мужчин, что позволяет связывать до 4 x 10¹² атомов кислорода. Это не просто цифры, а параметры, показывающие важность каждой капли крови человека.

Итак, анемия – это патологическое состояние (не бывает физиологической анемии), связанное со снижением концентрации гемоглобина и/или количества эритроцитов и/или гематокрита. Причём это только половина определения. Вторая его часть, которая и несёт основной клинический смысл, является более конкретной. Что значит снижение концентрации гемоглобина? У женщин нормальные значения гемоглобина составляют 120–140 г/л, у мужчин – 130–160 г/л, поэтому снижением

Анемии

надо считать концентрацию гемоглобина меньше 120 г/л у женщин и меньше 130 г/л у мужчин. Но не надо забывать, что имеется ещё одна группа людей, у которых значения гемоглобина отличаются от вышеупомянутых. Это беременные женщины, значение гемоглобина у которых не должно быть меньше 105–110 г/л.

Если у больного выявлена анемия, то вне зависимости от причины её развития сразу надо определить объём необходимой помощи. Для этого можно использовать два критерия: лабораторный и клинический. По концентрации гемоглобина выделяют три степени тяжести анемии: лёгкую, когда этот показатель находится выше 90 г/л, среднюю – 70–90 г/л, и тяжёлую, при которой концентрация гемоглобина снижается менее 70 г/л. Если у больного тяжёлая анемия, то он нетрудоспособен, и может потребоваться госпитализация. Если имеется снижение гемоглобина средней степени тяжести, скорее всего, достаточно будет выписать лист нетрудоспособности и направить больного на амбулаторное обследование. При лёгкой степени анемии показана только плановая диагностика. Надо понимать, что выраженность симптомов анемии не всегда коррелирует со значением концентрации гемоглобина, лучше всего анемии переносят женщины, а мужчины и старики хуже. Поэтому показания к госпитализации должны определяться состоянием больного. Помимо лабораторных критериев, в обязательном порядке необходим осмотр больного. Здесь нужно вспомнить симптомы анемии, которые принято разделять на непосредственные проявления гипоксии и компенсаторные реакции организма. Известно, что наиболее чувствительным органом к гипоксии является головной мозг. Поэтому часто недостаток кислорода проявляется слабостью, утомляемостью, режелевокружением, мельканием «мушек» перед глазами, потерей сознания, что говорит о выраженной гипоксии. Компенсаторные анемические проявления – это бледность кожных покровов, слизистых, тахикардия, одышка, свидетельствующие об активации дыхательной и сердечно-сосудистой систем, централизации кровообращения. Каждый врач должен понимать, что выраженность этих симптомов будет различна при смене физической активности. Поэтому при наличии клинических симптомов в покое или при попытке сесть и встать свидетельствует о крайней тяжести анемии, необходимости экстренной госпитализации. Наоборот, исчезновение их при прекращении физической нагрузки говорит о хорошей адаптации организма.

Один из важнейших вопросов, который стоит перед каждым врачом при виде пациента с тяжёлой анемией – «надо ли переливать кровь»? Сразу уточним, что цельная кровь на самом деле в настоящее время не используется для трансфузионного пособия. Сейчас применяются только компоненты крови, такие как эритроцитарная масса, тромбоцитарная масса и свежезамороженная плазма. Для восстановления

утраченной кислородтранспортной функции используется эритроцитарная масса. Каковы показания для её использования? Существует принципиально только два показания:

1. Клинически выраженные симптомы анемии (одышка, тахикардия, сердечная недостаточность, нарушение сознания), которые не удаётся компенсировать другими способами (горизонтальное положение тела, строгий постельный режим, подача кислорода через катетер).

2. Необходимость быстрого подъёма гемоглобина (например, перед или во время операции, если у больного уже имеется тяжёлая анемия или при большой планируемой или состоявшейся кровопотере, во время родов, при продолжающемся маточном кровотечении).

Все другие состояния требуют тщательного скрупулёзного анализа для принятия решения о необходимости гемотрансфузии.

После того, как оценили состояние больного и объём первой врачебной помощи, необходимо решить вопрос о тактике его обследования для выяснения причины

развития анемии. Но в любом случае надо помнить, что анемия – это патология, требующая обязательного адекватного лечения. Наиболее простой способ подхода к выяснению причины развития анемии – это оценка её морфологических характеристик. Выделяют гипохромную микроцитарную (MCH меньше 28 пг, MCV меньше 80 фл), нормохромную нормоцитарную и гиперхромную макроцитарную (MCH больше 32 пг, MCV больше 100 фл) анемии. При отсутствии клеточного анализатора в медицинском учреждении вместо MCH можно использовать ЦП, в таком случае гипохромия устанавливается при значении меньше 0,85, гиперхромия – больше 1,05. Как только удалось определиться с морфологической характеристикой анемии, диагностический поиск резко сужается, что делает обследование больного оптимальным по времени, резко сокращая врачебные и финансовые затраты.

Гипохромные микроцитарные анемии всегда связаны со снижением содержания гемоглобина в эритроците, нарушением его образования в клетках-предшественниках. Чтобы разобраться в причинах такого состояния, важно знать структуру гемоглобина. Молекула гемоглобина является тетрамером, состоящим из четырёх субъединиц. Каждая субъединица содержит глобин (молекула протеина, обеспечивающая физико-химические свойства гемоглобина), гем (порфириновое кольцо, необходимое для связывания атома железа) и железо, которое непосредственно участвует в связывании и транспортировке кислорода из лёгких в ткани и углекислого газа из тканей в лёгкие. Причём в норме в организме присутствует 95–97% А-гемоглобина, состоящего из двух α -цепей и двух β -цепей ($\alpha_2\beta_2$ -гемоглобин), около 1,5–3% фетального гемоглобина (F-гемоглобин, $\alpha_2\gamma_2$ -гемоглобин) и 1,5–3% A₂-гемоглобина ($\alpha_2\delta_2$ -гемоглобин). Зная строение гемоглобина, становится возможным разделить причины нарушения его образования на три группы: дефицит железа, нарушение синтеза гема и сбоя в образовании цепей глобина.

Наиболее частая причина развития гипохромной микроцитарной анемии (до 80–90%) – это дефицит железа. Как правильно распознать это состояние? На самом деле, до сих пор во всём мире не существует лабораторных стандартов для его подтверждения. Мало того, по этой же причине исследования обмена железа не оплачиваются страховыми компаниями. Поэтому надо помнить, что диагноз железодифицитной анемии (ЖДА) – это клинический диагноз. Существует два обязательных критерия ЖДА: гипохромная микроцитарная анемия и доказанная причина дефицита железа. Основными причинами последнего являются сниженное поступление железа с пищей (вегетарианство), нарушение всасывания (отсутствие после хирургического вмешательства или отключение двенадцатиперстной и верхней части тощей кишки, например после операции по Бильрот-II, мальабсорбция,

гельминтозы) и хроническая кровопотеря (заболевания желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивный гастрит, болезнь Крона, дивертикулёз, полипоз толстой кишки, геморрой), частые носовые кровотечения (болезнь Рандю – Ослера), обильные менструации или маточные кровотечения при патологии женской репродуктивной системы, другие заболевания). После установления возможной причины дефицита железа надо её устранить и назначить препараты железа. И теперь надо обязательно помнить о самом главном критерии ЖДА – приросте концентрации гемоглобина через месяц после начала приёма препаратов железа на более чем 10 г/л. Если прирост есть, то необходимо продолжать лечение до полной нормализации всех показателей периферической крови, а затем ещё один месяц (обычно лечение ЖДА занимает 3–4 месяца). Что может помочь в диагностике ЖДА? Первое – наличие сидеропенических симптомов: поражение кожи и слизистых (сухость кожи, повышенное выпадение волос, ломкость ногтей, глоссит, кровоточивость дёсен и другие признаки), выраженная мышечная слабость, субфибрилитет. Второе – снижение запасов железа в депо по лабораторным анализам. Когда их надо делать? Если вы не уверены в диагнозе: нет доказанной причины ЖДА или если анемия, несмотря на наличие предрасполагающих факторов, не является гипохромной микроцитарной. Какие лабораторные анализы можно сделать для уточнения ЖДА? Обычно используют четыре параметра: сывороточное железо (при ЖДА низкое, но не используется изолированно), железосвязывающая способность сыворотки (латентная или общая, эти показатели при ЖДА должны быть повышены), трансферрин (транспортный белок, повышается при нехватке железа в организме) и, наконец, единственный маркер, отражающий запасы железа, – ферритин. Содержание ферритина меньше 30 мкг/л у больных с гипохромной микроцитарной анемией свидетельствует об абсолютном дефиците железа.

Если при обследовании всё сделано правильно, то такие больные получают адекватное лечение и будут вылечены от ЖДА. Однако иногда не удаётся точно установить диагноз (нет явной причины дефицита железа), не подтверждают диагноз и лабораторные данные (часто при беременности, злокачественных заболеваниях), через месяц концентрация гемоглобина не поднимается – необходимо отменить препараты железа, исследовать обмен железа и направлять больного к гематологу. В таких случаях при наличии у больного гипохромной микроцитарной анемии следует проводить дифференциальную диагностику с нарушениями образования гема и синтеза гемоглобина.

Нарушения образования гема вне зависимости от этиологического фактора клинически разделяются на пиридоксинчувствительные и пиридоксинрезистентные формы анемии (по ответу на инъекции больших доз (2–4 мг/кг/сут) витамина B₆). Эти анемии называются сибиробластными, то есть проявляются накоплением железа в костном мозгу в связи с нарушением его утилизации. Диагноз устанавливается на основании результатов стерильной пункции, наличия в миелограмме повышенного количества сибиробластов (клеток с гранулами гемосидерина) – обычно более 50%. Если не удаётся восстановить гемоглобинообразование назначением пиридоксина, то необходимо исключить отравление организма тяжёлыми металлами, такими как ртуть, свинец, которые замещают железо и другие элементы в ферментах металлопротеиназах, участвующих в образовании гема. Лечение таких больных, как правило, связано с прекращением работы на вредном производстве, дезинтоксикационной терапией, нормализацией работы повреждённых структур (как правило, полиорганная патология), длительной реабилитацией.

Другая серьёзная группа заболеваний, приводящая к нарушению образования гема, – это порфирии, в особенности эритропоэтические формы. Порфирии – группы наследственных заболеваний, связанных с нарушением цикла биосинтеза порфирина, в результате чего происходит накопление токсических метаболитов. Диагностика связана с характерной клинической картиной, которая в зависимости от формы порфирии проявляется поражением нервной системы, кожи, почек, печени, системы кроветворения и их сочетанием, наличием лабораторно доказанного рез-

кого увеличения содержания порфириногена в моче, порфиринов в кале, а также снижения активности ферментов синтеза гема в эритроцитах или лимфоцитах. Принципы лечения порфирий – это полное устранение провоцирующего фактора, элиминация продуктов метаболизма и замедление реакций синтеза гема с помощью большого объёма углеводной нагрузки (внутривенная инфузия 40%-ной глюкозы) и введения аргината гема.

Третьей причиной гипохромной микроцитарной анемии является нарушение образования глобина. Глобинопатии – наследственные заболевания, связанные с наличием патологических генов, в результате чего образуются неправильные молекулы гемоглобина. Эти заболевания можно разделить на количественные, когда меняется соотношение между α - и β -цепями глобина (талассемии), и качественные, связанные с образованием патологического гемоглобина (серповидноклеточная анемия). Клиническая картина этих заболеваний обусловлена уменьшением продолжительности жизни эритроцитов – гемолизом, начинающимся с рождения или первого года жизни, и формой эритроцитов.

При наличии у больного субклинической формы талассемии (чаще гетерозиготные формы α -талассемии и малые формы β -талассемии) имеет место хроническая гипохромная микроцитарная анемия лёгкой степени, умеренная спленомегалия и непрямая гипербилирубинемия. Дифференцировать необходимо с заболеваниями печени, портальной гипертензией, ЖДА. Лечение, как правило, симптоматическое. При клинически выраженной талассемии (гетерозиготная форма β -талассемии) анемия и симптомы гемолиза более выражены: как правило, уже отмечается желтушность кожи и слизистых. В таких случаях часто необходима заместительная гемотрансфузионная терапия, приводящая к перегрузке железом, что требует назначения хелаторов – препаратов дефероксамин и деферазирокс, связывающих железо в водорастворимый комплекс и выводящих его с мочой. Наиболее тяжёлая форма талассемии (болезнь Кули) связана с полным отсутствием β -глобина и протекает с тяжёлой гемолитической анемией с первых дней рождения ребёнка. Единственный метод лечения – аллогенная трансплантация костного мозга, позволяющая приживить здоровые стволовые клетки, потомство которых способно

вырабатывать нормальный гемоглобин. Основные диагностические критерии всех форм талассемий – это отсутствие эффекта от приёма препаратов железа, мишеневидные эритроциты в мазке периферической крови, спленомегалия от умеренной до гигантской, субэкстремность склер или желтуха, непрямая гипербилирубинемия. Доказательством диагноза служит обнаружение на электрофореграмме характерного изменения соотношений нормальных гемоглобинов при гетерозиготной β -талассемии или патологического гемоглобина H (β_2 -гемоглобин) при α -талассемии, выявление методом полимеразной цепной реакции мутации генов, кодирующих цепи глобинов.

Серповидноклеточная анемия связана с образованием нестабильного гемоглобина S, который при потере связи с кислородом полимеризуется, образуя фибриллы, которые придают эритроцитам своеобразную веретеновидную и серповидную форму. Течение заболевания хроническое, протекающее с периодами обострений и ремиссий. При нехватке кислорода (гипоксия высокогорья, тяжёлая физическая нагрузка, инфекции верхних дыхательных путей, сердечно-сосудистые заболевания) развивается гемолитический криз, который помимо анемии проявляется триадой симптомов гемолиза (желтуха, непрямая гипербилирубинемия, ретикулоцитоз) и выраженным болевым синдромом, связанным с нарушением микроциркуляции и ишемией тканей (головные, мышечные, абдоминальные боли). Диагностика связана с характерной клинической картиной заболевания и обнаружением S-гемоглобина при электрофорезе гемолизата эритроцитов. Лечение симптоматическое, связано в основном с профилактикой кризов, при обострении проводится инфузионная терапия для улучшения реологии крови, профилактика диссеминированного свёртывания крови, обезболивание, вплоть до наркотических анальгетиков. При тяжёлом течении заболевания необходима аллогенная трансплантация костного мозга или назначение гидроксимочевина, подавляющей активность гена S-глобина (патологической β -цепи) и стимулирующей выработку нормального A_2 -гемоглобина ($\alpha_2\delta_2$ -гемоглобина).

Иногда во врачебной практике встречается такое заболевание, как наследственный микросфероцитоз. Это врождённая гемолитическая анемия, связанная с патологией мембраны эритроцитов, что

приводит к преждевременному старению красных клеток крови. Проявления анемии связаны с длительным анамнезом заболевания, наличием триады симптомов гемолиза и спленомегалии. Диагноз устанавливается на основании большого количества сфероцитов при микроскопии мазка периферической крови и сниженной осмотической резистентности эритроцитов (определяется по проценту разрушенных клеток при воздействии гипотонического раствора разной концентрации). Лечение – спленэктомия, приводящая к компенсации анемии.

Нормохромные нормоцитарные анемии – следующая большая группа анемий. Такие состояния связаны с уменьшением количества циркулирующих эритроцитов, при этом показатели MCH, MCV и ЦП остаются нормальными. При выявлении подобных изменений необходимо понимать, что основная причина может быть в нарушении продукции эритроцитов в костном мозгу или связана с потерей эритроцитов из кровяного русла (острое кровотечение или гемолиз).

Первое, что надо сделать, это исключить заболевания крови, которые связаны с повреждением стволовой кроветворной клетки. Это, как правило, апластическая анемия, миелодиспластические синдромы и гемобластозы. Чтобы не пропустить указанные заболевания, крайне важно оценить клеточный состав периферической крови. Такие сочетания, как анемия и лейкопения, анемия и тромбоцитопения, панцитопения, могут говорить о тяжёлом нарушении кроветворения, причём при отсутствии увеличенной селезёнки эти подозрения крайне обоснованы и требуют исключения вирусных инфекций (вирусные гепатиты, ВИЧ, инфекционный мононуклеоз), системных коллагенозов (системная красная волчанка), после чего направление пациента к гематологу. Как быстро нужно оказать специализированную помощь больным с цитопеническим синдромом? Это зависит от степени снижения показателей. Лейкопения менее 1×10^9 /л или тромбоцитопения менее 20×10^9 /л – показания к экстренной госпитализации в стационар и проведению стерильной пункции для установления причины поражения кроветворения. Такие больные нуждаются в стерильном боксе, строгом постельном режиме. Надо сразу начинать антибактериальную терапию (перорально или внутривенно, нельзя использовать внутримышечные инъекции) или транс-

фузии тромбоцитарной массы (после согласования с гематологом). В связи с этим таких пациентов лучше госпитализировать в клинику, где есть гематологическое отделение. При цитопеническом синдроме более лёгкой степени экстренных показаний для госпитализации, как правило, нет, однако надо помнить, что консультация гематолога в таких случаях обязательна. При тромбоцитопении менее 50×10^9 /л противопоказаны инвазивные манипуляции и естественные роды в связи с риском кровотечения. Консультация гематолога также необходима при наличии в крови лейкоцитоза без выявленной причины, особенно гиперлейкоцитоза более 100×10^9 /л, стойкого тромбоцитоза более 450×10^9 /л или при обнаружении в крови «патологических» клеток (промиелоциты, бласты, нормобласты).

Вторым этапом обследования больных с нормохромной нормоцитарной анемией, особенно при изолированной анемии, является подсчёт количества ретикулоцитов. Ретикулоциты – это молодые эритроциты, которые отражают активность эритропоэза. По их количеству выделяют гипорегенераторные и гиперрегенераторные анемии. Для первых характерна ретикулоцитопения менее 5–10 промилле, когда речь идёт об отсутствии реакции кроветворения на гипоксию. Это свидетельствует о заболевании крови или нарушении продукции ЭПО. Снижение продукции ЭПО характерно для патологии почек, особенно у пациентов с хронической почечной недостаточностью, злокачественных заболеваний, коллагенозов, хронических воспалительных и инфекционных процессов (синдром неадекватной продукции ЭПО степени тяжести анемии). В таком случае необходимо выяснить причину анемии, попытаться её устранить и проводить терапию рекомбинантным человеческим эритропоэтином (рч-ЭПО), которая показана при концентрации гемоглобина менее 90–100 г/л. Надо помнить, что после достижения показателя в 120 г/л, введение препарата стоит остановить во избежание осложнений.

(Окончание следует.)

Николай СТУКЛОВ,
профессор кафедры госпитальной терапии
с курсом клинической лабораторной
диагностики,
руководитель курса гематологии.
Медицинский факультет
Российского университета дружбы народов.

Профилактика и лечение вентральных грыж с использованием полимерных материалов

(Окончание. Начало в № 43 от 18.06.2014.)

При грыжах после верхнесрединной лапаротомии размещение протеза в предбрюшинном пространстве невозможно из-за плотного сращения брюшины и задних листов влагалищ прямых мышц живота. В таких случаях после иссечения рубцовых тканей вскрывают влагалища прямых мышц живота и мобилизуют мышцы от заднего листа влагалища. Непрерывным швом сшивают задние листки влагалищ прямых мышц и фиксируют протез отдельными швами к апоневротическим тканям под мышцами. Поверх протеза размещается дренаж, выведенный через контрапертуру, и отдельными швами сводятся прямые мышцы живота. Завершается пластика сшиванием непрерывным швом наружных листов влагалищ прямых мышц и сшиванием кожи.

Преимущество данного вида пластики в том, что исключается необходимость широкой мобилизации подкожной клетчатки, снижается вероятность развития сером и, как следствие, протез реже подвергается инфицированию. Для подапоневротической пластики можно использовать полиэфирные, политетрафторэтиленовые и полипропиленовые эндопротезы.

Однако технически эта пластика более сложна и травматична, чем пластика с размещением протеза над апоневрозом, и не всегда выполнима при рецидивных грыжах, когда имеется рубцовое перерождение тканей.

Классическим примером подапоневротической пластики при паховых грыжах является операция Lichtenstein.

Методика Lichtenstein предусматривает выполнение традиционного пахового доступа и обработку грыжевого мешка. Высоко-

отсепаровывают апоневроз наружной косой мышцы живота от подлежащих тканей. Протез модулируется по форме задней стенки пахового канала. Имплантат укладывают под семенным канатиком и фиксируют швами к надкостнице лонной кости, паховой связке, внутренней косой мышце живота. В области латерального края трансплантата формируют внутреннее отверстие пахового канала. Операцию завершают восстановлением передней стенки пахового канала и сшиванием кожной раны. Способ Lichtenstein высоконадёжный. Автор на большом материале демонстрирует хорошие результаты – 0,2% рецидивов при минимуме раневых осложнений. Герниопластика по Lichtenstein патогенетически обоснована, понятна и доступна большинству хирургов, выполняема при любом виде анестезии. Принцип «без натяжения» позволил существенно уменьшить послеоперационный болевой синдром, заметно сократить сроки и полноценность реабилитации больных.

Единственным ограничением к применению комбинированных методик пластики является ширина дефекта брюшной стенки, не позволяющая свести края апоневроза без натяжения.

В таких случаях выбор производится между методикой закрытия дефекта брюшной стенки синтетическим материалом и методом разделения анатомических компонентов брюшной стенки.

Закрытие дефекта синтетическим материалом – это наиболее простой, но функционально наименее выгодный вариант протезирующей герниопластики. Грыжевые ворота не суживаются. Дефект закрывается тканями грыжевого мешка для изоляции протеза от внутренних органов, при отсутствии грыжевого мешка – большим саль-

ником. Протез фиксируется непрерывным швом по периметру, отступив на 5 см наружи от грыжевых ворот. Край протеза можно фиксировать как над апоневрозом, так и предбрюшинно. В этом случае край протеза свободно размещается в предбрюшинном пространстве, а фиксация производится по периметру грыжевых ворот. Поверх протеза устанавливаются дренажи и фиксируется кожно-жировой лоскут.

Однако следует отметить: при этом не восстанавливается белая линия живота, что снижает силу брюшного пресса.

Располагать протез в непосредственном контакте с внутренними органами нежелательно из-за высокого риска возникновения грубых внутрибрюшных сращений и формирования кишечного свища.

Метод разделения анатомических структур брюшной стенки, предложенный O.M. Ramirez в 1990 г. применим только при срединных грыжах живота. Суть метода в перемещении в медиальном направлении влагалищ прямых мышц на внутренней косой и поперечной мышцах живота после их мобилизации от наружной косой мышцы живота. В результате возможно полное закрытие без натяжения тканей дефектов брюшной стенки шириной до 20 см на уровне пупка. Поверх апоневроза фиксируется широкий протез. Недостатками метода являются относительная сложность и травматичность.

Лапароскопическая методика пластики грыж передней брюшной стенки – это лапароскопический вариант выполнения методики с внутрибрюшным размещением протеза. Протез, как и при открытых операциях, должен быть на 5 см шире грыжевых ворот в каждом направлении. Его фиксируют механическими степлерами.

Показанием к лапароскопической герниопластике являются в первую очередь грыжи после люмботомии, уретролитотомии, после тех доступов, которые сложно закрыть местными тканями и удобнее оперировать лапароскопически. Ещё одним аргументом в пользу лапароскопической техники является нормальное состояние кожного рубца после предшествующей операции, не требующей его коррекции.

Доводом в пользу лапароскопической операции является необходимость simultaneous вмешательства на органах брюшной полости. Сроки послеоперационной госпитализации составляют в среднем 2 суток.

Однако лапароскопическая методика лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки вследствие определённой технической сложности используется в основном хирургами, специализирующимися в лапароскопической хирургии.

Наша клиника располагает опытом лечения более тысячи больных с вентральными грыжами с применением полимерных материалов для пластики брюшной стенки. При сравнении качества жизни больных, которым выполнено эндопротезирование брюшной стенки с результатами лечения вентральных грыж при помощи аутопластических методов закрытия дефекта, установлено, что физический компонент здоровья был выше в 1,6 раза, а психический компонент – в 1,3 раза. Рецидивы заболевания после эндопротезирования брюшной стенки встречались в единичных случаях и были обусловлены нарушением техники эндопротезирования.

Борис СУКОВАТЫХ,
заведующий кафедрой общей хирургии,
профессор.

Курский государственный
медицинский университет.

кого увеличения содержания порфириногена в моче, порфиринов в кале, а также снижения активности ферментов синтеза гема в эритроцитах или лимфоцитах. Принципы лечения порфирий – это полное устранение провоцирующего фактора, элиминация продуктов метаболизма и замедление реакций синтеза гема с помощью большого объёма углеводной нагрузки (внутривенная инфузия 40%-ной глюкозы) и введения аргината гема.

Третьей причиной гипохромной микроцитарной анемии является нарушение образования глобина. Глобинопатии – наследственные заболевания, связанные с наличием патологических генов, в результате чего образуются неправильные молекулы гемоглобина. Эти заболевания можно разделить на количественные, когда меняется соотношение между α - и β -цепями глобина (талассемии), и качественные, связанные с образованием патологического гемоглобина (серповидноклеточная анемия). Клиническая картина этих заболеваний обусловлена уменьшением продолжительности жизни эритроцитов – гемолизом, начинающимся с рождения или первого года жизни, и формой эритроцитов.

При наличии у больного субклинической формы талассемии (чаще гетерозиготные формы α -талассемии и малые формы β -талассемии) имеет место хроническая гипохромная микроцитарная анемия лёгкой степени, умеренная спленомегалия и непрямая гипербилирубинемия. Дифференцировать необходимо с заболеваниями печени, портальной гипертензией, ЖДА. Лечение, как правило, симптоматическое. При клинически выраженной талассемии (гетерозиготная форма β -талассемии) анемия и симптомы гемолиза более выражены: как правило, уже отмечается желтушность кожи и слизистых. В таких случаях часто необходима заместительная гемотрансфузионная терапия, приводящая к перегрузке железом, что требует назначения хелаторов – препаратов дефероксамин и деферазирокс, связывающих железо в водорастворимый комплекс и выводящих его с мочой. Наиболее тяжёлая форма талассемии (болезнь Кули) связана с полным отсутствием β -глобина и протекает с тяжёлой гемолитической анемией с первых дней рождения ребёнка. Единственный метод лечения – аллогенная трансплантация костного мозга, позволяющая приживить здоровые стволовые клетки, потомство которых способно

вырабатывать нормальный гемоглобин. Основные диагностические критерии всех форм талассемий – это отсутствие эффекта от приёма препаратов железа, мишеневидные эритроциты в мазке периферической крови, спленомегалия от умеренной до гигантской, субъэкстремность склер или желтуха, непрямая гипербилирубинемия. Доказательством диагноза служит обнаружение на электрофореграмме характерного изменения соотношений нормальных гемоглобинов при гетерозиготной β -талассемии или патологического гемоглобина H (β_2 -гемоглобин) при α -талассемии, выявление методом полимеразной цепной реакции мутации генов, кодирующих цепи глобина.

Серповидноклеточная анемия связана с образованием нестабильного гемоглобина S, который при потере связи с кислородом полимеризуется, образуя фибриллы, которые придают эритроцитам своеобразную веретеновидную и серповидную форму. Течение заболевания хроническое, протекающее с периодами обострений и ремиссий. При нехватке кислорода (гипоксия высокогорья, тяжёлая физическая нагрузка, инфекции верхних дыхательных путей, сердечно-сосудистые заболевания) развивается гемолитический криз, который помимо анемии проявляется триадой симптомов гемолиза (желтуха, непрямая гипербилирубинемия, ретикулоцитоз) и выраженным болевым синдромом, связанным с нарушением микроциркуляции и ишемией тканей (головные, мышечные, абдоминальные боли). Диагностика связана с характерной клинической картиной заболевания и обнаружением S-гемоглобина при электрофорезе гемолизата эритроцитов. Лечение симптоматическое, связано в основном с профилактикой кризов, при обострении проводится инфузионная терапия для улучшения реологии крови, профилактика диссеминированного свёртывания крови, обезболивание, вплоть до наркотических анальгетиков. При тяжёлом течении заболевания необходима аллогенная трансплантация костного мозга или назначение гидроксимочевина, подавляющей активность гена S-глобина (патологической β -цепи) и стимулирующей выработку нормального A_2 -гемоглобина ($\alpha_2\delta_2$ -гемоглобина).

Иногда во врачебной практике встречается такое заболевание, как наследственный микросфероцитоз. Это врождённая гемолитическая анемия, связанная с патологией мембраны эритроцитов, что

приводит к преждевременному старению красных клеток крови. Проявления анемии связаны с длительным анамнезом заболевания, наличием триады симптомов гемолиза и спленомегалии. Диагноз устанавливается на основании большого количества сфероцитов при микроскопии мазка периферической крови и сниженной осмотической резистентности эритроцитов (определяется по проценту разрушенных клеток при воздействии гипотонического раствора разной концентрации). Лечение – спленэктомия, приводящая к компенсации анемии.

Нормохромные нормоцитарные анемии – следующая большая группа анемий. Такие состояния связаны с уменьшением количества циркулирующих эритроцитов, при этом показатели MCH, MCV и ЦП остаются нормальными. При выявлении подобных изменений необходимо понимать, что основная причина может быть в нарушении продукции эритроцитов в костном мозгу или связана с потерей эритроцитов из кровяного русла (острое кровотечение или гемолиз).

Первое, что надо сделать, это исключить заболевания крови, которые связаны с повреждением стволовой кроветворной клетки. Это, как правило, апластическая анемия, миелодиспластические синдромы и гемобластозы. Чтобы не пропустить указанные заболевания, крайне важно оценить клеточный состав периферической крови. Такие сочетания, как анемия и лейкопения, анемия и тромбоцитопения, панцитопения, могут говорить о тяжёлом нарушении кроветворения, причём при отсутствии увеличенной селезёнки эти подозрения крайне обоснованы и требуют исключения вирусных инфекций (вирусные гепатиты, ВИЧ, инфекционный мононуклеоз), системных коллагенозов (системная красная волчанка), после чего направление пациента к гематологу. Как быстро нужно оказать специализированную помощь больному с цитопеническим синдромом? Это зависит от степени снижения показателей. Лейкопения менее 1×10^9 /л или тромбоцитопения менее 20×10^9 /л – показания к экстренной госпитализации в стационар и проведению стерильной пункции для установления причины поражения кроветворения. Такие больные нуждаются в стерильном боксе, строгим постельным режимом. Надо сразу начинать антибактериальную терапию (перорально или внутривенно, нельзя использовать внутримышечные инъекции) или транс-

фузии тромбоцитарной массы (после согласования с гематологом). В связи с этим таких пациентов лучше госпитализировать в клинику, где есть гематологическое отделение. При цитопеническом синдроме более лёгкой степени экстренных показаний для госпитализации, как правило, нет, однако надо помнить, что консультация гематолога в таких случаях обязательна. При тромбоцитопении менее 50×10^9 /л противопоказаны инвазивные манипуляции и естественные роды в связи с риском кровотечения. Консультация гематолога также необходима при наличии в крови лейкоцитоза без выявленной причины, особенно гиперлейкоцитоза более 100×10^9 /л, стойкого тромбоцитоза более 450×10^9 /л или при обнаружении в крови «патологических» клеток (промиелоциты, бласты, нормобласты).

Вторым этапом обследования больных с нормохромной нормоцитарной анемией, особенно при изолированной анемии, является подсчёт количества ретикулоцитов. Ретикулоциты – это молодые эритроциты, которые отражают активность эритропоэза. По их количеству выделяют гипорегенераторные и гиперрегенераторные анемии. Для первых характерна ретикулоцитопения менее 5–10 промилле, когда речь идёт об отсутствии реакции кроветворения на гипоксию. Это свидетельствует о заболевании крови или нарушении продукции ЭПО. Снижение продукции ЭПО характерно для патологии почек, особенно у пациентов с хронической почечной недостаточностью, злокачественных заболеваний, коллагенозов, хронических воспалительных и инфекционных процессов (синдром неадекватной продукции ЭПО степени тяжести анемии). В таком случае необходимо выяснить причину анемии, попытаться её устранить и проводить терапию рекомбинантным человеческим эритропоэтином (рч-ЭПО), которая показана при концентрации гемоглобина менее 90–100 г/л. Надо помнить, что после достижения показателя в 120 г/л, введение препарата стоит остановить во избежание осложнений.

(Окончание следует.)

Николай СТУКЛОВ,
профессор кафедры госпитальной терапии
с курсом клинической лабораторной
диагностики,
руководитель курса гематологии.
Медицинский факультет
Российского университета дружбы народов.

Профилактика и лечение вентральных грыж с использованием полимерных материалов

(Окончание. Начало в № 43 от 18.06.2014.)

При грыжах после верхнесрединной лапаротомии размещение протеза в предбрюшинном пространстве невозможно из-за плотного сращения брюшины и задних листов влагалищ прямых мышц живота. В таких случаях после иссечения рубцовых тканей вскрывают влагалища прямых мышц живота и мобилизуют мышцы от заднего листа влагалища. Непрерывным швом сшивают задние листки влагалищ прямых мышц и фиксируют протез отдельными швами к апоневротическим тканям под мышцами. Поверх протеза размещается дренаж, выведенный через контрапертуру, и отдельными швами сводятся прямые мышцы живота. Завершается пластика сшиванием непрерывным швом наружных листов влагалищ прямых мышц и сшиванием кожи.

Преимущество данного вида пластики в том, что исключается необходимость широкой мобилизации подкожной клетчатки, снижается вероятность развития сером и, как следствие, протез реже подвергается инфицированию. Для подапоневротической пластики можно использовать полиэфирные, политетрафторэтиленовые и полипропиленовые эндопротезы.

Однако технически эта пластика более сложна и травматична, чем пластика с размещением протеза над апоневрозом, и не всегда выполнима при рецидивных грыжах, когда имеется рубцовое перерождение тканей.

Классическим примером подапоневротической пластики при паховых грыжах является операция Lichtenstein.

Методика Lichtenstein предусматривает выполнение традиционного пахового доступа и обработку грыжевого мешка. Высоко

отсепаровывают апоневроз наружной косой мышцы живота от подлежащих тканей. Протез модулируется по форме задней стенки пахового канала. Имплантат укладывают под семенным канатиком и фиксируют швами к надкостнице лонной кости, паховой связке, внутренней косой мышце живота. В области латерального края трансплантата формируют внутреннее отверстие пахового канала. Операцию завершают восстановлением передней стенки пахового канала и сшиванием кожной раны. Способ Lichtenstein высоконадёжный. Автор на большом материале демонстрирует хорошие результаты – 0,2% рецидивов при минимуме раневых осложнений. Герниопластика по Lichtenstein патогенетически обоснована, понятна и доступна большинству хирургов, выполняема при любом виде анестезии. Принцип «без натяжения» позволил существенно уменьшить послеоперационный болевой синдром, заметно сократить сроки и полноценность реабилитации больных.

Единственным ограничением к применению комбинированных методик пластики является ширина дефекта брюшной стенки, не позволяющая свести края апоневроза без натяжения.

В таких случаях выбор производится между методикой закрытия дефекта брюшной стенки синтетическим материалом и методом разделения анатомических компонентов брюшной стенки.

Закрывание дефекта синтетическим материалом – это наиболее простой, но функционально наименее выгодный вариант протезирующей герниопластики. Грыжевые ворота не суживаются. Дефект закрывается тканями грыжевого мешка для изоляции протеза от внутренних органов, при отсутствии грыжевого мешка – большим саль-

ником. Протез фиксируется непрерывным швом по периметру, отступив на 5 см наружи от грыжевых ворот. Край протеза можно фиксировать как над апоневрозом, так и предбрюшинно. В этом случае край протеза свободно размещается в предбрюшинном пространстве, а фиксация производится по периметру грыжевых ворот. Поверх протеза устанавливаются дренажи и фиксируется кожно-жировой лоскут.

Однако следует отметить: при этом не восстанавливается белая линия живота, что снижает силу брюшного пресса.

Располагать протез в непосредственном контакте с внутренними органами нежелательно из-за высокого риска возникновения грубых внутрибрюшных сращений и формирования кишечного свища.

Метод разделения анатомических структур брюшной стенки, предложенный O.M. Ramirez в 1990 г. применим только при срединных грыжах живота. Суть метода в перемещении в медиальном направлении влагалищ прямых мышц на внутренней косой и поперечной мышцах живота после их мобилизации от наружной косой мышцы живота. В результате возможно полное закрытие без натяжения тканей дефектов брюшной стенки шириной до 20 см на уровне пупка. Поверх апоневроза фиксируется широкий протез. Недостатками метода являются относительная сложность и травматичность.

Лапароскопическая методика пластики грыж передней брюшной стенки – это лапароскопический вариант выполнения методики с внутрибрюшным размещением протеза. Протез, как и при открытых операциях, должен быть на 5 см шире грыжевых ворот в каждом направлении. Его фиксируют механическими степлерами.

Показанием к лапароскопической герниопластике являются в первую очередь грыжи после люмботомии, уретролитотомии, после тех доступов, которые сложно закрыть местными тканями и удобнее оперировать лапароскопически. Ещё одним аргументом в пользу лапароскопической техники является нормальное состояние кожного рубца после предшествующей операции, не требующей его коррекции.

Доводом в пользу лапароскопической операции является необходимость simultaneous вмешательства на органах брюшной полости. Сроки послеоперационной госпитализации составляют в среднем 2 суток.

Однако лапароскопическая методика лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки вследствие определённой технической сложности используется в основном хирургами, специализирующимися в лапароскопической хирургии.

Наша клиника располагает опытом лечения более тысячи больных с вентральными грыжами с применением полимерных материалов для пластики брюшной стенки. При сравнении качества жизни больных, которым выполнено эндопротезирование брюшной стенки с результатами лечения вентральных грыж при помощи аутопластических методов закрытия дефекта, установлено, что физический компонент здоровья был выше в 1,6 раза, а психический компонент – в 1,3 раза. Рецидивы заболевания после эндопротезирования брюшной стенки встречались в единичных случаях и были обусловлены нарушением техники эндопротезирования.

Борис СУКОВАТЫХ,
заведующий кафедрой общей хирургии,
профессор.

Курский государственный
медицинский университет.

В Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И.Пирогова состоялась 16-я конференция «Новое в трансфузиологии: нормативные документы и технологии», в которой приняли участие более 100 специалистов из России, Казахстана, Великобритании, Франции.

Открывая конференцию, профессор **Евгений Жибурт (Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова Минздрава России)** рассказал о реализации решения 15-й конференции: разработать протоколы переливания эритроцитов, тромбоцитов и плазмы на основе образца, рекомендуемого «Правилами клинического использования донорской крови и (или) её компонентов» (утверждены приказом Минздрава России № 183н от 02.04.2013).

Вклеиваемый (в бумажную) или встроенный (в электронную) в историю болезни протокол призван:

- облегчить труд врача,
- обеспечить выполнение необходимых диагностических и лечебных мероприятий;
- создать возможность прослеживаемости крови и контроля.

Три вышеупомянутых протокола были разработаны как стандарты Российской ассоциации трансфузиологов (ознакомиться с ними можно на сайте transfusion.ru). В процессе работы выяснилось, что строгая унификация протоколов вряд ли необходима. В самом деле есть документы, форма которых должна быть в стране единообразна: паспорт, водительские права. При национальном обсуждении формы протокола выяснилось, что для работы отдельных клиник требуются:

- необходимость учёта множественных трансфузий;
 - распечатка протокола с данными цоликлонов, выданными в отделения больницы;
 - учёт одной или нескольких проб на совместимость по системе резус;
 - учёт инициативных проб на совместимость плазмы донора;
 - избыточность внесения в протокол данных анамнеза, учтённых при первичном обследовании пациента;
 - предварительное внесение результатов проверки совместимости крови в лаборатории.
- В итоговом решении конференции рекомендовала:
- принять во внимание возможность адаптации протоколов переливания крови к практике медицинской организации;
 - просить коллег обменяться опытом использования протоколов множественных трансфузий.

Об опыте работы кабинета трансфузионной терапии рассказала **Елена Ситникова (Первая городская клиническая больница им. Е.Е.Волосевич, Архангельск)**. С учётом всех нормативных документов коллегам удалось утвердить штат кабинета: заведующий отделением – 1, врач-трансфузиолог – 4,75, старшая сестра – 1, медицинская сестра – 4,75, санитарка – 3.

Деловые встречи

Трансфузиология: правила и протоколы

Они были в центре внимания очередной представительной конференции



С учётом увеличения объёмов хирургической работы и неотложной помощи в течение последних 6 лет переливание эритроцитов в больнице увеличилось на 70%, а переливание плазмы сократилось на 30%. В 2013 г. перелито 950 л эритроцитов и менее 600 л плазмы. Доставка компонентов крови осуществляется областной станцией переливания крови.

Доцент **Сергей Бобовник (Северный государственный медицинский университет, Архангельск)** ознакомил слушателей с правилами ведения тяжёлого послеоперационного кровотечения Европейского общества анестезиологов (2013). Для трансфузиологов важно, что:

- при оперативных вмешательствах на сердце и сосудах рекомендуется прикроватный мониторинг состояния коагуляции (тромбоэластография);
- у пациентов с риском кровотечения рекомендуется исследовать анемию за 4-8 недель перед хирургическим вмешательством;
- рекомендуется целевая концентрация гемоглобина 70-90 г/л во время активного кровотечения;
- рекомендуются повторные комбинированные измерения концентрации гемоглобина и гематокрита, концентрации лактата сыворотки и показателя избытка оснований для оценки перфузии и оксигенации тканей и динамики кровопотери во время острого кровотечения;
- всем странам рекомендуется внедрение национальных стандартов качества переливания компонентов крови;
- рекомендуется стратегия ограничения трансфузий с целью уменьшения контакта с аллогенными продуктами крови;
- для донорских тромбоцитов рекомендуется фотохимическая инактивация патогенов амтосаленом и ультрафиолетом;
- клетки крови, которые ис-

пользуются для трансфузии, должны быть свободны от лейкоцитов;

- рекомендуется запрет сдачи крови для подготовки СЗП и взвеси тромбоцитов многократно рожавшим матерям, чтобы уменьшить частоту острого повреждения лёгких, связанного с трансфузией (ТРАЛИ);

- пациентам, находящимся на терапии пероральными антикоагулянтами (варфарин) необходимо назначать концентрат протромбинового комплекса и витамин К, прежде чем предпринимать другие действия при тяжёлом интраоперационном кровотечении;
- рекомендуется рассмотреть вопрос применения рекомбинантного активированного фактора VII при кровотечении, которое не получается остановить традиционными, хирургическими или рентгенохирургическими методами и/или тогда, когда компонентная прокоагулянтная терапия безуспешна;

- рекомендуется назначение транексамовой кислоты (20-25 мг/кг).

Лекцию «Иммунологические аспекты гемолитической болезни плода и новорождённого» прочитал **Алексей Скудицкий (Свердловская областная станция переливания крови)**. Следует обратить внимание на опасное различие выбора компонентов донорской крови при гемолитической болезни новорождённых по системе ABO, содержащееся в «Правилах клинического использования донорской крови и (или) её компонентов».

В случае трансфузии эритроцитсодержащих компонентов, отличающихся по системе ABO от группы крови ребёнка, используются отмытые или размороженные эритроциты, не содержащие плазмы с агглютинами α и β, как определено п. 79 Правил, а не эритроцитная масса или взвесь, как определено приложением № 3. Неотмытые от

плазмы эритроциты содержат естественные антиэритроцитарные антитела, которые могут повредить эритроциты ребёнка.

Для предупреждения гемолитического посттрансфузионного осложнения нельзя допускать, чтобы одноимённые антигены и антитела встретились в кровотоке реципиента.

Весьма поучителен был рассказ **Ангуса Дугласа (Служба крови Шотландии)** о Европейском альянсе крови, созданном в 1998 г. с двойной целью:

- создать сеть организаций службы крови из всех стран Евросоюза;
- через эту сеть внести свой вклад в охрану и безопасность снабжения кровью по всей Европе.

Первой задачей альянса стала помощь в написании текста первого европейского законодательства, регулирующего службу крови – Европейскую директиву о крови. Европейские чиновники также заинтересованы в поддержании репрезентативной сети профессионалов – для подготовки документов, эффективно регулирующих профессиональную деятельность. Альянс разрабатывает стандартные операционные процедуры, нацелен на оптимальное использование крови, обменивается знанием о надлежащей практике и планирует работу в чрезвычайных ситуациях. Валидация новых технологий в службах крови крупных государств экономит миллионы евро остальным членам альянса, избавленным от необходимости дублирования такой валидации.

Украшением конференции стало выступление одного из ведущих иммуногематологов мира **Николь Торнтон (Служба крови Англии и Северного Уэльса)** – руководителя отдела референс-эритроцитов Международной референс-лаборатории групп крови. Лаборатория базируется в Центре крови Филтона – крупнейшем центре крови мира (перерабатывает 900 тыс. донаций в год).

Как англичане обследуют доноров:

- все донации обследуются на 8 антигенов: A, B, C, c, D, E, e, K;
- часть донаций отбирается для дополнительного типирования антигенов: Fy^a, Fy^b, Jk^a, Jk^b, M, N, S, s, C^w, Lu^a, k, Kp^a;
- есть программа скрининга редких доноров (Kp^b, Lu^b, Vel, Lan, Ge, Co^a).

Все пациенты обследуются на три антигена – A, B, D, а также всем проводится скрининг антиэритроцитарных антител.

Если антитела не выявлены, то в зависимости от местных условий выдача крови для переливания выполняется на основании:

- электронной совместимости фенотипов донора и

реципиента по базам данных;

- пробы на совместимость с центрифугированием;
- пробы на совместимость в непрямом антиглобулиновом тесте.

Если у потенциального реципиента выявлены антиэритроцитарные антитела, то:

- обязательно проводится их идентификация (за счёт государственного бюджета);
- подбор донорских эритроцитов проводится только на основе пробы на совместимость в непрямом антиглобулиновом тесте.

Доктор Торнтон продемонстрировала удивительный набор возможностей выявления редких антител и антигенов эритроцитов. Обоснование работы её отдела – деньги. Больше одной такой лаборатории содержатся расточительно. Высокое качество работы делает лабораторию центром ВОЗ, поддерживающим глобальную панель редких доноров крови, открытым для всего мира.

Вопрос о пробе с полиглобулином (или желатином) в лечебном отделении чуть было не поставил Николь в неудобное положение – она не поняла, что это такое. Лишь энциклопедическая образованность позволила коллеге вспомнить о пробе с полисахаридом, давно забытой во всём мире из-за низкой чувствительности. Только мы на планете сохраняем эту пробу, переводя деньги клиники и тратя время и силы клиницистов (см. МГ № 45 от 27.06.2012). Пора её отменить.

Определяясь с задачами на будущее, участники конференции обратили внимание на огромную разницу работы с донорами и реципиентами крови. Для доноров создано достаточно много информационных материалов. В то же время потенциальные реципиенты крови находятся в определённом информационном вакууме.

В современной клинике важна приверженность к лечению, которая проявляется открытым сотрудничеством врача и пациента, свободным обсуждением всех возможных аспектов лечения. Конференция решила просить совет Российской ассоциации трансфузиологов разработать листовки для реципиентов аллогенной и аутологичной крови, обеспечивающие их информированное согласие на переливание крови и участие в рекрутировании добровольных безвозмездных доноров.

Предыдущая конференция рекомендовала совету Российской ассоциации трансфузиологов продолжить работу, направленную на отмену 18-часовой задержки начала скрининга гемотрансмиссивных инфекций в крови доноров. 16 января 2014 г. ФМБА России присоединилось к этой позиции (точно см. <http://transfusion.ru/2014/01-21-1.pdf>).

17-ю конференцию «Стандарты и индивидуальные подходы в клинической трансфузиологии» решено провести в Пироговском центре 17-19 декабря 2014 г.

Сергей СИДОРОВ.
Кафедра трансфузиологии
Национального медико-хирургического центра
им. Н.И.Пирогова.

– Малярия продолжает оставаться одной из главных проблем здравоохранения в мире, особенно в ряде развивающихся стран Африки, Азии и Тихого океана. Мы располагаем всем необходимым для оказания консультативно-педагогической помощи нашим коллегам для успешной борьбы с этим суровым заболеванием, – подвёл итоги 3-недельных международных курсов Всемирной организации здравоохранения по эпиднадзору за малярией для руководителей национальных программ по борьбе с малярией в странах Африки и Ближнего Востока проректор по международным связям Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Пётр Литвицкий.

Стоит отметить, что представительство ВОЗ в Российской Федерации высоко ценит опыт, накопленный в стране по эпиднадзору за малярией, поэтому базой для проведения курсов вот уже в восьмой раз становится НИИ медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И.Марциновского, являющийся структурным подразделением Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. – Благодаря совместной работе к настоящему времени подготовлено свыше 100 высококвалифицированных специалистов по

Сотрудничество

Малярия – дело нешуточное

На курсы в Москву приехали азиатские и африканские врачи



борьбе и профилактике малярии из более 40 стран Африканского и Восточно-Европейского регионов ВОЗ, – констатировал на церемонии закрытия международных курсов директор НИИ МПТиМ Евгений Морозов.

В проекте приняли участие 16 человек из Афганистана, Ботсваны, Буркина-Фасо, Йемена, Ниге-

рии, Свазиленда, Сенегала, Судана, Сомали, Эритреи и Эфиопии. В течение 3 недель отечественные специалисты из НИИ МПТиМ им. Е.И.Марциновского, Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, Российской медицинской академии последипломного образования делились с участниками курса новейшими

принципами, основными научными направлениями по совершенствованию существующих компонентов эпиднадзора за малярией.

– Наши зарубежные коллеги овладели различными прикладными методиками, используемыми в современных программах борьбы с малярией, – подчеркнул руководитель проводимого обучающего мероприятия Анатолий Кондрашин.

– С одной стороны, 3 недели – это очень мало. Однако, на мой взгляд, этого времени оказалось достаточно для того, чтобы донести до иностранной аудитории всё то, что необходимо для борьбы с малярией, как с практической, так и с организационной стороны, – выразил уверенность академик РАН Владимир Сергиев.

Примечательно, что уже шестой год подряд Россия финансирует обучение кадров для борьбы с малярией по программам ВОЗ.

– Мне доставило огромное удовольствие вести диалог с нашими

коллегами из Африки и Азии. Всем своим видом они демонстрировали глубокую заинтересованность и погружённость в поднимаемые на курсах проблемы, – отметил доцент кафедры тропической медицины РМАПО Андрей Беляев.

Стоит признать, что этим мероприятием Россия в очередной раз подтвердила важность и практическую значимость своих научных разработок и поспособствовала международному обмену опытом, расширив сотрудничество со многими зарубежными государствами. Одним словом, мы укрепили свои позиции на международной арене; на этот раз – по вопросам эпиднадзора и борьбы с малярией.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
корр. «МГ».

НА СНИМКЕ: страдающие малярией в странах Африки и Азии очень надеются на помощь из России.

Фото автора.

Конференции

Претендуя на гранты

Фундаментальная наука выходит из тени

– Такие науки, как биохимия, патофизиология, микробиология, гистология, иммунология и другие, являются основополагающим звеном в эффективности клинической работы. Не случайно, что приоритет в Стратегии развития медицинской науки в нашей стране на период до 2025 г. отдан именно исследованиям в области фундаментальных дисциплин, – так открыл Международный форум «Достижения фундаментальных наук и персонализированной медицины в решении проблем системного и аутовоспаления» председатель Комитета Госдумы РФ по науке и наукоёмким технологиям академик РАН Валерий Черешнев.

В.Черешнев также выразил надежду на то, что все мероприятия в рамках конгресса будут проходить в режиме активного обмена информацией, компетентных обсуждений представленных результатов исследований и коллегиальных дискуссий.

Не секрет, что в течение многих лет успехи общественного здравоохранения связывали с научными разработками в области клинической медицины. При этом вклад фундаментальных наук в инновационные медицинские технологии был явно недооценён. Однако сегодня переоценить роль фундаментальных дисциплин в достижениях практической медицины невозможно.

Стоит отметить, что университетская наука всегда была и остаётся форпостом передовых исследований и разработок, в том числе и в медицине. Именно здесь, на стыке фундаментальных исследований и клинической практики, разрабатываются новые медтехнологии, которые через учебный и образовательный процессы приходят в практиче-

ское русло здравоохранения.

– Работающие в нашем медицинском университете учёные, проводящие серьёзные фундаментальные и клинические исследования и передающие свой опыт молодёжи, ощущают настоятельную потребность в обсуждении достижений фундаментальных теоретических и экспериментальных исследований, тенденций развития биомедицинского потенциала, возможностей их организации и проведения и, наконец, применения полученных результатов на практике, – отметил ректор Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова профессор Олег Янушевич.

Примечательно, что форум собрал учёных из 18 стран мира и 32 регионов РФ.

– Желание представить и обсудить полученные на сегодняшний день результаты подвигло наш университет выйти с инициативой проведения масштабного научного мероприятия, проблематика которого будет сконцентрирована на представлении достижений фундаментальных наук и обсуждении возможностей их использования в решении огромного количества задач, поставленных нашим государством и обществом перед Минздравом России, – подчеркнул президент МГМСУ академик РАН Николай Ющук.

Перемены, вне всякого сомнения, создают динамику нашего времени. Несмотря на культурные и языковые различия, влияющие на изменения в нашем мире, учёные и клиницисты живут в эпоху непрерывно модифицирующейся действительности.

– Целью конференции является, в том числе, и поощрение развития международного научного взаимодействия и сотрудничества, содействие процветанию фундаментальных

и клинических исследований во всех отраслях медицины, – заявил президент Института медицинской науки Токийского университета, профессор Куэки Нишиока. – На этой встрече участники смогут получить более глубокое понимание научных основ патологии с глобальной точки зрения, – резюмировал он.

Основную идею конференции как нельзя лучше отражает тезис нашего великого соотечественника Ильи Ильича Мечникова: «Мы, естествоиспытатели, в наших дискуссиях должны не пожирать, фагоцитировать друг друга, а помогать и кооперироваться, как фагоциты и антитела».

Безусловно, форум является событием весьма и весьма знаменательным. Ведь он объединил академическую и университетскую науки с целью обсуждения фундаментальных аспектов и прикладных задач, направленных на развитие научных инноваций не только в России, но и во всём мире.

Отвечая на вопрос корреспондента «МГ» относительно слабой укомплектованности научных лабораторий молодыми сотрудниками, Н.Ющук сказал: «Это большая проблема. Без подпитки молодыми исследователями нашей науке придётся весьма и весьма нелегко. Только изменение подхода «сверху» к науке сможет повлечь за собой позитивные тенденции в этом направлении. Государство уже начинает, пусть и недостаточно, но финансировать науку. Гранты, выделяемые на научные исследования, существуют. Уверен, что, количество денег, выделяемых на фундаментальные исследования по разным направлениям, со временем возрастёт, и мы выйдем на мировой уровень в этом вопросе».

Марк ВИНТЕР.

МИА Сити!

Проблемы и решения

Очередной Всемирный кардиологический конгресс (WHF), который в этом году проходил в Мельбурне (Австралия), в значительной части своей научной программы был ориентирован на гендерные различия в диагностике и лечении заболеваний сердца и сосудов. В подтверждение того, что такие различия существуют, в один из дней работы конгресса его участницы надели наряды красного цвета, чтобы привлечь внимание к проблеме высокого сердечно-сосудистого риска для женщин. Столь оригинальная международная инициатива получила название «Красное платье» (Go red for women).

Атака на стресс

Кроме того, что аудитории форума окрасились алым, большое количество научных мероприятий было посвящено проблемам ССЗ у женской половины человечества. С докладами и сообщениями об особенностях сердечно-сосудистой заболеваемости женщин в разных частях света выступили Р.Дрейер (Австралия), Джоанн М.Фуди (США), Д.Чжао (Китай), К.Шенк-Густафссон (Швеция), сравнение риска ССЗ у жителей США и Японии сделала Х.Танака (США).

Исследования российских учёных по данной тематике на WHF представил научный сотрудник Новосибирского НИИ терапии и профилактической медицины Дмитрий Панов. Его сообщение «Влияние стресса на работе на 16-летний риск АГ и инфаркта миокарда у женщин» основано на обследовании населения, которое проводилось в столице Сибири.

Д.Панов и его коллеги поясняют: интерес к изучению тревоги высок потому, что данная психосоциальная характеристика представляется независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них. Работая в этом направлении, сотрудники НИИ терапии и профилактической медицины установили, что личностная тревожность является генетически детерминированным фактором риска сердечных катастроф в популяции России, в частности Сибири. Причём у женщин этот фактор значительно более значим, чем у мужчин.

В рамках программы ВОЗ «MONICA-psychosocial» учёные НИИ терапии и профилактической медицины в 1994 г. обследовали 1527 жителей Новосибирска в возрасте 25-64 лет (выборка была случайной). Программа психосоциального скрининга включала

регистрацию социально-демографических данных, тестирование по психосоциальным методикам и генотипирование изучаемых полиморфизмов генов.

Высокий уровень личностной тревожности составил у мужчин 50,9%, у женщин – 60,4%, значительно выше аналогичных показателей в странах Европы и США. Установлено также, что с высокой тревожностью достоверно ассоциирован генотип 4/6 гена DRD4 и генотип 9/9 гена DAT.

В течение последующих 16 лет (с 1994 по 2010 г.) проводилось динамическое наблюдение участников исследования: обследование, анализ медицинской документации, изучение свидетельств о смерти. Оказалось, что риск возникновения инсульта у «тревожных» личностей примерно одинаков в обеих гендерных группах: в 3,8 раза у мужчин и в 3,5 раза у женщин. В то же время риск развития острого инфаркта миокарда при высокой личностной тревожности в 2 раза выше у мужчин и в 4 раза выше у женщин.

Организаторы нынешнего Всемирного конгресса кардиологов неслучайно акцентировали внимание на двух темах – гендерные различия ССЗ и профилактика болезней сердца. Коль скоро генетически детерминированные психоземotionalные особенности значительной части представительниц женского пола являются для них фактором риска сердечных катастроф, есть острая потребность в эффективных профилактических программах. Неважно, будут ли это «антистрессовые» мантры или «противотревожная» вакцина.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Федеральная антимонопольная служба (ФАС России) завершила подготовку Доклада о состоянии конкуренции за 2013 г. и направила его в Правительство РФ. Такую работу ФАС России с 2006 г. проводит ежегодно, это уже восьмой доклад.

В документе приведены основные итоги проводимой в стране политики по защите конкуренции, проанализированы наиболее значимые изменения законодательства, представлены результаты исследований состояния конкуренции в некоторых странах и на отдельных товарных рынках, а также рассмотрены отдельные проблемы их функционирования.

Кроме того, в доклад включены данные ведомственной статистики, характеризующие правоприменительную практику антимонопольных органов, материалы по оценке состояния конкуренции и предложения по её развитию, представленные Минэкономразвития России и рядом общественных организаций.

В докладе приводится оценка доступности лекарственных препаратов на основе анализа потребительских цен и ценообразования на лекарственные препараты в Российской Федерации и на сопоставимых рынках стран, входящих в СНГ, Европейский союз и БРИКС.

Выше, выше, выше...

По результатам проведённого исследования сделаны следующие основные выводы. В России проблемы обеспеченности населения лекарственными препаратами связаны с ценами на лекарства и с их физической доступностью. В регионах России по-прежнему сложно получить льготные рецепты на лекарственные препараты, сохраняется большое количество рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении в аптеках. Многие граждане, имеющие право на льготное лекарственное обеспечение, не получают требующиеся им препараты вследствие их отсутствия в соответствующих перечнях.

Отсутствие регистров пациентов по всем заболеваниям, относящимся к системам лекарственного обеспечения, приводит к недостаточной эффективности механизмов контроля над расходами и сложности планирования затрат на лекарственное обеспечение в соответствии с реальными

На контроле

ФАРМАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Антимонопольное ведомство проанализировало ситуацию с ценообразованием на фармрынке



потребностями здравоохранения и населения.

Действующие в странах системы лекарственного возмещения (лекарственного страхования) оказывают существенное влияние на ценовую и физическую доступность лекарств. Введение в России системы лекарственного возмещения может значительно снизить цены на лекарства и стоимость лекарственных программ, а также увеличить охват населения и объёмы финансирования лекарственного обеспечения за счёт возможного использования соплатежей, что повысит физическую и ценовую доступность лекарств населению в амбулаторном звене, считают в ФАС.

Проведённое сравнительное исследование цен на монополярные дорогостоящие лекарства выявило, что в Россию более половины рассмотренных лекарств ввозится по более высоким ценам, чем в другие страны СНГ. Для снижения цен на эти препараты и достижения значительной экономии бюджетных средств требуется разработка комплекса мер, считают в ФАС. В частности, максимально возможное ускорение вывода на рынок дженериков, изменение порядка регистрации предельных отпускных цен производителей на основе сопоставления с референтными странами,

а также рассмотрение вопросов заключения долгосрочных ценовых соглашений и закупок таких препаратов напрямую у производителей.

Анализ розничных цен на наиболее покупаемые населением рецептурные лекарства, цены на которые государством не регулируются, а также на лекарства, применяемые в кардиологии, выявил, что в России указанные цены в целом выше по сравнению с другими странами даже на лекарства, которые имеют аналоги.

Эксперты особо подчёркивают, что необходимо учитывать сложность сопоставления цен на лекарства в разных странах. Неоднозначность полученных результатов обусловлена неоднородным характером собираемых данных и наличием большого количества факторов, влияющих на цены, а также отсутствием информации о степени их влияния. Международные сопоставления не всегда объективны, поэтому выводы из таких сопоставлений следует делать очень осторожно, отмечается в докладе.

Кнутом и пряником

Нерешённые вопросы определения взаимозаменяемости лекарственных препаратов в рамках одного МНН приводят к

востребованности на рынке аналогичных препаратов (с одним и тем же действующим веществом, в одной лекарственной форме и дозировке) со значительным отклонением в цене. Например, в России разброс зарегистрированных предельных отпускных цен производителей на разные торговые наименования препарата «ондансетрон» (МНН) составляет 59 раз.

Из ассортимента аптек продолжают исчезать лекарственные препараты низкой ценовой категории, так как производители сокращают объёмы реализации нерентабельной дешёвой продукции, а оптовые и розничные продавцы в условиях ограниченных надбавок заинтересованы в работе с наиболее дорогими препаратами.

По данным Росздравнадзора, в ряде регионов в аптеках отсутствует почти половина ассортимента ЖНВЛП. Хотя государственное регулирование цен на конкретные лекарства сдерживает рост цен на них, затраты населения на лекарственные средства в целом увеличиваются.

Проведённая ФАС России проверка соблюдения хозяйствующими субъектами установленного нормативными правовыми актами порядка ценообразования на ЖНВЛП выявила факты превышения предельных розничных надбавок на препараты, входящие в перечень. Таким образом, несмотря на осуществлённое в Российской Федерации регулирование оптовых и розничных надбавок на ЖНВЛП, в аптечных организациях продолжают выявляться завышенные цены на лекарства.

В рамках проведённого исследования было выявлено, что в той или иной мере цены регулируются большинством рассмотренных стран. Основная цель – снижение расходов на здравоохранение в условиях ограниченных ресурсов.

Анализ международного опыта свидетельствует о многообразии моделей лекарственного обе-

спечения и регулирования цен на лекарства, которые необходимо учитывать при сравнительных исследованиях цен и принятии соответствующих управленческих решений. Вместе с тем магистральный путь регулирования находится не в русле административного ограничения, а в создании условий для конкуренции и стимулов для снижения цен на лекарства, делают вывод эксперты.

Нечего скрывать

Вопросы развития конкуренции оказывают большее влияние на цены на лекарства, чем их административное регулирование. Административное регулирование цен эффективно, в первую очередь, для сегмента лекарств, находящихся в условиях сниженной или отсутствующей конкуренции (прежде всего, это инновационные лекарственные препараты до истечения срока действия патентной защиты).

Доклад, подготовленный ФАС, содержит предложения по исправлению ситуации. По мнению экспертов, снижение цен на ЛС должно привести к существенной экономии как бюджетных, так и личных средств граждан. Способствовать этому могли бы меры, направленные на повышение конкуренции на фармацевтическом рынке, упрощение регистрации воспроизведённых лекарственных препаратов, признание международных клинических исследований, установление прозрачного порядка формирования перечней лекарств, практика заключения долгосрочных ценовых соглашений и закупки лекарств напрямую у производителей, которые являются монополистами.

Среди других мер, предложенных ФАС, введение прямого или косвенного контроля за ценами на наиболее востребованные ЛС, а также переход от жёсткого административного регулирования цен к системе лекарственного возмещения. Также в документе содержится ряд предложений по совершенствованию нормативно-правового регулирования закупок лекарственных препаратов.

Проект доклада в апреле и мае прошёл общественное обсуждение. Во второй половине июня он будет рассмотрен уже на заседании Правительства РФ.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ»

Cito!

Рекомендации зарубежных регуляторных органов

● Регуляторным органом США (Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) принято решение о внесении изменений в инструкции по медицинскому применению лекарственных средств, содержащих в своём составе лизиноприл.

Использование ЛС, содержащих лизиноприл, может быть ассоциировано с риском развития галлюцинаций. Применение данных препаратов противопоказано для одновременного использования с алискиреном у пациентов, страдающих сахарным диабетом.

Источник: <http://www.fda.gov>

● Регуляторным органом Великобритании (Агентство по регулированию лекарственных средств и продуктов для здравоохранения – МНРА) принято решение о внесении изменений в инструкции по медицинскому применению пре-

паратов мефлохина, касающихся риска развития серьёзных психических нежелательных реакций (в том числе о случаях суицидов и суицидального поведения). По мнению МНРА, такие психические нежелательные реакции, как ночные кошмары, приступы беспокойства, депрессия и спутанность сознания, необходимо рассматривать как продромальное состояние перед развитием более серьёзного осложнения.

Зарегистрировано несколько случаев суицида, суицидального поведения, ассоциированных с использованием мефлохина. Риск развития нежелательных реакций может сохраняться в течение нескольких месяцев после отмены мефлохина по причине длительного периода полувыведения препарата.

Для снижения риска развития осложнений мефлохин не следует применять с профилактической целью у лиц в фазе обострения

или имеющих в анамнезе эпизоды депрессии, беспокойства, шизофрении или иные психические расстройства. В случае развития психических осложнений или изменений психического статуса необходимо прекратить приём мефлохина и обратиться за медицинской помощью к специалисту.

Источник: <http://www.mhra.gov.uk>

● Регуляторным органом Великобритании (МНРА) принято решение об ограничении применения короткодействующих бета-адреномиметиков у беременных женщин.

Парентеральные формы короткодействующих бета-адреномиметиков не следует назначать женщинам при беременности сроком менее 22 недель; имеющим заболевания сердечно-сосудистой системы или иные сопутствующие патологические состояния, при которых приме-

нение бета-адреномиметиков может нанести вред здоровью матери или плода; в случаях, когда продление сроков беременности может представлять угрозу здоровью матери или плода.

Парентеральные формы данных ЛС следует использовать не более 48 часов, только по зарегистрированным показаниям и под контролем врача. Польза от назначения пероральных лекарственных форм бета-адреномиметиков короткого действия в акушерстве более не превышает возможные риски, а потому данные лекарственные формы противопоказаны для использования у беременных женщин.

Рекомендуется мониторинг следующих показателей: артериальное давление и частота сердечных сокращений; ЭКГ; баланс электролитов (калий) и жидкости; уровень глюкозы и лактата в крови.

Источник: <http://www.mhra.gov.uk>

Подготовила
Ирина АНДРЕЕВА.
По материалам журнала
«Безопасность и риск
фармакотерапии».

Статистика

По итогам I квартала 2014 г. российский фармацевтический рынок вырос в рублях на 5,4% по сравнению с аналогичным периодом 2013 г. При этом в упаковках рынок показал падение на 3,6%. Такие данные приводятся в аналитическом обзоре компании DSM Group.

В разбивке по сегментам можно увидеть следующую динамику. Коммерческий сегмент рынка готовых лекарственных средств превысил объёмы в рублях по сравнению с I кварталом 2013 г. на 11,4%. В упаковках объёмы снизились на 1,6%. Парафармацевтика выросла в денежном выражении на 12,6%. В упаковках заметно небольшое падение – сегмент снизился на 0,4%.

ДЛО и госпитальные закупки демонстрируют падение по сравнению с январём – мартом 2013 г. По сегменту ДЛО объёмы в рублях снизились на 6,3%, а в упаковках – на 0,4%. Наиболее значительный спад, как в денежном, так и в натуральном выражении, показал госпитальный аудит – объёмы у этого сегмента снизились на 10 и 12% соответственно.

Анна КРАСАВКИНА.

За рубежом

Диализ для самых маленьких

Итальянские специалисты разработали и успешно испытали устройство для почечного диализа, предназначенное для новорождённых и детей раннего возраста.

Устройство для непрерывной заместительной почечной терапии призвано преодолеть существующие проблемы с почечным диализом у детей, так как вся используемая в клинической практике аппаратура предназначена для взрослых пациентов и требует специальной адаптации в случае её использования в педиатрии.

Подобная модификация негативно влияет на эффективность работы аппаратов при их применении для детей, масса тела которых 15 кг и меньше. Это может повлечь за собой ряд осложнений. В первую очередь это касается возможных ошибок в объёмах вводимой и выводимой из организма жидкости при ультрафильтрации. «Взрослое» оборудование имеет тенденцию забирать либо слишком много жидкости из детского организма, что ведёт к обезвоживанию и падению артериального давления, либо,

наоборот, слишком мало, приводит к повышению артериального давления и отёкам, – считает один из создателей нового аппарата профессор Клаудио Ронко.

Стоит отметить, что это оборудование, предназначенное для детей массой от 2 до 10 кг, разрабатывалось и создавалось в течение 5 лет. В его работе используются миниатюрные насосы и катетеры, что повышает точность и эффективность процесса, а также делает его менее травматичным для ребёнка.

Первым пациентом, спасённым с помощью аппарата, стала 3-дневная новорождённая девочка весом 2,9 кг, у которой наблюдалась тяжёлая полиорганная недостаточность вследствие сложных родов. После 20 дней терапии, несмотря на изначальный негативный прогноз выживаемости, функции всех органов младенца восстановились настолько, что он был отключён от вспомогательного оборудования. Через 50 дней после рождения ребёнок был выписан из больницы с почечной недостаточностью I-II степени, не требующей диализного лечения.

С тех пор ещё 10 детей в разных странах Европы были вылечены с помощью этого устройства.

– Мы показали, что технические сложности проведения гемодиализа маленьким детям могут быть преодолены без адаптации оборудования, предназначенного для взрослых пациентов, а с помощью специально созданного для использования в педиатрии устройства, способного безопасно и эффективно избавлять детей от острой почечной недостаточности, – добавил К.Ронко. – Мы надеемся, что наш успех будет способствовать появлению и другого медоборудования, разработанного специально для младенцев и детей раннего возраста, – резюмировал он.

Появление таких разработок не может не радовать. Ведь предложенная технология способна в корне изменить подходы к профилактике и лечению не только почечной, но и полиорганной недостаточности у самых маленьких пациентов.

Валентин СТАРОСТИН.

Санитарная зона

С рыбой на закуску – «сибирская двуустка»

Летняя рыбалка, наваристая уха из лещей и язей в котелке, отдых на природе с пивом, вяленой воблой и чебаками, караси, жаренные в сметане... Эти соблазны давно превратились для сибиряков в фактор риска. Речная и озёрная рыба в регионах Зауралья сплошь и рядом заражена описторхисами, поражающими печень, желчные пути и поджелудочную железу.



Ежегодно в России, по данным Тюменского научно-исследовательского института краевой инфекционной патологии, в учреждениях здравоохранения регистрируют более 40 тыс. больных описторхозом. Однако максимальная заболеваемость населения этим паразитарным заболеванием на протяжении последних лет отмечается в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре. На втором месте – Ямало-Ненецкий автономный округ, третью и четвертую строчки печального рейтинга делят между собой Тюменская и Томская области. Пятое место занимает Омское Прииртышье. Соседние территории оказались рядом не случайно – реки Иртыш и Обь признаны специалистами природными эндемичными очагами.

Увы, несмотря на повсеместную профилактическую и разъяснительную работу, предупреждения о том, что приобретение рыбы и рыбной продукции в местах несанкционированной торговли (стихийные рынки, приторгованные места вдоль оживлённых трасс и на полустанках, придорожные «пивнушки») опасно для здоровья, в лечебно-профилактических учреждениях выявляется всё больше пациентов, заражённых описторхозом. Как сообщили в Управлении Роспотребнадзора по Омской области, в 2013 г. в Омске и сельских районах Прииртышья было зарегистрировано 2782 случая заболевания описторхозом (показатель заболеваемости составил 140,9 на 100 тыс. населения), а только за 4 месяца нынешнего уровень этой заболеваемости вырос в 1,41 раза. Особенно высок он в муниципальных образованиях, расположенных вдоль Иртыша и его притоков, – Омском, Тевризском, Нижнеомском, Большереченском, Муромцевском и Усть-Ишимском районах.

Коварный гельминт, известный как сибирская двуустка, попадает в организм человека при употреблении в пищу слабопроявленной, малосольной, недожаренной и недоваренной, а также сырой, талой или замороженной речной рыбы (строганины), заражённой личинками паразита. Как считают специалисты, из всего «ассортимента» речной рыбы наибольшую опасность пред-

ставляет семейство карповых (в нём 23 вида рыб), а конкретно – карась, сазан, язь, елец, чебак, вобла, линь, лещ, красноперка, плотва, голавль, пескарь, голянь. Особого режима обеззараживания, предупреждающего эпидемиологи, требует язь, поскольку в домашних условиях при вялении и холодном копчении не происходит обеззараживание этой рыбы от личинок описторхисов. Согласно собранному омскими эпидемиологами анамнезу, 47% заболевших описторхозом связывают своё заболевание именно с употреблением язя.

«Жители очага описторхоза в Западной Сибири инвазируются многократно (до 300 раз в год), – сообщили в Управлении Роспотребнадзора. – Этот гельминтоз приобретает качественно новую форму – суперинвазионную, характеризующуюся своеобразной клиникой, патоморфологией и осложнениями. Суперинвазионный описторхоз с наиболее выраженными проявлениями болезни, тяжёлыми и летальными осложнениями (желчный перитонит, холангит, холецистит, сепсис, миокардит и холангиоцеллюлярная карцинома) чаще встречается в эндемичных очагах Западной Сибири...»

Конечно, заражение описторхозом можно предупредить, соблюдая элементарные правила обработки речной рыбы, но, увы, увещевания о том, что ни в коем случае не стоит употреблять сырую или плохо обработанную рыбу, многие сибиряки, особенно рыбаки, пропускают мимо ушей. Так стоит ли удивляться, что описторхоз, впервые обнаруженный в 1891 г. профессором Томского университета К.Н.Виноградовым (этот недуг клиницисты называют ещё «болезнью Виноградова»), продолжает занимать доминирующие позиции в инфекционной патологии Западной Сибири.

НА СНИМКЕ: Анатолий Федин из приобского села Уртам, что в Кожевниковском районе Томской области, заядлый рыбак, но в последние годы не знает, радоваться ли крупному улову – только «вскрытие» этого язя покажет, с гельминтами он или без.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ». Омская область.

Книжная полка

Они были верны клятве Гиппократата

Вышел в свет заключительный, третий том краткого медицинского биографического словаря «Верность клятве Гиппократата», составленного Борисом Нуваховым и Александром Крыловым-Толстикевичем. Он охватывает элиту российской медицины XVIII – начала XX веков.

За два столетия, прошедших от возникновения в России при Петре I института общественной медицины до революции 1917 г., в стране сменилось несколько поколений медиков – начиная с врачей-иностранцев, приехавших в Россию при царе-реформаторе, до подвижников земской медици-

ны, выдающихся учёных начала XX века.

Конечно, не один биографический справочник не может вместить в себя биографии всех замечательных представителей самой гуманной в мире профессии, работавших в России. Учитывая это, авторы сочли целесообразным принять за основной критерий выбора персоналий уровень авторитета в обществе, которым пользовался тот или иной врач.

В третий том издания включены биографии действительных членов и членов-корреспондентов АМН СССР и РАМН, а также руководителей ведущих научно-исследовательских учреждений, медицинских вузов и клиник.

Разумеется, авторы не считают возможным подменять кратким справочником фундаментальные биографические монографии и архивные исследования. Их задача – предоставить читателю лишь краткую информацию о наиболее заметных отечественных представителях медицинской профессии, на деле доказавших свою верность клятве Гиппократата. И они с этой задачей успешно справились. Нет сомнений, что издание окажется полезным и студенту-медику, и умудрённому опытом врачу, интересующемуся историей медицины.

Фёдор СМЕРНОВ.

Дежурный по номеру

Мосты между островами

Главный хирург страны академик РАН Валерий КУБЫШКИН приступил к дежурству по «МГ» сразу по возвращении из Воронежа, где принимал участие в работе общероссийской согласительной конференции по принятию Национальных клинических рекомендаций.

– Я отношусь к тем врачам, кто повседневно, с утра до вечера поглощён любимой профессией, в моём случае – хирургией, – сказал нам Валерий Алексеевич. – Кто-то всецело предан кардиологии,

кто-то педиатрии, неврологии и т.д., а объединяет нас старейшая врачебная газета. Она будто наводит мосты между направлениями медицины, и мы оперативно узнаём новости из разных уголков

России и мира, читаем о проблемах других специальностей и задумываемся о своих.

Вот и обзереваемый мною номер состоит из разных островков, соединённых многочисленными мостиками, – здесь и фтизиатрия, и трансфузиология, и проблемы фармацевтики... И всё связано одним понятием «здравоохранение».

Мне повезло – на первой полосе рассказывается об успехе моих новосибирских коллег-хирургов. Уверен, что это лишь звено их будущих достижений. Известный журналист Константин Щеглов, как всегда, информирует нас о происходящем во властных структурах, это важная составляющая каждого номера. Обратят на себя внимание проблемы борьбы с бесплодием, подошьёт врач в свою папку очередной «Конспект врача» – вот уж «бессмертная» рубрика!

Важны фармобзоры Ирины Степановой, которая на этот раз знакомит с секретами ценообразования на лекарства. И закончен полноценный номер газеты достойным и тёплым эпилогом – разговором с нашим американским коллегой, нобелевским лауреатом.



Исполнилось 50 лет с тех пор, как Куйбышевский государственный медицинский институт выпустил очередной отряд – 420 молодых врачей. И вот в июне 2014 г. они собираются на свою очередную, юбилейную встречу. Славящийся дружбой и организованностью курс в течение полувека встречается в стенах родного вуза. В его среде выросли известные педагоги-клиницисты, учёные, организаторы здравоохранения, врачи-лечебники...

«Мы помним наших учителей»

О своих однокашниках рассказывает почётный выпускник СамГМУ, известный терапевт и гематолог, заслуженный врач РФ, профессор Валерий КОНДУРЦЕВ:

– Наш курс собирается здесь регулярно. Первый раз в полном составе мы собрались через год после окончания обучения, и тогда нам выдали дипломы. А затем каждые 5 лет мы вновь собираемся в аудитории института. Какое счастье, какую радость мы все испытываем, ожидая этой встречи, участвуя в ней, получаем заряд бодрости на следующие месяцы жизни. И с нетерпением готовимся к следующей такой встрече с однокашниками. Наш курс в точности выполняет главный наказ своих замечательных учителей – профессоров Ильи Мильченко, Александра Аминова, декана Юрия Перова: «Быть на уровне современного развития медицины, быть патриотом своей Родины, не порывать связей с институтом».

Вот почему мы всегда с благодарностью относимся к тем нашим товарищам, которые при малейшей возможности приезжают в Самару на долгожданную встречу со своими однокурсниками. В связи со сказанным я вспоминаю, как моя одногруппница Валя Клещёва, работавшая главным врачом одной из больниц в Магадане, прибыла на предыдущую встречу, совершив полёт из Магадана в Москву, а потом из Москвы в Самару. А там, далеко на Востоке, оставила мужа, двух дочерей и свою больницу. Объясняла всё просто:

– Ребята, не могла не приехать, душа вся изболелась... Захотелось всех увидеть... Вот теперь, убедившись лично, что вы все живы и почти здоровы, я могу несколько лет спокойно работать...

Встреча выпускников 1964 г. в этот раз внесена в план мероприятий, связанных с 95-летием нашего родного Самарского государственного медицинского университета. И мы, его питомцы, с особой благодарностью вспоминаем своих преподавателей, которые учили и прекрасно подготовили нас к трудной, но так необходимой людям профессии врача, учёного, воспитателя... И вообще – к жизни. Светлые образы профессоров Ф.Маркизова, М.Сергиевского, О.Манойловой, С.Шилова, Т.Ерошевского, А.Германова и многих других наших учителей сохраняются в наших сердцах и душах. О них в первую очередь мы вспоминаем, всегда благодарим их не только за умелую передачу врачебных приёмов работы, но и за бережное, заботливое отношение к молодёжи, студентам, вчерашним школьникам, демобилизованным военнослужащим, медицинским сёстрам и фельдшерам, решившим получить высшее медицинское образование.

Конечно, и в этот раз мы будем вспоминать свои славные студенческие годы, учёбу во всех её проявлениях, праздничные

вечера в институте, художественную самодеятельность, работу по сбору осеннего урожая на полях Куйбышевской области, участие в спортивных соревнованиях. Но и поделимся своими достижениями, успехами и поражениями в работе, семейной жизни. Никто из наших выпускников не предал медицину, а некоторые из них продолжают работать.

Около 100 наших товарищей стали заслуженными врачами

полковника медицинской службы вышли в отставку Геннадий Гладков и Юрий Кисурич, в звании генерала – Валерий Золотов. Олег и Татьяна Сергеевы лечили больных и обучали молодых врачей на Кубе. Евгений и Галина Столяровы, Виктор Дериенко трудились в Африке...

Староста нашей 35-й группы Маргарита Дроф-Гирс возглавляла акушерско-гинекологическую службу в одном из районов

готовить впредь высококачественных врачей, специалистов для нашей страны.

Есть над чем подумать

Интересными размышлениями о проблемах нынешней медицины с современными врачами поделился выпускник 1964 г., лауреат Государственной премии РФ, профессор Борис МОВШОВИЧ:

любой практикующий врач: как лечить полиморбидность стариков. Типичный джентльменский набор: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, системные проявления атеросклероза (мозг, нижние конечности, почки), остеоартриты, катаракта, глаукома, лёгочная эмфизема, избыточная масса тела. Далеко не полный перечень недугов. Можно ли и нужно ли по поводу каждой болезни

Вехи

Так хочется всех обнять...

В Самарском государственном медицинском университете выпускники 1964 г. собираются на юбилейную встречу



России. Велика когорта главных врачей лечебных учреждений, санаториев, ведущих специалистов минздравов и департаментов здравоохранения различных областей нашей страны. Например, Виталий Жданов много лет возглавлял клиническую больницу № 68 Москвы. Игорь Денисов стал академиком РАН, возглавлял Рязанский государственный медицинский институт, был министром здравоохранения СССР, первым проректором Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, теперь возглавляет кафедру семейной медицины Первого Меда.

Среди наших выпускников около трёх десятков кандидатов медицинских наук, а доктора медицинских наук руководят или руководили кафедрами медицинских вузов в Тюмени – профессор В.Долгинцев, в Киеве – профессор Ю.Митин, в Ульяновске – профессор В.Семёнов, а в Самаре – профессора Е.Столяров, В.Кондурцев, М.Пряничникова, Л.Зенина, Б.Мовшович, О.Сергеев. Преподавателями различных кафедр и клиник в СамГМУ работают 26 выпускников 1964 г.

Для наших однокашников характерны исключительная дисциплинированность, доброжелательность, ответственность в выполнении своего долга, высокий профессионализм, безграничная любовь к избранному делу. Они воспринимают чужую боль как свою собственную. Больные их всегда любили и любят, а государство по достоинству оценило вклад наших выпускников в охрану здоровья граждан, обучение и воспитание новых поколений российских врачей, присвоив им почётные и научные звания, премии. Так, за разработку системы подготовки врачей общей практики, создание соответствующих монографий и научные достижения лауреатами Государственной премии РФ стали заведующие кафедрами семейной медицины СамГМУ и ММА им. И.М.Сеченова профессор Борис Мовшович и Игорь Денисов. В звании под-

Тюменской области. Такую же обязанность успешно выполняла Кира Ушкалова в Ульяновске. Инна Назарочкина-Сукачёва до настоящего времени работает заместителем директора по научной работе Самарского НИИ гигиены, разрабатывает эффективные методы контроля и анализа за состоянием окружающей среды Самарской области. Анатолий Миронов с первого дня врачебной деятельности до настоящего времени работает в лор-отделении Республиканской клинической больницы в Республике Марий Эл. Много лет он заведует этим отделением и пользуется заслуженным высоким авторитетом среди врачей и больных людей.

Мои научные интересы в основном касались побочного действия лекарств, в результате предложена классификация болезней системы гемостаза, сопровождающихся синдромом кровоточивости лекарственного генеза, предложена система медико-социальной адаптации этих больных. Мною написаны монографии, касающиеся искусства лектора-клинициста, методики эффективного клинического осмотра больных, экзаменов и аттестации студентов на клинической кафедре.

И теперь, собираясь приехать из Йошкар-Олы, Казани, Перми, Магадана, Пятигорска, Львова, Трускавца, Тольятти и других городов на юбилейную встречу в Самару, мои институтские товарищи горят одним желанием: обнять своих однокурсников... А также увидеть сегодняшний, обновлённый вуз, оснащённый самым современным оборудованием, предназначенным для обучения студентов, лечения больных, посетить клиники университета, в которых они начинали свой путь в клинической медицине, где впервые прикоснулись к больным, проводили лабораторные анализы. Мы уверены, что благодаря усилиям нового поколения преподавателей, учёных и нынешнего ректора академика РАН Геннадия Котельникова, наш вуз по-прежнему готовит и будет

– Приведу некоторые проблемы, с которыми ежедневно сталкивается практикующий врач, не находящий ответа в самой современной литературе.

По традиции врач дозирует препараты в зависимости от массы тела пациента. Однако давно известно, что люди обладают разной скоростью метаболизма, в зависимости от неё принято деление пациентов на две большие подгруппы – «быстрых» и «медленных» ацетиляторов: у «быстрых» лекарственные средства столь же быстро элиминируются, у медленных происходит кумуляция лекарств, у них чаще проявляются побочные действия препаратов.

Алкоголь: у одних – с высокой активностью алкогольдегидрогеназы – он быстро инактивируется. Про таких говорят: «Пьёт и не пьянеет». Другие – с низкой активностью означенного фермента – пьянеют с первой рюмки. Они наиболее предрасположены к различным проявлениям алкогольной болезни, органам-мишенями могут стать печень, сердце, мозг, может быть полинейропатия.

Наука должна сказать своё веское слово, разработав экспресс-предикторы «быстрой» и «медленной» ацетиляции. Следствием этого будут дифференцированные методы фармакотерапии: разные дозы, кратность введения препаратов, продолжительность активного периода лечения в клинике, дозировка лекарств и кратность их приёма на этапе поддерживающей терапии в поликлинической практике.

Пациенту А. потребовалось удалить полипы из носовых ходов. Перед манипуляцией лор-специалист закапал в нос дикаин. Мгновенная смерть. Попытка проведения реанимационных мероприятий оказалась безуспешной. В чём причина? Идиосинкразия. Что это такое? Никто не знает. Медицина не избежала искушения прикрыть неизвестное латинским термином, не отражающим сути процесса. На каждые 100 тыс. инъекций пенициллина – один случай анафилактического шока, состояния, условно курьезного. Попытки проведения внутривенной пробы с пенициллином ничего не дали: сама проба могла быть причиной шока. Практическому здравоохранению крайне необходимы простые, легко выполнимые методики прогноза идиосинкразии, молниеносного анафилактического шока, это спасёт тысячи жизней, избавит пациентов от опасности ятрогенной смерти. Ничего страшнее нет: пациент, прошедший за здоровьем, вместо одного обретает смерть. Родственники никогда не поймут объяснений, в какие бы научные термины эти слова не рядились.

Задача, с которой сталкивается

назначать лекарства, как это нередко делается? А может быть, не делать ничего, как в глухих деревнях, где болезни протекают естественным путём и старики доживают до глубокой старости, занимаясь посильным трудом, потребляя простую крестьянскую пищу, попивая по праздникам водочку? Современная наука ответа не даёт, подобных исследований класса А доказательной медицины не проводилось, точно так же, как не исследована природа «волн» соматической и психической компенсации стариков.

Любой практикующий врач знает: при назначении длительной, подчас пожизненной терапии, на каком-то этапе она становится неэффективной. В середине прошлого века это касалось сердечных гликозидов, диуретиков, бронхолитиков, глюкокортикоидов, в начале XXI века то же самое стало происходить с ингибиторами ангиотензина, бета-блокаторами, антагонистами кальция и др. Каковы механизмы развивающейся резистентности к ранее эффективной терапии на организменном, органном, клеточном, митохондриальном уровнях? Никто не знает. Если бы знали, это знание могло бы продлить жизнь миллионов пациентов, страдающих хроническими болезнями.

Одной из загадок практической медицины является ипохондрический синдром и его крайний вариант – ипохондрическое развитие личности. Физически крепкий мужчина 42 лет перестал ходить на работу. Причина: «Мне плохо, всё болит». Обследован в стационарах – соматической патологии не выявлено. Направлен на консультацию к профессору. На вопрос: «Как строится ваш день?» Ответил: «Утром встал, поел, пошёл гулять, пришёл к обеду, поел, лёг отдыхать, встал, поел, пошёл гулять, поужинал, посмотрел телевизор (неважно что), лёг спать». Диагноз профессора «ипохондрическое развитие личности» подтверждён консилиумом психиатров. Пациент признан инвалидом 2-й группы. Какова природа ипохондрии? Нет ответа. Прав был знаменитый П.Б.Ганнушкин, сказав в 1935 г., что и через 100 лет мы будем пахать «поле» психиатрии плугом и бороной, запряжёнными лошадьми.

Изложенное – лишь малая толика научных проблем, ждущих решения. Сколько бы ни упиралась клиницисты, ими управляют теоретики медицины, общие патологи. Хочется верить, что и в XXI веке подтвердится пророчество М.В.Ломоносова: «Что может собственных Платонов и быстрых разумом Невтонов российская земля родить?».

Любовь ЛЮБИМОВА,
корр. «МГ».

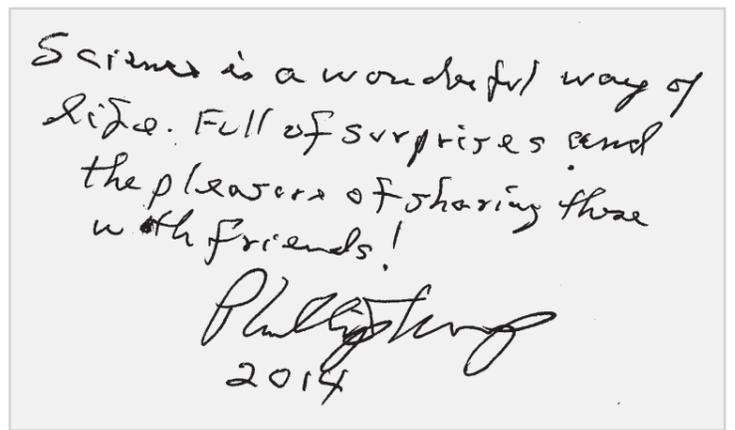
Самара.

В последних числах мая в Подмоскowie, в Сколковском институте науки и технологий встретились ведущие учёные из России, Европы, Азии, США, чтобы обсудить, какой станет медицина уже в ближайшее время. Тема встречи – «Терапия будущего».

В центре коллективного внимания – жизненно важные вопросы. Как из обычной клетки кожи человека получить многофункциональную стволовую клетку, каковы перспективы использования стволовых клеток в терапии? Какое влияние окажет использование результатов новых исследований РНК и как это поможет в борьбе с распространёнными заболеваниями? Каково будущее у регенеративной медицины и как новейшие клеточные технологии способствуют в лечении тяжёлых недугов человека?..

Участники международной биомедицинской конференции чуткой тишиной встретили доклады, с которыми выступили нобелевские лауреаты Филлип Шарп (США), Синъя Яманака (Япония) и другие ведущие мировые специалисты в области биомедицинских исследований. Конференция была приурочена к запуску двух исследовательских центров Сколтеха – Центра по исследованию стволовых клеток и Центра по биомедицинским технологиям и РНК-терапии.

Выдающийся американский генетик и молекулярный биолог, профессор Филлип Шарп охотно согласился дать интервью корреспонденту «МГ».



Филлип Шарп:

– Как известно, Архимед, найдя ответ на трудную задачу, поставленную перед ним правителем Сиракуз, определил закон плавучести тел, выскокил из ванны и, забыв одеться, прорвался по улицам с криком «Эврика!» А что почувствовали вы, осознав масштабность, значимость вашего открытия?

– Я оказался в шоке, был поражен. Почувствовал себя в совершенно необыкновенном состоянии. Электронная микроскопия позволила увидеть своими глазами нечто фантастическое, проникнуть в удивительный микромир. Это произошло в 1977 г. В то время мне было 33 года.

Речь шла об открытии прерывистой структуры гена. Это открытие оказало большое влияние на понимание того, как развивались гены в ходе эволюции, а также на исследования и прогнозирование генетических процессов, в том числе раковых заболеваний. Вскоре выяснилось, что к подобному научному решению мы пришли практически одновременно с британским биохимиком Ричардом Робертсом. В 1993 г. оба получили Нобелевскую премию по физиологии и медицине «за открытие, независимо друг от друга, прерывистой структуры гена».

– Но одно дело – фундаментальные открытия, прорывы в теории. Как реализовать их практически, отразив в качестве жизни человека? В той же биофармацевтике, создании новых совместимых биоматериалов, развитии диагностики, основанной на послегеномных исследованиях...

– ...Вычислительная техника, физика, математика ускоренно движутся навстречу наукам о жизни, пересекаются с ними. И в этом наш завтрашний день. Мы живём в эпоху третьей генетической революции: биологи открывают инженерам гены, и они вместе создают будущее. За последнее десятилетие количество синтезируемой генетической информации выросло с нуля до фантастических величин.

Найденные нами решения как раз и работают, позволяя находить конкретные ответы на проблемы, волнующие общество. К середине 70-х годов мы уже умели синтезировать гормон роста и ряд других субстанций. Можно говорить о взрыве в мире РНК: мы обнаружили массу новых форм РНК, с которыми предстоит работать. Открытие прерывистой

Я словно бы лечу на огромной волне...

структуры гена оказало большое влияние на понимание того, как развивались гены в ходе эволюции, а также на исследование и прогнозирование генетических процессов, в том числе раковых заболеваний. На основе достигнутого создаются наночастицы для направленной терапии рака. Оказалось, что гены можно редактировать, противостоять их мутации. Одержаны первые успехи в терапии гемофилии. Высвечены новые решения, нацеленные на борьбу с гепатитами, рассеянным склерозом. Технологии постоянно, год от года совершенствуются. Наш подход показал, что РНК-терапия приводит к улучшению здоровья пациентов с амилоидозом. А ведь речь идёт о смертельном заболевании, которому подвержены более 50 тыс. людей по всему миру. Наука интернациональна. Любые инновации, любые изменения жизни к лучшему начинаются с обычных исследований.

– У Данте есть строки «Земную жизнь пройдя до половинны, я очутился в сумрачном лесу...» Вы чувствуете возраст?

– Нет, я ещё не ощущаю себя «в лесу». Внутренне по-прежнему молод. Слово бы лечу на огромной волне. Я не лидер этой волны, но я ощущаю себя частью этой волны.

– В работе конференции здесь, в Сколково, участвует ваш коллега из Японии, лауреат Нобелевской премии по физиологии и медицине 2012 г. Синъя Яманака, профессор Института передовых медицинских наук Университета Киото...

– Да, доктора Яманаку можно назвать лидером той волны, о которой я говорил...

Вместе с аудиторией я с большим интересом слушал рассказ о том, как ему и его команде удалось перепрограммировать клетки соединительной ткани в стволовые клетки. Используя генетические манипуляции, исследователи сумели получить стволовую клетку из обычной клетки кожи. Удивительное дело!.. Индуцированные, многофунк-

циональные стволовые клетки способны формировать здоровые клетки различных органов. Это означает, что появились перспективы создания тканей и органов взамен повреждённых или утерянных вследствие болезни или травмы. «Строительным» материалом для новых органов и тканей станут клетки самого человека. Учёный сообщил о положительных результатах опытов с человеческими клетками. Именно за это достижение он совместно с британским учёным Джоном Гердоном получил Нобелевскую премию.

Открытие японского учёного имеет огромное значение для практической медицины. К примеру, появляется возможность перепрограммировать клетки кожи людей с различными заболеваниями для того, чтобы сравнить, в чём их отличие от клеток здоровых людей. Это – ещё один шаг на пути к пониманию развития болезней и разработке новых методов лечения.

– Невольно вспоминается Кацусика Хokusай, замечательный японский художник и философ, умевший передавать движение огромных морских волн. Обращаясь к молодым художникам, он отметил: «Если ты хочешь нарисовать птицу, ты должен стать птицей». Ваши научные достижения служат как бы иллюстрацией к этим словам...

– Что ж, можно и так сказать.

– Что предшествовало вашему восхождению к научной вершине? Расскажите, пожалуйста, немного о себе.

– Я родился в городе Фалмут штата Кентукки. Самые ранние воспоминания – детские игры на нашей семейной ферме, что находилась в излучине реки. Родители из многодетных семей. Так что я был окружён бабушками, дедушками, тётями, дядями... С малых лет работал по хозяйству, убирал урожай, помогая старшим. Ещё в школе приобщился к математике и естественным наукам. А позднее зарабатывал, чтобы платить за высшее образование. Никогда не

гнушался труда. Сколько помню себя, для меня всегда было характерно любопытство, желание познать новое. И это чувство не оставляет и сегодня, движет мною и поныне.

Став старше, решил специализироваться по химии. Так попал в Университет Иллинойса, где окончил аспирантуру. А потом пришло увлечение экспериментальной молекулярной биологией: забывал о времени, изучая геномы с помощью электронной микроскопии.

– Ступеньки карьеры?

– В 1974 г. известный микробиолог Сальвадор Лурья пригласил меня, молодого учёного в Массачусетский технологический институт (MIT) – самый престижный технический университет мира. В 1985 г. я был назначен на пост директора Центра исследования раковых заболеваний, а позднее получил должность руководителя Института исследования мозга. Принимал самое деятельное участие в интересной серии экспериментов... В течение 6 лет возглавлял Центр исследований рака (ныне институт Коха). Был основателем и директором Института Макговерна. Если говорить о научных интересах, то они были сосредоточены на молекулярной биологии экспрессии генов, имеющих отношение к раку, механизмах реорганизации РНК. Все эти работы стали своеобразной прелюдией Нобелевской премии по физиологии и медицине. В настоящее время являюсь профессором биологии Массачусетского технологического института.

– В чём вы видите истоки творческого долголетия? Вы ведь не из тех учёных, что замыкаются в башне из слоновой кости и отчуждённо наблюдают за суетным миром.

– В активной позиции во всём, что касается любимого дела. Мне хотелось стать одним из основателей и членом совета директоров одной из первых биотехнических компаний в мире – Biogen Inc., в которой трудятся 8 тыс. сотрудников, а также компаний, занятых

проблемами фармацевтики, биосинтеза.

Свидетельство тому, что коллеги называют мой неутомомностью, – награды, почётные звания. Я член Национальной академии наук, Американской академии искусств и наук, ассоциированный член Европейской организации молекулярной биологии и Американской ассоциации содействия развитию науки, Американского философского общества, Королевского общества Великобритании и др.

Проникая в тайны мироздания, я всегда чувствую желание поделиться своими открытиями с коллегами, проверить вместе с ними свои впечатления, выводы. У меня свыше 400 научных публикаций...

И конечно же, преодолевать усталость помогают постоянные контакты с творческой молодёжью.

– Нобелевская премия – это не только признание высоких достижений лауреата, но и солидная финансовая награда. Зарубежная пресса рассказывает о том, как по-разному порой распоряжаются лауреаты полученной премией. Можно поинтересоваться, как использовали её вы?

– Я на призовые деньги исполнил мечту своей семьи – приобрёл старинный дом с чудесным садом.

– В России всё больше сторонников здорового образа жизни... А как поддерживаете рабочую форму вы? Ваши хобби?

– Противник покоя, я сторонник активного движения. Много хожу. Люблю бывать на природе, нередко отправляюсь в походы. Прекрасная подзарядка – это велосипед. Большое удовольствие доставляют занятия парусным спортом.

– Жизненное правило, которому вы следуете?..

– Я не знаю, что такое скука. Если сталкиваюсь с чем-то, что мне безразлично, просто теряю к этому интерес, переключаю своё внимание. Меня всегда влечёт что-то новое, познавательное. Вот и в своём обращении к читателям вашей газеты я написал:

«Наука – это удивительный жизненный путь, полный сюрпризов и удовольствия, которое можно разделить с друзьями».

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».
Фото автора.

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



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

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

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба);
inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 3010181040000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 2676.
Тираж 36 320 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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