

Медицинская

7 мая 2014 г.

среда

№ 33 (7458)

газета®

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

www.mgzt.ru

12 мая – Международный день медицинской сестры

Под парусом надежды – в будущее

Сестринские кадры – движущая сила перемен, важный ресурс здравоохранения



Медицинские сёстры, акушерки, фельдшеры составляют самую крупную профессиональную группу в здравоохранении любой страны. Логично предположить, что и роль этой армии в охране здоровья и оказании помощи пациентам является ключевой. Какой ответ могут дать медицинские сёстры современным вызовам в сфере здравоохранения, как меняются сестринская практика и образование, какие задачи ставит перед собой и решает профессиональная общественная организация? Ответить на эти вопросы накануне праздника мы попросили президента Ассоциации медицинских сестёр России (РАМС), председателя Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций Валентину САРКИСОВУ.

– Май действительно значимый месяц для специалистов сестринского дела – во всех регионах проводятся торжественные мероприятия, профессиональные конкурсы, научно-практические конференции. 5 мая отмечается Международный

день акушерки, а 12 мая – Международный день медицинской сестры. Год от года мы видим, как меняется уровень этих мероприятий и уровень профессиональных достижений наших специалистов.

Медицинские сёстры во всём

мире разрабатывают и внедряют новшества, которые жизненно необходимы системам здравоохранения и населению. Девиз нынешнего Международного дня «Медицинские сёстры – движущая сила перемен, жизненно важный ресурс в поддержку здоровья» подчёркивает, что они меняют мир, помогая сохранению здоровья каждой семьи.

(Окончание на стр. 5.)

НА СНИМКЕ: Наталья Маханкова, медсестра отделения реанимации и анестезиологии горбольницы № 40 С.-Петербурга.

Дежурный по номеру: Вадим ЛИТВИНЕНКО

Заместитель главного врача по терапии С.-Петербургской городской больницы Святой преподобномученицы Елизаветы, кандидат медицинских наук.



Инициатива

Аллея ветеранов

Жители Черниговского района Приморского края сделали местной больнице прекрасный подарок – целую аллею из молодых сосен. В начале апреля добровольцы высадили 150 деревьев, а к началу мая к ним добавятся ещё 70.

вать пациентов и врачей», – рассказывает он.

Руководство больницы не только одобрило инициативу, но и помогло с посадкой деревьев. По словам главного врача ЛПУ Олега Быкова, новой «лесополосе» уже придумано название – Аллея ветеранов.

Такой презент больнице решил преподнести один из пациентов ЛПУ – ветеран труда Михаил Рябцев. «Несколько раз в году я нахожусь в дневном стационаре больницы и очень доволен качеством медицинских услуг. Однажды мне в голову пришла мысль о том, как я могу отблагодарить медработников. Идея была проста – посадить молодые сосны, которые уже через несколько лет подрастут, и будут радо-

«Нам очень приятно, что находятся неравнодушные пациенты, которые способны на подобные поступки. Учитывая, что сегодня престиж врача в стране не высок, именно такие добрые дела показывают медработникам, что их труд ценят, а их самих – уважают», – говорит Олег Быков.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Проект нового закона о донорстве органов и их трансплантации движется по инстанциям.

Стр. 4, 10.

В Самаре встречали гвардейцев-подводников.

Стр. 7.

Деловые встречи

С чего начинается детство

В Кемеровской государственной медицинской академии прошла 18-я Международная научно-практическая конференция «Внутриутробное детство – основа здоровья человека».

Её организаторами выступили Кемеровская региональная общественная организация акушеров-гинекологов, Департамент охраны здоровья населения администрации Кемеровской области, Кемеров-

ская государственная медицинская академия, Европейское общество онкогинекологов. В конференции приняли участие около 700 человек, в том числе свыше 60 приглашённых экспертов в области акушерства, гинекологии, онкологии и эндокринологии из России, Великобритании, Германии, Иордании и Швеции.

Ключевое место в работе форума заняло обсуждение различных аспектов раннего развития плода и успехов современной медицины в

оказании помощи человеку, начиная с внутриутробного периода. Часть докладов была посвящена здоровью детей, рождённых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, а также здоровью и качеству жизни детей, появившихся на свет с низкой, экстремально низкой и избыточной массой тела.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

DIXION
СОВРЕМЕННОЕ РОССИЙСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 50 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Ещё 5-10 лет назад мы декларировали, что сестринское дело подразумевает не только практику, но и науку, что медицинским сёстрам предстоит открыть для себя новую сферу деятельности и начать заниматься научными исследованиями. Сегодня у нас уже есть первые результаты. Благодаря тому, что ориентированные на исследования проекты РАМС были подхвачены региональными ассоциациями, медицинские сёстры на местах получили поддержку исследовательских инициатив. Важно вспомнить, что традиций научных исследований, соответствующих структур в учреждениях здравоохранения просто не существует. На базе различных лечебных отделений действуют медицинские научные кафедры, но сестринских нет.

Исследования медицинских сестёр ориентированы на решение наиболее актуальных проблем пациентов – борьба с болью и другими симптомами заболеваний, адаптация к длительным режимам лечения и приверженность терапии, повышение качества жизни пациентов с хроническими проблемами здоровья. Например, в одной из клиник Омска медицинская сестра провела исследование эффективности нового сестринского вмешательства – ранней физической активности пациентов, перенёвших ампутацию нижних конечностей. Оценка результатов показала, что такой подход к оказанию сестринской помощи помогает пациентам быстрее адаптироваться и физически и эмоционально к серьёзным изменениям в состоянии здоровья; требует меньшего количества обезболивающих препаратов, способствует раннему восстановлению навыков самоухода, существенному сокращению сроков госпитализации.

В рамках одного из международных проектов ассоциации мы оказываем поддержку исследовательской работе медицинских сестёр противотуберкулёзной службы. Медсёстры разрабатывают и тестируют различные программы для пациентов, реализуют проекты скоординированной и своевременной помощи больным, изучают проблемы лечения сопутствующих заболеваний и качественного ухода за пациентами с туберкулёзом и ВИЧ.

Такие примеры сестринских исследований и сестринской практики говорят о том, что автономную роль сестринской профессии нельзя недооценивать. Сейчас нередко можно слышать, что сегодняшняя система здравоохранения не совсем эффективна, что необходимо сокращать объёмы стационарной помощи, повышать оборот койки. Многие учреждения получили в рамках проекта модернизации современное оборудование, есть возможности для проведения тщательной диагностики и лечения, следующий шаг – это передовая сестринская помощь, дефицит которой, кстати, испытывают пациенты во всем мире.

Прогнозируемая продолжительность жизни населения в большинстве стран повышается, однако речь идёт о дополнительных годах, когда люди страдают от заболеваний. Технологические решения позволяют этого добиваться, но дальнейший уход за пациентами осложняется нехваткой медицинских работников. Ключевую роль здесь играет рациональное использование ресурсов здравоохранения, в том числе кадровых, необходим акцент на профилактике заболеваний, на развитии первичного сектора здравоохранения, на повышении роли пациента в управлении своим состоянием.

Медицинские сёстры нашей страны отвечают на эти вызовы созданием школ пациента, разработкой учебных программ для больных и членов их семей, использованием преимуществ телемедицины для проведения он-лайн-консультаций, внедрением организационных новшеств.



тивном проекте Европейского офиса Всемирной организации здравоохранения по формированию базы данных передовой сестринской практики. Примеры, собранные в разных европейских странах, помогут увидеть, в каких направлениях умелое использование сестринских кадров помогает эффективно решать проблемы качества и доступности медицинской помощи. Мы будем активно делиться своим опытом и брать на вооружение прошедший экспертный обзор ВОЗ опыт наших европейских коллег.

Однако при всех перспективах, которые открывают для здравоохранения проекты передовой сестрин-

исследование было завершено и в Европе, оно подтвердило ранее полученные данные США и других стран относительно роли медсестёр-бакалавров в снижении госпитальной смертности, сокращении числа госпитализаций, повышении удовлетворённости пациентов медицинской помощью.

Всемирная организация здравоохранения также признаёт, что медицинским сёстрам должно быть доступно высшее образование. В сентябре на заседании Регионального комитета Европейского бюро ВОЗ будет рассмотрен документ по укреплению сестринского и акушерского дела, где определены 4 приоритетных направления для развития: совершенствование и трансформация образования, планирование и оптимизация кадров, обеспечение благопри-

Многие европейские страны пошли по пути «прикладного бакалавриата» – училища и колледжи получили статус университетских и работают во взаимодействии с вузами. Модульные программы подготовки позволяют медицинским сёстрам, окончившим такие колледжи, получить диплом бакалавра, а далее поступить в магистратуру, затем в аспирантуру. Молодые люди, которые одновременно оценивают свои будущие профессиональные перспективы, гораздо охотнее делают выбор в пользу такой сестринской профессии, которая даёт возможность дальнейшего роста.

Российский фельдшер – это, по сути, бакалавр по специальности «лечебное дело». Он выполняет функции сельского врача, обладает необходимыми компетенциями,

12 мая – Международный день медицинской сестры

Под парусом надежды – в будущее

Многим известен пример работы Самарской поликлиники № 15, где был введён сестринский приём пациентов, что позволило существенно сократить очереди к терапевтам. Медицинские сёстры при поддержке информационной системы сформировали паспорта своих участков. Были выделены группы пациентов – с рисками тех или иных заболеваний или с имеющейся патологией, которые ведут медицинские сёстры: люди своевременно получают приглашение на диспансеризацию, проходят обучение. В итоге заметно сокращается число госпитализаций, вызовов скорой помощи, потому что плановая работа в первичном звене с опорой на сестринские кадры организована на отлично.

Ассоциация медицинских сестёр России ратует за то, чтобы примеру самарской поликлиники последовали другие учреждения первичного звена. Необходимо использовать труд, квалификацию сестринского персонала во благо пациента. Мы считаем, что медицинским сёстрам не нужно присутствовать на приёме совместно с врачами многих специальностей, гораздо рациональнее потратить это время на пациентов. Грамотная координация потоков поможет избавиться от очередей, а к врачу будут попадать именно те больные, которые действительно нуждаются в специалисте, а не в решении вопросов с документами – справками, выписками, направлениями.

Одна из остро нуждающихся в поддержке групп населения – пожилые люди с тяжёлыми заболеваниями, когда технологии помочь уже не могут, но качественный уход необходим для достойной жизни. Медицинские сёстры создают школы по уходу за такими больными, проводят обучение как в ЛПУ, так и на дому. Совсем недавно такая школа, например, была открыта в поликлинике № 1 Вологды. Несмотря на сравнительно короткую историю своей деятельности, она уже успела заслужить отличные отзывы со стороны пациентов и их близких.

Примеры инновационной практики медицинских сестёр должны, по нашему убеждению, стать основой для развития сестринского дела и масштабной реорганизации сестринских служб, основой для соответствующих политических решений. Сегодня РАМС, будучи членом мирового и европейского сообщества профессиональных ассоциаций, участвует в перспек-

тивной помощи, для их внедрения в массовом порядке необходимы определённые предпосылки, создание среды, способствующей инновациям, нужны знания, достаточный уровень образования.

Уже много лет в нашей стране ведутся дебаты по вопросу о высшем образовании для медицинских сестёр. Для нас, представителей практики, высшее образование – это основа для преобразований, престиж профессии, привлечение в неё лучших выпускников, повышение эффективности медицинской помощи; для государства – дополнительные бюджетные средства, большие расходы. За неимением

ятой производственной среды и поддержка доказательной практики и инноваций. Этот документ разрабатывался и обсуждался экспертами ВОЗ совместно с членами Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций, и будет претворяться в жизнь в течение предстоящих 2 лет.

Многие европейские страны осуществили или в настоящее время осуществляют переход на бакалавриат как входной билет в сестринскую профессию, открывая путь медицинским сёстрам, имеющим среднее специальное образование, для продолжения обучения в университете. В Рос-



собственных исследовательских центров, которые могли бы подчитать эффективность использования труда медицинских сестёр с университетской подготовкой в нашей стране, считаем целесообразной опору на опыт США и Европы. Более 10 лет назад в США были проведены исследования, продемонстрировавшие, что чем больше сестёр-бакалавров задействовано в оказании помощи, тем ниже риски смертности пациента, повторных госпитализаций. Результаты этих исследований стали основой политики государства в сестринском деле – был сделан упор на увеличении числа не только медсестёр-бакалавров, но также магистров и специалистов, прошедших докторантуру. Совсем недавно аналогичное

этого пути пока закрыт. Чтобы практикующей медсестре, у которой за плечами 3 года учёбы в училище или колледже, получить степень бакалавра, нужно поступить в университет и пройти обучение длительностью в 4 года. Простой математический подсчёт говорит о том, что «всего» за 7 лет подготовки можно стать сестрой-бакалавром! Пожалуй, нет ни одной другой профессии, где работникам была бы предложена столь длинная дистанция. Конечно, бакалавриат доступен выпускникам школ, но как быть с подавляющим большинством медицинских сестёр, имеющих за плечами и специальные знания, и практический опыт? Неужели для них у системы медицинского образования нет разумных решений?

работает автономно. Давайте же закрепим профессиональный статус такого работника дипломом, свидетельствующим о первой степени высшего образования.

Ассоциация медицинских сестёр России искренне надеется на диалог с Министерством здравоохранения, Министерством образования, руководителями медицинских училищ и колледжей, деканами факультетов сестринского образования. Должны быть, наконец, выработаны наиболее рациональные и отвечающие уровню подготовки системы признания профессиональных квалификаций, дан зелёный свет будущему профессии.

Необходимы решения и по вопросам повышения квалификации сестринских кадров. И здесь предпочтительными являются краткосрочные модульные циклы не для медицинских сестёр того или иного профиля, а по тематическим направлениям – инфекционный контроль, инфузионная терапия, обучение пациентов, информатика, уход за пожилыми, уход за тяжелобольными, профилактика и здоровый образ жизни и т.д. Важно развивать и принципы накопительной системы приобретения новых знаний. Многие региональные ассоциации в составе РАМС такую работу давно ведут и ждут её официального признания на уровне государства.

Практика показывает, что специалисты сестринского дела давно готовы к переменам, стремятся максимально реализовать свои знания, опыт и мастерство. Очень хочется, чтобы к их мнению прислушались не только прогрессивные мыслящие руководители учреждений, которых сегодня очень и очень много, но и руководители региональных органов управления, Министерства здравоохранения РФ. Мы надеемся, на создание современной системы подготовки кадров, на прозрачную систему вознаграждений и на справедливую оценку труда медицинских сестёр.

От имени РАМС желаем всем медицинским сёстрам, акушеркам, фельдшерам, преподавателям сестринского дела успехов, слаженной работы во взаимодействии друг с другом, поддержки со стороны руководства.

НА СНИМКАХ: Валентина Саркисова; в сердечном отношении нуждаются все: от мала до велика.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 30 (1797)

(Окончание. Начало в № 32 от 30.04.2014.)

Дополнительные методы
обследования
для выявления ТЭЛА

Другие методы обследования для выявления ТЭЛА имеют вспомогательное значение. Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия – достаточно чувствительный метод диагностики, который используется преимущественно в тех случаях, когда противопоказана компьютерная томография. При негативных результатах сцинтиграфии у пациентов с низкой вероятностью ТЭЛА можно исключить диагноз тромбоэмболии. Положительные результаты сканирования у пациентов с высокой вероятностью ТЭЛА подтверждают диагноз, но у пациентов с низкой вероятностью ТЭЛА для уточнения диагноза могут потребоваться дополнительные методы обследования.

Венозная компрессионная ультрасонография позволяет обнаружить тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тем самым подтвердить ТЭЛА в случае ложнонегативных результатов, которые могут быть получены при одноклеточной КТ. Этот метод обследования показан также в тех случаях, когда пациентам не может быть проведена КТ, ангиография или другие методы визуализации тромба в лёгочных артериях. Характерная клиника ТЭЛА в сочетании с подтверждённым источником тромбов в проксимальных отделах глубоких вен нижних конечностей позволяет диагностировать ТЭЛА. Однако наличие тромбов в дистальных отделах глубоких вен нижних конечностей требует дополнительных методов обследования для подтверждения диагноза ТЭЛА. Значение этого метода обследования и показания к нему продолжают обсуждаться.

Ангиография лёгочных сосудов достаточно точно позволяет диагностировать ТЭЛА, однако это инвазивный метод обследования, который не имеет преимуществ перед КТ. Использование ангиографии может быть полезным, если результаты неинвазивных методов обследования оказались противоречивыми. У больных высокого риска ангиография не рекомендуется, поскольку повышает риск смерти у нестабильных пациентов и увеличивает риск кровотечений после тромболитической терапии.

К косвенным методам обследования для выявления ТЭЛА относят рентгенографию грудной клетки и ЭКГ. При проведении этих исследований обычно определяют признаки так называемого острого лёгочного сердца, появляющиеся при острой дилатации правого желудочка. Следует отметить, что при выявлении симптомов острого лёгочного сердца по результатам рентгенографии грудной клетки и ЭКГ этих больных сразу относят к группе высокого риска развития ТЭЛА с последующей её верификацией, согласно представленному алгоритму диагностики.

При рентгенографии грудной клетки у больных с ТЭЛА характерны следующие признаки:

- Симптомы острого лёгочного сердца: расширение верхней полой вены; расширение тени сердца вправо и выбухание конуса лёгочной артерии.
- Расширение конуса лёгочной артерии проявляется сглаживанием талии сердца или выбуханием второй дуги за левый контур.
- Расширение корня лёгкого, его обрубленность и деформация на стороне поражения.
- «Просветление» (обеднение) лёгочного рисунка (симптом Вестермарка).
- Высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения.
- Дисковидные ателектазы.
- При инфаркте лёгкого – чётко очерченное затемнение треугольной формы с основанием, расположенным субплеврально, и вершиной, направленной в сторону ворот (не ранее 2 суток).

Следует отметить, что у 30-70% больных рентгенологические признаки ТЭЛА отсутствуют либо не могут быть выявлены на фоне хронических заболеваний лёгких, так как наибольшая частота эмболизации лёгочной артерии отмечается в верхних сегментах лёгких.

ЭКГ-признаки ТЭЛА (острого лёгочного сердца), выявляемые примерно у 40% пациентов, представлены следующими критериями:

- отклонение электрической оси сердца вправо;

- зубец S в I стандартном отведении, зубец Q (< 0,03 с) и отрицательный зубец T в III отведении (синдром МакДжина – Уайта или синдром SI-QIII);
- полная или неполная блокада правой ветви пучка Гиса; P-pulmonale (перегрузка правого предсердия);
- смещение переходной зоны вправо; появление глубоких S в отведениях V5-6;
- элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF и/или подъём ST в грудных отведениях V1-4 (в отличие от инфаркта миокарда для ТЭЛА не характерны реципрокные изменения);
- инверсия зубца T в правых грудных отведениях (V1-3).

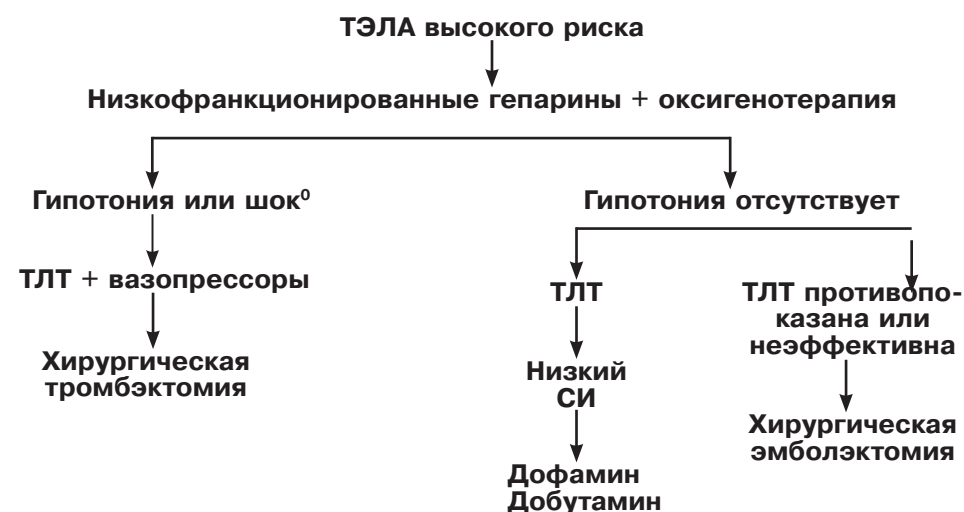
Для профилактики ТЭЛА у пациентов, которым проводятся обширные ортопедические оперативные вмешательства на нижних конечностях, может быть использован ривароксабан в дозе 10 мг в день, а при операциях на венных нижних конечностях или при фибрилляции предсердий – дабигатран в дозе 220-300 мг/сут.

Лечение ТЭЛА у пациентов
невысокого
(умеренного или низкого) риска

При выборе тактики лечения необходимо учитывать общий риск смерти: у пациентов высокого риска с ТЭЛА даже те состояния, которые при инфаркте миокарда считаются абсолютными противопоказаниями к тромболитису (например, проведённое в предыдущие 3 недели хирургическое вмешательство или перенесённое в предыдущий месяц желудочно-кишечное кровотечение), при ТЭЛА могут быть расценены как относительные противопоказания и не вынуждают отказываться от тромболитической терапии в жизнеугрожающих состояниях. Рутинное

осторожностью при почечной дисфункции (в случае уменьшения клиренса креатинина < 30 мл/мин предпочтителен нефракционированный гепарин), а также при высоком риске геморрагических осложнений (нефракционированный гепарин имеет более короткую длительность действия и потому его быстрее можно отменить в случае развития кровотечения).

Для лечения ТЭЛА рекомендованы такие низкомолекулярные гепарины, как эноксапарин (10 мг/кг массы тела каждые 12 ч или 1,5 мг/кг 1 раз в сутки) и тинзапарин (175 ЕД/кг 1 раз в сутки). У больных с онкозаболеваниями в случае венозного тромбоэмболизма (тромбоз глубоких вен и/или ТЭЛА) может использоваться также дальтепарин (200 ЕД/кг 1 раз в сутки). Иногда используются и другие низкомолекулярные гепарины, хотя для них на сегодняшний день пока ограничена доказательная база по применению у больных с ТЭЛА. В настоящее время низкомолекулярные гепарины пока не могут быть рекомендованы у больных высокого риска с гемодинамической нестабильностью, поскольку во всех рандо-

Тромбоэмболия
лёгочной артерии

Примечание: СИ – сердечный индекс.

Лечение ТЭЛА у пациентов высокого риска

Лечение

Основными направлениями лечения ТЭЛА являются гемодинамическая и респираторная поддержка, реперфузия (тромболитическая или хирургическое удаление эмболов из лёгочных артерий), антикоагулянтная терапия. При этом стратегия лечения существенно зависит от степени риска.

Для тромболитической терапии при ТЭЛА на сегодняшний день одобрено три режима:

1. Стрептокиназа: обычная схема – нагрузочная доза 250 тыс. МЕ (на протяжении 30 мин), далее 100 тыс. МЕ в час на протяжении 12-24 ч; ускоренная схема – 1,5 млн МЕ на протяжении 2 ч.
2. Урокиназа: обычная схема – нагрузочная доза 4400 МЕ/кг массы тела (на протяжении 10 мин), далее 4400 МЕ/кг массы тела в час на протяжении 12-24 ч; ускоренная схема – 3 млн МЕ на протяжении 2 ч.
3. rt-PA (альтеплаза): 100 мг на протяжении 2 ч; ускоренная схема – 0,6 мг/кг массы тела на протяжении 15 мин (максимальная доза 50 мг).

Кроме того, имеются предварительные доказательные данные о потенциальной возможности применения в качестве тромболитического препарата ретеплазы и тенектеплазы.

Следует отметить, что системный тромболитический препарат селективнее селективного – последний не показал своих преимуществ перед системным, однако сопровождается повышенным риском геморрагических осложнений из места введения катетера. Риск геморрагических осложнений при тромболитической терапии ТЭЛА зависит от сопутствующей патологии и в среднем (по совокупным данным целого ряда исследований) достигает 13% для серьёзных геморрагий в целом и 1,8% для внутричерепных и/или фатальных геморрагий.

использование тромболитической терапии у больных невысокого риска не рекомендовано, но её целесообразность может быть рассмотрена у некоторых пациентов с умеренным риском. Тромболитическая терапия не показана у пациентов с низким риском.

Антикоагулянтная терапия должна быть начата немедленно у пациентов с высокой или средней вероятностью ТЭЛА ещё в процессе диагностики, не дожидаясь окончательного подтверждения диагноза. Для большинства пациентов в качестве предпочтительного антикоагулянта рекомендуется препарат группы низкомолекулярных гепаринов или фондапаринукс, однако у больных с высоким риском геморрагических осложнений, а также в случае наличия тяжёлой почечной дисфункции для стартовой антикоагулянтной терапии показан нефракционированный гепарин с удержанием активированного частичного тромбопластинового времени в пределах значений, в 1,5-2,5 раза превышающих нормальный показатель. Антикоагулянтная терапия нефракционированным гепарином, низкомолекулярным гепарином или фондапаринуксом должна продолжаться не менее 5 дней и может быть заменена на антагонист витамина К только после достижения целевого МНО и удержания его на протяжении как минимум 2 дней. Согласно американским рекомендациям по антитромботической терапии, наряду с использованием варфарина возможно использование различных форм аспирина (G.H.Guyatt et al., 2012).

В большинстве случаев вместо нефракционированного гепарина могут использоваться низкомолекулярные гепарины, которые удобнее в применении и не требуют контроля активированного частичного тромбопластинового времени, однако эти препараты следует назначать с

мизированных исследованиях, изучавших применение этих препаратов при ТЭЛА, больные высокого риска исключались.

При назначении как нефракционированного гепарина, так и низкомолекулярных гепаринов необходимо контролировать уровень тромбоцитов в крови, учитывая риск развития гепарининдуцированной тромбоцитопении. Кроме того, для антикоагуляции при ТЭЛА рекомендуется назначение селективного ингибитора фактора Ха – фондапаринукса. Препарат назначается подкожно 1 раз в сутки в трёх режимах дозирования в зависимости от массы тела пациента: 5 мг (< 50 кг), 7,5 мг (50-100 кг) или 10 мг (> 100 кг). В различных исследованиях фондапаринукс подтвердил свою высокую эффективность при ТЭЛА – при его применении количество рецидивов тромбоэмболий и серьёзных геморрагических осложнений было сравнимым с таковым на фоне приёма нефракционированного гепарина (J.B.Segal et al., 2007). Фондапаринукс не вызывает тромбоцитопению, в связи с чем при его введении не нужно контролировать уровень тромбоцитов в крови, однако он противопоказан при тяжёлой почечной недостаточности (клиренс креатинина < 20 мл/мин).

Как можно раньше также следует назначить перорально антагонист витамина К (варфарин) – желательно в тот же день, когда стартовало парентеральное введение антикоагулянтов прямого действия. Рекомендуется использовать начальные дозы варфарина 5 или 7,5 мг, хотя у пациентов моложе 60 лет и без серьёзной сопутствующей патологии безопасной является начальная доза 10 мг. После достижения МНО в пределах 2,0-3,0 и удержания его на таком уровне не менее чем 2 суток прямые антикоагулянты можно отменить (но не ранее, чем через 5 суток после начала их применения).

Хирургическая эмболектomia в настоящее время может рассматриваться как альтернативный метод лечения ТЭЛА у больных высокого риска. На протяжении длительного времени этот подход использовался при ТЭЛА очень редко, однако в последние годы хирургическая техника значительно усовершенствовалась, появились убедительные доказательные данные по эффективности и безопасности такой операции. Если исключить больных, находящихся в состоянии тяжёлого шока, ранняя смертность после этого вмешательства не должна превышать 6-8%.

Ещё одним альтернативным методом реперфузии может быть чрескожная эмболектomia с помощью катетера или фрагментация тромба. Доказательная база по этим вмешательствам на сегодняшний день ограничена, однако есть свидетельства тому, что в некоторых случаях такие операции могут иметь жизненно спасающее значение при крупных эмболах лёгочного ствола или главных лёгочных артерий.

**Лечение
инфаркт-пневмонии**

Верификация ТЭЛА, как правило, в большинстве случаев подразумевает в дальнейшем развитие инфаркт-пневмонии. Для предупреждения инфекционных осложнений инфаркт-пневмонии используются антибиотики, отхаркивающие средства, бронходилататоры.

Антибиотики. Препаратами выбора являются цефалоспорины третьего поколения – цефотаксим 2 г – 4 раза в сутки, то есть до 8 г в сутки или цефтриаксон 2 г – 2 раза в сутки + аминогликозиды – амикацин 1-1,5 г 1 раз в сутки или 0,5 г – 2-3 раза в сутки. Курс 7 дней, контроль уровня креатинина крови. Альтернативные антибиотики – цефалоспорины четвёртого поколения – цефепим 1-2 г – 2 раза в сутки или ингибиторзащищённые цефалоспорины – сульперазон 2 г – 2-3 раза в сутки или сульталин 3 г – 3 раза в сутки (максимально до 12 г). Группа резерва – карбопенемы: имипенем 0,5 – 4 раза в сутки или меропенем 1 г – 3 раза в сутки.

Отхаркивающие средства. Амброксол 75 мг 2 раза в день, ацетилцистеин 200 мг 2-3 раза в день. Курс – 7-10 дней.

Бронхолитики. Эуфиллин 2,4% – 10,0 внутривенно или его пролонгированная пероральная форма – теопэк 0,3 2 раза в день. Курс 7-10 дней.

Вторичная профилактика

Пациентам, перенёсшим ТЭЛА, рекомендуется лечение антагонистом витамина К на протяжении 3 месяцев, если тромбоэмболия была спровоцирована модифицируемым (преходящим) фактором, и не менее 3 месяцев, если тромбоэмболия была спонтанной. У пациентов с первым эпизодом тромбоэмболии, не спровоцированной какими-либо первичными факторами, и с низким риском кровотечений может быть рассмотрена целесообразность долгосрочного приёма пероральных антикоагулянтов; в случае повторного эпизода неспровоцированной тромбоэмболии долгосрочная антикоагулянтная терапия является рекомендуемой. Польза/риск долгосрочной антикоагулянтной терапии должны регулярно оцениваться через равные промежутки времени. Вне зависимости от длительности антикоагулянтной терапии после перенесённой ТЭЛА при лечении антагонистом витамина К рекомендуется поддерживать уровень МНО в пределах 2,0-3,0.

У пациентов, страдающих онкопатологи-

ей и перенёсших ТЭЛА, следует рассмотреть целесообразность применения низкомолекулярных гепаринов на протяжении первых 3-6 месяцев; по истечении этого срока необходимо продолжить антикоагулянтную терапию антагонистом витамина К или низкомолекулярным гепарином вне зависимости от того, излечимо злокачественное заболевание или нет.

Вопрос относительно необходимости установки кава-фильтров для профилактики рецидивов тромбоэмболий на сегодняшний день не решён. Рутинное использование внутривенных фильтров у пациентов, перенёсших ТЭЛА, не рекомендовано, однако они могут использоваться в тех случаях, когда у пациента высокий риск рецидива тромбоэмболии и имеются абсолютные противопоказания к антикоагулянтной терапии. Постоянные кава-фильтры способны обеспечить пожизненную защиту от рецидива ТЭЛА, если источником тромбов являются глубокие вены нижних конечностей или вены малого таза. Однако осложнения, связанные с наличием таких фильтров, не являются редкостью. Уже у 10% пациентов развиваются ранние осложнения, поздние осложнения встречаются гораздо чаще. В течение 5 лет после установки кава-фильтра у 22% пациентов вне зависимости от характера и длительности антикоагулянтной терапии развивается окклюзия нижней полой вены; в течение 9 лет – у 33%. Однако точно определить соотношение польза/риск при использовании кава-фильтров на сегодняшний день сложно в связи с ограниченным количеством доказательных данных.

**Особенности ведения
больных с ТЭЛА
в некоторых специфических
клинических ситуациях**

Беременность и роды. ТЭЛА на фоне беременности встречается в 0,3-1 случае на тысячу рождений и в развитых странах представляет собой ведущую причину материнской смертности. Риск ТЭЛА выше всего в послеродовом периоде, особенно после кесарева сечения. При подтверждённой ТЭЛА рекомендуется назначение низкомолекулярных гепаринов, в то время как антагонисты витамина К не показаны на протяжении первого и третьего триместров беременности и могут использоваться с осторожностью во время второго триместра. Применение варфарина в первом триместре беременности ассоци-

ировано с эмбриопатиями, в третьем – с геморрагическими осложнениями у плода и новорождённого, а также с отслойкой плаценты. После родов варфарин может быть назначен вместо препарата группы низкомолекулярных гепаринов и безопасно использоваться даже у кормящих матерей. Антикоагуляция должна продолжаться до конца беременности и не менее чем 3 месяца после родов.

Злокачественные заболевания. Хотя онкопатология является важным предрасполагающим фактором для развития тромбоэмболических осложнений, рутинный скрининг на злокачественные заболевания у всех больных с неспровоцированным первым эпизодом ТЭЛА не рекомендуется. Подтверждённая ТЭЛА у онкобольных требует назначения антикоагулянтной терапии, вне зависимости от того, является новообразование курабельным или нет.

Тромб в полостях правых отделов сердца. Тромб в полостях правых отделов сердца встречается примерно у 4% больных с ТЭЛА и ассоциируется с более высокими уровнями ранней смертности. Его наличие требует немедленного лечения, при этом предпочтительными методами являются тромболизис и эмболектomia. Длительная антикоагулянтная терапия в этом случае менее эффективна. В отсутствие лечения смертность при наличии мобильного тромба в правых отделах сердца составляет 80-100%.

Хроническая посттромбоэмболическая лёгочная гипертензия. Хроническая посттромбоэмболическая лёгочная гипертензия обнаруживается у 0,5-5% пациентов, получавших лечение по поводу ТЭЛА. Это редкое, но достаточно тяжёлое осложнение ТЭЛА. Хроническая посттромбоэмболическая лёгочная гипертензия практически не поддаётся консервативному лечению, однако эмболектomia обеспечивает хорошие результаты и может быть рекомендована как метод выбора.

Нетромботическая эмболия лёгочной артерии. Нетромботические лёгочные эмболы встречаются довольно редко, и механизмы их развития существенно отличаются от ТЭЛА. Соответственно, имеются отличия и в характере течения, клинических проявлениях, подходах к лечению таких эмболий. Лечение в таких случаях зависит от вида эмболии и тяжести заболевания, однако в целом имеет симптоматический характер.

Хирургические вмешательства. Показана максимально ранняя активизация пациента в послеоперационном периоде: подъём и активная ходьба. В положении лёжа несколько раз в течение суток вы-

полнять сгибание и разгибание в голеностопных суставах. Отдых в положении лёжа с приподнятым ножным концом кровати. Противопоказана длительная статическая нагрузка в положении стоя, сидя. Обучение самоуху проводится сестринским персоналом. Пациенту объясняют необходимость и методику активизации; методику проведения упражнений; правила использования эластичных бинтов и чулок. Показана эластическая компрессия нижних конечностей (ежедневно). Пациентам с заболеваниями, требующими хирургического лечения, с целью снижения риска возникновения тромбоэмболии в интра- и послеоперационном периоде следует использовать эластичные компрессионные изделия – бинты эластичные или чулки 1-го или 2-го компрессионных классов.

Подбор эластичных чулок осуществляется с учётом окружностей конечности, измеренных на 4 уровнях – в нижней и верхней трети голени, нижней и верхней трети бедра, а также измерений конечности по высоте – от подошвенной поверхности стопы до верхней трети бедра.

Эластичные бинты или чулки используются перед операцией. Во время операции эластичная компрессия сохраняется, за исключением оперативных вмешательств на нижних конечностях.

После операции ношение бинтов или чулок обязательно в дневное и ночное время до выписки из стационара.

Применение с целью профилактики эмболии эластичных бинтов или чулок невозможно у пациентов с поражением кожных покровов (экземы, дерматиты, микозы), а также при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей.

Перемежающая пневмокомпрессия рекомендована к использованию при противопоказаниях к гепаринопрофилактике.

Пациенту и членам его семьи следует объяснить необходимость и правила неспецифической профилактики тромбоэмболии лёгочной артерии, важность вставания и ходьбы в первые сутки после операции, необходимость эластической компрессии нижних конечностей.

Вадим ЛИТВИНЕНКО,
кандидат медицинских наук.

Александр ОЛЕСИН,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Городская больница Святой
преподобномученицы Елизаветы.**

С.-Петербург.

Инсулинома, гипогликемический синдром

Инсулинома представляет собой опухоль бета-клеток островкового аппарата поджелудочной железы, секретирующей избыточное количество инсулина, что проявляется приступами гипогликемических симптомов.

Глюкоза – является основным источником энергии для нервных клеток и единственным для эритроцитов. В качестве энергетического субстрата мозг не может, в отличие от других органов, использовать жирные кислоты. На функционирование головного мозга расходуется примерно 1/5 всей глюкозы, поступающей в организм. Мозг человека нуждается в 6 г глюкозы в час, прекращение поступления в кору головного мозга глюкозы на 5-7 минут вызывает необратимые изменения – гибнут наиболее дифференцированные элементы коры.

Распространённость, локализация

Инсулинома составляет до 70-75% случаев гормонально активных опухолей поджелудочной железы. Частота обнаружения инсулином составляет 1 случай на 250 тыс. – 1,25 млн населения. Инсулиномы появляются у лиц в возрасте 45-60 лет, у женщин их обнаруживают в 1,5-2 раза чаще, чем у мужчин.

В подавляющем большинстве случаев инсулиномы локализируются в поджелудочной железе, и лишь в 1% случаев – в стенке двенадцатиперстной кишки, желчном пузыре, стенке толстой кишки, дивертикуле Меккеля. Инсулинома может располагаться в любом отделе поджелудочной железы, но чаще выявляется в хвосте и теле. Размеры инсулином, как правило, не превышают 2 см, причём в 90% случаев преобладают одиночные опухоли, в 10% – множественные.

В 10-50% случаев инсулинома носит злокачественный характер, и треть из них метастазирует. Наиболее часто метастазы локализируются в печени и в регионарных лимфатических узлах.

Опухоль характеризуется гиперсекрецией инсулина, что приводит к развитию стойкой гипогликемии. Половина всех инсулином секретирует инсулин, другие опухоли помимо инсулина продуцируют глюкагон, гастрин, соматостатин, кальцитонин и др.

Аденомы островкового аппарата делят на функционально активные (продуцирующие инсулин) и нефункционирующие (не дающие синдрома гиперинсулинизма). Функционирующие опухоли состоят преимущественно из бета-клеток островков Лангерганса, а нефункционирующие – из альфа-клеток, секрет которых (глюкагон) тормозит секрецию инсулина.

Как правило, нефункционирующие аденомы доброкачественные, функционирующие инсулиномы – злокачественные, инкретирующие значительное количество инсулина, что приводит к гипогликемии с соответствующими проявлениями органического гиперинсулинизма.

Клиническая симптоматика

Вообще синдром гипогликемии неоднокроен по природе и клиническим проявлениям. К сожалению, невысокая осведомлённость врачей о его проявлениях часто приводит к диагностическим ошибкам, и больные с инсулиномой длительно и безуспешно лечатся от самых разнообразных заболеваний.

Концентрация глюкозы в крови человека поддерживается в относительно узких пределах – 3,2-6 ммоль/л. Гипогликемией принято считать концентрацию глюкозы в крови ниже 2,5-2,8 ммоль/л у мужчин и менее 2-2,2 ммоль/л у женщин.

Выраженная гипогликемия может иметь место не только при инсулиноме, но и при тяжёлых поражениях паренхимы печени, нарушении реабсорбции глюкозы при серьёзных заболеваниях почек, опухолях надпочечников, гипофункции и атрофии передней доли гипофиза, гипофункции щитовидной железы. В некоторых случаях она развивается через 2-4 часа после приёма пищи – это реактивная или компенсаторная гипогликемия из-за избыточного выброса инсулина (как реакция на гипергликемию).

Гипогликемическое состояние наблюдается также при бронхогенном раке, злокачественных опухолях поджелудочной железы, желудка, печени, феохромоцитоме, саркомах (фибро- и дерматофибросаркоме, липосаркоме, ретикулосаркоме и лейомиосаркоме). Нередко оно обусловлено эктопической продукцией инсулиноподобного пептида. Злокачественная опухоль, функционирующая в организме как «насос», «ловушка» глюкозы, создаёт тенденцию к гипогликемии, которая до определённого времени компенсируется стимулированным глюконеогенезом (В.Шапот). Однако при больших солидных или быстрорастущих опухолях компенсаторные механизмы становятся недостаточными, и у больного развивается гипогликемия.

Паранеопластическая гипогликемия является поздним симптомом злокачественного процесса и свидетельствует о запущенности заболевания.

Одним из постоянных симптомов, характерных для инсулиномы, является чувство голода, которое становится особенно сильным перед приступом гипогликемии. У 50% больных выявляется избыток массы тела в основном из-за частого приёма пищи. Большое значение в диагностическом плане имеет указание больного на то, что он всегда при себе имеет что-нибудь сладкое: конфеты, сахар, шоколад, сладкие булочные изделия.

Развитие гипогликемического синдрома может быть медленным, в других случаях он выявляется остро в виде гипогликемического криза. Имеются сообщения о приступах гипогликемии как о первом клиническом симптоме некоторых злокачественных опухолей.

Клиническая картина медленно нарастающей гипогликемии характеризуется общей слабостью, головокружением, сердцебиением, стойким чувством голода, расстройством психической деятельности. Явления эти постепенно прогрессируют, может наступить гипогликемическая кома.

Выделяют несколько стадий развития гипогликемического состояния, которые различаются по степени выраженности клинических проявлений.

Гипогликемия может развиваться постепенно, в начальной стадии появляется лёгкая утомляемость при физическом и умственном напряжении.

Для второй стадии характерны дрожь, холодный пот, сердцебиение, бледность, резкая слабость, головокружение, острое ощущение голода, сосущие боли в подложечной области. Появляются гипотония, брадикардия, иногда – сжимающие боли за грудиной, головные боли, сонливость. Такая симптоматика свойственна возбуждению парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Во время приступа уровень глюкозы в крови падает, как правило, до очень низких цифр (меньше 2 ммоль/л), а содержание иммунореактивного инсулина становится выше уровня, определяемого натошак. В отличие от демпинг-синдрома данное состояние кратковременно и непостоянно.

(Окончание следует.)

Валерий МАКСИМОВ,
профессор.

**Лечение
инфаркт-пневмонии**

Верификация ТЭЛА, как правило, в большинстве случаев подразумевает в дальнейшем развитие инфаркт-пневмонии. Для предупреждения инфекционных осложнений инфаркт-пневмонии используются антибиотики, отхаркивающие средства, бронходилататоры.

Антибиотики. Препаратами выбора являются цефалоспорины третьего поколения – цефотаксим 2 г – 4 раза в сутки, то есть до 8 г в сутки или цефтриаксон 2 г – 2 раза в сутки + аминогликозиды – амикацин 1-1,5 г 1 раз в сутки или 0,5 г – 2-3 раза в сутки. Курс 7 дней, контроль уровня креатинина крови. Альтернативные антибиотики – цефалоспорины четвертого поколения – цефепим 1-2 г – 2 раза в сутки или ингибиторзащищенные цефалоспорины – сульперазон 2 г – 2-3 раза в сутки или сульталин 3 г – 3 раза в сутки (максимально до 12 г). Группа резерва – карбопенемы: имипенем 0,5 – 4 раза в сутки или меропенем 1 г – 3 раза в сутки.

Отхаркивающие средства. Амброксол 75 мг 2 раза в день, ацетилцистеин 200 мг 2-3 раза в день. Курс – 7-10 дней.

Бронхолитики. Эуфиллин 2,4% – 10,0 внутривенно или его пролонгированная пероральная форма – теопэк 0,3 2 раза в день. Курс 7-10 дней.

Вторичная профилактика

Пациентам, перенёсшим ТЭЛА, рекомендуется лечение антагонистом витамина К на протяжении 3 месяцев, если тромбоэмболия была спровоцирована модифицируемым (проходящим) фактором, и не менее 3 месяцев, если тромбоэмболия была спонтанной. У пациентов с первым эпизодом тромбоэмболии, не спровоцированной какими-либо первичными факторами, и с низким риском кровотечений может быть рассмотрена целесообразность долгосрочного приёма пероральных антикоагулянтов; в случае повторного эпизода неспровоцированной тромбоэмболии долгосрочная антикоагулянтная терапия является рекомендуемой. Польза/риск долгосрочной антикоагулянтной терапии должны регулярно оцениваться через равные промежутки времени. Вне зависимости от длительности антикоагулянтной терапии после перенесённой ТЭЛА при лечении антагонистом витамина К рекомендуется поддерживать уровень МНО в пределах 2,0-3,0.

У пациентов, страдающих онкопатологи-

ей и перенёсших ТЭЛА, следует рассмотреть целесообразность применения низкомолекулярных гепаринов на протяжении первых 3-6 месяцев; по истечении этого срока необходимо продолжить антикоагулянтную терапию антагонистом витамина К или низкомолекулярным гепарином вне зависимости от того, излечимо злокачественное заболевание или нет.

Вопрос относительно необходимости установки кава-фильтров для профилактики рецидивов тромбоэмболий на сегодняшний день не решён. Рутинное использование внутривенных фильтров у пациентов, перенёсших ТЭЛА, не рекомендовано, однако они могут использоваться в тех случаях, когда у пациента высокий риск рецидива тромбоэмболии и имеются абсолютные противопоказания к антикоагулянтной терапии. Постоянные кава-фильтры способны обеспечить пожизненную защиту от рецидива ТЭЛА, если источником тромбов являются глубокие вены нижних конечностей или вены малого таза. Однако осложнения, связанные с наличием таких фильтров, не являются редкостью. Уже у 10% пациентов развиваются ранние осложнения, поздние осложнения встречаются гораздо чаще. В течение 5 лет после установки кава-фильтра у 22% пациентов вне зависимости от характера и длительности антикоагулянтной терапии развивается окклюзия нижней полой вены; в течение 9 лет – у 33%. Однако точно определить соотношение польза/риск при использовании кава-фильтров на сегодняшний день сложно в связи с ограниченным количеством доказательных данных.

**Особенности ведения
больных с ТЭЛА
в некоторых специфических
клинических ситуациях**

Беременность и роды. ТЭЛА на фоне беременности встречается в 0,3-1 случае на тысячу рождений и в развитых странах представляет собой ведущую причину материнской смертности. Риск ТЭЛА выше всего в послеродовом периоде, особенно после кесарева сечения. При подтверждённой ТЭЛА рекомендуется назначение низкомолекулярных гепаринов, в то время как антагонисты витамина К не показаны на протяжении первого и третьего триместров беременности и могут использоваться с осторожностью во время второго триместра. Применение варфарина в первом триместре беременности ассоци-

ировано с эмбриопатиями, в третьем – с геморрагическими осложнениями у плода и новорождённого, а также с отслойкой плаценты. После родов варфарин может быть назначен вместо препарата группы низкомолекулярных гепаринов и безопасно использоваться даже у кормящих матерей. Антикоагуляция должна продолжаться до конца беременности и не менее чем 3 месяца после родов.

Злокачественные заболевания. Хотя онкопатология является важным предрасполагающим фактором для развития тромбоэмболических осложнений, рутинный скрининг на злокачественные заболевания у всех больных с неспровоцированным первым эпизодом ТЭЛА не рекомендуется. Подтверждённая ТЭЛА у онкобольных требует назначения антикоагулянтной терапии, вне зависимости от того, является новообразование курабельным или нет.

Тромб в полостях правых отделов сердца. Тромб в полостях правых отделов сердца встречается примерно у 4% больных с ТЭЛА и ассоциируется с более высокими уровнями ранней смертности. Его наличие требует немедленного лечения, при этом предпочтительными методами являются тромболизис и эмболектomia. Длительная антикоагулянтная терапия в этом случае менее эффективна. В отсутствие лечения смертность при наличии мобильного тромба в правых отделах сердца составляет 80-100%.

Хроническая посттромбоэмболическая лёгочная гипертензия. Хроническая посттромбоэмболическая лёгочная гипертензия обнаруживается у 0,5-5% пациентов, получавших лечение по поводу ТЭЛА. Это редкое, но достаточно тяжёлое осложнение ТЭЛА. Хроническая посттромбоэмболическая лёгочная гипертензия практически не поддаётся консервативному лечению, однако эмболектomia обеспечивает хорошие результаты и может быть рекомендована как метод выбора.

Нетромботическая эмболия лёгочной артерии. Нетромботические лёгочные эмболы встречаются довольно редко, и механизмы их развития существенно отличаются от ТЭЛА. Соответственно, имеются отличия и в характере течения, клинических проявлениях, подходах к лечению таких эмболий. Лечение в таких случаях зависит от вида эмболии и тяжести заболевания, однако в целом имеет симптоматический характер.

Хирургические вмешательства. Показана максимально ранняя активизация пациента в послеоперационном периоде: подъём и активная ходьба. В положении лёжа несколько раз в течение суток вы-

полнять сгибание и разгибание в голеностопных суставах. Отдых в положении лёжа с приподнятым ножным концом кровати. Противопоказана длительная статическая нагрузка в положении стоя, сидя. Обучение самоуху проводится сестринским персоналом. Пациенту объясняют необходимость и методику активизации; методику проведения упражнений; правила использования эластичных бинтов и чулок. Показана эластическая компрессия нижних конечностей (ежедневно). Пациентам с заболеваниями, требующими хирургического лечения, с целью снижения риска возникновения тромбоэмболии в интра- и послеоперационном периоде следует использовать эластичные компрессионные изделия – бинты эластичные или чулки 1-го или 2-го компрессионных классов.

Подбор эластичных чулок осуществляется с учётом окружностей конечности, измеренных на 4 уровнях – в нижней и верхней трети голени, нижней и верхней трети бедра, а также измерений конечности по высоте – от подошвенной поверхности стопы до верхней трети бедра.

Эластичные бинты или чулки используются перед операцией. Во время операции эластичная компрессия сохраняется, за исключением оперативных вмешательств на нижних конечностях.

После операции ношение бинтов или чулок обязательно в дневное и ночное время до выписки из стационара.

Применение с целью профилактики эмболии эластичных бинтов или чулок невозможно у пациентов с поражением кожных покровов (экземы, дерматиты, микозы), а также при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей.

Перемежающая пневмокомпрессия рекомендована к использованию при противопоказаниях к гепаринопрофилактике.

Пациенту и членам его семьи следует объяснить необходимость и правила неспецифической профилактики тромбоэмболии лёгочной артерии, важность вставания и ходьбы в первые сутки после операции, необходимость эластической компрессии нижних конечностей.

Вадим ЛИТВИНЕНКО,
кандидат медицинских наук.

Александр ОЛЕСИН,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Городская больница Святой
преподобномученицы Елизаветы.**

С.-Петербург.

Инсулинома, гипогликемический синдром

Инсулинома представляет собой опухоль бета-клеток островкового аппарата поджелудочной железы, секретирующей избыточное количество инсулина, что проявляется приступами гипогликемических симптомов.

Глюкоза – является основным источником энергии для нервных клеток и единственным для эритроцитов. В качестве энергетического субстрата мозг не может, в отличие от других органов, использовать жирные кислоты. На функционирование головного мозга расходуется примерно 1/5 всей глюкозы, поступающей в организм. Мозг человека нуждается в 6 г глюкозы в час, прекращение поступления в кору головного мозга глюкозы на 5-7 минут вызывает необратимые изменения – гибнут наиболее дифференцированные элементы коры.

Распространённость, локализация

Инсулинома составляет до 70-75% случаев гормонально активных опухолей поджелудочной железы. Частота обнаружения инсулином составляет 1 случай на 250 тыс. – 1,25 млн населения. Инсулиномы появляются у лиц в возрасте 45-60 лет, у женщин их обнаруживают в 1,5-2 раза чаще, чем у мужчин.

В подавляющем большинстве случаев инсулиномы локализируются в поджелудочной железе, и лишь в 1% случаев – в стенке двенадцатиперстной кишки, желчном пузыре, стенке толстой кишки, дивертикуле Меккеля. Инсулинома может располагаться в любом отделе поджелудочной железы, но чаще выявляется в хвосте и теле. Размеры инсулином, как правило, не превышают 2 см, причём в 90% случаев преобладают одиночные опухоли, в 10% – множественные.

В 10-50% случаев инсулинома носит злокачественный характер, и треть из них метастазирует. Наиболее часто метастазы локализируются в печени и в регионарных лимфатических узлах.

Опухоль характеризуется гиперсекрецией инсулина, что приводит к развитию стойкой гипогликемии. Половина всех инсулином секретирует инсулин, другие опухоли помимо инсулина продуцируют глюкагон, гастрин, соматостатин, кальцитонин и др.

Аденомы островкового аппарата делят на функционально активные (продуцирующие инсулин) и нефункционирующие (не дающие синдрома гиперинсулинизма). Функционирующие опухоли состоят преимущественно из бета-клеток островков Лангерганса, а нефункционирующие – из альфа-клеток, секрет которых (глюкагон) тормозит секрецию инсулина.

Как правило, нефункционирующие аденомы доброкачественные, функционирующие инсулиномы – злокачественные, инкретирующие значительное количество инсулина, что приводит к гипогликемии с соответствующими проявлениями органического гиперинсулинизма.

Клиническая симптоматика

Вообще синдром гипогликемии неоднокроен по природе и клиническим проявлениям. К сожалению, невысокая осведомлённость врачей о его проявлениях часто приводит к диагностическим ошибкам, и больные с инсулиномой длительно и безуспешно лечатся от самых разнообразных заболеваний.

Концентрация глюкозы в крови человека поддерживается в относительно узких пределах – 3,2-6 ммоль/л. Гипогликемией принято считать концентрацию глюкозы в крови ниже 2,5-2,8 ммоль/л у мужчин и менее 2-2,2 ммоль/л у женщин.

Выраженная гипогликемия может иметь место не только при инсулиноме, но и при тяжёлых поражениях паренхимы печени, нарушении реабсорбции глюкозы при серьёзных заболеваниях почек, опухолях надпочечников, гипофункции и атрофии передней доли гипофиза, гипофункции щитовидной железы. В некоторых случаях она развивается через 2-4 часа после приёма пищи – это реактивная или компенсаторная гипогликемия из-за избыточного выброса инсулина (как реакция на гипергликемию).

Гипогликемическое состояние наблюдается также при бронхогенном раке, злокачественных опухолях поджелудочной железы, желудка, печени, феохромоцитоме, саркомах (фибро- и дерматофибросаркоме, липосаркоме, ретикулосаркоме и лейомиосаркоме). Нередко оно обусловлено эктопической продукцией инсулиноподобного пептида. Злокачественная опухоль, функционирующая в организме как «насос», «ловушка» глюкозы, создаёт тенденцию к гипогликемии, которая до определённого времени компенсируется стимулированным глюконеогенезом (В.Шапот). Однако при больших солидных или быстрорастущих опухолях компенсаторные механизмы становятся недостаточными, и у больного развивается гипогликемия.

Паранеопластическая гипогликемия является поздним симптомом злокачественного процесса и свидетельствует о запущенности заболевания.

Одним из постоянных симптомов, характерных для инсулиномы, является чувство голода, которое становится особенно сильным перед приступом гипогликемии. У 50% больных выявляется избыток массы тела в основном из-за частого приёма пищи. Большое значение в диагностическом плане имеет указание больного на то, что он всегда при себе имеет что-нибудь сладкое: конфеты, сахар, шоколад, сладкие булочные изделия.

Развитие гипогликемического синдрома может быть медленным, в других случаях он выявляется остро в виде гипогликемического криза. Имеются сообщения о приступах гипогликемии как о первом клиническом симптоме некоторых злокачественных опухолей.

Клиническая картина медленно нарастающей гипогликемии характеризуется общей слабостью, головокружением, сердцебиением, стойким чувством голода, расстройством психической деятельности. Явления эти постепенно прогрессируют, может наступить гипогликемическая кома.

Выделяют несколько стадий развития гипогликемического состояния, которые различаются по степени выраженности клинических проявлений.

Гипогликемия может развиваться постепенно, в начальной стадии появляется лёгкая утомляемость при физическом и умственном напряжении.

Для второй стадии характерны дрожь, холодный пот, сердцебиение, бледность, резкая слабость, головокружение, острое ощущение голода, сосущие боли в подложечной области. Появляются гипотония, брадикардия, иногда – сжимающие боли за грудиной, головные боли, сонливость. Такая симптоматика свойственна возбуждению парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Во время приступа уровень глюкозы в крови падает, как правило, до очень низких цифр (меньше 2 ммоль/л), а содержание иммунореактивного инсулина становится выше уровня, определяемого натощак. В отличие от демпинг-синдрома данное состояние кратковременно и непостоянно.

(Окончание следует.)

Валерий МАКСИМОВ,
профессор.

Не исключено, что уже через год, в 2015 г., российские трансплантологи наконец-то начнут работать в новых правовых условиях. Новосибирские специалисты, как и их коллеги, ждут от законодворцев такой нормативный акт, который позволит российской трансплантологии стать по-настоящему эффективно работающей отраслью здравоохранения.

По мнению главного трансплантолога Минздрава Новосибирской области Александра Быкова, в нынешнем законе от 1992 г. не заложен, в частности, очень важный механизм трансплантационной координации. «Введение такого механизма позволит выявлять потенциальных доноров в больницах и стараться использовать этот ресурс максимально. Большая часть людей, которые нуждаются в пересадке органов, в России не получают помощь из-за отсутствия полноценной организации работы самой службы координации органного донорства. Из-за того, что в настоящее время отсутствует внятная система взаимодействия между донорскими базами и центрами трансплантации, операций выполняется крайне недостаточно от истинных потребностей.

Мы очень надеемся, что в новом законе данная нормативно-правовая часть будет четко изложена», – говорит А.Быков.

Закон, как тормоз

Обеспокоенность новосибирских врачей объяснима: формально в региональной системе трансплантационной координации участвуют, как донорские базы, шесть лечебных учреждений – это крупнейшие многопрофильные клиники города и области. Реально работают только две из них: несовершенство действующего закона не позволяет организовать взаимодействие субъектов системы более эффективно.

В то же время по объемам выполненных операций пересадки органов область входит в первую пятёрку регионов России (если суммировать результаты работы трансплантологов Новосибирской областной клинической больницы и НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина). А родственная трансплантация печени в настоящее время проводится только в 4 медицинских центрах России: Федеральном научном центре трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова (Москва), Российском научном центре хирургии им. Б.В.Петровского (Москва), Федеральном медицинском биофизическом центре им. А.И.Бурназяна (Москва) и в Новосибирской областной клинической больнице.

С начала 2014 г. в Новосибирской ОКБ выполнено 11 операций трансплантации органов, включая 3 родственные: 5 пересадок печени, 5 пересадок почки и 1 комбиниро-

ванная трансплантация печени и почки одному реципиенту. Ещё в двух случаях хирурги применили трансплантационные технологии, выполнив сложнейшие обширные резекции печени с реконструкциями её сосудов больным с онкологическими заболеваниями.

В 2013 г. в больнице было выполнено в общей сложности 47 операций трансплантации органов, причём в 6 случаях донорами печени и почек для больных стали

ни после неё, поскольку эта инфекция в настоящее время очень хорошо лечится. А вот при циррозах в исходе вирусного гепатита С мы не рассматриваем реципиентов в качестве кандидатов на родственную пересадку, хотя именно эту патологию мы видим у большей части больных, которые сегодня имеют показания к пересадке печени, – говорит И.Поршенников.

Если говорить о родственной трансплантации, это всегда в пер-

пример, стали выполнять сложные трансплантации с протезированием нижней полую вены, со сложными сосудистыми реконструкциями, одномоментными резекциями органов – диафрагмы, поджелудочной железы, – рассказывает заместитель главного врача Новосибирской ОКБ.

Например, когда у больного альвеококкоз, и паразит пророс в диафрагму, в поджелудочную железу, в нижнюю полую вену, хирурги удаляют поражённую печень вме-

что позволит ему не умереть от кровотечения, а затем провести трансплантацию донорского органа. В нашей практике уже три таких случая, – продолжает И.Поршенников.

При этом новосибирцы усовершенствовали методику установки шунта при портосистемном шунтировании: его устанавливают в специфическую позицию, которая не препятствует выполнению последующей трансплантации. В то же время при portoкавальном

Перемены

Трансплантология — искусство невозможного

Проект нового федерального закона о донорстве органов и их пересадке начал «двигаться» по инстанциям



вую очередь ответственность за жизнь донора. Удаление фрагмента печени – небезопасная процедура, и подвергать опасности жизнь и здоровье донора в случаях вирусного гепатита С у реципиента не вполне оправдано: вероятность реинфицирования трансплантата со-

ставляет 100%, и отдалённые результаты трансплантации хуже, чем при других диффузных заболеваниях. Вот почему трансплантологи так сильно заинтересованы в появлении нового закона о донорстве органов: у родственной пересадки должна быть альтернатива...

Оперировать 18 часов ради чего?

Вторым после Новосибирска регионом Сибири, где начали осваивать технологию пересадки печени, стал Кузбасс. В прошлом году специалисты Новосибирской ОКБ помогли кемеровским коллегам выполнить первую такую операцию пациентке с первичным билиарным циррозом. Получит ли развитие кемеровская трансплантология, начнут ли двигаться по этому пути другие регионы, зависит не только от финансирования, но также от готовности хирургов осваивать столь сложные технологии.

– Сегодня мы берём на операции по пересадке органов очень тяжёлые категории больных. На-

сте с нижней полую вену, частью диафрагмы, удаляют паразита из поджелудочной железы и сразу же выполняют пересадку донорского органа. Во время одной из таких операций при поражении альвеококком новосибирские трансплантологи выполнили резекцию диафрагмы, удалили с большими проблемами печень, протезировали нижнюю полую вену, в том числе и надпечёночный сегмент, то есть фактически пришлили синтетический сосудистый протез в предсердие, а потом в этот протез пришлили печень.

В практике отделения пересадки органов Новосибирской ОКБ есть уже несколько случаев трансплантации печени пациентам, у которых воротная вена «не работает» вследствие её непроходимости. Данный сосуд приносит порядка 80% крови к печени, соответственно, 80% перфузии трансплантата осуществляется из воротной вены, и если её нет, возникает серьёзная техническая проблема для хирургов. В этих случаях используются собственные вены пациента. Но чтобы такое развитие событий не стало интраоперационным «открытием», необходима очень тщательная «разведка» до операции.

Другая ситуация – трансплантация печени больному с функционирующими портосистемными шунтами. Речь идёт о пациентах с рецидивирующими кровотечениями из вен пищевода, и эти рецидивы не контролируются стандартными эндоскопическими методами.

– Такому пациенту, даже несмотря на наличие печёночной недостаточности, можно выполнить портосистемное шунтирование,

шунтировании выполнение трансплантации практически невозможно. И хотя формально к категории новой медицинской технологии эта новация не относится и потому её невозможно запатентовать, она открывает новые возможности перед трансплантологами, и сибиряки активно делятся своим опытом с профессиональным сообществом.

Очередным этапом для новосибирских специалистов стала трансплантация печени больным с опухолями печени, в частности с гепатоцеллюлярным раком на фоне вирусных циррозов. А случай успешного хирургического лечения пациентки с гемангиоэндотелиомой с канцероматозом брюшной полости – первый подобный в России.

Операции, когда врачи выполняют трансплантацию донорского органа или используют трансплантационные технологии в резекционной хирургии, относятся к категории наиболее трудоёмких. Но наращивание степени сложности клинических случаев – процесс, не зависящий от воли хирургов. Просто, как они говорят, не стало «простых» пациентов: многих вылечили. В итоге российские трансплантологи начали активно оперировать пациентов, которые ещё вчера считались бесперспективными. С принятием нового федерального закона о донорстве органов и их трансплантации шансы на продление жизни появятся у гораздо большего числа таких больных.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

НА СНИМКЕ: идёт операция пересадки печени.

Новые подходы

Применение бронхоблокаторов в торакальной хирургии стало основной темой последнего заседания Общества врачей-эндоскопистов Приморского края. Главной темой встречи стало знакомство врачей с технологией эндопротезирования трахеи. По словам специалистов, она позволяет лечить самые серьёзные заболевания лёгких с максимальным эффектом и минимальным дискомфортом для пациента.

Основное внимание врачи уделили установке бронхоблокаторов в торакальной хирургии. Об опыте их использования рассказал коллегам Владимир Егупов, эндоскопист краевой клинической больницы № 2, где данную технологию применяют уже в течение 3 лет.

– Когда мы начали использовать блокаторы при лечении туберкулёза лёгких, недоразвитости культи трахеи и эмфиземы, и думать не могли, что будем делать подобное

Лепестки бронхоблокации

Современные методики лечения болезней лёгких в Приморье должны применяться более активно

сообщение, метод для Приморья был новый, – начал своё сообщение В.Егупов. – Устройство для проведения клапанной бронхоблокации выпускают предприниматели из Барнаула. От момента задумки до его внедрения прошло около 10 лет. Три барнаульских конструкторских бюро предлагали свои решения. В результате оптимальным был признан вариант Евгения Разгуляева, специалиста по резине, доктора и механика в одном лице.

В течение 2 месяцев было сконструировано простейшее устройство: полый цилиндр с радиальными лепестками, которые позволяют фиксировать это устройство в

бронхах и перемычка, с помощью которой цепляется фарцет. Два его лепестка слипаются при потоке воздуха и не дают ему идти обратно в полость. Таким образом, инфекция не циркулирует внутри лёгкого.

Все, кто занимается торакальной хирургией, часто сталкиваются с несостоятельностью культи бронха. Очень долго врачи не могли решить, каким образом лечить её более эффективно. Часто применялась реторакотомия и повторное сшивание культи. Предлагаемая же на заседании общества методика позволяет обойтись без сложнейших оперативных вмешательств.

– Мы случайно узнали, что в Рос-

сии в одном из диспансеров уже год как применяются бронхоблокирующие устройства, – говорит В.Егупов. – Проблем было много, ведь нужно учитывать размер бронха, диаметр блокатора и бронхоскопа. Однако наш пациент после подобной операции через 2 месяца поправился и набрал потерянные из-за болезни 30 кг веса.

Для наглядности врач показал собственные видео с записью одной из подобных операций по установке бронхоблокаторов.

– Мы занимаемся этим делом недавно, но уже наработали некоторый опыт, – подчеркнул заведующий Центром эндоскопии и

функциональной диагностики Медицинского центра Дальневосточного федерального университета Олег Перерва. – Предлагаемые устройства препятствуют оттоку крови. Мы спасаем жизнь больному, а в последующем можем производить хирургическое вмешательство в отсроченном порядке, либо удалять бронхоблокатор с отмыванием сгустков крови, которые заполнили лёгкое.

По словам В.Егупова, успешному применению бронхопротезирования в Приморье сегодня мешают два момента: во-первых, инерционность некоторых эндоскопистов, у которых не всегда получается найти общий язык с торакальным хирургом. Во-вторых, медучреждения не всегда могут позволить себе приобрести оборудование и материалы для внедрения у себя последних достижений в сфере эндоскопии.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

В нём приняли участие более 2700 участников из 84 стран. В течение нескольких дней они были заняты обменом современными знаниями, результатами последних исследований и достижениями технологий диагностики и лечения пациентов с заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны. Программу составили 317 выступлений приглашённых специалистов, 392 устных, 1256 постерных и 139 электронных постерных доклада.

«Живая» демонстрация трансплантации печени от живого донора из медицинского центра Асан (Asan Medical Center), так же как и весь последипломный курс (Postgraduate Course), были отлично организованы, обеспечили хороший контакт с аудиторией и высокую посещаемость. Лекции живых легенд гепатопанкреатобилиарной хирургии были чрезвычайно интересны: профессор Масатоши Макуучи (Masatoshi Makuuchi, Япония) рассказал о вкладе азиатских стран в развитие трансплантации печени от живого донора, профессор Анри Бисмут (Henri Bismuth, Франция) – о том, как в трансплантацию пришла хирургия печени, профессор Юджи Нимура (Yuji Nimura, Япония) – о трудностях и перспективах лечения рака желчных путей, профессор Ли Сунг-Гу (Lee Sung-Gyu, Южная Корея) – о возможностях сосудистых реконструкций при сложных резекциях и трансплантации печени.

Чрезвычайно полезными были утренние встречи с профессорами – экспертами в различных областях хирургии гепатопанкреатобилиарной зоны, которые были посвящены различным аспектам: уменьшению числа рецидивов после операций по поводу рака поджелудочной железы, современным подходам к лечению внутрипротоковых папиллярно-муцинозных опухолей (IPMN) поджелудочной железы, возможности уменьшения послеоперационных осложнений после резекций поджелудочной железы, а также малоинвазивной хирургии поджелудочной железы.

Специальные симпозиумы были посвящены диагностике и лечению погранично-резектабельного рака поджелудочной железы, выбору метода панкреатодигестивного анастомоза, технике резекций поджелудочной железы при раке, диагностике и лечению опухолей поджелудочной железы, отличных от протоковой аденокарциномы: нейроэндокринным и солидно-псевдопапиллярным опухолям, оценке и лечению панкреатических послеоперационных фистул, показаниям, результатам и

События

Большая хирургическая встреча в Сеуле

Прошёл XI Всемирный конгресс Международной гепатопанкреатобилиарной ассоциации (IHPBA World Congress 2014)



ведению больных после тотальных дуоденопанкреатэктомий, лечению поздних кровотечений после резекций поджелудочной железы, стандартизации подходов к лечению, патогистологическому исследованию, оценке результатов, организации и проведению

Oral – Николай Багмет и автор этих строк, Symposium – профессор Владимир Вишневецкий, Free Oral – профессора Игорь Хатков, Дмитрий Панченков и Алексей Шабунин) и 27 постерных.

Южная Корея стала местом проведения мирового конгресса IHPBA не случайно, а вследствие выдающегося развития, в том числе

было встретить корейских докладчиков, говорящих по-английски с сильным акцентом. В настоящее время все корейские врачи по-английски говорят чисто: таково веление времени – для любого врача английский является «вторым родным», иначе невозможно следить за непрерывными изменениями медицинских знаний



и точное. Сеульское метро не зря считается самым лучшим в мире как по безопасности, организации и разветвлённости, так и по удобству пользования. Международный аэропорт Инчхон в течение 9 лет признаётся лучшим в мире по комплексу показателей. Вообще, способность ставить амбициозные задачи, концентрировать силы и средства для их быстрого и максимально эффективного решения просматривается во многих областях: машиностроении, микроэлектронике, металлургии, военной промышленности, системе транспорта и городского хозяйства, туризме и др.

Две недели общения с коллегами и поездки по Южной Корее оставили очень сильное впечатление: дружелюбие и трудолюбие корейцев на фоне хорошей организации любого дела приводят к потрясающим результатам, и здесь есть чему учиться.

Вячеслав ЕГОРОВ,
профессор.

НА СНИМКАХ: с докладом «Результаты лечения первичных и метастатических солидно-псевдопапиллярных опухолей поджелудочной железы» выступает Вячеслав Егоров; председатель секции конгресса американец Майкл Фарнелл из клиники Мэйо; нескромная надпись в фойе этого центра: «Самый хороший онкологический центр в мире»; операция в Национальном онкологическом центре.



доказательных исследований, малоинвазивной НРВ-хирургии, скринингу рака поджелудочной железы, лечению острого и хронического, в том числе аутоиммунного, панкреатита и других заболеваний поджелудочной железы.

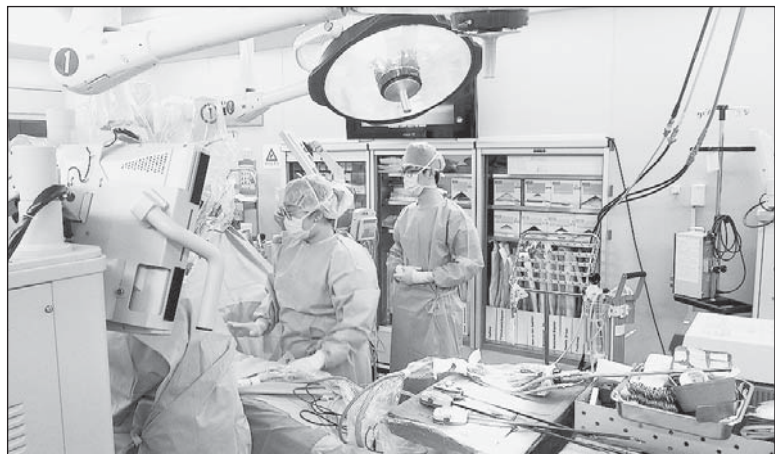
Российские хирурги представили 6 устных докладов (Best

и этой области медицины. Кроме объективных количественных показателей, демонстрирующих чрезвычайно высокую «производительность» корейских медицинских центров, свидетельством того, что страна стала одним из мировых лидеров в здравоохранении, является последипломное обучение врачей из высокоразвитых стран, например из США и Западной Европы, а также продолжающееся увеличение числа «медицинских туристов» из других стран. Это стало возможным благодаря интеграции страны в международные медицинские связи, обучение студентов и врачей за рубежом, строгое ориентирование на международные медицинские стандарты и рекомендации. Высочайшая производительность южнокорейских медицинских центров происходит из-за понимания того, что хирург должен заниматься только хирургией, и быть максимально освобождённым от других дел, например от заполнения документации. Для этого созданы специальные возможности, освобождающие время высококвалифицированных специалистов для непосредственной медицинской деятельности, что нам было продемонстрировано в медицинском центре Асан, где концентрация сотрудников достигает до 10 на одну лечебную койку.

Ещё 4 года назад на мировом конгрессе в Буэнос-Айресе можно

и участвовать в международных исследованиях, то есть быть на переднем крае медицинской науки и практики.

Большие достижения в сложных областях, происходящие в короткие сроки, характерны не только для корейской хирургии и медицины. Существующая в стране система поощряет образование и культурное развитие. В городах идеальная чистота, транспортное сообщение внутри городов и между ними доступное, надёжное



Акценты

На Российский симпозиум «Сосудистые аномалии» и Российскую научную студенческую конференцию в Челябинск прибыли врачи и студенты практически из всех регионов страны. Они поделились с коллегами инновационными технологиями операций на сосудах.

Настолько масштабное мероприятие детских хирургов России и студентов в Челябинской области проводится впервые. По мнению принимающей стороны, Южный Урал выбран для встречи не случайно.

– Наши хирурги во главе с заведующим кафедрой детской хирургии Южно-Уральского государственного медицинского университета Иваном Алексе-

Смотр достижений в Челябинске

Детским хирургам есть чем гордиться

евичем Абушкиным являются одними из ведущих специалистов в Российской Федерации. Сегодня кафедра детской хирургии располагает клинической базой в 300 специализированных коек, где оказываются все виды хирургической помощи маленьким пациентам Челябинска, области и других регионов РФ и СНГ. В детских хирургических отделениях успешно лечатся дети с разнообразной хирургической патологией – врождённой и при-

обретённой, осуществляется широкий круг хирургических вмешательств, – говорит заместитель министра здравоохранения Челябинской области Виктория Сахарова.

В 2008 г. в детской областной больнице открылся хирургический корпус: это позволило коллективу кафедры и отделений достичь международного уровня в лечении детей с хирургической патологией. В настоящее время южноуральскими детскими хирур-

гами накоплен большой опыт по неотложной коррекции врождённых аномалий у новорождённых.

– Сейчас мы внедряем новые технологии по лечению сосудистых аномалий у детей с использованием высокоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона. Таким образом, при минимальном вмешательстве нам удалось добиться хороших результатов лечения и заметно сократить сроки лечения, – добавляет И.Абушкин.

Конечно, и другим регионам есть чем гордиться. В докладах детских хирургов отражены вопросы классификации аномалий развития сосудов, диагностики и лечения сосудистых опухолей печени у детей, возможности метода лазерной фотодеструкции глубоких кавернозных форм гемангиом.

Мария ЯГОДИНА,
внест. корр. «МГ».

Челябинск.

Точка зрения

Порядок на пути к беспорядку

Как исключить конфликт интересов при формировании перечня жизненно необходимых препаратов

Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (теперь – препаратов, Перечень ЖНВЛП) не пересматривался несколько лет. Между тем сегодня в быстром темпе рассматривается проект, который поставит на поток формирование «перечней», и может стать хуже, чем нынешняя, плохо урегулированная ситуация.

Дело в том, что, имея уже в течение нескольких лет «порядок утверждения перечня», то есть документ, в котором указано, кто подписывается под жизненной необходимостью активированного угля, Минздрав России не смог сформулировать критериев, по которым принимается решение о такой необходимости. Теперь предполагается утверждение документа, на основании которого на утверждение постановлением правительства будут выноситься все перечни. От Перечня ЖНВЛП до минимального ассортимента в аптеке. На мой взгляд, составление единых правил для столь разных перечней – это то же самое, как если бы по одним правилам устранили дачные туалеты и стерилизовали медицинские катетеры.

Минздрав формально описывает в проекте научную и экономическую оценку препаратов, заявляемых к включению в перечень, в ходе экспертизы в профильном экспертном учреждении. Но эта экспертиза не является окончательной, предъявляемой для утверждения. Главному специалисту Минздрава – по профилю – предполагается дать право, и даже обязанность, писать своё заключение на экспертное заключение. Учитывая, что наши главные специалисты не без оснований рассматриваются как чемпионы по конфликту интересов, легко себе представить, как и куда они будут своим заключением заворачивать результаты экспертизы.

Более того, Минздрав России представил проект, в котором вообще не регламентировано предварительное заявление участниками процесса о потенциальном конфликте интересов. Прошли уже годы после того, как создавались сотни «стандартов» с очевидной нацеленностью на продажи определённых препаратов, потом создавались сотни «протоколов», которые мы не можем видеть, но которые создавались под утверждённые стандарты и теми же главспецами, без оглядки на их тяжкие конфликты интересов. Но Минздрав продолжает утверждать, что вся коррупция сконцен-

трирована в кабинете участкового терапевта, но не хочет создать ясных правил предотвращения влияния конфликта интересов у участников принятия важнейших решений, определяющих судьбу миллионных контрактов.

Вершиной документа является описание ожидаемого от экспертной организации заключения. Авторы проекта предполагают, что решение может приниматься на основе экономического анализа типа стоимости курса лечения. Если бы такое было заявлено 50 лет назад, то это можно было бы признать терпимым. Но в XXI веке всем ясно, что надо считать, сколько стоит предотвращённый исход, то есть проводить анализ затратной эффективности. Важно, что в стране есть множество коллективов, которые могут выполнять такой анализ. Отказ от анализа затратной эффективности в пользу более примитивного варианта – не просто позор для российской науки и практики здравоохранения. Это, как можно предполагать, замаскированный путь к протаскиванию дешёвых препаратов с ограниченной эффективностью и негодным профилем безопасности.

Вторым неприемлемым свойством предлагаемой методики является то, что её составители предлагают использовать оценки в баллах для научной доказанности эффективности препарата, для убедительности совокупности доказательств, для размера эффекта по отдельным показателям и в итоге выводить суммарную оценку. Эта оценка получается суммированием, умножением и делением по формуле, которая кажется составителям правильной. Никаких доказательств того, что она правильная, что результаты её применения действительно приведут к включению в перечень, например в Перечень ЖНВЛП, лекарств, в которых в первую очередь нуждаются граждане России, нет. Будь эта методика опубликована в журнале, она могла бы стать объектом заинтересованного обсуждения. Но вводить такое любительское, на мой взгляд, изобретение в документ, по которому лекарствами будут обеспечиваться граждане огромной страны, – по меньшей мере, легкомыслие.

Проект «порядка» резко ограничивает возможности общественно-го контроля и неоправданно много власти даёт комиссии, утверждающей проект перечня. Комиссия, по существу, может принимать реше-

ние о включении или не включении препарата в перечень независимо от заключения экспертной организации. Эти права должны быть ограничены. Комиссия должна иметь право лишь соглашаться или не соглашаться с предложением экспертной организации. Проект даёт 5 дней директору экспертной организации, чтобы отправить готовое заключение в министерство (почему не в тот же день?), но на обсуждение общественностью страны отводит только 7 дней. Очевидно, что обсуждение не может никак длиться менее 60 дней, и выставленные в сети проекты должны оставаться доступными навсегда, так же, как и сведения об экспертной организации, имени главного специалиста и наличии у всех участников процесса подготовки решения потенциального конфликта интересов. Только тогда общество сможет выявить, например, что у ведущего специалиста есть конфликт интересов в отношении рассматриваемого препарата.

Конечно, проект содержит и массу мелких ошибок, языковых неточностей и последствий использования устаревших концепций медицинской науки и, видимо, плохого их понимания. Приведу краткий перечень без объяснений – умному достаточно: «научно-обоснованные данные», «востребованность (социальная значимость)», «перечень основных лекарственных препаратов, рекомендованных ВОЗ», «полнотекстовые версии клинических исследований», «по каждому клиническому исследованию указывается уровень доказательности эффективности лекарственного препарата» и т.д.

В целом проект является, вероятно, следствием добросовестного заблуждения добронамеренных чиновников, но это не означает, что подобного рода сочинение может быть в основе государственного регулирования в одной из самых больших стран мира с образованным населением и медицинской наукой, претендующей на мировой уровень. Я призываю медицинскую общественность в последний момент найти возможность критически откликнуться на проект, остановить его принятие в таком виде, и добиться использования в принятии решений относительно лекарственного обеспечения современных научных подходов.

Василий ВЛАСОВ,
профессор.

Высшая школа экономики.

Перспективы

В мероприятии приняли участие представители ФАС, Роспотребнадзора, Министерства здравоохранения РФ, НИИ питания, эксперты медицинского сообщества, представители производителей БАД. Знаковым событием стало объявление о создании саморегулируемой организации участников рынка БАД.

Законопроект вводит специальный состав преступления, касающийся производства, продажи и ввоза на территорию РФ фальсифицированных биологически активных добавок, содержащих в своём составе запрещённые компоненты (ст. 238), что существенно облегчит сбор доказательной базы по подобным преступлениям, а значит, будет способствовать по-

Сам себе контролёр

В Государственной Думе РФ прошли парламентские слушания, посвящённые нормативному регулированию рынка БАД

Во вступительном слове к участникам слушаний заместитель председателя Государственной Думы РФ Сергей Железняк подчеркнул важность диалога власти и бизнеса: «Чем активнее саморегулирование, тем проще работать законодателям и государству как регулятору, мы можем рассматривать социально ответственную часть индустрии как наших партнёров. Можем вместе бороться с пиратством, контрафактом и другими негативными явлениями, которые всегда возникают при росте той или иной индустрии».

Участники слушаний отметили активное развитие рынка БАД в России за прошедший год – рост в сегменте БАД составил 19,1% по сравнению с 2012 г. Также было отмечено активное развитие нормативного регулирования отрасли в прошедшем году, основными векторами которого стали: гармонизация законодательства РФ с нормами международного права, а также защита потребителей от недобросовестной рекламы и мошеннических действий.

В частности, были позитивно оценены итоги вступления в силу нового технического регламента Таможенного союза и поправок к Федеральному закону «О рекламе». Татьяна Никитина, заместитель начальника Управления по контролю за рекламой ФАС России заявила: «Мы видим положительные тенденции. Количество нарушений сократилось. Дополнительным стимулом к исполнению законодательства является тот факт, что юристы телеканалов, газет, журналов и производителей наружной рекламы теперь и сами следят за рекламным контентом. То есть являются дополнительным фильтром, который работает».

В ходе слушаний участники затронули актуальные для рынка биологически активных добавок проблемы, в частности, распространение фальсифицированных БАД. Была отмечена необходимость принятия проекта закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок», внесённого депутатами Ириной Яровой, Александром Прокопьевым и др.

вышению раскрываемости такого рода преступлений и очищению рынка от недобросовестных участников. Комментируя ход работ над законопроектом, депутат Государственной Думы, член Комитета по охране здоровья Александр Прокопьев сообщил, что проект документа прошёл все согласования в профильных ведомствах и получил поддержку федеральных органов власти.

Одним из механизмов, способствующих противодействию обороту фальсифицированной и контрафактной продукции, является саморегулирование. Эту тему затронул в своём выступлении академик РАН Сергей Колесников. Он подчеркнул, что саморегулируемая организация является эффективным инструментом государственно-частного партнёрства, который представляет собой прозрачный механизм обеспечения ответственности производителей перед потребителями, а с другой стороны перераспределяет полномочия по контролю над качеством производимых товаров между производителями и государством. Он также сообщил собравшимся, что на днях саморегулируемая организация участников рынка БАД прошла регистрацию: «На днях состоялась регистрация саморегулируемой организации. Добросовестные участники рынка, объединившиеся в такую организацию, заинтересованы в прозрачных механизмах государственного регулирования, в предоставлении населению качественной продукции, а также в изживании явлений, дискредитирующих отрасль. По нашим оценкам, саморегулируемая организация, представленная большинством производителей, охватила от 50 до 70% рынка БАД».

По итогам слушаний было рекомендовано поддержать проект Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок», а также активнее привлекать к нормативной работе отраслевые саморегулируемые организации.

Подготовила
Ирина АНДРЕЕВА.

Изъяты!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения информирует, что пять лекарственных препаратов отозваны из обращения на территории Российской Федерации:

– «Амброксол, сироп 15 мг/5мл 100 мл, флаконы тёмного стекла (1)(в комплекте с мерной ложкой), пачки картонные» серии 190913 производства ЗАО «ЭКОлаб», Россия (решение принято производителем в связи с несоответствием препарата требованиям нормативной документации по показателю

«Количественное определение: метилпарагидроксibenзоата и пропилпарагидроксibenзоата»);

– «Амброксол, сироп 3 мг/мл 100 мл, флаконы в комплекте с мерной ложкой (1), пачки картонные» серии 221113 производства ОАО «Татхимфармпрепараты», Россия (решение принято производителем в связи с несоответствием препарата требованиям нормативной документации по показателям «Описание» и «Упаковка»);

– «Кальция глюконат, таблетки 500 мг 10 шт., упаковки ячейковые

контурные (3), пачки картонные» серии 20513 производства ЗАО «ПФК Обновление», Россия (решение принято производителем в связи с несоответствием препарата требованиям нормативной документации по показателю «Упаковка»);

– «Тимоглобулин, иммуноглобулин анти timoцитарный, лиофилизат для приготовления раствора для инфузий, 25 мг, флакон» серии C1282H18 производства «Джензайм Поликлонас С.А.С.» (Франция), ввезённый на территорию Российской Феде-

рации в количестве 275 упаковок на основании разрешения Минздрава развития России для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям (решение об отзыве незарегистрированного препарата принято представительством АО «Санофи-авентис групп» (Франция) в связи с риском отклонения от установленных пределов спецификации по показателю «Распределение по молекулярной массе» до момента истечения срока годности);

– «Цианокобаламин, раствор для инъекций 0,5 мг/мл 1 мл,

ампулы (10), пачки картонные» серии 50813 производства ОАО «Дальхимфарм», Россия (решение принято производителем в связи с несоответствием препарата требованиям нормативной документации по показателю «Маркировка»);

Росздравнадзор предлагает всем субъектам обращения лекарственных средств, провести проверку наличия указанных серий лекарственных препаратов и представить в территориальные управления службы информацию об их изъятии.

На фасаде старинного четырёхэтажного дома, почти примыкающего к внушительному зданию мэрии Омска, две памятные доски. Одна информирует о том, что это строение – объект культурного наследия регионального значения, возведённый в начале XX века омским купцом 1-й гильдии и гласным членом городской думы Павлом Липатниковым. На другой короткий, как скупая фронтовая сводка, текст: «В этом здании в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. размещался сортировочный эвакуационный госпиталь № 1494».

Здесь и сейчас госпиталь – для ветеранов войн, живущих в Омской области. Единственный специализированный на всю эту немалую сибирскую территорию, но по-прежнему считающийся флагманским, как и в ту пору «грозовых сороковых», когда в Прииртышье было без малого 40 таких военных лечебно-профилактических учреждений. Эвакосортировочный госпиталь № 1494 был крупнейшим среди аналогичных, а главное – принявшим в свои стены первых раненых фронтовиков раньше других.

– История нашего госпиталя начинается с 24 июня 1941 г., когда на второй день с начала Великой Отечественной войны было принято постановление Омского обкома ВКП(б) о его формировании на базе 5-й городской терапевтической больницы. Первым начальником госпиталя был назначен майор медицинской службы Абрам Ильич Коган, а уже 22 июля госпиталь начал работу, – рассказывает главный врач госпиталя Евгений ЗАХАРОВ.

– В палатах на 600 коек разместили бойцов и командиров, доставленных с полей сражений в Омск первым санитарным эшелонном. Чуть позже коек стало больше 1000 за счёт присоединённого к госпиталю стоящего впритык к нему здания Казахского педагогического техникума...

О прошлом медучреждения, в котором в 1996 г. начинал хирургом, был заведующим хирургическим отделением, начмедом, а сейчас вот его руководитель, причём как хирург высшей категории и практикующий, Евгений Валерьевич знает, кажется, всё. Даже о таком мало кому известном факте, что в госпитале № 1494 в начале войны оперировал основатель советской нейрохирургии, первый президент Академии медицинских наук СССР, Герой Социалистического Труда Николай Бурденко. Тяжело контуженного при переправе через Неву в 1941 г., Николая Ниловича почти без надежды на выздоровление эвакуировали в город на Иртыше, и здесь тогда главного хирурга Красной Армии поставили, как говорится, на ноги. Жаль только, что нет достоверных сведений, кому конкретно, пока лечился в госпитале, помог вернуться к полноценной жизни сам Бурденко до возвращения в Москву на присланном за ним самолёте.

– Наверное, Евгений Валерьевич, ведущее отделение в вашем госпитале – хирургическое?

– У нас три стационарных отделения, но одинаково важны все. И терапевтическое на 75 мест (заведующая – Елена Евсеевко), и неврологическое на 70, которое возглавляет Ирина Лузина, и хирургическое на 55, где проводятся плановые операции грыжесечения, ам-

путации конечностей, удаления опухолей наружной локализации, а заведующий – блестящий хирург Сергей Шкабарня. Как и гериатрический центр для престарелых на 30 коек, и консультативная поликлиника на 100 посещений в смену по 14 специальностям. Да и какое может быть деление на особые или не очень структуры в госпитале, где лечатся преимущественно инвалиды и ветераны Великой Отечественной войны, тыла и труда, чернобыльцы, участники локальных боевых действий? – даже немного удивляется Евгений Валерьевич. – У пожилых людей диагности-

родных или близких, выписался фронтовик 93 лет. Мы ему сопровождение до дома предложили, но он так браво на нас глянул, что мы отступились, позавидовав его бодрости...

– А я вот, Евгений Валерьевич, на днях наткнулся в Интернете на недоумение одного омича: зачем, мол, Омску нужен госпиталь для ветеранов, когда столько лет после Великой Отечественной войны минуло – уже 69-ю годовщину Победы встречаем?

– Глупое и даже отчасти циничное недоумение. Не земляк мне такой омич! – разволновался Захаров. – У нас, в Прииртышье,

Далёкое – близкое

День Победы – праздник гордый!

В этом госпитале вылечился и продолжил оперировать Н.Н.Бурденко



руются не одно-два заболевания, как у молодых, а прямо букет, как они говорят сами. Да и вообще, по статистике, люди старше 60 лет имеют по 4 заболевания, кому за 70 – уже 5-6 заболеваний. И подчас очень трудно определить, какое из них основное. Например, ХОБЛ и ишемическая болезнь сердца, – какое из них главное, откуда идёт болезнь, откуда одышка? Почему наша задача – выявить соматические заболевания, которые спровоцированы, чаще всего, неправильным образом жизни (во время войны какие могли быть условия – в сырых окопах, с сухим пайком, впроголодь?!). Наша задача – снять обострение, если оно есть, и провести профилактическое лечение, чтобы обострений не было. Подобрать адекватную терапию, которая проводится не только у нас в стационаре, но и по возвращении пациента домой. Мы делаем выписку, даём назначения и рекомендации, какие лекарства и как нужно принимать. Подбираем препараты, поэтому главное, чтобы потом, наблюдаясь по месту жительства, ветеран соблюдал наши рекомендации.

Конечно, всех мы не можем «отследить», но тех, кто у нас лечится регулярно, мы стараемся «сопровождать». Кто дорожит своим здоровьем, они и в преклонные годы «на коне». На днях, например, не дожидаясь

только ветеранов, непосредственно воевавших на передовой, сейчас свыше 2400 человек, и самый из них «молодым» – по 88 лет! Мы с ними много общаемся, знаем их психологию. Это, с одной стороны, умудрённые опытом люди, много повидавшие и испытавшие на своём веку. А с другой сто-

роны, они как дети – искренние, наивные, доверчивые. Это подкупает. И мы стараемся оказать им как можно больше внимания. По отношению к старикам и детям в обществе и судят в целом о государстве – достойно ли оно уважения. Оптимизм ветеранов восхищает. Конечно, есть среди пожилых пациентов и те, кто переживает депрессию, мы стараемся таких вывести из этого удручающего состояния. А есть и общительные, весёлые, неунывающие. И чем хорош госпиталь, зачем он нужен? А он даёт возможность не только подлечить, продлить ветеранам жизнь, но и подарить им счастье общения с ровесниками, с товарищами по боевой молодости. Общение для ветеранов – очень много значит. Конечно, самых боевых, тех, кто прошёл через пекло войны, уже нет. Среди них было много раненных, контуженных, с кучей различных заболеваний. Ещё лет 10-15 назад было много фронтовиков, на пиджаках у которых красовались не коллодки от юбилейных медалей, а один орден или одна медаль. Но какие? Боевые! «За отвагу», орден Красной Звезды... Награды, отмеченные кровью. Ветераны очень трепетно к этому относятся. Да вы сами с ними познакомьтесь – пройдите по палатам...

И корреспондент «Медицинской газеты» сделал это и перенёс на газетную полосу записанное на диктофон.



Валитов Рашид Сафуллинович, 87 лет. Боевое крещение принял в 1944 г. под Шяуляем – это в Прибалтике, теперь не нашей. Семнадцати не было, был в строю последним, но всё равно шёл вперёд. Радистом в механизированной бригаде. Воевал на 1-м Прибалтийском, 2-м Белорусском. Какие награды, спрашиваете? Орден Отечественной войны, медали «За отвагу», «За боевые заслуги», «За взятие Кёнигсберга», «За победу над Германией».

– Как вас лечат, какое к вам отношение в госпитале, Рашид Сафуллинович?

– Отлично лечат. Хорошие врачи, внимательные. Все ласковые, особенно сестрички, очень предупредительные. Кормят на убой.

Магда Иван Иванович, 89 лет.

– Я – солдат, связист. Воевал везде. Начал в июне 42-го под Харьковом. Там было организовано наступление, нас туда бросили. 70-й гвардейский мотомётный полк. К концу войны наш полк стал Выборгским Краснознамённым ордена Богдана Хмельницкого. Закончил войну в Чехословакии, взяли Прагу. Правда, совсем уж отвоевался не 9 мая, а 12-го – отрезали путь остаткам армии Власова, которые старались прорваться к американцам. Три ранения, две контузии. Правда, в госпиталях не был. Мы отказывались от госпитализации, боясь отстать от своей части, лечились в полковой медчасти, и командир полка дорожил нами – бойцы уже проверенные, стреляные, их терять нельзя. Здесь бываю раз в год. Врачи очень хорошие. Награды: ордена Отечественной войны, Красной Звезды, Славы, две медали «За отвагу», «За победу над Германией», «За освобождение Белоруссии», «За освобождение Праги», «За оборону Сталинграда», «За оборону Ленинграда». Поскольку полк наш находился в резерве Главного командования, нас бросали туда, где было тяжело, где надо было выстоять...

Николай Прокопьевич Сальников, 87 лет.

– Меня 16-летним взяли, в 1944 г., но не на фронт – в Красноярск направили. Учили

стрелять, наступать. Потом – в Уссурийск. 157-я дивизия, 633-й стрелковый полк. Один молодняк, необстрелянный. Война с Японией началась 9 августа в 12 часов ночи – артподготовка, а закончилась 3 сентября. Ни минуты продыха не было, гнали и гнали японцев. Вода в колодцах была отравлена, в магазинах продукты – нельзя есть. Нас предупреждали: не вздумайте брать, хотя и были голодные. Много погибло при взятии города Муданьцзян – это в Маньчжурии. Перед ним река – тоже Муданьцзян, шире нашего Иртыша. Потом там 2 года стояли, жили в японских казармах, но продолжали гибнуть. По ночам вырезали наших солдат – кидали ножи, без шума, без звука. Снимали часового, а казармы забрасывали гранатами. Потом перебросили обратно в Россию – в город Спасск-Дальний, попал в отдельный батальон связи, охранял правительственную линию связи, которая шла по Уссурийской тайге. Семь лет прослужил – заменить было нечем. В 1951-м демобилизовался. Орден Отечественной войны, медаль «За победу над Японией». Во Владивостоке выучился на водителя и потом работал в Омской автоколонне 1252. Ещё орден дали – Трудового Красного знамени.

– Евгений Валерьевич, спасибо за такую роскошь – свободное общение с вашими пациентами, – поблагодарил я Захарова, когда вернулся из палат в кабинет главного врача. – Удивительно, ни одного нарекания на персонал вашего госпиталя, хотя коллектив не маленький...

– Надеюсь, и в дальнейшем никаких нареканий не будет, – мысленно перекрестился, показалось мне, Захаров. – У нас иначе, чем по-доброму и обязательно высокопрофессионально работать и нельзя, сами видели, какие люди нам доверяются. Нагрузки растут. Думаю, и нынче выйдем на ежегодную цифру около 5 тыс. пациентов. Несмотря на то, что фронтовики уходят, остаётся большая армия других ветеранов, которым необходима специализированная медицинская помощь. Именно по-человечески медицинская помощь, всегда говорю я коллегам, а не медицинские услуги. Потому что все мы великие должники поколения, которое можно назвать поколением победителей, его представители непосредственно участвовали в боях за Родину или ковали Победу в глубоком тылу Великой Отечественной войны.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

НА СНИМКАХ: здесь, в центре Омска, размещался эвакосортировочный госпиталь № 1494; Евгений Захаров.

Фото автора.

И вот пришёл май сорок пятого! И этот день, 9 мая, весенний и солнечный, я помню хорошо. Света было столько, что с Мишуковских вершин на много вёрст вокруг просматривались окрестные сёла и деревни: Юрьево, Воронцово, Березники, Никольское, Ройка. А от земли шёл головокружительный тёплый запах пробуждающейся мирной жизни...

Весь народ был в поле, а мы, дети войны, сидели за партами. Школа стояла на краю села, и из окна было видно, как женщины, по четыре-пять человек, тянули за длинные вожжи плуг, которым управлял мой дед. Так в годы войны обрабатывали приусадебные участки.

Была перемена, мы вышли из класса. Вдруг к школе подбежала заплаканная, бледная, запыхавшаяся Гера Сычёва, ученица 5-го класса Юрьевской средней школы.

– Победа... – еле слышно прошептала Гера и упала на молодой зелёный лужок. Лицо Геры было в слезах, в руке она сжимала пионерский галстук. Подбежала наша учительница, Нина Николаевна, мать Геры, а вскоре собралась и вся школа. С ближайших полей подходили колхозники. А Гера уже громко, взахлёб, повторяла одно и то же слово:

На литературный конкурс

Юрий ИВАНЧЕНКО

В мае 45-го

– Победа! По-бе-да!!!
И долгожданная весть молниеносно облетела всю деревню.

В телеге на лошади подъехал председатель колхоза Фёдор Иванович Матунин. Организовался стихийный митинг. Фёдор Иванович, участник войны, демобилизованный по ранению левой руки, встал на телегу во весь рост. Тёплый ветер развевал седую шевелюру председателя, пустой рукав солдатской гимнастёрки Фёдор Иванович подправил под ремень...

– Земляки! Товарищи! Дорогие мои! – дрогнувшим голосом обратился председатель к собравшимся. – Я только что получил из райцентра извещение. Война закончилась. Сегодня – День Победы! – И, помолчав, тихо добавил: – С праздником вас!

Послышались крики, плач, причитания. Люди стали поздравлять друг друга, обнимать своего председателя. Фёдор Иванович ладонью

вытирал слёзы и... улыбался.

– Дорогие мои колхозники! – продолжал Фёдор Иванович. – В честь такого праздника отпускаю всех домой. А вечером соберёмся все вместе.

Под вечер на поляне возле правления колхоза из старых досок сколотили столы и скамейки. Пришли все, кто смог. И первый тост был за Победу, за Сталина! Потом – за павших. И снова слёзы. И снова песни...

В лето 1945 г. мне уже доверили лошадь, на которой приходилось выезжать на станцию Смагино и встречать возвращавшихся с войны. Среди них Николай Андреевич Сычёв, отец моего друга Вальки, встречали братьев моего отца – дядю Григория и дядю Мишу, артиллериста, потерявшего под Кёнигсбергом правую ногу. Звеня орденами и медалями, победители открывали вещмешки и среди нехитрых солдатских пожитков доставали подарки.

Моему другу Вальке отец подарил настоящую губную гармошку, на которой я очень быстро научился играть простые деревенские мелодии.

С возвращением фронтовиков в нашу деревню возвращалась и жизнь. Заступали топоры, восстанавливались обветшалые дома, строились новые. Колхоз «Большевик» набирал силу. В центре села, в ограде, был поставлен обелиск, на котором были высечены имена и фамилии тех, кто не вернулся с войны.

А в семье Иванченко стало многолюдно. Когда у тётки Натальи родился второй мальчик, его назвали в честь погибшего на войне Степана, и он стал любимцем большой семьи. В подтверждение своего имени Стёпка как две капли воды походил на своего дядьку в детстве – такой же смыслённый, такой же баловень. И называли его Стёпка-маленький...

ОБ АВТОРЕ. Юрий Иванченко окончил Горьковский медицинский институт в 1966 г. В 1966-2003 гг. – хирург и главный врач Ардатовской и Арзамасской ЦРБ Нижегородской области. Заслуженный врач РСФСР. Лауреат литературного конкурса им. М.А.Булгакова 2010 г.

Фотоконкурс «МГ»



Фронтоник

Фото Аветика МУРАДЯНА, клинического ординатора Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена.

Москва.

Сокровенное

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ

Непрерывное эхо войны

Далёкое эхо войны приходит Девятого Мая. Наследие бывшей страны уходит последним трамваем. Толкают с лотков ордена – на них нынче громкие цены. Историей стала война. Отвага уходит со сцены. Тот подвиг, что светел и чист, кой-кто презирает спесиво: «Пришёл бы в Россию фашист – и пили б баварское пиво...» С усмешкой в те годы глядит заря двадцать первого века.

Наживы и лжи паразит насквозь поразил человека. Но есть и останутся те, кто предан навек ветеранам, кто верен высокой мечте – залечивать давние раны. И я в этот радостный день смотрю фотографии деда. И я не хочу, чтобы тень легла на святую Победу. Мы помним Мамаев Курган, сражение танков под Курском... И веры святой талисман всесилен в сознании русском.

Среди портупей и погон, сквозь ярость и солнце парада вдали разливается стон бессмертных героев блокады. Мы видим, как давние сны, всех тех, кто погиб под Москвою. Герои Великой войны нам жизнь даровали с тобою. Весь день Александровский сад наполнен людскими слезами. С детьми ветераны стоят с седыми, как снег, волосами. Тревога таится во мне,

как будто бы острая бритва, – в пылающем Вечном огне я вижу великую битву.

ОБ АВТОРЕ. Дмитрий Володарский окончил в 2010 г. Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, затем клиническую ординатуру по пульмонологии. Работал в международном отделе Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России. Теперь корреспондент «Медицинской газеты». Автор двух сборников стихотворений.

Древне-греч. фило-соф	Липидо-стеро-ловый экстракт	Яблоч-ное вино				"... в окне", Наги-бин	СКАНВОРД										Мясное изделие																					
					Город. Челяб. обл.	Итал. дири-жер	Хоть бы ...	Метил-предни-зонал									Завязки для обуви	Понятно			Муж. гол. убор	Обман-щик			Англ. писа-тель													
	Сорняк	Вита-мины с селеном						Содер-жит металл	Мощи		Кампа-ла	Телеф. клич	Кип-ренский				Слав. бог плодo-родия								Автобус													
					Деталь оружия	Работа в поле	Прори-цатель					Индий-ский поэт									Неяс-ный шум																	
	Амплуа актера	Голл. мыслит-ель						Героиня у Волкова	Балет, Стра-винский								Повы-шение кислот-ности	Китай-ская литавра																				
			Видит ... да зуб неймет		Коман-да собаке	...-два (воин.)	Поэма, Бора-тынский			Крупное дерево, Нигерия	Аму-дья										Дно																	
	Игра смыч-ком	Толпа					Борт судна			...-стоп							Б А Р К А С П				П		Ф	Э	Р	В	Е											
																	М	А	А	Л		П	О	М	О	Ч	И											
																	А	У	Э	Р	А	Т	А	К	А	У	Р											
																	Н	Б	Е	Б	У	Т	К	А	К	А	П	О										
																	О	Д	Н	А	Б	У	Р	О	С	А	А	Н	Д	Р	Е	У	Л	Ь	Я	Н	О	В
																	С	К	А	Ш	И	К	А	Р	Л	Р		О	Т	Е	Л	Ь	З	И	Н	А		
																	Т	Е	А	Т	Р	Д	Р	У	Г	Т	У	Е	Р	В								
																	Н	И	Р	О	Д	К	А	Н	И	Ш	Е	В	А									
																		Н	О	У	Ш	А	Т	Н	А	Р	В	А	Л									
Автор Валерий Шаршуков		Хищная рыба						Гора, Крит																														

Ответы на сканворд, опубликованный в № 30 от 23.04.2014.



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

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 8928812625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

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