# 

Nº 65 (7490)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru

#### События -

## Возвращение в Колонный зал

Через много лет 2-й Мед провёл посвящение в студенты в Доме союзов



Именно здесь особенно чувствуется величие нашей Родины. Когда-то Большой зал Благородного собрания собирал многотысячные балы, на которые приходили Пушкин и Лермонтов. Он помнит авторские концерты Чайковского и Сен-Санса, Скрябина и Рахманинова.

С советских времён здесь собираются на особо торжественные церемонии и медики. чтобы дать свои профессио-

Вот они – счастливые первокурсники

нальные клятвы. Среди них в 70-80-е годы прошлого века часто были студенты и выпускники 2-го Меда. Через много лет они снова пришли в Колонный зал, и именно выпуск и посвящение в студенты этого года стали знаком возрождения ведущего медвуза страны, недавно первым в России получившего международный университетский

Связь времён поддерживала

на сцене ведущая церемонии и концерта известный теледиктор Татьяна Судец, а ректор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова профессор Андрей Камкин призвал новоиспечённых студентов не затягивать празднование, а учиться с самого первого дня, ибо спрос с будущего врача сейчас стал строгим как никогда.

(Окончание на стр. 2.)

#### Дежурный по номеру: Пётр ГЛЫБОЧКО

Ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, член-корреспондент РАН, председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России. Cmp. 13.



#### Особый случай —

#### Арматуру удалось извлечь

В станице Новопокровской Краснодарского края хирурги прооперировали 16-летнюю пациентку они извлекли из её ноги фрагмент арматуры длиной 25 см.

Трагедия произошла из-за того, что девушка, гуляя с друзьями рядом с участком, где проводились ремонтные работы, споткнулась и упала на металлический стержень, жёстко закреплённый в земле. Арматура прошла насквозь через левую го-

Работники МЧС освободили пострадавшую, и бригада скорой помощи срочно доставила её в ЦРБ.

Хирурги продумали свои действия до мелочей: важно было извлечь металл так. чтобы не повредить мягкие ткани. Операция проведена под общим наркозом, дренирование раневого канала сделано успешно. Главное - функция ноги сохранена в полном объёме.

Пациентку выписали спустя несколько дней после операции в удовлетворительном состоянии

Павел ТИХОРЕЦКИЙ.

MИA Cito! Краснодарский край.

#### СЕГОДНЯ В «МГ»

Широкомасштабная проверка в отношении медиков-курильщиков Стр. 5

Кадровые и другие проблемы лабораторной службы

Стр. 6-7

Академик РАН Валерий Кубышкин – о криохирургии и клинических рекомендациях

Стр. 10-11

По страницам жизни профессора Юрия Галлингера

Стр. 15

## Береги своё сердце!

Кардиологический центр Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики при поддержке администрации Нальчика провёл просветительскую медицинскую акцию «Береги своё сердце!» Её целью стало напоминание людям о факторах риска развития таких тяжёлых заболеваний, как инфаркт и инсульт.

В Атажукинском саду развернули специальные медпункты-палатки,

где специалисты измеряли артериальное давление, снимали кардиограммы и консультировали всех желающих. При этом в состав бригады врачей входили кардиологи - кандидаты медицинских наук, работающие в республиканском кардиоцентре. Благодаря этому, если в ходе осмотра горожан возникало подозрение на наличие сердечнососудистой патологии, то человека без каких-либо проволочек направляли на углублённое об-

следование, а при необходимости и лечение.

Кроме того, во время акции медицинские сёстры раздавали посетителям Атажукинского сада памятки с информацией о профилактике заболеваний и дарили им воздушные шары в форме

> Павел АЛЕКСЕЕВ. **МИА Cito!**

Кабардино-Балкарская Республика.



#### Hobocmu

#### Японские врачи спасают сахалинского подростка

В японском ожоговом центре в Саппоро на острове Хоккайдо врачи спасают 13-летнего сахалинского подростка Володю Новикова, получившего ожоги 60% тела во время пожара 1 июля в городе Оха на севере острова.

Областная администрация и губернатор Сахалина Александр Хорошавин сразу откликнулись на просьбу родителей о помощи и организовали отправку ребёнка в Японию. Лечение Володи Новикова оплачивается из областного бюджета. Японские специалисты уже сделали пострадавшему 3 операции. Впереди ещё несколько хирургических вмешательств. Состояние мальчика остаётся тяжёлым.

Тем временем на Сахалине объявлена специальная акция в поддержку Володи. На его электронный адрес жители острова присылают письма и рисунки.

Напомним, что 6 лет назад именно в этом японском ожоговом центре в Саппоро врачи боролись за жизнь пострадавших при покушении генерала Виталия Гамова и его жены. Жизнь генерала спасти не удалось, но супруге военного, у которой тело было обожжено на 70%, удалось поставить на ноги.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Южно-Сахалинск.

#### Стимулирующие надбавки через ОМС

В Курганской области расширен перечень медицинских работников, получающих стимулирующие денежные выплаты за счёт средств ОМС в рамках территориальной Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам. Отныне в перечень вошли медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов и скорой медицинской помощи.

Ранее стимулирующие выплаты через систему ОМС получали участковые терапевты, врачи общей практики (семейные), педиатры, врачи общей практики и медицинские сёстры, работающие с ними.

Александр ПРУДНИКОВ.

Курганская область.

#### В преддверии 70-летия Победы

Врачи Республиканского госпиталя ветеранов войн в Удмуртской Республике проводят плановое обследование своих маломобильных подопечных: инвалидов, ветеранов Великой Отечественной войны, блокадников, членов семей погибших. За первую половину года врачебные бригады, в состав которых входят терапевт, невролог и медицинская сестра, посетили своих маломобильных пациентов в 24 сельских районах из 25, осмотрели более 200 человек. Ожидается, что к концу года эта цифра увеличится вполовину.

Сейчас в республике около 2500 инвалидов, участников Великой Отечественной войны, членов семей погибших, блокадников. Самый пожилой ветеран Великой Отечественной войны в Удмуртии живёт в селе Июльское Воткинского района, – 96-летний Фёдор Сафанеевич Вахрушев.

Марина ЦВЕТУХИНА.

Ижевск.

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

#### События

## Возвращение в Колонный зал

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Торжественные слова напутствия произнесли первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян, депутат Госдумы РФ Сергей Миронов, выпускник 2-го Меда академик РАН Александр Румянцев, декан старейшего в мире педиатрического факультета профессор Лидия Ильенко. Но, пожалуй, самыми трогательными минутами были появление на сцене и речь ветерана Великой Отечественной войны, фронтовика-огнемётчика, а затем с 1955 по 1985 г. первого руководителя центральной научноисследовательской лаборатории вуза и первого декана первого в стране мелико-биологического факультета профессора Эммануила Когана, которого зал слушал стоя. «Я возлагаю особые надежды именно на нынешних первокурсников». - произнёс Эммануил Маркович. Это связано с резким повышением проходного балла вступительных экзаменов - с 36 в прошлом году до 70 в этом. Воз-



Ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова профессор Андрей Камкин (справа) провозглашает профессора Эммануила Когана обладателем золотой награды университета

можно, большинству из сегодняшних первокурсников удастся справиться с так же быстро растущими

в университете требованиями к знаниям. А когда Э.Коган закончил свою речь, Андрей Камкин вручил этому человеку-легенде золотую медаль «За выдающиеся заслуги перед РНИМУ им. Н.И.Пирогова» – 18 г червонного золота.

Затем на сцену поднялся «Гиппо-

Затем на сцену поднялся «Гиппократ», и опять большая аудитория встала, на этот раз чтобы произнести клятву медика-первокурсника. А среди номеров проведённого в духе исторического зала концерта звучали и патриотические, и студенческие, и профессиональные мелодии – «Гаудеамус», «Москва моя», «Люди в белых халатах», знаменитый гимн университета «Сгорая сам, свети другим всегда, за свет не требуя наград».

2-й Мед вернулся в Колонный зал Дома союзов. Похоже, вместе с этим к ведущему медвузу возвращается былое величие...

Альберт ХИСАМОВ, Юрий ЛУНЬКОВ, корреспонденты «МГ».

Москва.



Студент 1-го курса лечебного факультета Александр Ушаков с символическим студенческим билетом

#### Инициатива

Среди палитры заболеваемости Тверской области проблема сахарного диабета долгие годы сохраняет лидирующие позиции. На сегодняшний день этот диагноз на Верхневолжье зафиксирован у 39 тыс. взрослых граждан. Почти у 3 тыс. жителей региона имеется диабет 1-го типа, и они нуждаются в постоянной заместительной инсулинотерапии, 30% пациентов со 2-м типом диабета также непрерывно получают инсулин.

Неутешительная статистика заставляет беспокоиться не только представителей медицинских кругов, но и общественность, простых граждан, далёких от медицины в профессиональном смысле. Так в этом году родилась идея провести широкомасштабную акцию «Мы вместе в борьбе с диабетом», цель которой доступно рассказать жителям региона о самом заболевании, его симптомах, тяжёлых последствиях и, конечно, о профилактике. В Тверской области в течение

## Ради победы над болезнью

#### В Верхневолжье проходит акция «Мы вместе в борьбе с диабетом»



Специалисты Тверского диабет-центра осматривают пациента

нескольких лет успешно реализуются программы по оказанию специализированной помощи больным сахарным диабетом. К примеру, своё развитие продолжает направление помповой инсулинотерапии у беременных, которая стартовала в 2012 г. на базе диабет-центра областной клинической больницы. Благодаря этому удалось значительно уменьшить процент осложнений и ежемесячно на свет появляются абсолютно здоровые дети. К слову сказать, областной диабет-центр работает с 1999 г. Имеет большую популярность среди пациентов школа диабета, в которой людей с этим диагнозом обучают правилам поведения, режиму питания, схемам терапии, профилактике осложнений. В год её посещают более 2 тыс. человек.

Как сообщил нам председатель Федерации тверских профсоюзов Валерий Корешков, решение о старте акции «Мы вместе в борьбе с диабетом» было принято на заседании специальной комиссии по социальным вопросам Общественной палаты Центрального федерального округа, участники которого обсуждали вопросы доступности качества медицинской помощи населению и сложности лечения заболевания сахарным диабетом. Акция продлится до конца 2014 г. В её рамках пройдут научные конференции, «круглые столы», лекции, мастер-классы и т.д.

Максим СТРАХОВ, внешт. корр. «МГ».

Тверь.

Росздравнадзор организовал широкомасштабную проверку – как в поликлиниках, больницах, аптеках и других организациях, связанных со здравоохранением, выполняется Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Нарушителям - приверженцам вредной привычки грозят, как сообщается на сайте ведомства, серьёзные штрафы. Тех, кто курит на территории медицинской организации, сотрудники Росздравнадзора могут оштрафовать на сумму от 500 до 1000 руб. А должностные лица за отсутствие в медучреждениях специальных запрещающих знаков будут наказаны штрафом от 10 до 20 тыс. руб., юридические лица - от 30 до 60 тыс. Для индивидуальных предпринимателей штраф за несоблюдение антитабачного закона составит от 30 до 40 тыс., для юридических лиц частной медицины - от 60 до 90 тыс.

Как пояснил и.о. руководителя Росздравнадзора Михаил Мурашко, возглавляемое им ведомство проконтролирует также и то, как в медучреждениях организованы профилактика, диагностика и медицинская реабилитация курильщиков. Подлежат проверке и уровень оказания медпомощи приверженцам вредной привычки, меры по её улучшению. Правом контролировать исполнение закона и выписывать штрафы за административные правонарушения Росздравнадзор наделён.

Напомню, что Федеральный закон «Об охране здоровья граж-

На контроле -

## **Медиков-курильщиков станут наказывать**

И пациентам и сотрудникам медучреждений придётся нелегко, если их застукают с сигаретой



дан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» полностью вступил в силу 1 июня этого года. Хотя курилки стали исчезать из медицинских учреждений ещё в прошлом году, но курильщиковнарушителей в них по-прежнему много

«Каюсь и посыпаю голову пеплом: среди наших граждан одними из злостных курильщиков являются медики. Это безобразие, национальный позор», – сказал как-то бывший главный государственный санитарный врач РФ, а ныне советник председателя Правительства РФ Геннадий Онищенко.

Теперь медиков-курильщиков станут наказывать. Как, впрочем, и пациентов, если они «задымят» на территории медицинских учреждений...

Торговать табачными изделиями в них, как и в других социальных учреждениях, кстати, нельзя. А что касается цен, то в Госдуму РФ внесён законопроект, который устанавливает минимальную цену на сигареты. Если парламент его примет, то купить пачку табачных изделий дешевле 55 руб. будет невозможно уже с 2015 г. (в этом году минимальная стоимость пачки сигарет - примерно 21 руб.). А чтобы противостоять ввозу дешёвого табака, депутаты разработали ещё один законопроект, которым предусматривает внесение в Уголовный кодекс РФ статьи о контрабанде сигарет через границу Таможенного союза. Штраф за нарушение этого табу - до 1 млн руб., свободы можно лишиться на срок до 5. а в отдельных случаях - до 12 лет. А граждане, бросающие курить, получат любую медицинскую помощь и психологическую поддержку. Как сообщил Минздрав России, для этого в поликлиниках открыто 3700 отделений и кабинетов медицинской профилактики. В стране работают более 700 центров здоровья, а также кабинеты помощи по отказу от курения Наркологические и психоневрологические диспансеры готовы консультировать всех, кто решит бороться с вредной привычкой.

Министерство обратилось к ассоциации «Здоровые города, районы и посёлки» и предложило ей провести мониторинг, обобщить результаты предпринятых мер, чтобы применить лучший опыт в регионах России.

Некурящим же Минздрав рекомендует жаловаться: на его сайте размещены рекомендации, куда следует обратиться с претензиями о нарушении законодательства и ряд уточнений к нему.

Валентин МАЛОВ.

#### Ишоѕи и проѕнозы —

## Внушительные перспективы

#### Хирургическая служба Приамурья значительно улучшила технические возможности

Вопрос состояния хирургической службы Амурской области был заслушан на совещании в региональном Министерстве здравоохранения. О том, какова динамика показателей хирургической службы, насколько эффективно организована хирургическая помощь в районах и что следует предпринять для совершенствования хирургической службы, в своём докладе рассказал главный хирург Минздрава области Евгений Брегадзе.

Сегодня хирургическая помошь жителям области оказывается по 23 профилям, на базе Амурской детской областной клинической больницы функционирует микрохирургический центр, оказывающий помощь детскому и взрослому населению не только Амурской, но и Читинской области. Хабаровского края, Республики Саха (Якутия). Для оказания хирургической помощи больным старше 18 лет в медицинских организациях (по состоянию на 31.12.2013) развёрнуто 1227 хирургических коек, включая койки кардиохирургического центра Амурской государственной медицинской академии. Сегодня в области работают 720 хирургов по 13 специальностям, что почти на 90 докторов больше, чем было в 2012 г. Из них 68,1% имеют первую квалификационную категорию, 60,4% - высшую. Более 30% хирургов областных и муниципальных лечебных учреждений прошли подготовку на центральных базах.

Дефицит кадров хирургического профиля остаётся высоким в Райчихинске, Сковородино, в

Зейском, Михайловском, Селемджинском, Константиновском, Архаринском и Серышевском районах. При этом Е.Брегадзе отметил, что дефицит специалистов-хирургов наблюдается в целом по России: укомплектованность лечебных учреждений персоналом хирургического профиля колеблется от 35 до 42%, и на этом фоне Приамурье выглядит относительно благополучно — 43,3%.

За 2013 г. в медицинских организациях было прооперировано 47 195 больных. Из них эндоскопическим методом — 4598, рентгеновоскулярным — 2109.

- Сегодня хирургическую помощь, в том числе эндоскопическую, малоинвазивную могут оказывать от 14,8 до 40,7% медицинских организаций области, в которых большинство хирургов владеет этими операциями, сказал главный хирург Минздрава области. — Это позволит обеспечить высокий показатель выполнения, в частности, плановых и экстренных лапароскопических холецистэктомий — до 90%. Задача нашей службы — достичь этой цифры.

По словам Е.Брегадзе, оперативная активность по области в минувшем году составила 70,8%, что в сравнении с другими регионами тоже неплохо. Среди острых хирургических патологий на первом месте, как и прежде, острый аппендицит. По сравнению с прошлыми годами увеличилось количество больных с острой кишечной непроходимостью. Значительно возросло количество больных с желудочно-кишечными кровотечениями, причём рост данного показателя обусловлен не язвенными желудочными кровотечениями, а из вен пищевода при циррозах печени, эрозивных гастритах, дуоденитах – как последствия употребления суррогатов алкоголя.

Он также отметил, что уменьшилось количество оперированных больных с острым холециститом. «Это хороший показатель, который говорит о том, что возрос процент именно плановых оперативных вмешательств при желудочно-кишечных заболеваниях».

В настоящее время сфера влияния хирургической службы Амурской области условно подразделяется на северную, центральную и южную территориальные зоны, а сами медицинские организации - на уровни оказания хирургической помощи населению. К первому, высшему уровню относится Амурская обко второму - Благовещенская, Белогорская, Свободненская и Райчихинская городские больницы, Тындинская и Зейская районные больницы, остальные лечебные учреждения, а также врачебные амбулатории, участковые больницы и ФАПы соотнесены к третьему уровню. Говоря об уровнённой системе оказания хирургической помощи населению, Евгений Брегадзе сделал акцент на активное развитие межмуниципальных медицинских центров, что в условиях отдалённости части территорий от Благовещенска, по его мнению, является наиболее оптимальным вариантом по совершенствованию оказания хирургической помощи амурчанам.

– То оборудование и та оснащённость аппаратурой, которыми сегодня располагают эти базы и которые будут ими пополняться в дальнейшем, а также имеющийся кадровый потенциал и привлечение молодых специалистов позволят нам в значительной степени повысить качество оказываемой населению области хирургической помощи, её доступность и оперативность, обеспечат круглосуточную неотложную хирургическую помощь.

Одним из важных направлений совершенствования службы главный хирург назвал также расширение возможностей санавиации и повышение ответственности межмуниципальных хирургических центров за состояние хирургической помощи в районах, включая двусторонний обмен специалистами с целью повышения квалификации районных эскулапов.

- Наши хирурги постоянно принимают участие в работе съездов, конференций и симпозиумов различного уровня, - сказал в заключение Е.Брегадзе. - откуда они привозят новые технологии. методики и где, кстати, также представляют и свои. Мы общаемся с ведущими специалистами различных отраслей хирургии, и хочу заметить, что сегодня по содержательности хирургической деятельности мы мало чем отличаемся от центральных клиник страны. Значительно улучшились и наши технические возможности. Поэтому в настоящее время наша задача - среди общего числа проводимых оперативных вмешательств увеличить количество малоинвазивных операций, приблизиться к среднему показателю по России. У нас всё для этого есть, и мы должны идти вперёд в этом направлении.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Благовещенск

#### Опросы -

Медицина Кубани развивается стремительно, и важно знать, как это отражается на пациентах. Министр здравоохранения Краснодарского края Евгений Филиппов регулярно проводит личные встречи с гражданами и выясняет мнение кого обслуживания. Помимо этого, в крае существует система опроса населения при помощи анкет, горячих линий и телефонов доверия.

#### На четвёрку с плюсом

Так, например, в Сочи, проанализировав мнение пациентов, в Управлении здравоохранения получили сводные данные по каждому подразделению каждой медицинской организации. В 35 мелицинских организациях города с помощью волонтёров проведено анонимное анкетирование пациентов. «Карта благожелательности» состояла из 10 несложных вопросов. Оценку надо было выставить, как в школе, - от 1 до 5. В конце анкеты каждому респонденту предлагалось указать конкретные предложения по улучшению медицинского обслуживания в данном учреждении здравоох-

По итогам анкетирования стало понятно, где, по мнению пациентов, самая доброжелательная регистратура, самые внимательные медицинские сёстры, самые комфортные условия, а где – вежливость и благожелательность встретишь не всегда.

Всего в опросе участвовало 1400 человек. Оценку горожане своим медикам выставили «4+».

Ольга ЛЫЖНИК.

Пресс-служба Минздрава Краснодарского края.

Краснодар.

#### О сложностях восприятия

В профилактике, диагностике и лечении практически всех заболеваний важная роль отводится современным лабораторным исследованиям. Однако - и это коллегиальное мнение членов профильной комиссии Минздрава России по клинической лабораторной диагностике и Федерации лабораторной медицины, которое я представляю перед Минздравом России и в следующих пунктах данного обзора, - лабораторное обеспечение медицинской помощи - это не только выполнение лабораторных исследований, характеризующих клинически важные показатели внутренней среды организма пациента, доказательно связанные причинноследственными отношениями с определёнными заболеваниями человека. Это и оперативное предоставление результатов лабораторных исследований, то есть лабораторной информации.

К лабораторной информации предъявляются четыре основных требования: биологическая и аналитическая достоверность, информативность в соответствии с поставленной клинической задачей, оперативность и доступность в различных условиях оказания медицинской помощи. Научной основой лабораторного обеспечения и его постоянного совершенствования служит лабораторная медицина.

Сложность восприятия лабораторной медицины как специальности заключается в том. что это биомедицинская междисциплинарная межведомственная отрасль в системе мер по охране здоровья человека, отрасль, в которой трудится большое количество специалистов с медицинским (врачи клинической лабораторной диагностики, бактериологи, вирусологи, лабораторные микологи, лабораторные генетики) и немедицинским образованием (биологи, химики, физики, ветеринары, провизоры, микробиологи, специалисты по молекулярной биологии). В настоящее время наблюдается растаскивание лабораторной службы как по направлениям медицинской деятельности, так и по аналитическим направлениям. Примером тому служит создание отдельных государственных структур по паразитологии, токсикологии, исследованию концентрации лекарственных препаратов в биоматериале, лабораторной диагностике туберкулёза, СПИДа, гепатитов и других инфекций. В связи с чем произошло размывание единых требований к подготовке кадров и стандартизации деятельности лабораторий, что привело к снижению компетентности сотрудников, качества предоставления лабораторных услуг и, соответственно, к снижению клинической безопасности получения и применения лабораторной информации.

#### Кадровые проблемы

Подготовка лечащих врачей в вузах по лабораторной диагностике, хотя бы по разделам общей и частной подготовки пациента к лабораторному исследованию и клинической интерпретации лабораторного исследования, не предусмотрена. Оставляет желать лучшего сама подготовка врачей клинической лабораторной диагностики – специалистов с высшим медицинским образованием. Существует объективная потребность в специ-

Важную роль в развитии клинической лабораторной диагностики в России в настоящее время играют две организации: профильная комиссия Минздрава России по клинической лабораторной диагностике, возобновившая работу в 2012 г. по приказу министра здравоохранения Российской Федерации В.Скворцовой, и Федерация лабораторной медицины. Перед ними стоят серьёзные проблемы, которые необходимо решить в ближайшее время.

Соучредителями Федерации лабораторной медицины стали 6 наиболее активных и представительных профессиональных сообществ в сфере лабораторной медицины

России: некоммерческая организация «Диагностическая медицинская ассоциация», общероссийская общественная организация «Научно-практическое общество специалистов лабораторной медицины», региональные общественные организации «Новосибирская областная ассоциация медицинской лабораторной диагностики» и «Красноярская краевая ассоциация медицинской лабораторной диагностики», некоммерческое партнёрство «Специалисты лабораторной диагностики Иркутской области», Московская ассоциация малых предприятий — производителей медицинской техники «АсМедика».

#### Экспертный уровень -

## Проблемы, которые следует решить

#### Состояние лабораторного обеспечения медицинской помощи населению в России



Анатолий Кочетов

алистах, имеющих не только и не столько аналитическую, но и, что очень важно, основательную клиническую подготовку, на которых могли бы ориентироваться лечащие врачи. Однако квалификационные характеристики врача клинической лабораторной диагностики и специалиста с немедицинским образованием, изложенные в приказе № 541н от 23.07.2010 «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей. специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», в существующем изложении дублируют друг друга. На примере зарубежных коллег известно, что деятельность специалистов с медицинским и немедицинским образованием в лабораториях кардинально отличается. В отечественных лабораториях наблюдается отсутствие данного разделения без базовой переподготовки специалистов с немедицинским образованием на основании только общего усовершенствования для биологов.

С другой стороны, специалисты с высшим немедицинским образованием, выполняющие огромный пласт технической. аналитической и научно-практической медицинской работы, поставлены в ситуацию, когда их присутствие в штате лаборатории является фактором, препятствующим лицензированию лаборатории, приводит к налоговым курьёзам (за них взымаются дополнительные налоги как за немедицинский персонал). Также, являясь в соответствии с Федеральным законом № 323-Ф3 от 21.11.2011 «Об

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Закон № 323-Ф3) медицинскими работниками, они не имеют права на медицинский стаж, лишены стимулирующих доплат по модернизации, родовым сертификатам и другим целевым программам, что в настоящее время вызвало социальную напряжённость в сфере лабораторной службы и недовольство без-

действием Министерства здравоохранения РФ. Особенно это может проявиться в лабораторной службе нового Крымского федерального округа, в котором основная часть биологов – в соответствии с нормативными актами законодательства Украины – имеют только специализацию после бакалавриата, тогда как для работы на должности биолога в соответствии с вышеуказанным приказом 541н в России необходимо закончить магистратуру.

Соотношение специалистов с высшим и средним образованием в настоящее время в РФ составляет 1: 2,2. В то же время зарубежный опыт показывает, что эффективная деятельность лабораторной службы соответствует соотношению 1:4 и более. В РФ указанное соотношение обусловлено устаревшими нормативами штатного расписания, согласно деиству ющему приказу Минздрава CCCP № 900 от 26.09.1978 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных больниц и районных больниц сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и посёлков городского типа с населением до 25 тыс. человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности и фельдшерско-акушер-СКИХ ПУНКТОВ».

В соответствии с устаревшими нормами формирования штатного расписания дефицит кадров в лабораторной службе составляет в среднем по России 47%. При оптимизации организационной структуры лабораторной службы за счёт централизации лабораторных

исследований кадровый дефицит специалистов с высшим образованием ликвидируется полностью и появится устойчивая тенденция к снижению потребности в специалистах с высшим образованием на фоне повышения потребности специалистов со средним образованием.

#### О централизации лабораторных исследований

Централизация лабораторных исследований и информатизация лабораторной службы позволяют, как показывает мировой опыт, получать результаты лабораторных исследований быстрее, на более высоком качественном уровне, делают их дешевле, доступнее, со снижением затрат на лабораторную службу. Во всех регионах РФ уже есть крупные централизованные государственные и частные лаборатории. Но наличие централизованных лабораторий не свидетельствует об эффективной централизации лабораторных исследований. Это разные проекты. В проектах централизации лабораторных исследований и их необходимости очень важную роль играют медицинская целесообразность, организационные возможности, логистика и экономическая эффективность процессов централизации, а также учёт возможного обострения социальных проблем без решения кадровых вопросов при расформировании или изменении статуса локальных лабораторий. До сих пор не проведено оценки существующих проектов централизации, так как в большинстве случаев таких проектов именно централизации, а не централизованных лабораторий нет, как нет и независимой экспертной и/или общественной их экспертизы, в том числе и в новообразованном Крымском федеральном округе. Централизация не универсаль-

ный метод. Она должна применяться с определёнными ограничениями, только в комплексе с другими мероприятиями и обязательно с использованием информационных технологий. Тотальная централизация всей лабораторной службы страны или отдельных регионов не только не приведёт к сколько-нибудь заметной экономии средств, но и нанесёт непоправимый вред системе здравоохранения в целом.

Мероприятия по централизации лабораторных исследований необходимо планировать и осуществлять с учётом региональных особенностей и только системно, под контролем независимых профильных экспертов и профессиональных профильных лабораторных сообществ. Ими не могут являться главные внештатные специалисты этих регионов, вынужденные быть аффилированными своему руководству, так как назначаются не представлением от лабораторного сообщества, а непосредственно медицинским руководством региона.

#### Номенклатура и тарификация лабораторных услуг

Отсутствие отдельной номенклатуры лабораторных услуг (не исследований), наличие включённой в номенклатуру медицинских услуг устаревшей, по многим пунктам неверной, номенклатуры лабораторных услуг и отсутствие постоянно действующей системы её обновления привело к застою внедрения современных инновационных технологий и клинически значимых тестов в лабораторную диагностику в сфере государственных гарантий оказания медицинской помощи населению.

Отсутствие единых правил тарификации лабораторных услуг не позволяет государственным медицинским лабораториям вести собственную обоснованную экономическую деятельность, а также служит стимулом корруппионного проведения конкурсов (тендеров) на выполнение лаоораторных исследовании сторонними организациями или приводит к выбору дешёвых, аналитически и клинически малозначимых тестов без учёта клинической специфики медицинской организации, проводящей конкурс (тендер). Одни и те же лабораторные исследования могут выполнятся на различном оборудовании и различными тест-системами.

### Материально-техническое оснащение медицинских лабораторий

Более 80% потребностей лабораторной службы здравоохранения страны удовлетворяется за счёт импорта. В частности, все лабораторные приборы, закупленные в 2006-2007 гг. по Национальному проекту «Здоровье» и в настоящее время

требующие замены, замещаются вновь импортными приборами. Доля импорта в оснащении КДЛ автоматическими анализаторами близка к 100%. При этом часть из этих анализаторов работает только на импортных наборах реагентов, что значительно сужает рынок реагентов для отечественных производителей. Отечественные приборы для диагностики in vitro представлены большей частью несложными и недорогими устройствами. В России до сих пор не производятся вакуумные пробирки и иглы для взятия венозной крови. Доля отечественных микропробирок для взятия капиллярной крови составляет менее 10%.

По настоящее время остаются неизвестными для профессиональной общественности результаты 73 проектов на 3285 млн руб., реализованных в контексте выполнения целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу».

Другой проблемой, касающейся оборудования, является то, что в лабораторной службе здравоохранения России уже не один год имеет место ситуация, когда один федеральный орган на основании делегированных ему государством полномочий разрешает применение современных медицинских изделий, в том числе цифровых компьютеризированных анализаторов, а другой федеральный орган запрещает их применение, причём не в целом по всей стране, а в отдельных лабораториях.

В частности, после закупок Минздравсоцразвития России большого количества оборудования в рамках Национального проекта «Здоровье» в регионах страны появились предписания со стороны органов Ростехрегулирования, запрещающие лабораториям применение анализаторов на том основании, что для этих изделий не проведено утверждение типа средств измерений и они не подвергались поверке. Но в мировой практике обеспечения единства измерений в сфере лабораторной службы здравоохранения большая часть медицинских изделий, в том числе анализаторов, применяемых в клинико-диагностических лабораториях, не входит в сферу государственного регулирования, и в отношении этих приборов не проводятся регулярные поверки. Поверка всей измерительной системы в целом с применением тест-объектов выполняется в каждой лаборатории методами внутрилабораторного контроля качества лабораторных исследований, причём ежедневно, а не раз в год, как в случае поверки.

Существующие ограничения в сфере экспертизы и практическая остановка регистрации медицинских изделий для диагностики in vitro в Росздравнадзоре усугубляют указанную проблему.

Отечественная промышленность средств диагностики in vitro хронически отстаёт от промышленности многих стран, включая Китай, и разрыв всё увеличивается, что уже становится фактором национальной безопасности.

#### 0 качестве

Важным системообразующим элементом обеспечения и контроля качества лабораторных исследований и межлабора-

торного сличения являются референтные лаборатории. В настоящее время многие лаборатории представляют себя «референтными», причём нередко при поддержке региональных органов управления здравоохранением. Однако в РФ нет адекватного законодательства, касающегося референтных лабораторий, которое полноценно отражало бы:

- задачи, права и обязанности референтных лабораторий на национальном и региональном уровнях:
- требования к референтным лабораториям (с учётом специфики различных направлений деятельности медицинских лабораторий, с их огромной номенклатурой совершенно по-разному выполняемых исследований);
- механизм получения статуса референтной лаборатории;
- механизм надзора и контроля за деятельностью референтных лабораторий, включая участие в межлабораторных сличениях, проводимых на международном уровне.

Подобная система существует в рамках Росстандарта, но её нельзя «один в один»

ственно, она должна обладать набором аттестованных методик выполнения измерений и квалифицированным персоналом.

Таким образом, в настоящее время в России не существует национальной референсной системы оценки качества лабораторных исследований, также не существует референсных лабораторий, что определяет дороговизну стандартных и контрольных образцов. Референсная лаборатория должна проводить обязательное точное определение содержания аналитов в стандартных образцах перед тем, как они попадут в клинические лаборатории для повседневной работы. Референсная лаборатория должна иметь в своём распоряжении самое современное аналитическое оборудование, используя при этом в качестве эталона международные стандарты образцов аналитов для аттестации национальных отраслевых стандартных образцов.

#### Предложения

Что же предлагается ведущими специалистами лабораторного сообщества России, в

дований. Врач ЛМ не выполняет лабораторные исследования за исключением сложных морфологических микроскопических исследований биологического материала. Распознавание и дифференцированный подсчёт клеток крови (особенно при гематологической патологии), форменных элементов осадка мочи при нефрологических заболеваниях, анализ цитологических и гистологических препаратов проводятся врачом, поскольку эти и некоторые другие виды исследований не имеют чёткой регламентации, а фактически представляют собой обследование пациента на клеточном уровне.

В связи с огромным объёмом необходимых знаний и умений в области клинической лабораторной диагностики врач ЛМ не может обладать одинаково глубокими знаниями во всех разделах и подразделах лабораторной медицины. Для решения сложных диагностических задач наряду с общими знаниями по всем разделам клинической лабораторной диагностики требуются более глубокие знания и практические

точно специальной подготовки в объёме средне-специального образовательного учреждения. В зарубежных медицинских лабораториях практически все рутинные лабораторные исследования выполняются сотрудниками со средне-специальным образованием – медицинскими технологами и медицинскими лабораторными техниками.

При принятии решения о введении предлагаемой подготовки специалистов для работы в медицинских лабораториях необходимо предусмотреть присвоение медицинской специальности, соответственно, «лабораторная медицина» или «медицинская микробиология», всем уже работающим на момент принятия решения по соответствующим должностям (врач или лабораторный аналитик, в зависимости от наличия медицинского образования) с последующей аккредитацией по обобщённым функциям профессионального стандарта в течение 3 лет после принятия решения. Аккредитацию специалистов предлагается возложить на профильные кафедры образовательных медицинских учреждений после разработки единой системы подготовки и аккредитации специалистов лабораторной диагностики.

Централизацию клинических лабораторных исследований необходимо осуществлять на основе комплексной оценки медицинской целесообразности, организационных возможностей и экономической эффективности, которые представлены профильной комиссией на сайте главного специалиста. Проекты централизации должны обязательно проходить независимую экспертизу аккредитованными экспертами федерального уровня, представленными региональной или федеральной общественной лабораторной организацией.

При создании федеральной референтной системы оценки качества лабораторных исследований необходима консолидация усилий специалистов Министерства здравоохранения РФ и Росстандарта для начала разработки первичных предложений по созданию реально работающей системы референтных медицинских лабораторий в РФ. В области in vitro-диагностики необходим самостоятельный документ, разработка которого должна быть продуктом Комиссии по созданию референтной системы оценки качества лабораторных исследований. включающей номенклатуру и тарификацию лабораторных услуг, с участием в комиссии представителей Минздрава и Минпромторга России, Ростехрегулирования, Росздравнадзора, Союза ассоциаций и предприятий медицинской промышленности, профильной комиссии Минздрава России по клинической лабораторной диагностике и профессиональных некоммерческих общественных объединений специалистов лабораторной диагностики.



Плановая рабочая встреча президиума Федерации лабораторной медицины России в Иркутске

переложить на медицину. Но без участия метрологов с уже существующей наработанной нормативной «базой» решить задачу по созданию системы референтных лабораторий в РФ видится маловероятным.

По аналогии с системами ЕС и США референтные лаборатории должны отвечать за:

- оценку реагентов высокой группы рисков, оценку калибраторов и контрольных материалов на предмет метрологической прослеживаемости;
- организацию межлабораторных сличений по РФ с использованием контрольных материалов высокого уровня (государственных стандартных образцов);
- организацию региональных систем контроля аналитического качества централизованных лабораторий;
- проведение экспертной валидации и верификации тестсистем;
- экспертное заключение «третейского суда» о правильности результатов, полученных в рутинной лаборатории в случае возникновения споров, в том числе судебных.

Из приведённого выше перечня целей и задач становится очевидным, что обычная рутинная лаборатория не может получить статус референтной. Например, для биохимических исследований лаборатория должна быть оснащена различными хроматомасс-спектрометрами, соответ-

частности членами профильной комиссии Минздрава России по клинической лабораторной диагностике и членами Федерации лабораторной медицины, объединившей основные профессиональные некоммерческие лабораторные общественные организации?

В современной КДЛ необходимы следующие специалисты:

- 1. Врач клинической лабораторной диагностики / лабораторной медицины (аналог за рубежом: специальность лабораторная медицина, специалист клинический патолог) и врач медицинской микробиологии.
- 2. Специалист-аналитик клинической лабораторной диагностики / лабораторной медицины (аналоги за рубежом: клинический лабораторный исследователь, лабораторный техник, биопатолог и др.) и медицинской микробиологии.

Врач лабораторной медицины (ЛМ) должен иметь медицинское образование и обладать знаниями в области клинической лабораторной диагностики, в области этиологии и патогенеза заболеваний и патологических состояний в различных разделах клинической медицины, их лечения и профилактики. Вне всякого сомнения, врач ЛМ должен иметь представление о тех аналитических методах, с применением которых получаются результаты лабораторных иссле-

навыки в области отдельных субдисциплин, достигаемые дополнительным обучением и стажировкой специалистов с последующей аккредитацией по обобщённым функциям профессионального стандарта специалиста в области лабораторной диагностики, уже согласованного к утверждению экспертной комиссией Министерства труда и социальной защиты РФ.

В сферу ответственности специалиста-аналитика КДЛ входят: выполнение лабораторных исследований, организация аналитических процессов вне дрение и выполнение высокотехнологичных лабораторных исследований с использованием современной сложной аппаратуры, обеспечение выполнения и совершенствование технологий преаналитического этапа, обеспечение надлежащего качества результатов лабораторных исследований, руководство работой среднего и младшего лабораторного персонала, разработка и ведение текущей и отчётной документации и выполнение иных требований нормативных документов, включая национальные стандарты.

Вместе с тем для выполнения рутинных аналитических операций в КДЛ не всегда нужны обширные знания, которые даёт высшее учебное заведение. В большинстве случаев достаАнатолий КОЧЕТОВ, главный специалист Минздрава России по клинической лабораторной диагностике, президент Федерации лабораторной медициы России, профессор кафедры госпитальной терапии с курсом клинической лабораторной диагностики Российского университета дружбы народов, доктор медицинских наук.

### КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 59 (1826)

Подагра – заболевание, связанное с нарушением обмена пуринов в организме. У большинства людей пуриновые основания расщепляются до мочевой кислоты и выводятся почками. При этом даже в условиях нормального гомеостаза у части из них может наблюдаться повышенный уровень мочевой кислоты в крови. Этот признак нельзя рассматривать как фатальное явление, ибо у многих он не приводит к патологии. Только у ряда таких лиц при превышении предела концентрации мочевой кислоты в крови она начинает кристаллизоваться в тканях, откладываться в суставах, в синовиальном слое капсулы суставов и околосуставных мягких тканях, связках, подкожной клетчатке, суставных хрящах, костных частях эпифизов. Это, как правило, ведёт к проявлениям поражения суставов, которое, с одной стороны, имеет воспалительные черты, а с другой деструктивно-дегенеративные и носит название подагра.

#### Эпидемиология

По данным эпидемиологических исследований, проведённых в странах Европы и США, за последние годы заболевание подагрой отмечено у 2% взрослого населения, а среди мужчин в возрасте 55-64 лет её частота колебалась от 4,3 до 6,1%. В Европе и США больные подагрой составляют 0,1-5,8% от числа всех пациентов с заболеваниями суставов.

Отмечено значительное возрастание встречаемости подагры в последние десятилетия. Так, в Финляндии заболеваемость увеличилась в 10 раз, а в Германии – в 20 раз, что врачи связывают с резким возрастанием в пище продуктов, богатых пуринами (мясо, рыба).

Заболевают люди любого возраста, в том числе даже дети. Хотя в подавляющем большинстве это люди 40-60 лет, в последние годы наблюдается «омоложение» болезни. Бытует представление, что подагра наблюдается в основном у тучных людей, однако научные исследования показывают, что среди больных превышение веса имеют лишь около 40%. Болезнь чаще развивается у мужчин, у женщин – преимущественно в менопаузальном периоде.

#### Этиология и патогенез

Одним из важнейших факторов, способствующих возникновению подагры, является наследственное нарушение обмена мочевой кислоты – генетически обусловленная недостаточность фермента, принимающего участие в ресинтезе нуклеотидов из пуринов. Это подтверждается и тем, что у 2/3 страдающих подагрой и у 20% членов их семей обнаруживается гиперурикемия. В генезе болезни имеет значение и нарушение фильтрации уратов в клубочках почек и её реабсорбции в канальцах.

Именно у таких людей при гиперурикемии ряд социально-бытовых факторов ведёт к развитию болезни. Такими факторами могут быть:

- 1. Длительный приём тиазидовых диуретиков, ацетилсалициловой кислоты, циклоспоринов. В этом случае имеет место подавление экскреции уратов канальцами, вследствие чего и повышается уровень мочевой кислоты в крови.
- 2. Ряд соматических заболеваний или состояний: сахарный диабет, ожирение, метаболический синдром, хроническая почечная недостаточность, отравления свинцом и др., также ведущих к нарушению почечного баланса пуриновых оснований или повышающих их содержание в крови по другим механизмам.
- 3. Систематическое употребление продуктов, содержащих большое количество пуриновых оснований (жирные сорта мяса, морепродукты, алкогольные и газированные напитки).

Генез подагры связан с кристаллизацией мочевой кислоты и выпадением этих кристаллов в различных тканях, но преимущественно в суставах. Выпавшие кристаллы фагоцитируются нейтрофилами синовиальной жидкости и синовицитами, в результате чего происходит высвобожде-

ние и активация лизосомальных ферментов, ведущих к воспалительным реакциям.

#### Клиническая картина

Излюбленная локализация подагры – мелкие суставы, особенно плюснефаланговый и межфаланговый суставы большого пальца стопы. Нередко поражаются и крупные суставы – коленный, голеностопный, локтевой, плечевой. Суставы, как правило, вовлекаются в болезненный процесс асимметрично. Характерно наличие двух состояний: резкое обострение, острая атака и хроническое, более или менее спокойное течение.

Острый подагрический артрит часто возникает при неумеренном употреблении

тыла кисти и др. и синовиальных сумок.

Большие тофусы могут вызывать декубитальные изъязвления кожи изнутри, её перфорацию и образование свищей, через которые периодически выходят крошковатые белые кристаллические массы.

Из-за нарушения процесса фильтрации реабсорбции имеет место и поражение почек - подагрическая нефропатия (подагрическая почка), часто определяющая судьбу больного. Развитие подагрической нефропатии связано с образованием тофусов в канальцах, уратных камней в лоханках, что создаёт условия для развития интерстициального нефрита и инфицирования мочевых путей. Одновременно поражаются сосуды, почки (гломерулосклероз и нефросклероз с развитием гипертензии и недостаточности функции почек). Нефропатия развивается примерно у 30-50% больных подагрой и служит причиной смерти 25-41% больных подагрой.

#### Диагностика

Как и во всех случаях болезней, основой диагностики является клиника, складыва-

## Подагра



Hallux valgus

алкоголя или переедании, особенно пищи, богатой пуринами (мясные супы, жареное мясо, дичь и т.д.). При этом в тканях происходит внезапная и массивная кристаллизация мочевой кислоты с поражением различных элементов сустава (суставов). Примерно у 60% больных процесс начинается в пястно-фаланговом отделе сустава большого пальца стопы, у остальных 40% – либо атипичная локализация без поражения большого пальца стопы, либо по типу полиартрита.

Заболевание развивается внезапно, часто ночью возникает резкая боль, отёк и местное покраснение. Сопровождается повышением температуры, нередко до фебрильной. Симптомы быстро нарастают и достигают пика в течение 24-48 часов. Но даже при отсутствии лечения обострение постепенно сходит на нет в течение 5-7 дней. Затем подагра переходит в хроническое состояние. Оно проявляется артритом со спокойным течением с минимальными проявлениями или же в активной форме. В последующем острые приступы могут повторяться с различными интервалами. захватывая всё большее количество суставов ног и рук.

#### Течение

Считается, что первые 5 лет подагра протекает доброкачественно, с интермиттирующим поражением суставов, но без больших изменений в них. По мере прогрессирования заболевания в процесс вовлекаются новые суставы. С течением времени появляется их деформация за счёт узелковых отложений и костных разрастаний. Характерным, в какой-то степени патогномоничным для подагры, является образование узелков, называемых тофусами. Это плотные, довольно чётко отграниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи подагрические узлы.

Тофусы образованы кристаллами мочевой кислоты, которые откладываются в различных тканях. Они представляют собой безболезненные плотные узелки желтоватого цвета. Наиболее часто локализуются на ушных раковинах, в области суставов, чаще всего локтевых, а также коленных, на стопах (большой палец, тыл стопы, пятка), кистях – вокруг мелких суставов и на мякоти пальцев и, кроме того, в области пяточного сухожилия, сухожилий

ющаяся из вышеприведённых симптомов. Разумеется, что клиника требует опре-

разумеется, что клиника треоует определённого тестового и аппаратного подтверждения.

Выявление гиперурикемии свыше 0,42 ммоль/л у мужчин и 0,36 ммоль/л у женщин в определённой мере является тестом, верифицирующим наличие подагры. Кстати, показано, что наибольшим уровень мочевой кислоты бывает к 11 часам, поэтому кровь на исследование лучше брать в этот час.

Для ещё большей доказательности возможна пункция поражённого сустава и исследование жидкости, в которой обнаруживают кристаллы мочевой кислоты. К сожалению, для данного исследования нужен поляризационный микроскоп, что ограничивает его применение в широкой практике.

В анализе крови могут быть положительные острофазовые реакции, повышена СОЭ.

Рентгенологически на ранних стадиях костные изменения не выявляются. В то же время нет такой чёткой взаимосвязи: стадия – костные рентгеновские изменения. В ряде случаев костные изменения могут предшествовать ярким клиническим проявлениям.

Более или менее патогномоничные изменения при подагре - это округлый или овальный дефект с чёткими гладкими контурами. Узлы обычно располагаются в боковой части эпифиза, и край кости часто представляется как бы отбитым пробойником. Стенки таких дефектов слегка уплотнены, склерозированы. В тяжёлых случаях наблюдается множество узлов, иногда сливающихся друг с другом. Могут разрушаться костные суставные элементы и возникают деформации суставов, скрючивание пальцев с развитием hallux valgus (см. рис. 1). Возникающие костные изменения в последнем случае хорошо выявляются рентгенографически.

Течение подагры вариабельно: наблюдаются как случаи лёгкого течения — с частотой приступов 1-2 раза в год и без деструкции костей, так и средней тяжести — 4-5 приступов в год с умеренными костно-суставными деструкциями, а также тяжёлого — с частотой более 5 приступов в год и резко выраженной костно-суставной деструкцией.

#### Лечебная диета

Важнейшим моментом лечения болезни и профилактики приступов является соблюдение диеты.

Ниже излагается разработанная нами схема лечения подагры, которую мы применяем уже в течение десятилетий на практике.

1. Ограничение животных белков и жиров в течение всей жизни – мясо (говядина, нежирная баранина, свинина) до 100 г и рыба нежирных сортов до 100 г в день 3 раза в неделю. Можно употреблять 1-2 яйца в неделю. В период острой атаки

желательно полное ограничение мясных и рыбных блюд. В этом же русле запрещаются мясные супы, мясо молодых животных, почки, печень, консервы, копчёности, сельдь, шпроты, сардины.

2. Ограничиваются и растительные продукты питания, содержащие много белковых веществ, – горох, фасоль, чечевица, щавель, шпинат, цветная капуста, малина, инжир, грибы.

Ранее врачи насторожённо относились к помидорам. Однако исследования последних лет показали, что для отрицательного отношения к помидорам нет никаких оснований. В них действительно много органических кислот, но, прежде всего, таких, как лимонная и яблочная, которые организму, безусловно, нужны. Содержание щавелевой кислоты в помидорах весьма незначительно: примерно в 8 раз меньше, чем в свёкле или картофеле. А пуринов в томатах в десятки раз меньше, чем в мясе, рыбе, фасоли, горохе. Современная наука о питании утверждает, что помидоры даже полезны тем, кто страдает различными нарушениями пуринового обмена.

- 3. Не рекомендуется употребление шоколада, крепкого чая, кофе, алкоголя, особенно вина и пива (вино угнетает выведение мочевой кислоты почками, а в пиве много дрожжевых белков).
- 4. Разрешаются творожные, рисовые, картофельные блюда. Без ограничений можно употреблять молоко и молочные продукты, зерновые (каши, отруби), мучные и крупяные блюда, но хлеб белый следует ограничивать до 200 г в сутки, сахар 30 г в сутки.
- 5. Рекомендуется употреблять не менее 2 л жидкости в сутки. Разрешаются щелочные минеральные воды, настой шиповника. При обострении болезни лимонный сок с водой, овощные супы.
- 6. Пища должна содержать необходимое количество витаминов, поэтому полезны отвары шиповника, лимоны, яблоки, чёрная смородина; большинство овощей (картофель, морковь, капуста, огурцы, помидоры, тыква, лук, морковь, свёкла, редис, сельдерей), орехи, арбузы, дыни, ягоды и фрукты, специи. Считается, что вишня, клубника, смородина и другие тёмные красные и синие ягоды снижают концентрацию мочевой кислоты в крови, поэтому полезны при подагре в любом виде.
- 7. Всем больным, независимо от массы тела, рекомендуется проводить один разгрузочный день в неделю: «овощной» когда за сутки можно съесть до 1,5 кг любых овощей в любой обработке или сыром виде; «фруктовый» 1,5 кг яблок или апельсинов без кожуры; «творожный» 400 г творога и 500 мл кефира, или просто 500 мл кефира и 1 л молока.

Разгрузочный рацион содержит очень мало пищевых пуринов и этим оказывает весьма благоприятное действие на обменные процессы в организме.

8. Лечение голодом противопоказано! Если же подагра сочетается с ожирением, то необходимо соблюдать диету со сниженной калорийностью. При этом необходимо ограничивать не только вышеуказанные продукты, но и сахар, сладости, торты, пирожные, мучные блюда.

#### **Лекарственная терапия** при остром приступе

Колхицин действует, подавляя миграцию полиморфноядерных лейкоцитов и фагоцитоз ими кристаллов уратов. Кроме того, колхицин влияет на экскрецию уратов и их растворимость в ткани.

Схема лечения:

1-й день – 1 мг 3 раза в день (максимально 4 мг);

ально 4 мг), 2-3-й дни – по 1 мг 2 раза в день;

4-й день – 1 мг 1 раз в день (вечером). Для профилактики приступов – 1 мг вечером в течение 3 месяцев.

К сожалению, колхицин в настоящее время россиянам практически недоступен.

Из других средств на первом месте в период острой атаки стоит введение в поражённый сустав дипроспана.

Дипроспан в количестве 1 мл, содержащего 2 мг бетаметазона (можно и 4 и 5 мг), вводится внутрисуставно – в крупный сустав 1 мл, в мелкие от 0,3 до 0,5 мл однократно. При стойкости симптомов внутрисуставное введение дипроспана можно повторить через 10 дней.

Одновременно в течение 7-10 дней можно внутримышечно вводить дексаметазон (или другие глюкокортикостероиды)



Конгломерат тофусов на левом локтевом суставе

4-8-16 мг в сутки в зависимости от возраста больного, его веса и выраженности поражения сустава (или суставов). Лечение глюкокортикостероидами продолжается до снятия острых явлений. Глюкокортикостероиды могут быт назначены и per os. В начале (первые 2 недели) дозы должны быть достаточно высокими (до 60 мг преднизолона, или 48 мг метипреда, или 12 мг дексаметазона) с последующим снижением дозы по эффекту.

Из НПВС - введение лорноксикама (ксефокам) внутримышечно по 8 мг утром и вечером. Его можно заменить кеторолаком (кеторол) 1 мл 2 раза в день. Хорошо себя зарекомендовал мелаксикам (мовалис) по 1,5 мл 1 или 2 раза в сутки. При сильных болях можно вводить баралгин 5 мл внутривенно или трамадол (трамал) по 2 мл внутримышечно. К сожалению, использование последнего препарата ограничено из-за необходимости хождения по поликлиникам за особым рецептом, что в аспекте положений Конституции РФ является нарушением прав врача, который имеет государственный диплом с правом выписки любого лекарства.

Режим - во время острого приступа подагры пациенту рекомендуется полный покой, особенно больной конечности. Следует придать ей возвышенное по-

Одновременно считается обязательной урикозурическая терапия.

Наиболее старым препаратом подобного действия является аллопуринол. Он предотвращает образование уратов и отложение их в тканях.

Схема лечения: первые 2-3 дня - 100 мг 1 раз в день; затем по 100 мг 3 или больше раз в зависимости от уровня мочевой кислоты и выраженности её отложений (тофусы) в течение 2-3 недель; далее поддерживающая терапия - по 100 мг 1-2 раза в день в течение года, а с перерывами в 2 месяца - ещё дольше.

У целого ряда больных может потребоваться многолетний приём поддерживающих доз урикозурических препаратов. Обязательным условием такого лечения является приём жидкости до 1,5-2 л в

Имеются и препараты с более активным урикозурическим действием. Таковыми являются бензобромарон и комбинированный препарат алломарон.

Бензобромарон тормозит обратное всасывание мочевой кислоты в проксимальном отделе почечных канальцев. Применяется по 100 мг от 2 до 3 раз в день 2-3 недели.

Таблетка алломарона содержит 100 мг аллопуринола и 20 мг бензобромарона. Назначается 1-2 таблетки в сутки при лечении и 1 таблетка в качестве поддерживающего средства.

В хронической стадии лекарственное лечение подагрического артрита (кроме урикозурических препаратов) проводят так же, как и артрита другого характера. При тяжёлом течении с учётом возраста возможно даже применение метотрексата, как при базисном лечении ревматоид-

При наличии камней в почках рекомендуется добавление средств, в какой-то мере помогающих их растворению или ограничивающих увеличение – уралита У или блеморена. Состав этих препаратов примерно одинаков - лимонная кислота, цитрат калия (или его гидрокарбонат) и цитрат натрия.

Уралит У назначают примерно 10 г в сутки – по 1 мерной ложке утром и в обед и 2 вечером после еды. Каждую дозу же-

лательно разводить в 1 стакане кипячёной воды.

Доза блеморена - от 6 до 18 г (от 1 мерной ложки 2 раза до 2 мерных ложек 3 раза в день) в зависимости от выраженности уровня мочевой кислоты, почечных поражений, интенсивности камнеобразования.

Длительность приёма этих препаратов - 3-4 месяца по эффекту.

Так же. как и при лечении других артритов, рекомендуется местное лечение: в острой фазе

- смазывание, в хронической - втирание с лёгким отводящим массажем противовоспалительных мазей, кремов или гелей (долгит, кетонал, доналгин, нимесулид и др.), смешав их примерно в равной порции с долобене (в состав которого входит гепарин и димексид, проводящий лечебные мази глубоко в ткани, а также оказывающий обезболивающее и противовоспалительное действие).

При формировании крупных тофусов, изъязвлении тканей, наличии свищей рекоменловано оперативное лечение – удаление тофусов, так как они уже не могут рассосаться при приёме антиподагрических препаратов и могут значительно ограничить функцию суставов.

При развитии хронической почечной недостаточности - соответствующее лечение: диета с ограничением белка по степени ХПН, гемодиализ и т.д.

Возможно физиотерапевтическое лечение - парафиновые аппликации, диадинамические токи, массаж, ЛФК.

В период ремиссии пациентам показано санаторно-курортное лечение - бальнеотерапия в виде минеральных ванн и грязей

Под нашим наблюдением состояло 35 больных, из них 31 мужчина и 3 женщины. Это соотношение подтверждает положение о том, что подавляющее большинство больных подагрой составляют мужчины. В том числе с острым приступом – 10 чечаях ранее в суставы вводился кенолог, в последние годы - дипроспан. Эффективность данной терапии для снятия отёка. болевого синдрома довольно высокая.

Следует отметить не очень высокий комплаенс в отношении диеты и урикозурической терапии. Несмотря на наши беседы о целях и задачах, скрупулёзную диету соблюдали единицы. Урикозурическая терапия также проводилась лишь в течение нескольких месяцев.

Это явление, к сожалению, типично для России. При большинстве болезней, требующих длительного лечения (РА, гипертоническая болезнь, метаболический синдром, даже железодефицитная анемия, антихолестеринемическая терапия, антиагрегантная терапия и т.д.), скрупулёзно врачебные назначения выполняют единицы. Остальные забывают о профилактическом лечении сразу после исчезновения или уменьшения клинических проявлений или по происшествии нескольких месяцев приёма лекарств.

#### Случай из практики

Приведём описание собственного случая тяжёлого течения подагры у больного с полипатией.

Больной Б., 63 лет. Поступил в клинику пропедевтики внутренних болезней (гематологическое отделение) Дагестанской государственной медицинской академии 18 июля 2014 г. с жалобами на боли во всех суставах, отёчность стоп, голеней, появление на левом бедре обширного кровоподтёка, тяжесть в левом подреберье, снижение аппетита, потерю трудоспособности, резкую общую слабость до потери возможности самообслуживания. Суставы беспокоят 6-7 лет. Периодически, при усилении болевого синдрома принимал НПВС (нимесулид (найз), ортофен). Переносил препараты хорошо, каких-либо побочных эффектов не замечал. В последнее время на таком фоне появилось обширное кровоизлияние в область левого бедра, распространившееся на колено. Самостоятельно поступил в приёмное отделение Республиканской клинической больницы, где при анализе обнаружено снижение гемоглобина до 87 г/л, в связи с чем и направлен в гематологическое отделение.

Из анамнеза: курит до 30 сигарет в сутки, других особых факторов риска нет; страдает хроническим бронхитом.

Объективно: общее состояние тяжёлое, положение в постели пассивное. Психическая сфера без отклонений - ориентирован, адекватен, правильно отвечает на вопросы. Масса тела снижена. Обращают на себя внимание образования в области обоих локтевых суставов - на левом локтевом суставе на задней поверхности округлое образование примерно 10 х 10 см (рис. 2). Пальпаторно - образование мягкое, безболезненное, не спаяно

с подлежащими тканями, но внутри прощупываются плотные округлые и бесформенные узлы. На левом локтевом суставе, с распространением на предплечье много выступающих над кожей образований, также безболезненных, плотной консистенции, разных по величине и форме (тофусы) (рис. 3). Сустав дефигурирован, анкилозирован. В области больших пальцев стоп также имеются подобные образования.

На левом бедре – обширная гематома в стадии цветения. Бедро увеличено в объёме, уплотнено, кровоподтёк распространяется на колено и голень, которые также уплотнены и отёчны. Имеются отёки и на стопах. Суставы кистей, коленные резко деформированы, амплитуда их движений значительно ограничена.

Форма грудной клетки приближается к цилиндрической, ЧДД 20 в 1 минуту. Аускультативно: ниже VII рёбер дыхание ослаблено, слева на уровне угла лопатки – крипитирующие хрипы. Перкуторно с обеих сторон ниже VII рёбер – укорочение перкуторного звука. Сердце - перкуторно границы не изменены, тоны сердца ясные. ритм сохранён, шумы не выявляются, АД 110/70, ЧСС 106-108 в 1 мин. Живот без особенностей, печень выступает из-под правого подреберья на 6 см, чувствительна. Селезёнка выступает из-под левого подреберья на 9-10 см. Стул, диурез в норме.

Рентгенография от 23.07.2014 обеих кистей с охватом лучезапястного сочленения: дефигурация, диффузный остеопороз, суставные площадки неравномерно уплотнены, с заострениями по краю.

Рентгенограммы стоп: в прямой проекции остеопороз, суставные площадки со склеремической каймой и экзостозами по краям. Суставные щели неравномерно сужены. Имеются узелки Гебердена. Ковшевидные дефекты сливные в проекции проксимальных отделов пальцев обеих стоп. Истончение кортикального слоя по краям.

Заключение. Подагрический артроз. Рентгенологическая стадия II, III. Сопутствующий ДОА также II рентгенологической стадии.

Рентгенография лёгких от 18.07.2014. Лёгочные поля без свежих очагово-инфильтративных изменений. Масса кальцинатов в стенках бронхов и кровеносных сосудов. Синусы свободны. Сердце расширено. Кардиодиафрагмальные углы прямые. Заключение: выраженный пневмофиброз. ХОБЛ? Перикардит?

Температура нормальная.

Обший анализ крови:

От 18.07.2014: Нb 87 г/л, эритроциты 4,1 х 1012/л, ЦП 0,6, гематокрит 26%, ретикулоциты 1,1%, лейкоциты 33,6 х 109/л, лейкоформула: сегменты 93%, лимфоциты 5%, моноциты 2%, СОЭ 12 мм/час.

От 21.07.2014: Hb 94 г/л, эритроциты 3,1 х 1012/л, лейкоциты 23,6 х 109/л, лейкоформула: эозинофилы 2%, сегменты 84%, лимфоциты 9%, моноциты 3%, СОЭ 10 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес 1012, белок 0,85 г/л, лейкоциты 1-2 в поле зрения, соли оксалаты.

Анализ кала - аскариды.

Пункция грудины: миелокариоциты 75 х 109/л, мегакариоциты 12,5 х 109/л, соотношение лейко/эритроростков (Л/Э) 5,7/1, ИСЭ 0,9, ИСН 0,3 (возрастная норма).

Общий белок крови 68 г/л, альбумины 33,9 г/л, глобулины: альфа1 2,8 г/л, альфа2 3,96 г/л, бета 8,71 г/л, гамма

С-реактивный протеин 35 мг/л, РФ отрицательный, мочевина 16,5 ммоль/л, креатинин 120 мкмоль/л, билирубин 36 ммоль/л, прямой 16 ммоль/л, Na 135 ммоль/л, К 5,2 ммоль/л. АЛТ 7, АСТ 23 МЕ/л, ШФ 303 МЕ/л, мочевая кислота 556 мкмоль/л.

Факторы свёртывания крови от 21.07.2014: протромбиновый индекс 83 и 63%, фибриноген 3,4 и 3,9 г/л, МНО 1,5, АЧТВ 50, ретракция кровяного сгустка 30%. Группа крови 0 (I), Rh +.

Сахар крови 6,7 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, тахикардия – ЧСС 110 в 1 мин, положение электрической оси горизонтальное, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Диагноз. Основной: подагра, обострение, артрит сложного генеза - подагрический и обменно-дистрофический (ДОА), активный, активность 2-3, рентгенологи ческая стадия 2, функциональная недостаточность суставов 2-3. Осложнения: большие тофусные узлы в области обоих локтевых суставов и правого плеча, больших пальцев стопы; обширная гематома в подкожную клетчатку и под кожу левого бедра, коленного сустава и голени, отёчный синдром. Сопутствующий: анемия средней тяжести сложного генеза (железодефицитная и постгеморрагическая), лейкемоидная реакция неясного генеза со сдвигом вправо, пневмосклероз неясного генеза (бронхит курильщика?), кардиомиопатия сложного генеза, ХСН 1-2 ф.к. (2 «А» стадия), гепатолиенальный синдром неясного генеза, нарушение общего состояния на фоне полиорганной недостаточности, коморбидности (полипатии).

Проведено стандартное лечение подагры и соответствующее по сопутствующим болезням со значительным улучшением.

> Ибрагим ШАМОВ, профессор.



Множество тофусов в области правого локтевого сустава и в подкожной клетчатке плеча. Сустав деформирован, анки-

ловек, в хронической стадии, или стадии ремиссии - 25.

Среднее содержание мочевой кислоты в крови – 570 мкмоль/л. Из сопутствующих или предшествующих болезней отмечены: метаболический синдром - 1; артериальная гипертония - 5; мочекаменная болезнь - 2; анемия - 2; сахарный диабет - 1; полицитемия – 2; нефропатия – 2.

В частности, мы наблюдали семью Б-х из Каспийска, где агрессивное, тяжелейшее течение подагры проявилось в двух поколениях – у отца и сына. У обоих отмечалось множественное тяжёлое поражение суставов с огромными тофусами, декубитальными изъязвлениями, выделением кристаллических масс, поражением почек. Обычное лечение у этих пациентов давало лишь кратковременный эффект.

Всем больным назначалось лечение типа приведённого нами выше и описанного в нашем фармакотерапевтическом справочнике «Лечебник» всех изданий. Пациентам с острыми явлениями в 9 слу-

Махачкала

Совсем недавно директор Института хирургии им. А.В.Вишневского, главный хирург Минздрава России, академик РАН Валерий КУБЫШКИН «стоял на посту» общественного дежурного «Медицинской газеты». Сегодня с известным хирургом беседует обозреватель «МГ» Альберт ХИСАМОВ.

#### Премия, к которой шли много лет

- Валерий Алексеевич, в этом году возглавляемая вами научно-клиническая группа специалистов удостоена звания лауреатов Премии Правительства РФ за многолетний труд по разработке и внедрению инновационных технологий лечения опухолей печени и поджелудочной железы с использованием отечественной криохирургической техники. Расскажите, пожалуйста, о ней.

- Идеология разрушения опухолей с помощью высокой или сверхнизкой температуры родилась довольно давно, так же как и термическое воздействие на воспалительные процессы и паразитарные поражения. Сейчас термические методы лечения используются для большой группы пациентов с онкологическими заболеваниями, у которых удалить опухоль невозможно. Одним из патриархов криохирургии печени был и остаётся профессор Борис Ильич Альперович из Сибирского государственного медицинского университета в Томске, сделавший первые операции более 30 лет назад. В мире эта методика приобретает всё большую популярность: существует Международное общество криохирургов, региональные криохирургические ассоциации, активно создаётся новая криоаппаратура.

Довольно долго отсутствие качественного оборудования было препятствием к широкому использованию термических технологий. Сейчас мы можем сказать, что эффективность криоаппаратов стала существенно выше. Актуальность криохирургии обусловлена ростом числа больных с первичным и метастатическим раком печени, раком поджелудочной железы, большим числом случаев запущенных форм заболевания.

На основе математического моделирования и современных биоинженерных технологий создана отечественная криогенная техника - криоустановки, криоскальпели, криоаппликаторы, криозонды. криозонде удалось стабильно сохранять сверхнизкую температуру: -186°С. Разрушение опухолевых клеток при воздействии сверхнизких температур в большинстве случаев позволяет уменьшить темпы роста злокачественной опухоли, улучшает качество и продолжительность жизни пациента при минимальном числе послеоперационных осложнений.

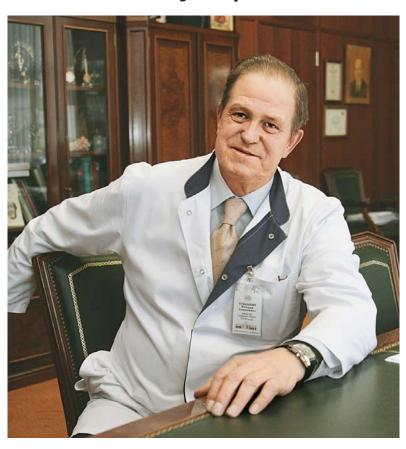
Криоаппаратуру, которую мы использовали, разрабатывала единая команда инженеров и врачей, производственные базы находились в Москве, Рязани, Томске и других городов. Аппаратура постоянно совершенствовалась, при этом менялись и технологии для её производства.

Были успешно проведены

Беседы с корифеями ——

## К демократии надо привыкать!

## Хирургическое сообщество сейчас может решать задачи государственного уровня



стендовые и экспериментальные исследования, разработаны методики и уточнены технические параметры, показания и противопоказания для клинического применения криоаппаратов. Доказано, что по своей эффективности криодеструкция опухолей печени и поджелудочной железы, особенно если она сочетается с такими инновационными технологиями, как регионарная химиоэмболизация сосудов, кровоснабжающих опухоль, не уступает радиочастотной термоабляции. В таких случаях выживаемость больных в 2 раза выше, чем при применении современных схем системной, и в 1,5 раза - чем при регионарной химиотерапии. При нерезектабельных опухолях и метастатических поражениях криодеструкция не только разрушает опухоль, но и ликвидирует болевой синдром, раковую интоксикацию, улучшает качество жизни пациентов.

Впервые в клинической практике методы криовоздействия с использованием новых образцов отечественных криоскальпелей и криоаппликаторов были применены при выполнении радикальных хирургических вмешательств, разработаны показания и оценена их эффективность.

#### Можете ли вы привести конкретные клинические результаты применения криотехники?

- Криодеструкция при нерезектабельных метастатических поражениях печени позволила достичь медианы выживаемо-

сти 18 месяцев, а при раке головки поджелудочной железы – 8 месяцев, при этом по Каплану – Мейеру 3-летняя продолжительность жизни, соответственно, составила 22% и 2-летняя при нерезектабельном раке головки поджелудочной железы – 4,3%, что существенно превышает те же показатели у пациентов, не получивших локорегионарную терапию в варианте криодеструкции.

Доказано, что путём криовоз-

действия в ряде случаев возможен перевод нерезектабельной опухоли в резектабельную, а в случаях опухолевого поражения печени создаются благоприятные условия для циторедуктивных резекций. Разработаны и внедрены технологии криовоздействия путём чрескожного проведения криозондов к опухоли под ультразвуковым или эндовидеохирургическим контролем, что позволяет избежать интраоперационной кровопотери, применения сильнодействующих обезболивающих и наркотических средств, сокращает до 3 суток пребывание пациентов в стационаре, более чем на половину уменьшает трудозатраты на их лечение и расходы на медикаментозное обеспечение. Ежегодный экономический эффект от применения криохирургической техники при лечении больных раком печени и поджелудочной железы составляет более 850 млн руб.

Впервые с целью реабилитации пациентов, перенёсших операцию с использованием криовоздействия, разработа-

ны и внедрены в учреждениях социальной и медицинской сферы программы по созданию для больных комфортного психологического, физического, интеллектуального, духовного и эмоционального климата.

Криохирургия опухолей печени и поджелудочной железы сейчас внедрена в 22 клиниках России, странах ближнего и дальнего зарубежья. Созданы циклы обучения с ежегодным проведением мастер-классов. По проблеме защищено 40 патентов, издано 28 книг и монографий, 11 методических рекомендаций.

Работа, за которую мы удостоены высокой премии, длилась с 1985 по 2011 г. Лауреатами также стали сотрудники нашего института профессора Владимир Александрович Вишневский, Алексей Владимирович Чжао, петербуржцы профессор Михаил Дмитриевич Ханевич и доктор медицинских наук Георгий Моисеевич Манихас, профессор Юрий Иванович Патютко из Российского научного онкологического центра им. Н.Н.Блохина, профессора Борис Ильич Альперович и Николай Васильевич Мерзликин из Сибирского ГМУ, начальник отдела по инновациям и интеллектуальной собственности Российской академии наук профессор Дмитрий Игоревич Цыганов и вице-президент Специализированного научно-производственного центра «ПОЖОБОРОНПРОМ» кандидат технических наук Ольга Павловна Семёнова.

#### Задача государственной важности

- Совместно с Российским обществом хирургов вы много работаете над созданием национальных клинических рекомендаций...

эта задача – государствен· ная. В этом направлении работают врачи всех передовых стран мира, что логично, потому что клинические рекомендации обобщают в себе самые передовые достижения медицины в той или иной области при том или ином заболевании. В отличие от учебника или монографии они несут в себе самую свежую информацию по диагностике, лечению, профилактике, технологии оперативных вмешательств и т.д. Создание рекомендаций требует колоссального труда десятков специалистов высокого класса, обобщения опыта большого числа мультицентровых исследований и анализа огромного массива литературы с позиций доказательной медицины. Основными достоинствами клинических рекомендаций являются положения, которые достоверно обоснованы.

Так получилось, мы в медицинской практике привержены каким-то традициям, отдельным клиническим школам. В целом ряде случаев это бесспорно хорошо, но бывают и ошибочные положения или отстающие от современных достижений науки и практики представления о лечении. И если в учебнике или монографии мы вилим общее изложение принципов диагностики, лечения и т.д., то клинические рекомендации по существу это пошаговая инструкция, руководство к действию. Клинические рекомендации в определённой степени позволяют стандартизировать лечение. К сожалению, мы во многих сферах от этого далеки.

Интересный пример важности внедрения рекомендаций встретился мне недавно в литературе: пошаговое лечение внегоспитальных пневмоний по клиническим рекомендациям снижает частоту осложнений до 40%! Согласитесь - очень убедительно! Кроме того, клинические рекомендации позволяют точнее оценивать квалификацию хирурга, его знания, они должны быть хорошо известны каждому врачу. К сожалению, в каждом направлении медицины положений выверенных с позиций доказательной медицины имеется не более 20-30%. Тем не менее это очень значимо.

Наконец, нельзя упускать из виду необходимость объективной оценки объёма обследования и структуру лечения с экономической точки зрения. При многочисленных заболеваниях существующие стандарты абсолютно не соответствуют практическим задачам и не имеют под собой внятного обоснования. Клинические рекомендации должны изменить это положение.

- Есть ощущение, что сейчас настало время, когда само наше министерство поощряет ведущих специалистов, в том числе в хирургии, к разработке самостоятельных ответственных решений...

- Правильный вектор нынешнего руководства Минздрава России в решении этой задачи заключается ещё и в том, что клинические рекомендации утверждаются именно профессиональным врачебным сообществом, в нашем случае - Российским обществом хирургов. Сейчас РОХ привлекло к широкому обсуждению клинических рекомендаций по различным нозологиям большое число хирургов из всех регионов страны.

Я считаю, что Минздрав России сейчас предоставляет широкую площадку профессиональных ассоциаций для разработки национальных клинических рекомендаций, а также возможность устранения нелепых положений в медицинской деятельности. Обстановка стала более демократичной, но эффект от этого пока не очень ощутим. Причина – мы слишком привыкли к принципу работы «чего изволите?», к патерналистской системе отношений. Медицинское сообщество пронизали пассивность, комплекс учеников и менторов. Есть инструкция, указание - в лучшем случае мы их выполняем, в худшем - игнорируем. Вносить же свои соображения на публичное обозрение, излагать свою точку зрения не привыкли даже некоторые корифеи. Что уж говорить о нетитулованных врачах, которые стесняются высказываться в присутствии академиков и известных профессоров! Но эту проблему мы начинаем потихоньку преодолевать. Это начало реальной демократизации, понимания государственной роли работы профессиональных сообществ.

- Обсуждая клинические рекомендации, вы должны выслушать мнение специалистов каждого региона - без этого они вряд ли будут полными. А страна-то огромная! Это тоже вносит определённые сложности, затягивает процесс принятия каждого документа?
- Клинические рекомендации на этапе обсуждения широко доступны, они и дискуссии по ним размещены на сайтах РОХ, а также других профессиональных ассоциаций. Мнение любого члена сообщества может быть учтено. И здесь мы не стремимся к географической полноте, понимая при этом, что именно соединение, например, екатеринбургского видения документов с петербургским, московским и так далее приведёт к успешному выполнению поставленной задачи.

#### На уровне страны и на уровне института

- Валерий Алексеевич, вы как главный хирург Минздрава России постоянно выезжаете в регионы. Последние поездки - в Воронеж и Тюмень. Чем они запомнились?
- В Воронеже прошёл пленум Российского общества хирургов, лейтмотивом которого была тема неязвенных гастродуоденальных кровотечений. кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода. Об этом «Медицинская газета писала. Атмосфера на заседаниях была деловой, аудитория огромной – около 700 человек. Были представлены замечательные основные доклады из ведущих хирургических центров страны, занимающихся этой проблемой. Руководители клиник Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, президент РОХ академик РАН Игорь Иванович Затевахин и Александр Андреевич Щёголев и профессор Александр Шерцингер из Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского создали хорошо проработанный базис для обсуждения и принятия решений, которые поступили в наш информационный банк. Плюс было много сообщений из клиник,

имеющих меньший опыт. Сложилось впечатление, что все одинаково понимают задачи в этом важнейшем разделе хирургии, при этом работают на сопоставимом по качеству оборудовании, одними лекарственными препаратами. А вот подходы к ведению больных всё равно отличаются! Отсюда и различные результаты лечения в разных учреждениях.

Именно поэтому на воронежском пленуме чрезвычайно важным было обсуждение клинических рекомендаций. Их роль значима ещё и потому, что они могут совершенствоваться, изменяться чуть ли не каждые полгода, а оптимально - в каждые 1-2 года. Это зависит от поступления свежей научной и клинической информации.

Ну а то, что я увидел в Тюмени, превзошло все мои ожидания. Руководство области оставило самое благоприятное впечатление своим видением важности сферы здравоохранения - профилактики. диагностики, реабилитации и т.д. Эта идеология была заложена бывшим губернатором Тюменской области Сергеем Семёновичем Собяниным и последовательно реализуется его последователями. Руководит регионом очень хорошая команда, которой обязательно будет сопутствовать успех. Мне удалось посмотреть все ведущие клиники Тюмени, среди которых - Федеральный центр нейрохирургии с уникальным оборудованием, комфортными условиями для работы и замечательными специалистами. Во время поездки мы вновь обсуждали проблему образования хирургов, которая стоит чрезвычайно остро даже в самых благополучных регионах страны.

- В возглавляемом вами Институте хирургии им. А.В.Вишневского сейчас существенно расширилась сфера хирургической деятельности. Какие направления уже проявили себя?
- Помимо получивших признание в стране и за её пределами наших отделов сердечно-сосудистой хирургии под руководством академика РАН Анатолия Владимировича Покровского, абдоминальной, реконструктивной хирургии, ран и раневых инфекций, эндоскопической хирургии, лучевых методов диагностики и лечения, ожогового центра, и других, активно развиваются новые - отделы ортопедии и артрологии, урология. Но мы не собираемся ограничиться лишь хирургической деятельностью. Намереваемся развивать не только прикладную, но и фундаментальную науку, направить свой опыт на улучшение организации хирургической службы в стране. Важнейшая задача, стоящая перед нами, - расширение образовательной деятельности, повышение квалификации российских хирургов. диагностов.

#### - Остаётся ли время подходить к операционному столу?

- К сожалению, административная работа не позволяет постоянно находиться в операционной, как это было раньше, однако, в сложных ситуациях, как хирург и директор института я обязан выполнять наиболее ответственные и рискованные этапы операций.

Фото Александра ХУДАСОВА.

#### В клиниках и лабораториях ——

#### Надежда на восстановление

#### В Приморском крае ведутся исследования по восстановлению нарушенных функций спинного мозга

Согласно данным последних исследований, наконец-то появилась возможность восстанавливать нейронные связи между спинным и головным мозгом. Это означает, что многие парализованные люди смогут снова встать на ноги. Уникальное открытие группы американских учёных Кембриджского университета под руководством Роберта Ланзы позволяет отрастить нейронные клетки из спинного мозга. Прорыв в поисках методов лечения паралича дал надежду миллионам пациентов.

Опыты, проведённые на крысах, показали отличные результаты. Парализованным грызунам ввели в спинной мозг стволовые клетки, взятые из кожи пожилого мужчины. Прошло 3 месяца, и нейронные связи в спинном мозгу парализованных животных были полностью восстановлены, то есть в спинном мозгу появились новые нейронные связи и крысы снова смогли двигаться. Очень важно, что введённые больным крысам стволовые клетки очень быстро преобразовались в нейроны. Понадобилось всего 2 недели, чтобы полностью восстановить все нейронные связи в их повреждённом спинном мозгу.

Это открытие сейчас называют настоящим прорывом в области клеточной медицины. Однако для того, чтобы можно было законно проводить подобные операции, нужны долгие клинические исследования, годы кропотливой работы. Но главное, что у многих людей во всём мире появилась надежда на полноценную жизнь.

Между тем в Школе биомедицины Медицинского центра Дальневосточного федерального университета также активно ведутся исследования по восстановлению нарушенных функций спинного мозга.

- Стволовое направление у нас есть, и оно успешно развивается, - рассказывает директор Школы биомедицины, доктор биологических наук, профессор Юрий Хотимченко. - Так далеко. как американские коллеги, мы, конечно, не зашли, зато проводим серьёзные исследования по восстановлению двигательной активности человека с помощью имплантатов. Но наиболее продуктивно мы работаем нал способами борьбы со злокачественными опухолями, используя стволовые

По его словам, для полноценных исследований Приморью нужна собственная специализированная клиника.

- Планы по созданию клиники, специально «заточенной» под имплантацию стволовых клеток, у нас есть, теперь необходима поддержка федеральных властей,
- подчёркивает Ю.Хотимченко. – Но я надеюсь, что она будет обязательно создана на базе Медицинского центра ДВФУ в среднесрочной перспективе. Ведь путь от лабораторных исследований до создания конкретного препарата очень неблизкий.

Необходимо получить разрешение испытывать его сначала на животных, потом на людях. А хорошо оснащённая клиника, где будут работать узкопрофильные специалисты, позволит решать эти вопросы более оперативно.

Николай ЧУГУРОВ.

Владивосток.

#### Ориентиры ----

### В тройке лидеров

#### Кубанские трансплантологи наращивают темп

Врачами краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского Министерства здравоохранения Краснодарского края пересажен уже 481 донорский орган.

Если посмотреть более детальный анализ. то из них: 252 почки. 129 сердец, 3 органокомплекса поджелудочная железа и почки, органокомплекс – поджелудочная железа и печень, 4 лёгких, сделано 92 пересадки печени. Для жителей Кубани подобные операции, как и любые другие высокотехнологичные методы лечения, осуществляются бесплатно.

По количеству проведённых трансплантаций органов краевая клиническая больница № 1 входит в тройку лидеров Россий-

Федеральному научному центру трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова и Московскому НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. По числу проведённых пересадок органов ККБ № 1 опережает остальные региональные клиники России почти в 2.5 раза. При этом трансплантации сердца в России выполняются в 9 центрах. Краевая клиника одна из двух ведущих центров трансплантации сердца в России, на долю которых приходится 70% всех проводимых пересадок сердца в стране.

Настоящим прорывом в области инновационной медицины стало создание в Краснодарском крае уникального направления - регенеративной медицины. В 2010 г. краевая клиническая боской Федерации, уступая лишь льница № 1 и Кубанский государственный медицинский университет выиграли правительственный мегагрант, который позволил организовать проведение исследовательских работ по этому направлению. Их итогом стало создание первого в стране международного центра регенеративной медицины.

На основе полученных научных результатов в ККБ № 1 внедрены методики тканевой инженерии для выращивания трахеи и идут изыскательские работы по созданию искусственного лёгкого.

Достижения кубанских медиков в сфере трансплантологии получили высокую оценку зарубежных специалистов. Паоло Маккиарини, профессор регенеративной медицины Каролинского института (Швеция), автор методики по пересадке искусственно вырашенной трахеи, отмечает, что не случайно первые в России операции с помощью технологий регенеративной медицины проведены именно кубанскими врачами.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Краснодарский край.

#### Анализ и прогнозы ———

#### флюорографию

Итоги первого полугодия 2014 г. подвели на медицинском совете в Астраханском областном противотуберкулёзном диспансере. Несмотря на то, что ситуация с заболеваемостью туберкулёзом остаётся в регионе напряжённой, отмечены и положительные моменты в работе этой важной социальной медицинской службы.

В 2014 г. должны пройти флюорографическое обследование 636 тыс. астраханцев. Более половины уже прошли его. Обновлённый за последние 3 года парк передвижной флюоротехники позволил увеличить число обследованных, особенно неорганизованного населения, не проходивших флюорографию

и труднодоступных сельских районах. За первое полугодие 2014 г. посредством передвижных флюорографических установок диспансера осмотрено 26 660 человек, большая часть из которых - сельские жители. Было выявлено 204 случая патологии.

В день обследуются от 60 до 140 человек. Качество диагностики в учреждениях здравоохранения города и районов области очень высоко. На базе диспансера организовано второе чтение флюорографических снимков, что позволяет повысить выявляемость туберкулёза. При втором независимом чтении рентгенологами выявлено в этом году всего 0,04% (55) случаев пропуска патологии из 142 тыс. флюороизображений.

Широкое использование хирургических методов лечения, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных учреждениях путём проведения радикальных операций, коллапсотерапии, бронхиальной эндоблокации, позволяет излечивать больных, ранее считавшихся бесперспективными. В этом году проведено уже 112 операций по поводу туберкулёза органов дыхания и его осложнений.

В ближайших планах службы организация в Астрахани стационара на дому для больных туберкулёзом с ограниченными возможностями передвижения.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

**МИА Cito!** 

Один из пионеров отечественной эндоскопической хирургии Юрий Иосифович Галлингер сегодня отмечает 75-летие. О нём заговорила вся страна, когда он провёл первую в СССР лапароскопическую холецистэктомию в январе 1991 г. По праву эта операция считается знаковой, а вклад профессора Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского, заслуженного деятеля науки РФ, лауреата Государственной премии РФ Юрия Галлингера в почти четвертьвековой успешный путь российской эндохирургии переоценить очень сложно.

Предки Юрия Иосифовича переселились из Эльзаса в Россию с самой первой волной немецкой эмиграции при Петре I. При Екатерине II они обосновались на Волге. Родители были учителями в городе Бальцере (ныне Красноармейск) Автономной Советской Социалистической Республики немцев Поволжья: отец Иосиф Яковлевич преподавал химию, мама Екатерина Петровна Роор - немецкий язык. Юра родился в 1939-м, у него были сестра Ирина, от первого брака мамы, и брат Владимир, оба значительно старше его. Екатерина Петровна говорила детям: «Вы не чистые немцы, у вас 1/16-я часть крови - французская, вы же из Эльзаса!»

Когда Юре было два года (фото 1), на счастливую семью Галлингеров обрушился страшный удар – их историческая родина начала войну с родиной настоящей. Семью переселили на Енисей, в Балахтинский район Красноярского



края, а отца отправили ещё дальше – в колымский лагерь. Потом и брат оказался в лагере под Карагандой, когда ему исполнилось 18...

Юрий Иосифович помнит уже Ангару, вторую огромную реку, на берегу которой прошло его детство: «Это было необыкновенно красиво: бурлящий водный поток, а с другой стороны - тайга, подходившая прямо к реке». Потом было

Из семейного альбома врача —

## Большая Родина Юрия Галлингера

#### В его непростой жизни было много счастливых дней



динский мединститут. Учителем он быть не хотел: его не устраивала перспектива всю жизнь посвятить нелёгкой борьбе за знания непослушных оболтусов. А быть врачом это интересно!

Страна стала более свободной,

и Галлингеры решились на пятое переселение - в более тёплые края. Институт Юрий заканчивал уже в солнечном Кишинёве, точно определившись с будущей специализацией хирургия полностью овладела всеми его

помыслами. Впрочем, судьба именно тогда, в 1962 г. приготовила ему необычный и эксклюзивный

В Кишинёв с Алтая приехала молодая учительница русского языка и литературы Ирина Рыжикова, русская девушка, работавшая в далёкой Сибири по распределению после окончания Московского пединститута. Родная тётя Юры, с



третье переселение – на Алтай. В посёлке Зерносовхоз прошли почти все его школьные годы. Мальчик учился хорошо, особенную любовь проявляя к русской литературе. Взахлёб читал Пушкина и Лермонтова, стихи которых скрашивали полную нужды жизнь.

Школу Юра заканчивал под Карагандой, в Долинке, где недалеко работал на шахте брат и куда вернулся из лагерей отец. Семья воссоединилась. Иосиф Яковлевич умрёт через полгода от инсульта. Тогда, в холодное лето 1956-го, у сестры-учительницы уже была своя семья, а Юра поступал в Караган-

которой она работала, часто рассказывала о своём замечательном племяннике. И «перераспределила» её в Молдавию! Молодые люди полюбили друг друга с первого взгляда, и через три дня (!) пошли в загс. «Тётя постоянно писала мне об этой замечательной девушке, она не ошиблась», - вспоминает Юрий Иосифович.

Ирина Васильевна была москвичкой, и молодая семья переехала в столицу огромной страны (фото 2). Три месяца Юрий поработал терапевтом поликлиники в Нагатино – рядом с домом, потом освободилось место, и он сел на амбулаторный хирургический приём. А вскоре перебрался в стационар 59-й больницы на площади Борьбы, которая была одной из баз кафедры госпитальной хирургии 2-го Меда. Ею руководил Валентин Сергеевич Маят, человек скромный и находившийся тогда в зените заслуженной славы. Он и его ученики брали новые барьеры абдоминальной и торакальной хирургии.

Не прошло и года, а ординатору торакального отделения доцент Юрий Нестеренко (впоследствии известный профессор) доверил самостоятельную митральную комиссуротомию. Там же, в 59-й Юрий Йосифович впервые взял в руки гастроскоп. «Это был очень неудобный аппарат, – говорит профессор Галлингер. – Пищевод вообще не было видно – его проходили «вслепую», а в желудке было много мест, недоступных для осмотра. Можно было брать биопсию, да и то с трудом. У меня постоянно было ощущение неудовлетворённости». На снимке 3 Юрий Галлингер проводит гастроскопию.

В 1972 г. кафедра госпитальной хирургии обосновалась ещё на одной базе - в недавно построенной 31-й клинической больнице. Там Юрий Иосифович защитил кандидатскую диссертацию по гипотермии желудка при панкреатите. Это было время, когда благодаря работе профессора Маята в должности главного хирурга 4-го Главного управления СССР на кафедре появились новые фиброволоконные японские эндоскопы. С их помощью

Юрий Галлингер много ездил по республикам Советского Союза: проводил показательные операции, обучал новой технике молодых врачей. Может быть, поэтому распад СССР Юрий Иосифович переживал очень тяжело - границы не прервались, но ослабились узы хирургического братства.

В 1987 г. мама с семьёй брата решилась на шестое переселение в Германию. На снимке 5 Владимир (слева) и Юрий перед отъездом которое постепенно стало обыденным, не перестав при этом быть интересным. На снимке 6 от 1993 г. у одного из корпусов Института хирургии им. А.В.Вишневского Юрий Галлингер (третий справа) с коллегами-профессорами (справа налево) Андреем Фёдоровым, Валерием Кубышкиным, Владимиром Фёдоровым, профессором Сергеем Емельяновым.

Забавный эпизод произошёл в том же году в австрийском Клагенфурте, перед показательной операцией с трансляцией в аудиторию, которую проводил профессор Галлингер. Юрий Иосифович уже «мылся» в предоперационной, когда при нём произошёл разговор по-немецки организатора мастеркласса профессора Гюнтера Фашинга со своими ассистентами. Те выразили сомнение, может ли русский хирург оперировать гражданку Австрии? «Ну, во-первых он оперирует лучше меня, - ответил им Фашинг. - А во-вторых, он не совсем русский». И показал на Галлингера, дав понять, что тот всё понимает...



с Екатериной Петровной, которая дожила до 100 лет и умерла в 2002 г. в Кёльне.

Проведение первой в России ла-



уже можно было проводить полипэктомию, остановку кровотечений в 1991 г., создание собственных - с помощью электрокоагуляции и методик сделали Юрия Иосифолазерного излучения, и даже папиллосфинктеротомию, удаление камней их желчных протоков. На снимке 4 академик Юрий Панцырев вручает Юрию Галлингеру диплом во время I Международного конгресса по эндоскопической хирургии в 1979 г., в 1-м ряду Валентин Маят (справа) и академик Владимир Ярыгин. В 1980 г. Юрий Иосифович защитил докторскую диссертацию по оперативной гастродуоденоскопии.

Возглавить создаваемое отделение эндоскопической хирургии Всесоюзного центра хирургии доктора медицинских наук Юрия Галлингера в 1986 г. пригласил академик Борис Васильевич Петровский. Величайший хирург прекрасно сознавал перспективы нового направления. Поэтому последовали зарубежные командировки для приобретения опыта в Японию и Германию. Особенно запомнилась учёба у известного профессора Иоганна-Себастьяна Шрайбера в Гамбурге.

пароскопической холецистэктомии вича чрезвычайно востребованным хирургом-педагогом. Конгрессы, конференции, симпозиумы, мастер-классы проходили чередой, оставляя за собой этапы освоения хирургического направления,

В 1994 г. профессор Галлингер возглавил Российское научное общество «Эндоскопическая хирургия». Он создал собственную эндохирургическую школу, и сейчас его дело успешно продолжают ученики - Марина Хрусталёва, Элина Годжелло, Александр Будзинский, Татьяна Басова, десятки

Юрий Галлингер так и не уехал в Германию. Его большая родина - здесь, в России, и он до сих пор вспоминает, с каким добром относились к нему сибиряки в тяжёлые послевоенные годы. «Я всегда был высокий и худой, тогда было очень голодно, а русские люди подзывали меня на улице и подкармливали. Прекрасно зная, что мы – немцы...»

А тем временем сложилась уже династия: сын Юрия Иосифовича Эрнст - кандидат медицинских наук, анестезиолог-реаниматолог одной из московских больниц. внучка Анастасия в прошлом году поступила в Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова.

> Альберт ХИСАМОВ, обозреватель «МГ».

