Медицинская газета®

22 сентября 2017 г.
пятница
№ 71 (7789)

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

В центре внимания

Золотой стандарт

Так оценила министр новый перинатальный центр

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова и губернатор Московской области Андрей Воробьёв открыли новый перинатальный центр в городе Щёлково.

Общая площадь объекта составляет порядка 35 тыс. м². Для нужд перинатального центра закуплено 24,5 тыс. единиц медицинского и технологического оборудования, мебели. Штатным расписанием предусмотрено 823 ставки медицинского персонала, 229 из них – врачи. Для рожениц будет предусмотрено 150 коек.

Первые шаги…

– Новый центр, который мы открываем, – по сути, золотой стандарт в нашем деле, – подчеркнула министр. – И здесь будет работать команда высокого класса специалистов по ЭКО.

Новый центр, построенный при поддержке федеральной программы, начал свою работу в тестовом режиме. А первый малыш здесь родился уже на следующий день. По последним сведениям, на свет здесь появились уже 63 ребёнка. При этом клиника стала вторым центром материнства и детства, который открыли в Московской области в 2017 г. Важно отметить, что около половины закупленного медицинского оборудования в перинатальном центре в Щёлкове – отечественного производства.

Алексей ПИМШИН.
МИА Cito!

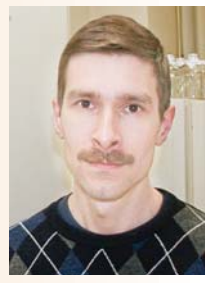
Московская область.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Игорь КОРОБКО, директор Департамента науки, инновационного развития и управления медико-биологическими рисками здоровью Минздрава России:

В Российской Федерации регистрируется порядка ста случаев завоза малярии в год.

Стр. 4



Тамара ДРЕПА, главный детский кардиолог-ревматолог Минздрава Ставропольского края:

Для успешного преодоления болезни важно не только использование современных методов лечения и применение высокотехнологичных препаратов, но и своевременная реабилитация.

Стр. 6

Эрнест БАЗИКЯН, заведующий кафедрой хирургии полости рта МГМСУ им. А.И.Евдокимова, профессор:

Фундаментальные открытия в иммунологии обозначили новую возможность понимания процесса остеоинтеграции дентальных имплантатов.

Стр. 11

Тенденции

Поликлиника в новом качестве

Настоящим подарком к 80-летию Алтайского края для жителей Барнаула стало торжественное открытие первой в регионе поликлиники под названием «бережливая». Это почётное звание присвоили городской поликлинике № 9 Барнаула.

С приветственным словом по поводу этого события выступила заместитель председателя правительства Алтайского края Надежда Капура:

– Лицом каждой поликлиники является регистратура, поэтому основная задача – сделать так, чтобы пациент, придя в медицинскую организацию, чувствовал, что с ним общаются тепло и вежливо. Это создаёт отличные предпосылки для более эффективного лечения, а руководство края, работники здравоохранения приложат все усилия для того, чтобы жители и гости Барнаула получали качественную медицинскую помощь в комфортных условиях.

Важность того, что городская поликлиника № 9 начинает работать в новом формате, подчеркнул глава администрации Индустриального района города Сергей Татьянин:

– То, что поликлиника № 9 модернизируется именно в направлении бережливости, нельзя недооценить. Участие медицинской организации в оптимизации медпомощи населению сделает проживание в районе более комфортным. Наша главная задача – обеспечить доступную медицинскую помощь населению в первичном звене, минимизировать временные затраты на ожидание встречи с доктором, сократить время диагностических исследований, – отметила заместитель министра здравоохранения Алтайского края Вера Ушанова.

Несмотря на то, что к реализации проекта «Бережливая поликлиника» в учреждении приступили относительно недавно, уже есть первые результаты, причём весьма существенные. По словам главного врача поликлиники Инны Анисимовой, здесь в 2 раза сократилась очередь на приём к участковому терапевту и в 3 раза – в кабинет забора крови.

Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Барнаул.

События

Челябинск собрал ядерную медицину

В главном городе Южного Урала стартовала Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы развития ядерной медицины в РФ».

Место проведения встречи представителями «Общества ядерной медицины РФ» выбрано не случайно, на базе Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины и предприятий атомной промышленности Южного Урала сформирован мощный ядерно-медицинский кластер. Важная системная работа по развитию ядерной медицины ведётся в Челябинской области на протяжении десятилетий, это одно из стратегических направлений развития системы здравоохранения. Большое внимание этой теме уделяет губернатор Борис Дубровский.

В Челябинском онкоцентре сосредоточились практически все существующие технологии, использующие атом. Работает полноценное отделение радионуклидной терапии, ПЭТ-центр полного цикла, система «Кибер-нож» и множество других не менее важных направлений. Южноуральские медики и ядерщики используют такие методики, которые во всём мире можно пересчитать по пальцам. В прошлом году ядерное направление здесь вышло на федеральный уровень, создана рабочая группа по консолидации усилий и трансляции практического опыта, наработанного специалистами Южного Урала.

«Челябинская область – первый регион России, в котором сформирован полный замкнутый цикл всех технологий ядерной медицины: от радионуклидной диагностики до позитронной томографии и радионуклидной терапии, – сказал главный онколог Минздрава Челябинской области Андрей Важенин. – Кроме того, Челябинск – это научная и педагогическая база для подготовки специалистов по ядерной медицине. На Южном Урале расположены многие предприятия ядерного профиля, ведутся разработки радиофармпрепаратов, источников для лучевой терапии. Поэтому наш регион и выбран для проведения всероссийского съезда врачей-ядерщиков. Для нас это эпохальное мероприятие, признание того, что мы сделали за эти годы. Собрать такую компанию ведущих специалистов – большая честь».

Впереди у российских врачей множество обучающих семинаров и мастер-классов, а также встречи с руководителями центров ядерной медицины и производителями радиофармпродукции.

Мария ХВОРОСТОВА, внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Новости

Полная готовность против эпидемии

В Волгоградском регионе официально дан старт прививочной кампании против гриппа. Для этого ещё в начале августа в область поступило необходимое количество доз противогриппозной вакцины для взрослого и детского населения.

Важно отметить, и это подтверждают специалисты, что вся доставленная в регион вакцина является отечественного производства и содержит актуальные штаммы вируса в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения.

Если верить прогнозам специалистов, то к окончанию осени и началу зимы население России будет подвергнуто атаке сразу трёх штаммов гриппа, два из которых Гонконг (AH3N2) и вирус гриппа В, известный медикам с прошлого года. Но будет, как они прогнозируют, и ещё сюрприз – это штамм Мичиган (AH1N1). Как пояснили специалисты, это новая разновидность уже известного свиного гриппа, но Роспотребнадзор заверяет, что опасаться его не стоит, так как поступающая в регион вакцина будет эффективной и против этого сюрприза.

Как и в прошлые прививочные годы особое внимание при вакцинации в регионе будет уделено в первую очередь детям, беременным женщинам, взрослому населению, людям пожилого возраста и тем категориям граждан, чья профессиональная деятельность создаёт угрозу инфицирования гриппом, – это медицинский персонал, работники образования торговли и транспорта. В этой связи в течение ближайших 2-3 месяцев в регионе планируется привить более одного миллиона человек – 40% населения области. Как считают специалисты, этого должно быть достаточно, чтобы сформировать иммунную прослойку и избежать эпидемию гриппа и ОРВИ.

Александр КУЗНЕЦОВ.

Волгоград.

Кабинеты онкологической помощи

При лечебных учреждениях Приморья недавно открыты 23 первичных кабинета онкологической помощи, значительная часть – в районах края, сообщили в Департаменте здравоохранения региона. Главная задача таких подразделений – своевременная профилактика и раннее выявление раковых заболеваний, а также повышение информированности населения об этом недуге.

Три первичных онкологических кабинета действуют во Владивостоке в местных поликлиниках. Ещё 20 – в городских и районных ЛПУ.

Узнать о планируемых мероприятиях, которые направлены на раннее выявление онкологических заболеваний, можно в поликлинике по месту жительства.

Отметим, почти тысяча приморцев в этом году смогли пройти диагностику методом позитронно-эмиссионной томографии на базе медицинского центра Дальневосточного федерального университета. Это составляет практически 80% от запланированных до конца года. В медцентре ДВФУ обследуют 50-60 человек. Всего в этом году более 1,5 тыс. приморцев будут обследованы в медицинском центре Дальневосточного федерального университета с помощью позитронно-эмиссионной томографии, позволяющей на ранних стадиях диагностировать онкологические заболевания.

Для пациентов это процедура бесплатная, её финансирует Приморский фонд обязательного медицинского страхования.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

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

Работают мастера

Сквозь сплетение сосудов…

Союз врачей двух больниц увенчался высококлассной и успешной операцией

В городской клинической больнице № 1 Махачкалы провели уникальную операцию пациентке с серьёзным переломом шейного позвонка. Ольга Сащенко, 22-летняя жительница Ростовской области, пострадала на одном из аттракционов в парке Махачкалы.

Результатом довольны все

Девушка потеряла сознание. В срочном порядке она была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации больницы № 1, где и началась борьба врачей за жизнь пациентки. Её уложили в реанимацию и подключили к аппарату искусственной вентиляции лёгких. После проведения всех исследований, в том числе компьютерной томографии и МРТ, был поставлен окончательный диагноз: компрессионный перелом первого шейного позвонка, компрессия шейного отдела позвоночника. На аттракционе тело девушки подверглось резким и большим нагрузкам, что и послужило причиной травмы. Осложнило положение и то, что у неё, как показало МРТ, не совсем обычное анатомическое строение шейного отдела позвоночника. После многочисленных консилиумов и переговоров с ростовским Центром медицины катастроф было принято решение оперировать Ольгу на месте без транспортировки на родину, так как в ГКБ № 1 для этого имеется всё необходимое современное медицинское оборудование.

Чтобы помочь дагестанским коллегам, из Москвы в Махачкалу прибыл нейрохирург городской клинической больницы № 1 им. Н.И.Пирогова Михаил Некрасов. Врачи, среди которых были в том числе и ведущие дагестанские специалисты, провели в операционной более 3 часов. Вот что рассказал главный врач городской клинической больницы № 1 Махачкалы Меджид Алиев:

«Ввиду неординарности случая для лечения больной была организована бригада врачей, состоящая из нейрохирурга, невролога, травматолога и реаниматолога. Динамика состояния пациентки находилась на постоянном контроле руководства больницы и Ростовского центра медицины катастроф. Уникальность проведённой операции характеризовалась не только самой областью хирургического вмешательства, где сосредоточена масса жизненно важных кровеносных сосудов и нервных проводников, но и индивидуальной анатомической особенностью пациентки. Определяющую роль сыграли профессиональный уровень хирургов и их ювелирная работа. Использованный метод вмешательства значительно уменьшил длительность лечения, предотвратил возникновение поздних осложнений. Ведь раньше такие травмы лечились продолжительными, не вполне надёжными гипсовыми наружными фиксациями».

В настоящее время состояние пациентки с каждым днём улучшается, восстанавливается самостоятельное дыхание, тактильная чувствительность и двигательные функции. Скоро больная будет транспортирована на место проживания в Ростовскую область, где продолжит лечение. По словам врачей, у Ольги есть все шансы вернуться к полноценной жизни.

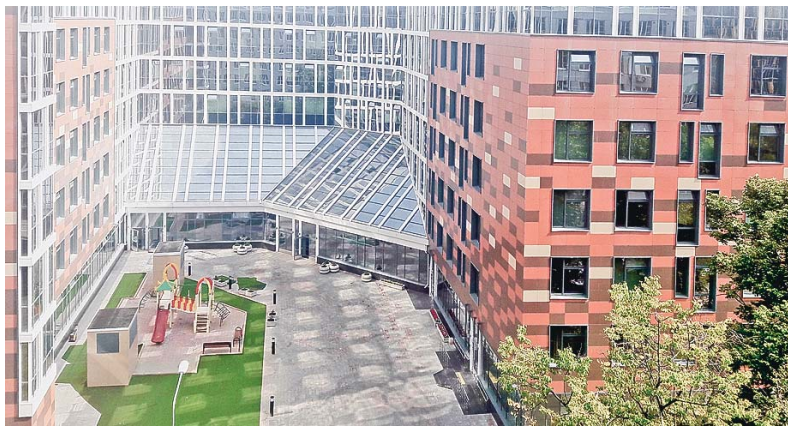
Залина МУРТАЗАЛИЕВА,
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

Перемены

Дом здоровья для детей

Новый лечебный корпус Морозовской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения Москвы станет для маленьких москвичей своего рода домом здоровья. Строительство семиэтажного здания завершено, идёт наладка оборудования.



Вот такой он, новый корпус Морозовской больницы

Если сейчас больница ежегодно пролечивает 110 тыс. детей, то с открытием корпуса, реконструкцией и переоснащением всех старых зданий эта известная клиника может выйти на 140-150 тыс. пролеченных пациентов в год.

«Закончено строительство нового корпуса Морозовской больницы. Это одна из самых лучших в мире многопрофильных детских клиник. Здесь можно лечить практически все болезни. Надеюсь, в ближайшее время корпус будет запущен и примет первых пациентов», – говорит мэр столицы Сергей Собянин.

Общая площадь корпуса, рассчитанного на 500 коек и с двумя подземными этажами, составляет 72 тыс. м^2. В нём расположатся отделения оториноларингологии, экстренной и гнойной хирургии, эндокринологии, травматологии и ортопедии, плановой хирургии и урологии, онкологии и гематологии, офтальмологии и микрохирургии глаза, трансплантации костного мозга, кардиоревматологии и пульмонологии, нейрохирургии и нейроонкологии. Предусмотрены здесь и два операционных блока, отделение реанимации и анестезиологии, клинико-диагностическая лаборатория, отделение физиотерапии и лечебной физкультуры. Кроме того, в корпусе расположены два конференц-зала на 100 и 280 мест, детская игровая площадка, буфет и столовые.

Часть отделений являются для Москвы уникальными. Например, новыми направлениями медицинской помощи в системе городских детских стационаров станут экстренная сердечно-сосудистая хирургия, аритмология и трансплантация органов и тканей (в том числе с пересадкой костного мозга) с профильными отделениями реанимации и интенсивной терапии. На базе одного из отделений впервые в системе городского здравоохранения столицы будет создан детский городской центр нарушения ритма сердца. В новом корпусе будет располагаться также единственный в городе референс-центр орфанных (редких) и других заболеваний детей и подростков.

Особое внимание при проектировании нового корпуса было уделено повышению комфортности пребывания в нём маленьких пациентов. Теперь палаты стационара будут одно- и двухместными. В каждой палате установят «тревожную кнопку» и систему видеонаблюдения за состоянием детей. Для мам предусмотрены отдельные спальные места. Как ожидается, после ввода в эксплуатацию корпуса в нём за год смогут лечиться до 80 тыс. пациентов.

«В настоящее время в больницу госпитализируются около 33,7% пациентов от общего числа госпитализаций в Москве, независимо от того, федеральное это учреждение или муниципальное, – говорит главный врач Морозовской детской городской клинической больницы, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Игорь Колтунов. – Например, при 250–260 тыс. (317 286 в 2016 г.) госпитализаций в год 110 тыс. поступают к нам. Открытие нового корпуса – это абсолютная гарантия того, что москвичи получат качественную медицинскую помощь и достойные условия пребывания».

…В начале XX века в больнице, основанной в 1903 г. купцом Викулой Морозовым, открылось несколько отделений на 340 коек. Сейчас это крупнейший клинико-диагностический комплекс Москвы, где работает круглосуточный детский многопрофильный стационар, не имеющий аналогов в России. За последние годы здесь появилось 13 центров городской специализированной медицинской помощи для детей и подростков, в их числе – детские центры ревматологии, эндокринологии, инсульта и онкологии. Ежедневно принимает больных уникальная круглосуточная дежурная бригада детских врачей-специалистов, есть онкогематологическая лаборатория и отделение переливания крови.

В 2016 г. врачи Морозовской больницы вылечили 106 822 пациента, а за первое полугодие 2017 г. – 59 685.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Профилактика

Руководители Департамента здравоохранения столицы Алексей Хрипун и Управления Роспотребнадзора по Москве Елена Андреева привились против гриппа в одном из многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг Северного административного округа города.

Личным примером

Прививочные пункты в таких центрах впервые работают в текущем эпидемиологическом сезоне в целях увеличения охвата и обеспечения доступности иммунизации против гриппа. Как мы уже сообщали и как напоминают сайты этих ведомств, привиться против этой инфекции можно также в прививочных пунктах, функционирующих у 24 станций метро, 2 станций Московского центрального кольца, а также у железнодорожной станции Крюково (Зеленоград). И, конечно, сделать прививку можно в территориальных поликлиниках как по месту прикрепления, так и по месту работы, в Центре медицинской профилактики Департамента здравоохранения Москвы (ул. Маршала Бирюзова, 39) бесплатно, а также в негосударственных медицинских организациях за счёт средств предприятий и граждан.

Всего медицинские организации столичного Департамента здравоохранения планируют охватить вакцинацией против гриппа не менее 4,2 млн москвичей. 47 взрослых и 40 детских медицинских учреждений принимают даже по выходным.

«В Москве прививку бесплатно можно сделать в 442 прививочных кабинетах во взрослых и детских поликлиниках. Дополнительно мы открыли 100 мобильных прививочных пунктов у станций метро, Московского центрального кольца и в центрах госуслуг «Мои документы, – отметил глава ведомства А.Хрипун на заседании правительства Москвы. – Необходимое количество вакцины уже закуплено (около 4,2 млн доз), и она в плановом порядке поставляется в поликлиники. Для вакцинации государственными медицинскими организациями столицы используются только современные и безопасные вакцины, обеспечивающие надёжную защиту от гриппа в течение года».

Это «Гриппол плюс» и «Совигрипп», ни одного поствакцинального осложнения от которых, по данным за прошлый год, зафиксировано не было. Иммунитет вырабатывается через 10-12 дней.

По словам А. Хрипуна, в этом году активность москвичей, желающих обезопасить себя от неприятных последствий гриппа, заметно выросла. Только за первые 10 дней с момента начала массовой вакцинации прививку сделали более 300 тыс. горожан, из них 28 тыс. человек воспользовались услугами мобильных прививочных пунктов – около станций метро и в центрах госуслуг «Мои документы». Департамент здравоохранения открыл круглосуточную горячую линию по вопросам вакцинации. Также в социальных сетях запущен специальный хэштэг #москвабезгриппа.

Валерий СУВОРИН.
МИА Cito!

Вехи

Юбилей главного врача – повод сказать ему «Спасибо!»

Коллектив областного государственного учреждения «Иркутский диагностический центр» с особой искренностью и признанием поздравляет с 60-летним юбилеем своего главного врача Игоря Васильевича Ушакова.

Уважаемый, Игорь Васильевич, для нас вы являетесь безусловным примером и авторитетом в умении ставить и достигать цели, решать самые, казалось бы, невероятные задачи, с упорством и настойчивостью реализовывать намеченные планы. Именно благодаря вам в Иркутской области сегодня работает одно из передовых медицинских учреждений. Вы были инициатором создания диагностического центра на рубеже веков, в непростой период российской истории. Экономическая нестабильность конца 90-х не стала препятствием для открытия нашего центра, который с самого начала занял лидирующие позиции в медицинской отрасли и сумел сохранить их до сих пор.

Под руководством Игоря Васильевича впервые в Иркутской области были внедрены в практическую деятельность ультразвуковые методы исследований, компьютерная спирометрия и другие современные виды исследований. Была создана уникальная для России инновационная система управления медицинской организацией на основе современных технологий менеджмента, внедрены стандарты качества в соответствии с требованиями международного стандарта ИСО 9001:2000, методы и инструменты бережливого производства. Под руководством И.Ушакова совместно со специалистами отдела информационных технологий ИДЦ впервые была разработана не имеющая аналогов в России менеджмент-ориентированная информационная система, построенная полностью на свободном программном обеспечении. Компьютеризированы и объединены в единую сеть рабочие места всех сотрудников ИДЦ (медицинских и немедицинских). Создана электронная карта пациента, личный кабинет пациента на официальном сайте, внедрено множество других электронных сервисов. Игорем Васильевичем впервые в Иркутской области внедрены в практическую деятельность более 450 новых лечебно-диагностических методик, созданы Центр биопсийной диагностики кожи (впервые в России), Центр диагностики и профилактики остеопороза.

В этом году по инициативе Игоря Васильевича начат ещё один амбициозный проект – строительство филиала ИДЦ в Братске, который будет обслуживать северное население Иркутской области. Этот проект считается уникальным, поскольку строительство ведёт государственное медицинское учреждение без финансирования из бюджета. Первых пациентов филиал начнёт принимать в начале 2018 г.

Мы, коллектив, который возглавляет Игорь Васильевич, всегда и во всём поддерживаем его начинания, замыслы, проекты. Для нас важно быть на одной волне с главным врачом и следовать заданному вектору, только тогда совместными усилиями мы сможем оказывать населению региона медицинские услуги неизменно высокого качества. Мы выражаем искреннюю благодарность нашему руководителю за возможность трудиться именно в этом медицинском центре и быть частью тех больших изменений, которые становятся возможными благодаря его трудолюбию и настойчивости.

В юбилейный год мы хотим пожелать Игорю Васильевичу крепкого сибирского здоровья, успешных свершений, активной плодотворной работы, новых творческих идей и перспективных проектов, надёжных партнёров, добросовестных коллег и осуществления всех замыслов! Семейного тепла и уюта в ваш дом!

Коллектив сотрудников Иркутского диагностического центра.

Официально

Всё равно цифры большие…

В Доме Правительства РФ состоялось первое заседание Координационного совета по реализации Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017–2022 гг.

Заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец отметила, что поддержка женщин, в частности материнства и детства, является приоритетной задачей руководства страны.

«Сегодня уже реализуется целый комплекс важных мероприятий. Напомню, что рабочее место за женщиной, которая родила, сохраняется в течение 3 лет, до 1,5 лет выплачиваются специальные пособия, в нашей стране есть материнский капитал, льготы молодым мамам при поступлении в вузы, пособие на третьего ребёнка в регионах. Сегодня мы продолжаем развивать программы ЭКО и специальные программы по охране женского здоровья», – подчеркнула О.Голодец.

Однако, по словам вице-премьера, остаётся много непростых тем, например ситуация с абортами. «Хотя численность абортов снизилась с 747 тыс. в 2015 г. до 648 тыс. в 2016 г., а 5 лет назад этот показатель вообще составлял 935 тыс., всё равно цифры очень большие», – считает О.Голодец.

Комментируя план действий по выполнению стратегии, вице-премьер выделила приоритетные направления работы совета: создание условий для сохранения здоровья женщин, улучшение их экономического положения, доступ женщин к профессиональному образованию, профилактика и предупреждение их социального неблагополучия и насилия в отношении женщин, расширение участия женщин в общественно-политической жизни.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Москва.

Проекты

Комиссия по законопроектной деятельности Правительства РФ одобрила с учётом состоявшегося обсуждения законопроект «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части розничной торговли лекарственными препаратами дистанционным способом».

За лекарствами – в интернет

Проект федерального закона разработан Минздравом России. Документом предлагается предоставить право розничной торговли безрецептурными лекарственными препаратами для медицинского и ветеринарного применения дистанционным способом аптечным и ветеринарным аптечным организациям. Также предлагается уточнить определения понятий «фармацевтическая деятельность», «аптечная организация» и «ветеринарная аптечная организация» в части введения нового вида работ (услуг) по розничной торговле лекарственными препаратами дистанционным способом, осуществляемых в рамках фармацевтической деятельности.

Одновременно предусматривается введение запрета на розничную торговлю рецептурными лекарственными препаратами дистанционным способом. В этих целях предлагается внести изменение в Федеральный закон «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» в части включения сведений о сайтах, содержащих информацию о продаже дистанционным способом лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, в Единый реестр доменных имён, указателей страниц сайтов и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты, содержащие информацию, распространение которой в России запрещено.

Предлагается скорректировать полномочия федеральных органов исполнительной власти при обращении лекарственных средств. Возможность досудебного закрытия сайтов, содержащих информацию о продаже лекарственных препаратов дистанционным способом, предлагается заменить на ограничение доступа к сайтам, содержащим информацию о розничной торговле дистанционным способом лекарственными препаратами, отпускаемыми по рецепту.

В целях приведения в соответствие норм федеральных законов «Об обращении лекарственных средств» и «О наркотических средствах и психотропных веществах» предлагается разрешить включение наркотических и психотропных лекарственных препаратов в устанавливаемый органами исполнительной власти субъектов Федерации перечень лекарственных препаратов, которые могут продаваться медицинскими организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, и их обособленными подразделениями, расположенными в сельских населённых пунктах, где отсутствуют аптечные организации.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Подписка-2018

Старт подписной кампании

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.

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

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

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

Итоги и прогнозы

У дороги коварное «лицо»

Смертность в ДТП может увеличиться

Ежегодно в результате дорожно-транспортных происшествий в мире обрывается жизнь примерно 1,25 млн человек. От 20 до 50 млн людей получают не смертельные травмы, многие из которых приводят к инвалидности. Таковы данные 340-страничного доклада Всемирной организации здравоохранения о безопасности движения. Согласно ему, уровень смертности в России в ДТП сопоставим с Китаем, Арменией и Таджикистаном.

Статистика удручает

Согласно прогнозам ВОЗ, при отсутствии последовательных и решительных мер к 2030 г. ДТП станут в мире седьмой по значимости причиной смерти. Почти половина умирающих на дорогах планеты принадлежат к «уязвимым пользователям» – пешеходам, велосипедистам и мотоциклистам. Большинству стран ДТП обходятся в 3% их валового внутреннего продукта.

Мужчины с большей вероятностью попадают в ДТП, чем женщины. Около трёх четвертей (73%) всех случаев смерти в результате ДТП происходит среди молодых мужчин в возрасте до 25 лет, у которых вероятность погибнуть в ходе автомобильного происшествия почти в 3 раза превышает аналогичный показатель среди молодых женщин.

Всё это – лишь малая часть той удручающей статистики, которую приводит ВОЗ. Она напоминает, что в принятой недавно Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. сформулирована масштабная задача: к 2020 г. вдвое сократить во всём мире число смертей и травм в результате ДТП.

В настоящее время почти половина (48%) всех случаев смерти в результате дорожно-транспортных аварий в мире приходится на лиц в возрасте 15-44 лет. Их семьи и страны в целом несут значительные экономические убытки. Они связаны со стоимостью лечения, а также с утраченной продуктивностью тех, кто погиб или стал инвалидом из-за полученных травм, а также членов их семей, которым необходимо время, свободное от работы или учёбы для ухода за родственниками, получившими травмы.

Оставим для специалистов анализ данных о безопасности транспортных средств, состоянии дорожной инфраструктуры и других причинах смертности на дорогах. Напомним лишь, что риск аварии, приводящей к смерти или тяжёлым травмам, повышает и вождение под воздействием алкоголя и любых психоактивных веществ или наркотиков. Например, у лица, употребившего амфетамины, риск попадания в аварию со смертельным исходом возрастает примерно впятеро по сравнению с тем, кто их не употреблял.

Очень важно для автолюбителей не пренебрегать использованием мотоциклетных шлемов, ремней безопасности и детских удерживающих устройств. Вот чем можно аргументировать такой совет:

Успели приехать вовремя...

– правильное ношение мотоциклетного шлема может снизить риск смерти почти на 40% и риск тяжёлой травмы более чем на 70%;

– использование ремней безопасности снижает риск смертельного исхода для пассажиров, сидящих на переднем сидении, на 40–50%, а для пассажиров, сидящих на заднем сидении, на 25-75%;

– при правильных установке и использовании детские пристяжные устройства снижают смертность среди детей грудного возраста примерно на 70% и среди детей раннего возраста – на 54-80%.

Добавим, что вероятность попадания в аварию водителей, пользующихся мобильными телефонами, которые приводят к замедлению реакции, примерно в 4 раза выше, чем у водителей, которые ими не пользуются.

Не допустить промедления

Тяжесть травм при ДТП усугубляется задержками в выявлении лиц, попавших в аварию, и оказании им помощи. Своевременность помощи пострадавшим имеет решающее значение: минутное промедление нередко диктует разницу между выживанием и гибелью.

Между тем дорожно-транспортный травматизм можно и нужно предупреждать. В этом плане ВОЗ ведёт работу с широким кругом стран, оказывая поддержку государствам-членам организации в планировании и реализации политики и в области дорожной безопасности. Кроме того, ВОЗ взаимодействует с партнёрами для оказания технической поддержки странам. Например, в настоящее время организация сотрудничает с Инициативой Блумберга по обеспечению безопасности дорожного движения во всём мире (BIGRS) в 2015-2019 гг. в целях сокращения смертности и травматизма в результате ДТП в отдельных странах и городах с низким и средним уровнем доходов.

В этом году ВОЗ выпустила документ «Спасти человеческие жизни: пакет технических мер по безопасности дорожного движения», в котором обобщаются основанные на фактических данных меры, с помощью которых можно вдвое сократить к 2020 г. смертность и травматизм в результате ДТП.

В сотрудничестве с региональными комиссиями Организации Объединённых Наций ВОЗ является ведущей организацией в области безопасности дорожного движения в рамках системы ООН. В рамках ООН ВОЗ выполняет функции секретариата Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения 2011-2020 гг. Оно началось в более чем 100 странах в целях спасения человеческих жизней.

В выпущенном ВОЗ третьем в этой серии докладе о состоянии безопасности дорожного движения представлена информация о безопасности дорожного движения из 180 стран.

Прогноз не радует

За последний год почти 80 стран улучшили свои показатели и снизили смертность а авариях. Однако более 65 государств показали обратный результат.

Между тем в России эксперты прогнозируют резкий рост смертности в ДТП с 2018 г., ссылаясь на новый проект стратегии безопасности дорожного движения до 2023 г. Правительственная комиссия, занимающаяся этим вопросом, полагает, что в 2022 г. на дорогах у нас будут погибать 30-33 тыс. человек в год, что станет «резким откатом» к ситуации 2007-2008 гг. Основными причинами называются старение водителей и автопарка, неконтролируемый рост «автомобилизации» населения и увеличивающийся разрыв между её темпами и развитием дорожно-транспортной сети, а также «ряд экономических проблем».

Ранее в МВД России заявляли, что в 2016 г. в ДТП погибло на 12% меньше людей, чем годом ранее, а количество аварий снизилось на 6,1%.

С 2013 г. в нашей стране действует новая федеральная программа, которая нацелена на повышение безопасности дорожного движения. Разработана она МВД России, на неё выделено 100 млрд руб., и целью её является снижение ежегодной смертности до 20 тыс. человек в год. Пока же, несмотря на то, что за 2015-2016 гг. статистика смертельных случаев на дороге стала ниже по сравнению с европейскими странами, гибель в автокатастрофах является одной из причин смерти молодых людей в нашей стране.

МВД предлагает внести изменения в статью 12.8 КоАП, в которой прописана административная ответственность за управление автомобилем в нетрезвом состоянии. Министерство за то, чтобы вместо используемого ныне алкотестера брать анализ крови и наказывать водителей при обнаружении у них 0,3 и более грамма алкоголя на один литр крови. В МВД рассчитывают, что новая норма вступит в действие с начала 2018 г.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Cito!

Пресс-конференции

К миру, свободному от малярии

Директор Департамента науки, инновационного развития и управления медико-биологическими рисками здоровью Минздрава России Игорь Коробко, директор Глобальной программы ВОЗ по малярии Педро Алонсо, представитель ВОЗ в Российской Федерации Мелита Вуйнович, ведущий научный сотрудник Института медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И.Марциновского, доктор медицинских наук, профессор Алла Баранова на специально проведённой пресс-конференции дали оценку ситуации с малярией.

Всемирная организация здравоохранения продолжит бороться с малярией в Европейском регионе, который ранее признали свободным от этого заболевания. Установлено, что все случаи поражения малярией были завозными.

«В течение нескольких последних лет цифра остаётся приблизительно одинаковой. Регистрируется порядка 100 случаев завоза малярии в год в Российскую Федерацию», – сообщил И.Коробко.

Участники встречи отметили большой вклад нашей страны в борьбу с этой патологией. По словам доктора П.Алонсо, «Российская Федерация всегда была значимым партнёром ВОЗ на пути к миру, свободному от малярии. Россия предоставляла технические экспертные знания, лидерство и финансовую поддержку для укрепления навыков тех, кто боролся с малярией в эндемических странах Центральной Азии и Африки. В результате технического и финансового вкладов в Российской Федерации обучение современным методам борьбы с малярией прошли почти 800 национальных менеджеров и медработников из 79 стран».

Участники встречи заявили, что, несмотря на принятые меры, остаётся риск повторного проникновения заболевания в те регионы, которые на настоящий момент признаны свободными от него.

Яна ГЛАЗКОВА,
внешт. корр. «МГ».
Москва.

Санитарная зона

Вакцинация набирает обороты

Эпидемиологическая ситуация по гриппу и ОРВИ в России пока спокойная

Учитывая, что в целом по стране уровень заболеваемости по гриппу и острым респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ) соответствует данному периоду года, а её показатели как в отдельных возрастных группах, так и по совокупному населению ниже расчётных эпидемических величин и эпидситуация достаточно спокойная, иммунизация населения против сезонной инфекции набирает темпы. За счёт средств федерального бюджета для нужд Минздрава России закуплено 58,5 млн доз отечественной вакцины. Госкорпорация «Ростех» поставит её на 29% больше прошлогоднего объёма.

Есть надежда, что эпидемия гриппа обойдёт нас стороной

Столица подаёт пример

В состав трёхвалентной противогриппозной вакцины, которая в основном используется в России, включены актуальные штаммы вируса гриппа, которые по прогнозу Всемирной организации здравоохранения будут циркулировать в эпидсезоне 2017-2018 гг. Это штамм A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09.

Официальный старт прививочной кампании, как уже сообщала «МГ», дала на стенде Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на полях Восточного экономического форума главный государственный санитарный врач РФ Анна Попова.

Москвичам против гриппа можно бесплатно привиться по 29 октября на 24 мобильных прививочных пунктах, в территориальных поликлиниках как по месту прикрепления, так и по месту работы, а также в Центре медицинской профилактики Департамента здравоохранения Москвы. Кроме того, по согласованию с руководителем медицинской организации возможна вакцинация сотрудников предприятий непосредственно на рабочих местах выездными прививочными бригадами. Можно привиться и в негосударственных медицинских организациях за счёт средств предприятий и граждан.

Регионы тоже начеку

Санкт-Петербург. Нет пока поводов для беспокойства и в северной столице – заболеваемость гриппом и ОРВИ находится на «приемлемом» уровне, сообщает территориальное управление Роспотребнадзора. Групповых заболеваний ОРВИ за первую декаду сентября в городе не зарегистрировано.

По последним данным, в рамках Национального календаря прививок в Санкт-Петербурге привили против гриппа около 500 тыс. человек, в том числе 80 тыс. детей. За счёт дополнительных источников финансирования привито 15 тыс. человек.

В Ленинградской области антигриппозная кампания стартовала в конце августа. Сделать прививку жители региона могут как в медучреждениях по месту жительства, так и в мобильных прививочных пунктах – они работают в 7 районах. В целом до ноября планируется привить не менее 40% населения.

Красноярск. Согласно недавним сведениям, в крае ОРВИ и гриппом заболели около 5 тыс. человек. Заболеваемость составила 19,7 на 10 тыс. населения, что ниже эпидемического порога на 24,1%, сообщили в территориальном управлении Роспотребнадзора. За 2 месяца в регионе планируют привить около 40% жителей. В связи с этим во всех поликлиниках организован предвакцинальный осмотр в кабинетах доврачебного приёма, продлевается режим работы прививочных кабинетов.

Иркутск. Против гриппа нынешней осенью планируется привить около 100 тыс. жителей области, что составляет 40% от всего населения. Как сообщают в управлении Роспотребнадзора по региону, за первую декаду сентября в Приангарье привито 126 тыс. человек, в том числе в рамках Национального календаря профилактических прививок – 125 тыс.

Киров. В регион поступила вторая партия вакцины против гриппа «Совигрипп» в количестве 174 330 доз для взрослых и 67 005 доз для детей – этого вполне достаточно. В настоящее время вакцина распределяется по медицинским организациям города и области. В полную силу вакцинация началась с 13 сентября.

Первая партия вакцин была доставлена в регион в августе, это 50% от годовой заявки. Следующая партия поступит в область в октябре.

Саратов. В области продолжается иммунизация населения против гриппа – ко второй декаде сентября привито более 500 тыс. человек.

В регион поступило 669 тыс. доз вакцины «Совигрипп» для иммунизации взрослого населения и 118 тыс. доз – для иммунизации детского населения. Пока заболеваемость ОРВИ в области и в Саратове находится на неэпидемическом уровне.

Ростов-на-Дону. За счёт средств федерального бюджета регион получит более 1,7 млн доз вакцины (1,3 млн доз взрослой, 407 тыс. детской). Половина запланированного объёма уже поставлена в область. Вакцинопрофилактикой планируется охватить не менее 40% населения области.

Надо быть готовым к худшему…

Министерство здравоохранения РФ планирует в этом году увеличить охват вакцинацией против гриппа и довести его до половины населения страны, что позволит справиться с той эпидемией, которая сейчас на подходе. Об этом информационным агентствам сообщила глава Минздрава России Вероника Скворцова.

По её словам, увеличение охвата населения вакцинацией в 2011-2012 гг. за 5 лет сократило заболеваемость гриппом в 3,5 раза. Это также способствовало уменьшению числа осложнённых форм и летальных исходов

Роспотребнадзор напоминает, что оптимальным временем проведения прививок против гриппа является период с сентября по ноябрь. Важно, чтобы иммунитет после проведённой прививки успел сформироваться до начала эпидемического подъёма заболеваемости. По мнению экспертов ведомства, эффективность вакцины против гриппа несравненно выше всех неспецифических медицинских препаратов.

Тем не менее в петербургском НИИ гриппа считают вероятным рост смертности от этой болезни в эпидемическом сезоне 2017-2018 гг., сообщила заместитель директора института по научной работе Людмила Цыбалова. «Судя по ситуации в Южном полушарии, где сейчас эпидемический сезон в разгаре, и по ситуации, которая была в прошлую эпидемию, предполагается, что наиболее распространённым будет вирус H1N1, аналогичный тому, который вызвал пандемию в 2009 г.», – заявила она.

По её словам, за последние 8 лет было несколько эпидемий с участием этого вируса, и основная масса летальных исходов связана с вирусом H1N1. «Поэтому предстоящий сезон должен вызывать напряжение у всех специалистов. Возможно, будет несколько повышенное число смертельных исходов, чем в предыдущем сезоне», – подчеркнула представитель НИИ гриппа.

ВОЗ: учесть уроки прошлого

Между тем в европейских странах подвели итоги эпидемии 2016-2017 гг., когда вирусы гриппа А преобладали над В. Всего 217 вирусов были охарактеризованы антигенно и 525 генетически. Все они показали хорошую реакционную способность с антисывороткой, выращенной из вакцинального штамма.

Сопоставимые данные получены и в опубликованном ранее итоговом отчёте Центра по контролю и профилактики заболеваний США (CDC).

Согласно рекомендациям ВОЗ, снижению интенсивности эпидпроцесса способствует охват профилактическими прививками против гриппа не менее 40% населения и не менее 75% организованного коллектива, групп риска. ВОЗ подтверждает, что, согласно прогнозам, в сезон 2017-2018 гг. на территории России будут циркулировать три штамма – вирус гриппа группы В (Брисбен), вирус группы А – H2N3 (гонконгский) и A/H1N1 (Мичиган, или свиной).

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Перспективы

Новые горизонты для волонтёров

Вскоре они получат существенные льготы

Президент Российской Федерации Владимир Путин утвердил перечень поручений по итогам встречи с представителями социально ориентированных некоммерческих и благотворительных организаций, а также волонтёрского движения.

Правительству при участии Общественной палаты РФ и автономной некоммерческой организации «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов» поручено в период нынешней осенней сессии Государственной Думы РФ обеспечить внесение изменений в законодательство Российской Федерации, предусматривающих:

– определение статуса добровольческих (волонтёрских) организаций, организаторов добровольческой (волонтёрской) деятельности и добровольцев (волонтёров), а также требований, которым должны соответствовать указанные организации и лица;

– закрепление понятия «социальное предпринимательство»;

– определение полномочий органов власти всех уровней в сфере поддержки и развития добровольческих (волонтёрских) организаций;

– определение полномочий отдельных федеральных органов исполнительной власти по вопросам добровольчества (волонтёрства);

– исключение из налоговой базы добровольцев (волонтёров) доходов, связанных с осуществлением ими благотворительной деятельности и полученных от организаций в натуральной форме (в виде найма жилого помещения, организации проезда, питания, обеспечения оборудованием);

– расширение понятия «паллиативная медицинская помощь» и уточнения порядка её оказания гражданам, в том числе в амбулаторных условиях и на дому, а также порядка социального обслуживания неизлечимо больных граждан и порядка межведомственного взаимодействия при оказании им медицинских и социальных услуг;

– нормативно-правовое закрепление различных форм сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой формы, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях;

– установление для паллиативных больных единого стандарта социальной услуги и единого стандарта медицинской помощи, рекомендуемых для применения субъектами Российской Федерации;

– определение принципов и особенностей социального обслуживания и сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи. Срок выполнения этих пунктов поручения Правительством РФ – 25 декабря 2017 г.

Далее – проанализировать лучшую практику медицинских организаций по обеспечению доступа близких родственников к больным, находящимся в отделениях реанимации и интенсивной терапии, и представить предложения по её возможному распространению. Срок выполнения этих пунктов – 15 октября 2017 г.

Ещё одно из поручений – рассмотреть вопрос о целесообразности разработки единой методики расчёта тарифов на социальные услуги с учётом затрат государственного и негосударственного секторов на создание и обслуживание объектов социальной инфраструктуры.

Планируется предусмотреть в федеральном бюджете на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг. бюджетные ассигнования для финансирования в установленном законодательством Российской Федерации порядке развития и продвижения единого федерального интернет-ресурса, освещающего деятельность добровольцев (волонтёров). Помимо этого, будет рассмотрен вопрос о создании правительственной комиссии по вопросам развития добровольчества (волонтёрства).

Подготовил
Алексей ЛЕОНИДОВ.
МИА Cito!

Сотрудничество

Биологическая безопасность: противостоять угрозам

Что показала представительная встреча во Владивостоке

«Пандемическая готовность как условие устойчивого экономического роста в Азиатско-Тихоокеанском регионе» – такая сессия, организованная Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, работала на Восточном экономическом форуме во Владивостоке.

Сближение подходов и объединение усилий по предотвращению, реагированию, диагностированию, прогнозированию угроз в области биологической безопасности в Юго-Восточной Азии, готовность региона к угрозам пандемии и обеспечения необходимого уровня защиты здоровья населения от инфекций стали главными темами сессии. В её работе приняли участие представители Китая, Вьетнама, Всемирной организации здравоохранения, руководство Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу, Дальневосточного федерального университета, представители российских общественных организаций, а также глава ОК «РУСАЛ» Олег Дерипаска.

Открывая сессию, руководитель Роспотребнадзора, главный санитарный врач России Анна Попова подчеркнула, что Азиатско-Тихоокеанский регион – один из самых динамично развивающихся в экономическом плане и в контексте интеграции экономик. АТР характеризуется также ростом трансграничного перемещения людей, товарооборота, наличием тесных экономических взаимосвязей между государствами. Вместе с тем именно страны Юго-Восточной Азии наиболее подвержены риску возникновения и распространения инфекций, имеющих потенциал пандемий. В новейшей истории мир стал свидетелем нескольких опасных ситуаций, вызванных инфекциями в регионе, которые были признаны чрезвычайными ситуациями в области санитарно-эпидемиологического благополучия, имеющими международное значение: SARS (атипичная пневмония), птичий грипп (H5N1), новый коронавирус. Кроме того, с новой силой распространяются уже известные инфекции, захватывая новые территории.

На сессии ВЭФ-2017

Отвечая на вопрос о работе бизнеса по противодействию инфекционным угрозам, глава РУСАЛ О.Дерипаска сообщил, что борьба с эпидемиями невозможна без государственно-частного партнёрства. Крупный бизнес, по его словам, осознаёт и необходимость вложений в науку, причём на самом раннем этапе. РУСАЛ уже сегодня осуществляет несколько социально ориентированных образовательных проектов и готов в перспективе поддерживать российскую микробиологию и эпидемиологию.

Доктор Луис Лурес, помощник Генерального секретаря ООН и заместитель исполнительного директора по программным вопросам ЮНЭЙДС, особо отметил важность профилактической работы. Он назвал изменения климата и антибиотикорезистентность факторами, способствующими стремительному распространению эпидемий. Особое внимание необходимо уделять своевременному информированию и коммуникации, привлечению некоммерческих организаций, которые в ряде стран способны оказывать содействие и реагировать быстрее систем здравоохранения, а также постоянному обучению персонала для противодействия эпидемиям.

Говоря о важности подготовки кадров для борьбы с инфекциями, проректор по международным отношениям Дальневосточного федерального университета Виктория Панова рассказала о соглашении между Роспотребнадзором и университетом, целью которого станет совместная работа по развитию и распространению в регионе Юго-Восточной Азии передовых компетенций в области борьбы с эпидемиями.

Представители органов здравоохранения Китая и Вьетнама рассказали об опыте стран в противодействии особо опасным инфекциям, а также действующих проектах и перспективах сотрудничества с Российской Федерацией для повышения потенциала всего региона в области противодействия инфекциям.

Заместитель начальника Экспертного управления Президента России; шерпа РФ в «Группе двадцати» Светлана Лукаш отметила, что «двадцатка», зародившаяся для решения прежде всего финансово-экономических вопросов, всё больше вбирает в себя социальную тематику. Эта трансформация началась именно в 2014 г., когда возникла вспышка лихорадки Эбола. С.Лукаш подчеркнула, что каждая страна по отдельности малоэффективна в борьбе с глобальными угрозами, только общие подходы способны справиться с этими вызовами.

Представитель ВОЗ доктор Кудсия Худа сообщила, что угроза глобальной эпидемии в 2014 г. привела к серьёзным реформам в организации работы этой международной организации. Были пересмотрены подходы к борьбе с эпидемиями, ведётся пересмотр эпидемической готовности стран, их методологического обеспечения и лабораторного оснащения.

Подводя итоги сессии, А.Попова подчеркнула, что для повышения региональной пандемической готовности можно выделить три основных направления:

– своевременный (оперативный) обмен эпидемиологически значимой и сравниваемой информацией;

– гармонизация подходов к проведению эпидмониторинга, выявления и реагирования на потенциальные угрозы эпидемиологическому благополучию;

– своевременное реагирование на инфекции, принятие адекватных мер для противодействия распространению болезни невозможно без выстраивания систем оперативного обмена информацией, регулярного мониторинга за эпидемиологической ситуацией.

Руководитель Роспотребнадзора также отметила, что Россия предлагает сближение подходов в части предотвращения, реагирования, диагностирования, прогнозирования угроз в области биологической безопасности в Юго-Восточной Азии, что повысит общую пандемическую готовность. Сделать это можно, следуя международным общепризнанным рекомендациям, в частности Международным медико-санитарным правилам, активно развивая двустороннее и многостороннее сотрудничество между странами региона с привлечением агентств системы ООН, общественных организаций, научных и образовательных центров и частного сектора.

На форуме ВЭФ-2017 А.Попова предложила О.Дерипаске создать фонд для эпидемиологов. «А может, нам подумать о фонде для эпидемиологов, бактериологов?» – обратилась руководитель Роспотребнадзора к президенту РУСАЛ. В ответ он заявил о готовности реализовать данное предложение и отметил, что необходимо понимать угрозы эпидемий в Азиатско-Тихоокеанском регионе и объединять усилия в борьбе с ними.

Константин ШАРЬИН.
МИА Cito!

Начало

Больше, чем реабилитация

В Ставропольской краевой детской клинической больнице состоялось торжественное открытие специализированного кабинета для реабилитации детей с ревматическими и другими хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Реабилитационный кабинет был открыт в рамках программы «Больше, чем реабилитация», реализуемой одной из ведущих биофармацевтических компаний совместно с Межрегиональной благотворительной общественной организацией «Возрождение».

Это ознаменовало новый этап в лечении детей с ревматическими заболеваниями Ставропольского края.

«Отделение кардиоревматологии уже много лет функционирует на базе детской краевой больницы и является единственным в Ставропольском крае. Здесь также проходят лечение дети из других регионов Северо-Кавказского федерального округа. Мы хорошо умеем лечить детей и достигаем прекрасных результатов. Следующий этап – реабилитация. При этом чем раньше начинается реабилитация, тем выше эффект от лечения», – пояснила главный специалист отдела медицинских проблем материнства и детства Минздрава Ставропольского края Наталья Плотникова.

Только сочетание эффективного лечения и своевременной реабилитации, совместные усилия опытных врачей и заботливых родителей позволяет детям добиться существенных успехов в борьбе с болезнью, забыть о боли и вернуться к полноценной жизни. «Пройдут годы, и мы будем с удивлением вспоминать о неизлечимых болезнях. Сейчас мы делаем всё для того, чтобы их побороть», – отметил заместитель главного врача КДКБ Николай Анисимов.

Чтобы добиться максимальных результатов и вновь ощутить радость движения, важны не только своевременно назначенные и эффективные лекарственные средства. Результаты лекарственной терапии нужно поддерживать. «Для успешного преодоления болезни важно не только использование современных методов лечения и применение высокотехнологичных препаратов, но и своевременная реабилитация. Реабилитационные мероприятия позволяют продлить и закрепить эффект лекарственной терапии. Теперь мы сможем самостоятельно проводить реабилитацию, и для нас это действительно уже норма», – рассказала заведующая отделением кардиологии и ревматологии Тамара Дрепа.

Дети уже начали осваивать упражнения, заниматься на тренажёрах и с удовольствием выполняют все указания врачей ЛФК и реабилитологов.

После церемонии открытия для маленьких пациентов отделения реабилитации был организован красочный праздник, который прошёл под лозунгом «Творить! Радоваться! Выздоравливать!». Детей навестили сказочные персонажи, которые играли с ними в весёлые игры и помогли на время забыть о болезни.

Ставропольский край стал шестым регионом-участником программы «Больше, чем реабилитация». С 2014 г. реабилитационные кабинеты были также открыты в областных детских клинических центрах Амурской, Волгоградской, Иркутской Челябинской и Свердловской областей. В ближайшее время оснащённые реабилитационным оборудованиям кабинеты появятся также в Ленинградской области и Республике Саха (Якутия).

Алексей КОНДРАТЬЕВ.
МИА Cito!

Ставрополь.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 68 (2098)

Оказание скорой медицинской помощи при лихорадках инфекционного генеза

Федеральные клинические рекомендации

(Окончание. Начало в № 70 от 20.09.17.)

Лихорадка Западного Нила

Лихорадка Западного Нила (возбудитель – вирус Западного Нила рода Flavivirus, семейства Flaviviridae, группа B) – острое трансмиссивное заболевание, характеризующееся лихорадкой, серозным менингитом (энцефалитом), системным поражением слизистых оболочек и полилимфаденитом.

Опорные клинические признаки:

– быстрое повышение температуры тела до 38-40^{0}C, озноб;

– продолжительность лихорадки в среднем 5-7 дней;

– ремитирующий характер температурной кривой с периодическими ознобами и повышенной потливостью;

– выраженная интоксикация:

мучительная головная боль, боли в глазных яблоках,

распространённые мышечные боли (сильные в мышцах шеи и пояснице),

артралгии (без воспаления суставов),

многократная рвота (на высоте интоксикации);

резкая общая слабость, сохраняющаяся после снижения температуры тела;

– яркая гиперемия конъюнктив век (конъюнктивит) и инъекция сосудов склер (склерит);

– гиперемия кожи, редко – сыпь;

– гиперемия слизистых оболочек мягкого и твёрдого нёба;

– увеличение периферических лимфатических узлов;

– умеренное увеличение печени и селезёнки (в половине случаев);

– менингеальный синдром (серозный менингит в 50% случаев);

– рассеянная очаговая симптоматика (горизонтальный нистагм, асимметрия глазных щелей, снижение сухожильных рефлексов и др.).

Осложнения: отёк мозга, острая дыхательная недостаточность (энцефалит), острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Эпидемиологический анамнез: указание на пребывание в тропических и субтропических регионах (Северная и Восточная Африка, Азия, часто – страны Средиземноморья, южные регионы России); сведения об укусах комаров или нападении клещей в пределах инкубационного периода – 2-3 недели (чаще 3-6 дней). Учитывается сезонность (сезон активности комаров). Источники и резервуары инфекции – птицы и грызуны.

На вызове: больные госпитализируются в инфекционный стационар по клиническим показаниям: лихорадка 39^{0}C и выше; выраженная интоксикация, признаки менингита и/или энцефалита. Транспортировка на носилках, контроль за состоянием сердечно-сосудистой и дыхательной систем (оксигенотерапия, по показаниям – ИВЛ).

Жёлтая лихорадка

Жёлтая лихорадка (возбудитель – арбовирус, *Flavivirus febricis*) – острое природно-очаговое трансмиссивное заболевание, передающееся через укусы комаров, характеризующееся острым началом, фебрильной лихорадкой, геморрагическим синдромом, желтухой, острой печёночно-почечной недостаточностью, шоком.

Относится к инфекциям, подпадающим под действие Международных медико-санитарных правил и подлежащим международному санитарно-эпидемиологическому надзору.

Решающее значение в диагностике имеет *эпидемиологический анамнез*: пребывание в природных очагах жёлтой лихорадки в тропических регионах Африки и Южной Америки в сроки инкубации – до 10 дней. Источники инфекции – животные; больной человек в период вирусемии. Механизм заражения – трансмиссивный; переносчик и основной резервуар – комары.

Опорные клинические признаки:

– внезапное начало заболевания;

– двухволновая высокая фебрильная лихорадка, озноб;

– выраженная интоксикация: головная боль, разлитые миалгии, сильные боли в пояснице;

– возможны прострация, бред, психомоторное возбуждение;

– гиперемия и одутловатость лица, шеи, верхних отделов груди, «кроличьи глаза»; в разгар заболевания – бледность, цианоз;

– с 3–4-го дня болезни появляется желтуха, усиливающаяся в разгар заболевания;

– увеличенная болезненная печень;

– геморрагический синдром – распространённые кровоизлияния в кожу, кровоточивость дёсен, носовые, желудочно-кишечные и другие кровотечения;

– тахикардия/брадикардия, артериальная гипотензия;

– олигурия или анурия.

Осложнения: инфекционно-токсический шок, острая печёночная недостаточность, острая почечная недостаточность, отёк головного мозга.

На вызове: в случае подозрения на жёлтую лихорадку больные подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар. Тактика оказания помощи больным строится согласно соответствующим федеральным и региональным инструкциям и рекомендациям. При развитии осложнений неотложные лечебные мероприятия начинают на догоспитальном этапе (см. Лечение на догоспитальном этапе) и продолжают в отделении реанимации и интенсивной терапии. Транспортировка больного на носилках.

Лечение

Больному с фебрильной лихорадкой

– жаропонижающие средства (A, 1+): парацетамол 500 мг или метамизол натрия 500 мг показаны:

при высокой температуре тела (≥ 39^{0}C),

при температуре тела ≥ 38^{0}C – пациентам пожилого возраста, больным с сопутствующими заболеваниями, при индивидуальной плохой переносимости лихорадки;

– пузырь со льдом к голове и крупным сосудам (D, 3);

– при тяжёлой интоксикации – инфузионная дезинтоксикационная терапия (раствор декстрозы 5%-ный, раствор натрия хлорида 0,9%-ный, натрия хлорида раствор сложный (калия хлорид + кальция хлорид + натрия хлорид), другие кристаллоидные растворы в объёме 400-500 мл) (A, 1+).

При признаках ИТШ (A, 1++):

– внутривенное введение кристаллоидных растворов (лактосол 500 мл и др.)

или раствор натрия хлорида 0,9%-ный 400 мл;

– при ИТШ II-III стадии – коллоидные растворы (декстран 400 мл);

– фуросемид 40 мг внутривенно струйно;

– преднизолон 120 мг внутривенно;

– по показаниям допамин 200 мг в 250 мл 0,9%-ного раствора натрия хлорида (10-20 мкг/кг/мин) внутривенно медленно 5–8 капель в минуту;

– антибактериальная терапия соответственно предполагаемой нозологической форме;

– при невозможности предположить этиологию заболевания – антибиотики широкого спектра действия.

При отёке-набухании головного мозга (A, 1++):

преднизолон 60-120 мг внутримышечно;

фуросемид 80 мг внутривенно.

При судорогах, психомоторном возбуждении (A, 1++):

– магния сульфат 25%-ный раствор 4-8 мл (1-2 г) внутривенно;

– раствор магния сульфата в ампулах разбавляют инъекционными растворами: 0,9%-ным натрия хлорида или 5%-ным декстрозы;

– диазепам – 10-20 мг (0,5%-ный раствор 2–4 мл внутримышечно);

– метамизол натрия 2 мл 50%-ного раствора внутримышечно.

При острой печёночной недостаточности:

• немедленная госпитализация, в случае нарушения сознания транспортировка больного проводится в положении на боку со слегка запрокинутой головой

• дезинтоксикационная терапия (A, 1+):

– внутривенное капельное введение 5%-ного раствора декстрозы 800 мл с добавлением 10 ЕД инсулина и 10–20 мл раствора калия и магния аспарагината;

– фуросемид 40 мг, внутривенно струйно, медленно;

– аскорбиновая кислота 5%-ный раствор 5 мл внутривенно;

– глюкокортикостероиды: преднизолон 60–120 мг внутривенно капельно.

Особенности оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при менингококковой инфекции, дифтерии, чуме, лихорадке Западного Нила.

При генерализованной форме менингококковой инфекции (кроме менингококкемии):

– бензилпенициллин 3 млн ЕД внутримышечно, при позднем поступлении (более 1 суток) – 4 млн ЕД внутримышечно или внутривенно или цефтриаксон 2 г в 10 мл 0,9%-ного раствора натрия хлорида внутривенно (B, 2++);

– профилактика развития отёка-набухания головного мозга (A, 1++):

преднизолон 60 мг внутримышечно,

фуросемид 40 мг внутримышечно.

При менингококкемии (менингококковом сепсисе):

✓ хлорамфеникол 2 г внутримышечно, внутривенно (B, 1++).

При ИТШ – противошоковая терапия (A, 1++)

При *острой недостаточности надпочечников (синдром Уотерхауса – Фридериксена)* противошоковые мероприятия дополняют введением глюкокортикостероидных гормонов с заместительной целью (B, 2++):

✓ гидрокортизона гемисукцинат 100-150 мг внутривенно струйно,

✓ гидрокортизона гемисукцинат 100-150 мг в 500 мл в равных количествах 0,9%-ного раствора натрия хлорида и 5%-ного раствора декстрозы внутривенно капельно в течение 3-4 часов со скоростью 40-100 капель в минуту,

✓ гидрокортизона ацетат (суспензия) 50-75 мг внутримышечно,

– дезоксикортон (5 мг) 1 мл внутримышечно.

Гидрокортизон вводят внутривенно до купирования коллапса и повышения артериального давления выше 100 мм рт.ст.

При дифтерии:

– при ИТШ – противошоковая терапия (A, 1++);

– при *острой дыхательной недостаточности* (B, 2+):

– ингаляция увлажнённого кислорода через носовые катетеры;

– при стенозе гортани и признаках ОДН II–III степени – интубация трахеи, трахеостомия (предпочтительна при нисходящем крупе).

При чуме: лечение начинают немедленно, не ожидая лабораторного подтверждения диагноза (антибактериальная терапия после забора материала для бактериологического исследования).

• *бубонная форма* (B, 2+)

стрептомицин 500 мг внутримышечно,

или гентамицин 160 мг внутримышечно,

или цефтриаксон 2 г внутримышечно,

или цефотаксим 2 г внутримышечно.

• *генерализованная форма* (лёгочная и септическая) (B, 2+)

цефтриаксон 1 г и гентамицин 0,08 г внутримышечно или внутривенно,

или ципрофлоксацин 0,2 г и цефтриаксон 1 г внутривенно.

При ИТШ – противошоковая терапия (A, 1++).

При острой дыхательной недостаточности (B, 2+):

ингаляция кислородно-воздушной смеси,

при ОДН II–III степени – интубация трахеи, трахеостомия, по показаниям – ИВЛ.

При лихорадке Западного Нила (C, 2-):

– при тяжёлой менингоэнцефалитической форме – ингаляция кислородно-воздушной смеси;

– по показаниям – перевод на ИВЛ;

– помощь при отёке-набухании головного мозга.

Что нельзя делать

Вводить бактерицидные средства при менингококковом сепсисе (опасность развития/прогрессирования инфекционно-токсического шока).

Транспортировать больного брюшным тифом пешком, расширять двигательный режим (опасность прободения кишечной стенки).

Проводить глубокую пальпацию живота больному брюшным тифом (опасность прободения кишечной стенки).

Применять анальгин и аспирин при тяжёлом течении гриппа (усугубление геморрагического синдрома).

Назначать подросткам аспирин при подозрении на ОРВИ (риск развития синдрома Рейе).

Требует осторожности назначение жаропонижающих средств при гриппе (риск развития коллапса при высокой фебрильной лихорадке и гиперпирексии).

– Применять при дифтерии сердечные гликозиды.

– Назначать глюкокортикостероиды больному чумой без признаков ИТШ (угнетение фагоцитоза и замедление санации организма).

Дальнейшее ведение пациента

Показания к доставке в стационар больного с лихорадкой инфекционного генеза

1. Клинические:

– обязательная госпитализация пациентов с подозрением на лептоспироз, ГЛПС, малярию, дифтерию, менингококковую инфекцию, брюшной тиф;

– тяжёлые и среднетяжёлые формы заболевания с фебрильной лихорадкой и выраженной интоксикацией (например, грипп – при наличии менингизма, геморрагического синдрома, гиперпирексии);

– осложнённые формы болезни;

– отсутствие эффекта от лечения на дому;

– лица с тяжёлой сопутствующей патологией,

– пациенты пожилого и старческого возраста.

2. Эпидемиологические:

– инфекции, на которые распространяются Международные медико-санитарные правила (с соблюдением всех необходимых мероприятий для ограничения распространения этих инфекций с момента их выявления) – чума, жёлтая лихорадка, контагиозные геморрагические вирусные лихорадки;

– антропонозы с риском распространения инфекции (менингококковая инфекция, брюшной тиф, сыпной тиф);

– невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства (грипп).

При наличии показаний для госпитализации больного с подозрением на инфекционное заболевание доставляют в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильного стационара.

При выявлении инфекций, подпадающих под действие Международных медико-санитарных правил, тактика оказания помощи больному строится согласно соответствующим федеральным и региональным инструкциям и рекомендациям.

Прогноз

Развитие инфекционно-токсического шока и других осложнений при лихорадках инфекционного генеза значительно ухудшает прогноз, а несвоевременная и/или проводимая не в полном объёме терапия делает прогноз неблагоприятным.

(Окончание на стр. 8-9.)

(Окончание. Начало на стр. 7.)

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

Диагностика

Инфекции, сопровождающиеся лихорадкой, представлены большой группой бактериальных и вирусных заболеваний. При наличии характерной клинической картины и информативных данных эпидемиологического анамнеза подозрение на инфекционное заболевание уже на догоспитальном этапе служит основанием к направлению больного в инфекционный стационар, где в полном объёме осуществляется алгоритм диагностики.

В случаях, при которых диагноз инфекции не установлен на догоспитальном этапе, пациент с фебрильной лихорадкой поступает в СтОСМП с ошибочным диагнозом или с диагнозом «Лихорадка неясного происхождения».

Клинико-эпидемиологическая диагностика лихорадочных состояний в стационарном отделении скорой медицинской помощи аналогична проводимой на догоспитальном этапе.

В СтОСМП для верификации диагноза необходимо забрать материал от больного на исследование, при бактериальных инфекциях – до начала антибактериальной терапии (см. табл. 4).

В условиях стационара проводятся лабораторные и инструментальные исследования, позволяющие уточнить диагноз и оценить тяжесть состояния больного.

Лабораторные методы исследования:

– клинический анализ крови, включая ретикулоциты и тромбоциты;

– общий анализ мочи;

– биохимический анализ крови с учётом предполагаемого диагноза:

аланинаминотрансфераза (АлАТ),
билирубин общий, фракции,
протромбиновый индекс,
общий белок,
протеинограмма,
щелочная фосфатаза,
гамма-глутаминтранспептидаза (ГГТП),
5-нуклеотидпептидаза (5-НУК),
креатинин, мочевина,
амилаза,
глюкоза,
С-реактивный белок,
ревматоидный фактор.

– электролиты (K+, Na+, Cl–);

– показатели кислотно-основного равновесия (по показаниям);

– копрограмма.

По показаниям инструментальное обследование:

– УЗИ брюшной полости, почек, сердца;

– ФГДС;

– рентгенография грудной клетки, костей черепа и пазух;

– компьютерная томография органов брюшной полости, грудной клетки, головного мозга;

– магнитно-резонансная томография.

По показаниям больному с фебрильной лихорадкой проводятся консультации различных специалистов.

Лечение

Режим и диета – в соответствии с нозологической формой и тяжестью состояния больного.

1. Этиотропная терапия

Антибактериальную терапию назначают исходя из предполагаемой этиологии заболевания.

При невозможности предположить этиологию заболевания – антибиотики широкого спектра действия в случаях тяжёлой интоксикации и развитии или риске развития ИТШ.

При необходимости этиотропную терапию корригируют после получения результатов бактериологического исследования, анализа чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам и состояния больного.

При *тяжёлых* формах *гриппа* противовирусные средства (А, 1+):

– римантадин: первые сутки 300 мг в 3 приёма, на 2-е и 3-и сутки – 200 мг в два приёма; на 4-е сутки – 100 мг один раз (при инфекции, вызванной вирусом гриппа А);

– осельтамивир по 150 мг в два приёма 5-7 дней (при гриппе А и В).

При *малярии* этиотропную терапию начинают с момента выявления больного (А, 1++).

При *трёхдневной, ovale- и четырёх*дневной малярии в хлорохин чувствительном регионе:

– хлорохин (делагил) 10 мг/кг основания внутрь; делагил 4 таблетки на один приём в течение 1-го и 2-го дня лечения, 2 таблетки на приём в 3-й день;

– при тяжёлом течении в первые сутки лечения препарат вводят внутривенно капельно в 5%-ном растворе декстрозы или 0,9%-ном растворе натрия хлорида; или внутримышечно по 10 мг/кг с интервалом 8 часов.

В хлорохин-резистентном регионе для *P.vivax:*

– хинин (хинина сульфат) 10 мг/кг каждые 8 часов 3 дня и доксициллин 100 мг 1 раз в день 7 дней.

Для малярии, вызванной P.vivax или P.ovale добавить:

– примахин 0,25 мг/кг (основания) в сутки 14 дней.

При *тропической малярии* применяют:

– мефлохин – внутрь 15 мг/кг основания в 2 приёма: (1-й приём – 0,75 г, через 6 часов ещё 0,25 – 0,5 г).

При *тяжёлых и осложнённых формах тропической малярии:*

– хинин – первая доза 20 мг/кг в 250 мл 5%-ного раствора декстрозы или 0,9%-ного раствора натрия хлорида внутривенно капельно в течение 1,5-3 часов; повторные введения в дозе 10 мг/кг с интервалом 8-10 часов;

– хинидин (хинидина глюконат) 10 мг/кг (максимум 600 мг) в 250 мл 0,9%-ного раствора натрия хлорида внутривенно в течение 1-2 часов, далее продолжить со скоростью 0,02 мг/кг/мин.

2. Специфическая терапия:

Антитоксин дифтерийный (сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная) при *дифтерии* вводят в максимально ранние сроки от начала заболевания, после постановки внутрикожной пробы, дробно (десенсибилизация по методу Безредки) (А, 1++).

При *клещевом энцефалите* – иммуноглобулин против клещевого энцефалита (6-9 мл в сутки внутримышечно в течение 3 дней) (А, 2+).

3. Дезинтоксикационная терапия:

✓ управляемая гемодилюция (А, 1++)

✓ энтеросорбция (D, 3).

4. Интенсивная терапия (А, 1++):

при развитии ИТШ, отёка-набухания головного мозга – терапия в соответствии с протоколом в условиях ОРИТ.

5. Симптоматическая терапия:

✓ жаропонижающие средства (А, 1+)

✓ физические методы охлаждения (D, 3).

Особенности оказания скорой медицинской помощи на стационарном этапе при менингококковой инфекции, чуме и дифтерии

При неосложнённой генерализованной форме менингококковой инфекции (кроме менингококкемии):

– бензилпенициллин 200-500 тыс. ЕД/кг (3 млн ЕД 8 раз в сутки внутримышечно;

или цефтриаксон 1-2 г в сутки внутривенно, внутримышечно) (В, 2++);

– профилактика развития отёка-набухания головного мозга (А, 1++):

преднизолон 5-20 мг/кг в сутки внутримышечно,

фуросемид 40-80 мг внутримышечно.

При менингококкемии *(менингококковом сепсисе):*

– хлорамфеникол 50-100 мг/кг в сутки внутривенно или внутримышечно 4 раза в день (для предотвращения реакции Яриша – Герксгеймера);

– затем бензилпенициллин 500 тыс. ЕД/кг сутки (внутримышечно 8 раз в сутки) (В, 1++).

При позднем поступлении (более 1 суток), гнойном менингоэнцефалите, эпендиматите:

– бензилпенициллин калиевая соль 800-1200 тыс. ЕД/кг в сутки внутривенно или внутримышечно 8 раз в сутки (В, 1++);

– при ИТШ – противошоковая терапия в необходимом объёме в условиях ОРИТ (А, 1++).

При острой недостаточности надпочечников противошоковые мероприятия дополняют введением гормонов с заместительной целью (А, 1++):

– гидрокортизона гемисукцинат 100-150 мг внутривенно струйно;

– гидрокортизона гемисукцинат 100-150 мг в 500 мл в равных количествах натрия хлорида 0,9%-ного раствора и 5%-ного раствора декстрозы внутривенно капельно в течение 3-4 часов со скоростью 40-100 капель в минуту;

– гидрокортизона ацетат (суспензия) 50-75 мг внутримышечно 4-6 раз в сутки, постепенно уменьшая дозу и увеличивая интервал введения в течение 5-7 дней;

– дезоксикортон (5 мг) 1 мл внутримышечно 2-3 раза в первые сутки, 1-2 раза на второй день, постепенно снижая дозу в последующие дни.

Гидрокортизон вводят внутривенно до купирования коллапса и повышения артериального давления выше 100 мм рт.ст., затем продолжают внутримышечное его введение. В дальнейшем больного переводят на пероральное лечение преднизолоном и кортизоном.

При дифтерии:

Антитоксин дифтерийный (противодифтерийная сыворотка) (А, 1++):

– при локализованной форме вводят только при отрицательных результатах кожной пробы;

– при среднетяжёлой и тяжёлой формах дифтерии ротоглотки, при дифтерии дыхательных путей вводят обязательно:

при положительной кожной пробе сыворотку вводят в условиях ОРИТ после предварительного введения глюкокортикостероидов и антигистаминных средств.

Доза сыворотки и способ введения (внутримышечно или внутривенно) зависит от клинической формы и тяжести течения заболевания.

Антибиотики широкого спектра действия:

– бензилпенициллин – 100 тыс. ЕД/кг в сутки (1–2 млн ЕД 6 раз в сутки внутримышечно) (А, 1+);

– амоксициллин/клавунат 50 мг/кг в сутки за 3 приёма внутрь;

или внутривенно 1 г (по амоксициллину) 3-4 раза в сутки (А, 1+).

При ИТШ – противошоковая терапия в необходимом объёме в условиях ОРИТ (А, 1++)

При *острой дыхательной недостаточности* (В, 2+):

– лечение в условиях ОРИТ;

– ингаляция увлажнённого кислорода через носовые катетеры;

– при стенозе гортани и признаках ОДН II–III степени – интубация трахеи, трахеостомия (предпочтительна при нисходящем крупе), по показаниям – перевод на ИВЛ;

– при тяжёлых полирадикулоневритах – ИВЛ.

При чуме:

Лечение начинают немедленно, не ожидая лабораторного подтверждения диагноза (антибактериальная терапия после забора материала для бактериологического исследования):

бубонная форма (В, 2+)

– стрептомицин 30 мг/кг в сутки, (2 раза в день внутримышечно);

или

– гентамицин 5 мг/кг в сутки (3 раза в день внутримышечно);

Таблица 4

Основные методы верификации инфекций

Нозологическая форма	Методы исследования		
	Материал для исследования	Экспресс-диагностика	Основные методы
Менингококковая инфекция	Кровь, спинномозговая жидкость, носоглоточная слизь	Микроскопия мазка крови, спинномозговой жидкости – обнаружение диплококков	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя; РНГА, ИФА
Брюшной тиф	Кровь, кал, моча	—	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя; РНГА
Чума	Кровь, мокрота, пунктат бубона	Микроскопия мазка, специфическая люминесценция	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя; РНГА, ИФА, ПЦР
Сыпной тиф болезнь Брилла – Цинссера	Кровь	В конце первой недели: сыпной тиф – специфические IgM; болезнь Брилла – Цинссера – IgM и IgG методом ИФА, РНИФ	ИФА, РНИФ; нарастание титров специфических антител при исследовании парных сывороток РСК, РНГА
Легионеллёз	Плевральный экссудат, мокрота	—	ИФА, РИФ, ПЦР
Лептоспироз	Кровь, моча, спинномозговая жидкость	Бактериоскопия мазка крови, мочи, спинномозговой жидкости в тёмном поле – обнаружение лептоспир	Посев крови, мочи, спинномозговой жидкости с выделением лептоспир; РМА; ПЦР
Грипп	Слизь из носоглотки, мазки-отпечатки, кровь	РИФ, ПЦР, МФА	ПЦР, РСК, РНГА, ИФА
Малярия	Кровь из пальца, кровь из вены	Микроскопия толстой капли и тонкого мазка	Микроскопия толстой капли и тонкого мазка; ИФА
Дифтерия	Мазок из ротоглотки, носа, раны и т.д.	—	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя
	Кровь		РНГА, ИФА; выявление токсина в реакции латекс-агглютинации, ИФА, РН в культуре клеток
ГЛПС	Кровь	—	ИФА, НРИФ, ПЦР
Инфекционный мононуклеоз	Кровь	Клинический анализ крови (атипичные мононуклеары)	ИФА, ПЦР (вирус Эпштейна – Барр)
Клещевой энцефалит	Спинномозговая жидкость, кровь	ИФА (IgM)	ПЦР, РСК, РПГА, ИФА
Жёлтая лихорадка		-	РСК, РНГА, РТГА в парных сыворотках; ИФА – обнаружение специфических IgM
Лихорадка Западного Нила	Кровь, спинномозговая жидкость	ПЦР, прямой метод флюоресцирующих антител	ПЦР, ИФА; РТГА, РСК, РА
Сепсис	Кровь, отделяемая из первичного очага, выделения больного (моча, мокрота)	Микроскопия мазка, окрашенного по Граму	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя

– цефтриаксон 2 г 1 раз внутримышечно;
– доксициклин 0,2 г 2 раза в 1-й день, затем 0,1 г 2 раза в день внутрь или внутривенно.

Генерализованная форма (лёгочная и септическая) (B, 2+)

– цефтриаксон 1 г и гентамицин 0,08 г 2 раза в день внутримышечно или внутривенно
или ципрофлоксацин 0,2 г и цефтриаксон 1 г 2 раза в день внутривенно.

При ИТШ – противошоковая терапия (A, 1++).

При острой дыхательной недостаточности (B, 2+):

– ингаляция кислородно-воздушной смеси;
– при ОДН II–III степени – назо- или оротрахеальная интубация, трахеостомия, по показаниям – ИВЛ.

Что нельзя делать

Вводить бактерицидные средства при менингококковом сепсисе (опасность развития/прогрессирования инфекционно-токсического шока).

Транспортировать больного брюшным тифом пешком, расширять двигательный режим (опасность прободения кишечной стенки).

Проводить глубокую пальпацию живота больному брюшным тифом (опасность прободения кишечной стенки).

Применять анальгин и аспирин при тяжёлом течении гриппа (усугубление геморрагического синдрома).

Назначать подросткам аспирин при подозрении на ОРВИ (риск развития синдрома Рейе).

Требует осторожности назначение жаропонижающих средств при гриппе (риск развития коллапса при высокой фебрильной лихорадке и гиперпирексии).

Применять при дифтерии сердечные гликозиды.

Назначать глюкокортикостероиды больному чумой без признаков ИТШ (угнетение фагоцитоза и замедление санации организма).

Дальнейшее ведение пациента

При выявлении инфекционного заболевания на госпитальном этапе необходимо временно поместить больного в инфекционный изолятор, осуществить забор материала от больного для специфической диагностики, начать терапию в соответствии с нозологией и при наличии показаний для лечения в условиях стационара направить больного в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильного стационара.

Показания к переводу больного в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильной больницы

1. Клинические:

– подозрение на лептоспироз, ГЛПС, малярию, дифтерию, менингококковую инфекцию, брюшной тиф, клещевой энцефалит, сыпной тиф или болезнь Брилла – Цинссера;
– среднетяжёлые и тяжёлые формы инфекционного заболевания;
– осложнённые формы инфекционного заболевания;
– инфекционные заболевания у лиц с тяжёлой сопутствующей патологией;
– инфекционные заболевания у лиц пожилого и старческого возраста.

2. Эпидемиологические:

– инфекции, на которые распространяются Международные медико-санитарные правила (с соблюдением всех необходимых мероприятий для ограничения распространения этих инфекций с момента их выявления) – чума, жёлтая лихорадка, контагиозные геморрагические вирусные лихорадки;
– антропонозы с риском распространения инфекции (менингококковая инфекция, брюшной тиф, сыпной тиф);
– невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства (грипп).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 1+, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 2++, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 2+, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2+

При выявлении инфекций, подпадающих под действие Международных медико-санитарных правил тактика оказания помощи больному строится согласно соответствующим федеральным и региональным инструкциям и рекомендациям.

При чуме (выявление или подозрение) стационар, принимающий больного (или больных), перестраивает свою работу на строгий противоэпидемический режим. Медицинские работники переводятся на казарменное положение, вакцинируются, получают химиопрофилактику (доксициклин), работают в противочумных костюмах.

Больному дифтерией в период пребывания в стационарном отделении скорой медицинской помощи необходимо провести внутрикожную пробу с разведённой противодифтерийной сывороткой (документально зафиксировать время постановки пробы, серию сыворотки). В случае промедления с переводом больного в инфекционное отделение/стационар – оценить результат внутрикожной пробы, ввести первые дозы противодифтерийной сыворотки (в/в, в/м) в условиях СтОСМП.

Больные лептоспирозом, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом при развитии острой почечной недостаточности могут получать лечение в неинфекционном стационаре, имеющем возможность проводить гемодиализ.

Больных тяжёлыми формами клещевого энцефалита при наличии показаний допустимо госпитализировать в отделение реанимации и интенсивной терапии многопрофильного стационара.

Прогноз

Развитие инфекционно-токсического шока и других осложнений при лихорадках инфекционного генеза значительно ухудшает прогноз, а несвоевременная и/или проводимая не в полном объёме терапия делает прогноз неблагоприятным.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Тамара АНТОНОВА,
профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии, доктор медицинских наук.

Дмитрий ЛИОЗНОВ,
заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии, доктор медицинских наук.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова

Оказание скорой медицинской помощи при анафилактическом шоке

Федеральные клинические рекомендации

Анафилактический шок (Plaga anaphylactica) – наиболее тяжёлая форма аллергической реакции немедленного типа, развивающаяся в результате повторного контакта с аллергеном и характеризующаяся острым расстройством центрального и периферического кровообращения с резким уменьшением кровоснабжения органов и тканей и выраженными метаболическими сдвигами, приводящими в конечном итоге к гибели клеток.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
T78.2	Анафилактический шок неуточнённый
T78.0	Анафилактический шок, вызванный патологической реакцией на пищу
T80.5	Анафилактический шок, связанный с введением сыворотки
T88.6	Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно применённое лекарственное средство

Этиология

Наиболее частыми причинами анафилактического шока (далее – АШ) служат:

– лекарственные средства: антибиотики, НПВС и др.;
– пищевые аллергены: орехи, рыба, фрукты и др.;
– вещества, попадающие в организм при ужалениях насекомых;
– аллергены, используемые в быту (латекс, бытовые химикаты и т.д).

Патогенез

По механизму развития анафилактический шок является типичной IgE-опосредуемой аллергической реакцией.

В патогенезе анафилактического шока выделяют следующие стадии:

1. Сенсибилизации – образуются антитела к антигену и только при повторном введении антигена происходит цитохимическая реакция дегрануляции тучной клетки (базофила) с выделением медиаторов (гистамин, серотонин).

2. Иммунокинетическая, которая характеризуется дестабилизацией тучных клеток и базофилов.

3. Патохимическая – биологически активные вещества (катехоламины, гистамин, брадикинин, ацетилхолин, глюкокортикоиды и др.) модулируют процесс высвобождения медиаторов.

4. Патофизиологическая – при которой происходит высвобождение медиаторов, которые воздействуют на сосудистую систему и гладкую мускулатуру внутренних органов. Нарушение гемоциркуляции с депонированием крови в венозном русле приводит к сосудистому коллапсу. Поражение гладких мышц в первую очередь стенок мелких бронхов и бронхиол выражается в их сокращении, что приводит к спазму дыхательных путей. В лёгких, сердце, печени, селезёнке и других органах развивается циркуляторная гипоксия вплоть до некрозов. В результате тяжёлой вазоплегии, увеличения объёма сосудов развивается относительная гиповолемия, а в связи с интерстициальным отёком – и абсолютная гиповолемия, что сопровождается снижением сердечного выброса и АД.

Классификация

I. В зависимости от доминирующей клинической симптоматики выделяют следующие разновидности анафилактического шока:

1. Типичный вариант.
2. Гемодинамический (или коллаптоидный) вариант – больные, у которых на первый план выступают гемодинамические расстройства.
3. Асфиктический вариант – в клинике преобладают симптомы ОДН.
4. Церебральный вариант – преобладают симптомы поражения ЦНС.
5. Абдоминальный вариант – на первый план выступают симптомы со стороны органов брюшной полости.
6. Молниеносная форма.

II. В зависимости от характера течения анафилактического шока:

1. Острое злокачественное.
2. Доброкачественное.
3. Зятяжное.
4. Рецидивирующее.
5. Абортивное.

(Окончание на стр. 10.)

(Окончание. Начало на стр. 9.)

III. По тяжести течения выделяют следующие степени анафилактического шока:

1. Лёгкую степень шока, при которой продромальный период составляет более 10 минут.

2. Среднюю степень тяжести, при которой продромальный период составляет не более 10 минут.

3. Тяжёлую и крайне тяжёлую степень, при которых продромальный период не превышает 3 минут.

NB! При этом доза аллергена в развитии тяжести анафилактического шока решающего значения не имеет, а зависит от времени продромального периода и скорости развития клинических проявлений. Также нельзя забывать, что течение анафилактического шока иногда бывает двухфазным, когда после некоторого улучшения состояния вновь развиваются гемодинамические нарушения.

Клиническая картина

Клиническая картина анафилактического шока развивается, как правило, быстро.

В зависимости от степени выраженности клинических проявлений различают три степени тяжести анафилактического шока: лёгкую, среднетяжёлую и тяжёлую.

При молниеносной форме в клинике преобладает симптоматика коллаптоидного варианта анафилактического шока: больной почти сразу после введения лекарственного препарата утрачивает сознание, развивается резкая бледность или цианоз, артериальная гипотензия, пульс на периферических артериях не определяется, дыхание носит агональный характер, зрачки расширяются, и их реакция на свет зачастую отсутствует, тонические и клонические судороги, свистящее дыхание с удлинённым выдохом. В течение нескольких минут наступает остановка сердечной деятельности.

Тяжёлая форма анафилактического шока проявляется беспокойством, тошнотой, рвотой, потемнением в глазах, затем развивается картина, характерная для молниеносной формы шока.

При шоке средней тяжести вначале, как правило, появляются предвестники: общая слабость, беспокойство, страх, головокружение, боли в животе, рвота, боли в сердце, сердцебиение, удушье, крапивница, отёк Квинке, холодный липкий пот, нередко – судороги, и затем наступает потеря сознания. Отмечается бледность кожных покровов, цианоз губ. Зрачки расширены. Тоны сердца глухие, пульс нитевидный, неправильного ритма, с тенденцией к тахикардии, реже – к брадикардии, АД не определяется. Как правило, происходит непроизвольное мочеиспускание и дефекация, судороги, в редких случаях – кровотечения (носовое, маточное, желудочно-кишечное).

При лёгком течении анафилактического шока нередко наблюдается короткий (в течение 5-10 минут) продромальный период-предвестник: зуд кожи, высыпания типа крапивницы, эритемы, чувство жжения или жара, отёки Квинке различной локализации. При развитии отёка в гортани появляется осиплость голоса вплоть до афонии. Отмечается бледность кожных покровов лица, иногда цианотичность. У части больных возникает бронхоспазм с затруднённым выдохом и дистанционными хрипами. Почти у всех больных наблюдаются рвота, схваткообразные боли в животе, иногда жидкий стул, непроизвольный акт дефекации и мочеиспускания. Как правило, даже при лёгком течении больные теряют сознание. АД резко снижено (до 60/30 и ниже мм рт.ст.), тоны сердца глухие, пульс нитевидный, тахикардия до 150 уд/мин, нередко развиваются нарушения ритма.

Зачастую после анафилактического шока развиваются поздние осложнения (аллергический миокардит, гепатит, гломерулонефрит, неврит, диффузное поражение нервной системы, вестибулопатии), которые могут стать причиной смерти больного. Через 1-2 недели после шока могут развиться бронхиальная астма, рецидивирующая крапивница, отёк Квинке, а при частых повторных контактах с аллергенными лекарственными препаратами – «коллагеновые болезни» (системная красная волчанка, узелковый периартериит).

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

АШ представляет непосредственную угрозу жизни пациента и требует оказания скорой медицинской помощи в экстренной форме.

Диагностика

Диагноз анафилактического шока в большей части случаев не представляет затруднений: непосредственная связь бурной реакции с инъекцией лекарственного препарата или укусом насекомым, характерные клинические проявления без труда позволяют поставить диагноз анафилактического шока. Первичный диагноз анафилактического шока основывается на клинических проявлениях и аллергологическом анамнезе, уточнение которого возможно только после купирования острых симптомов. Однако в некоторых ситуациях бывает известно о воздействиях, предшествовавших развитию анафилактического шока. В остром периоде анафилактического шока возможно проведение минимального аллергологического обследования.

Анамнез

Сбор аллергологического анамнеза (у пациента, членов его семьи, очевидцев произошедшего):

1. Были ли в анамнезе аллергические реакции?

2. Что их вызывало? Бытовые, пыльцевые, пищевые аллергены, лекарственные средства, укусы насекомых и др.

3. Как проявлялись аллергические реакции? В виде высыпаний на коже, с зудом или без, приступов затруднённого дыхания или удушья, отёчности губ, век, лба, щёк, стоп, мошонки и т.д., осиплости голоса, падения АД или похолодевших конечностей.

4. Что предшествовало аллергической реакции на этот раз (продукты питания, не входящие в обычный рацион, лекарственные средства, укусы насекомых, введение рентгеноконтрастных препаратов, вакцин, контакт с латексом и т.п.)?

5. Эффективность предшествующей терапии (в том числе антигистаминных препаратов, глюкокортикоидов, эпинефрина).

6. Имеется ли у больного профессиональный контакт с потенциальными аллергенами и какими?

Осмотр, физикальное и инструментальное обследование

При начальном осмотре на догоспитальном этапе следует осуществить:

1. Оценку уровня сознания.

2. Оценку проходимости дыхательных путей по наличию стридора, диспноэ, свистящего дыхания, одышки или апноэ.

3. Оценку кровообращения (измерение АД, ЧСС, пульса). Снижение АД на 30-50 мм рт.ст. от исходного (при известном исходном АД) расценивают как признак анафилактического шока. При тяжёлом течении АД не определяется.

4. Осмотр кожных покровов и слизистых оболочек (бледные, синюшные, наличия эритемы, сыпи, отёка, симптомов ринита и конъюнктивита), $SatO_2$.

5. Осмотр ротоглотки (отёк языка, мягкого нёба), оценка глотания.

6. При малейшей возможности снятие ЭКГ.

Лечение на догоспитальном этапе

I. Основная терапия

Если до приезда бригады скорой медицинской помощи не были выполнены ниже представленные манипуляции, то необходимо:

1. Прекратить введение аллергена. В зависимости от пути попадания необходимо:

а) прекратить парентеральное введение ЛС, наложить жгут выше места инъекции на 25 минут (каждые 10 минут ослабляют жгут на 1-2 минуты);

б) удалить жало насекомого с помощью инъекционной иглы. Удаление пинцетом или вручную нежелательно, так как при таком способе возможно выдавливание яда из оставшегося на жале резервуара ядовитой железы насекомого;

в) при введении аллергического препарата в нос или в глаза, промыть их водой и закапать 0,1%-ный раствор адреналина 1-2 капли;

г) при подкожном введении препарата, вызвавшего шок, обколоть крестообразно место инъекции 0,3-0,5 мл раствора адреналина (1 мл 0,1%-ного раствора адреналина развести в 3-5 мл физиологического раствора).

2. Положить холод на место инъекции или укуса.

3. Отметить время попадания аллергена в организм, появления жалоб и первых клинических проявлений аллергической реакции.

4. Уложить больного в горизонтальное положение с приподнятым ножным концом. Тепло укрыть. Положить голову на бок, выдвинуть челюсть вперёд при западении языка.

Если выше перечисленные меры выполнены, приступить к выполнению дальнейших мероприятий:

1. Оценить состояние пациента, жалобы. Измерить пульс, артериальное давление (АД), температуру (поставить термометр). Оценить характер одышки, распространённость цианоза. Провести осмотр кожных покровов и слизистых. При снижении АД на 20% от возрастной нормы заподозрить развитие анафилактической реакции.

2. Обеспечить ингаляцию кислорода. При нарушении дыхания решить вопрос об искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ).

Показания к ИВЛ при анафилактическом шоке следующие:

– отёк гортани и трахеи с нарушением проходимости дыхательных путей;

– некупируемая артериальная гипотензия;

– нарушения сознания;

– стойкий бронхоспазм;

– отёк лёгких;

– развитие коагулопатического кровотечения.

3. Немедленно ввести 0,3-0,5 мл 0,1%-ного раствора адреналина на физиологическом растворе: в/м, п/к, в мышцы дна полости рта – под язык, в/в (для специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи). При сохраняющейся гипотонии повторное введение адреналина в прежней дозе через 20 минут до 3 раз в час. Обкалывают в 5-6 точках и инфильтрируют место инъекции или ужаления 0,5 мл 0,1%-ного раствора адреналина с 5 мл изотонического раствора натрия хлорида.

4. Обеспечивают доступ для внутривенного введения, после чего начинают коррекцию артериальной гипотонии и восполнение объёма циркулирующей крови с помощью введения солевых и коллоидных растворов (изотонического раствора хлорида натрия – 500-1000 мл, стабизола – 500 мл, полиглюкина – 400 мл). При невозможности обеспечить введение данного объёма через одну вену рекомендовано проводить инфузии в 2-3 вены одновременно.

5. При сохраняющейся артериальной гипотензии после восполнения ОЦК применяют вазопрессорные амины до достижения систолического АД > 90 мм рт.ст: допамин в/в капельно со скоростью 4-10 мкг/кг/мин, но не более 15-20 мкг/кг/мин. Раствор готовят из расчёта 200 мг допамина на 400 мл 0,9%-ного раствора натрия хлорида или 5%-ного раствора глюкозы, инфузию проводят со скоростью 2-11 капель в минуту или через дозатор лекарственных средств.

6. Глюкокортикоиды: преднизолон в дозе 90-150 мг (для взрослых) в/в струйно или эквивалентные дозы его аналогов.

II. Вторичная терапия

1. При развитии брадикардии вводят атропин в дозе 0,5 мг подкожно, при необходимости вводят ту же дозу повторно через 5-10 мин.

2. Антигистаминные средства (димедрол 1%-ный раствор). Данные препараты (димедрол или супрастин) целесообразно вводить больному только после стабилизации артериального давления, так как их действие может усугубить гипотензию.

3. При бронхоспазме 1-2 дозы сальбутамола (беротека) (предпочтительно через небулайзер) с интервалом 20 минут, не более 8 доз, или в/в эуфиллин 2,4%-ный 5-10 мл.

При судорогах в/в медленно под контролем АД и пульса диазепам (или седуксен, реланиум, сибазон) 0,5%-ный раствор 10 мг (при необходимости введение можно повторить).

Тактика

1. Анафилактический шок – абсолютное показание к доставке в стационар и госпитализации больных в отделение реанимации и интенсивной терапии, минуя приёмное отделение (стационарное отделение скорой медицинской помощи).

2. Медицинская эвакуация должна осуществляться при динамическом наблюдении (каждые 5-10 минут) с оценкой уровня сознания, дыхания, АД, пульса, $SatO_2$, ЭКГ-мониторированием.

3. Необходимо обеспечить готовность к осуществлению конико- (трахео-) томии при развитии асфиксии и проведению реанимационных мероприятий.

4. Показан вызов специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации при тяжёлых формах течения АШ в случае, когда квалификация медицинского работника или оснащение автомобиля скорой медицинской помощи не позволяют обеспечить оказание скорой медицинской помощи в необходимом объёме.

5. Необходимо предупредить стационар о доставке тяжелобольного.

6. В сопроводительном листе нужно обязательно указать: паспортные данные, причину анафилактической реакции и время её возникновения, оказанную помощь с указанием времени введения препарата и дозы.

Часто встречающиеся ошибки

1. Гиподиагностика анафилактического шока (недооценка состояния больного).

2. Неназначение адреналина при снижении АД на фоне сохранённого сознания.

3. Недопустимо внутривенное введение адреналина на СМП (за исключением специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи) при невозможности постоянного мониторирования АД и ЭКГ в связи с риском развития различных аритмий, в том числе желудочковых. Кроме того, адреналин должен вводиться незамедлительно, ещё до обеспечения венозного доступа.

4. Использование необоснованно малых доз глюкокортикоидов.

5. Назначение антигистаминных средств (пипольфен) при значительном снижении АД.

6. Применение кальция глюконата и кальция хлорида не показано в связи с их неэффективностью и непредсказуемым влиянием на дальнейшее течение заболевания.

7. Назначение диуретиков патогенетически необоснованно, поскольку при анафилактическом шоке развивается дефицит ОЦК, гиповолемия и артериальная гипотензия.

8. После купирования симптомов анафилактического шока нельзя оставлять пациента дома, так как необходимо его дальнейшее наблюдение в связи с риском развития (в 30% случаев) отсроченной фазы аллергической реакции.

Примеры формулировки диагноза на догоспитальном этапе

Аллергическая реакция немедленного типа на … (указать аллерген).

Анафилактический шок, вариант течения (указать), степень тяжести (указать), стабилизирован или нет (указать).

Другие осложнения (указать).

Сопутствующие и конкурирующие заболевания, влияющие на течение основного заболевания (указать).

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

Пациенты с диагнозом анафилактический шок должны госпитализироваться в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Прогноз и исход

Летальность при анафилактическом шоке по разным данным составляет от 0,65 до 2,4%. Основными причинами смерти являются острая сосудистая недостаточность, асфиксия в результате отёка гортани, тяжёлого бронхоспазма и обтурации просвета бронхов вязкой мокротой, тромбозы сосудов и кровоизлияния в жизненно важные органы (головной мозг, надпочечники и др.).

Евгений КОВАЛЬЧУК,
заведующий отделением анестезиологии и реанимации Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

Современные технологии

Восстановление зубов: открытия и перспективы

Новое в понимании механизма остеоинтеграции дентальных имплантатов

На основании иммунологических исследований, проведённых за последние годы, были получены результаты, ставящие под сомнение само понятие «биоинертности» титана.

Понятие «биоинертность» впервые применено по отношению к дентальным имплантатам из титана в 1961-1965 гг., что и стало основанием к использованию данного свойства металла в качестве обоснования процесса остеоинтеграции, происходящего в костной ткани. С тех пор, несмотря на развитие современной науки, данное понятие продолжало интерпретироваться как невосприимчивость организма к титану, что, в свою очередь, являлось гарантом успешной остеоинтеграции дентальных имплантатов.

«Остеоинтеграция» – это такой вид фиксации имплантата в кости, при котором в пространстве между поверхностью имплантата и костной тканью не образуется фиброзная или хрящевая ткань».

Первая и наиболее важная фаза остеоинтеграции – остеокондукция, которая заключается в привлечении и миграции остеобластов на поверхность имплантата через остаток кровяного сгустка, сформированного вокруг имплантата.

Вторая фаза – непосредственное костное образование, при котором остеогенные клетки, достигнув поверхности имплантата, инициируют образование костного матрикса.

Третья фаза – фаза ремоделирования кости – характеризуется как длительный процесс, состоящий из циклов резорбции и образования кости, стабилизация которого достигается приблизительно через 18 месяцев после операции дентальной имплантации.

На сегодняшний день процесс образования костной ткани можно разделить на два вида остеогенеза: контактный и дистантный. При дистантном остеогенезе образование костной ткани происходит со стороны поверхностных слоёв костного ложа по направлению к дентальному имплантату. Дистантный остеогенез чаще всего наблюдается при репаративных процессах в кортикальном слое костной ткани. Гибель костной субстанции кортикального слоя вокруг имплантата сопровождается миграцией остеокластов из подлежащего костномозгового компартмента, что приводит к инициации процессов ремоделирования, которые, однако, происходят довольно медленно.

Контактный остеогенез характеризуется началом образования костной ткани в направлении от дентального имплантата в сторону поверхностных слоёв костного ложа. Зона одномоментной репарации и резорбции костной структуры у дентального имплантата в процессе остеоинтеграции составляет 1 мм краевой зоны вновь образованной костной ткани.

Общепризнанной теорией образования костной ткани при остеоинтеграции дентальных имплантатов является теория ретракции кровяного сгустка.

Согласно этой теории, в первой фазе раневого процесса непосредственно после нанесения травмы образуется первичный кровяной сгусток. Далее возникает асептическая воспалительная реакция, которая выражается в пролиферации и дифференциации фагоцитов и недифференцированных мезенхимальных клеток из прилежащей надкостницы. Способность тканей к дифференциации зависит от функционирования сосудов в зоне повреждения, которые обеспечивают достаточную оксигенацию вновь образуемых костных структур. Ишемизированные участки, обеднённые кислородом, создают условия для пролиферации фиброзной и хрящевой тканей в ущерб минерализации костной матрицы.

Парадигма о ретракции кровяного сгустка как механизма остеогенеза, несмотря на развитие фундаментальной иммунологии, оставалась неизменной с момента открытия И.Бронемарком в 1965 г. явления остеоинтеграции титана. «Биоинертность» титана явилась основой для интерпретации самого процесса остеоинтеграции, связанного с невосприимчивостью организмом человека металла, что, в свою очередь, обеспечивалось путём осаждения белков на поверхности имплантата и позволяло выстраивать костный матрикс, образуя впоследствии полноценную костную структуру вокруг имплантата. Наличие окисной плёнки, появляющейся при контакте с кислородом, оберегало металл от процессов коррозии, тем самым не вызывая отторжения, и позволяло находиться в кости инородному материалу.

Окисная плёнка на поверхности дентального имплантата обычно достигает толщины 50-100 А и покрывается плазматическими белками кровяного сгустка, такими как фибронектин и витронектин. Сама плёнка является биологически индифферентной. В результате биосовместимость становится определяющим качеством, способствующим остеоинтеграции титановых имплантатов. Кость не реагирует на металл как на инородное тело, а признаёт его иммунологически подобным себе.

Отсутствие реакций отторжения в результате успешной остеоинтеграции дентальных имплантатов, изготовленных из сплавов на основе TiO2, явилось предпосылкой к дальнейшему изучению свойств металлов во взаимоотношениях с организмом человека в течение длительного времени.

Наблюдение за исходом остеоинтеграции дентального имплантата в костной ткани в течение 6 лет и изучение окисного слоя на его поверхности позволили сделать вывод об утолщении окиси металла по мере нахождения в костной ткани. Кроме того, в этом окисном слое были обнаружены ионы кальция, фосфора и серы. Вероятно, титан при контакте с кровью и последующем взаимодействии с костью реагирует на изменение внешней среды и является динамической системой. Был введён термин «прогрессирующая остеоинтеграция» (Э.Базикян, 2001).

В настоящее время с целью оптимизации процесса остеоинтеграции большое внимание уделяется покрытиям поверхности дентальных имплантатов.

Покрытие имплантатов морфогенетическим белком BMP-2 для ускорения остеоинтеграции титановых конструкций в ортопедии считается на сегодняшний день перспективным направлением.

Обработка титановых поверхностей ортопедических конструкций, а также дентальных имплантатов с помощью оксида тантала и карбоновых нанотрубок также является новой разработкой бельгийских учёных.

Изучается возможность покрывать ортопедические имплантаты биоактивным стеклом, что также усиливает остеогенез, по результатам исследований, проведённых учёными из Словении.

Обоснование генетических аспектов дифференцировки остеобластов – важное звено в изучении регуляции остеогенеза.

На сегодняшний день Cbfa-1 является мастер-геномом, отвечающим за дифференцировку по остеобластной линии, который также называют Runt domain factor-2 (Runx-2).

Механизм образования и резорбции костной ткани сегодня рассматривается как генетически опосредованный.

Главное при рассмотрении процесса остеоинтеграции – это понимание того биологического каскада последовательных реакций, которые отражают постепенную регенерацию костной ткани.

Бурное развитие молекулярной биологии, иммунологии, биохимии, генетики, а также технологическая революция, произошедшая в мире, создали фундаментальные предпосылки для существенного углубления знаний по ключевым медицинским проблемам. Обобщение огромного количества новых данных позволило выйти на качественно иной уровень понимания воспаления как общепатологического процесса, лежащего в том числе и в основе патогенеза многих критических состояний, включая сепсис, тяжёлую ожоговую и механическую травму, некротизирующий панкреатит и другие заболевания (В.Руднов, 2006).

Известно, что способность белковых структур к распознаванию антигена соотносится с работой иммунной системы. Данный факт стал основанием к пересмотру обоснованности выводов об отсутствии иммунореактивности со стороны процессов остеоинтеграции дентальных имплантатов, а также построения костной ткани в целом. Основной целью будущих исследований в этой области может стать изучение роли макрофагов костной ткани, являющихся основоположниками иммунореактивности.

Происхождение клеток костной ткани до настоящего времени окончательно не определено. Согласно классической теории модуляции, остеобласты и остеокласты происходят от одной материнской мезенхимальной клетки и развиваются в две раздельные клеточные линии. Все костные клетки являются взаимозаменяемыми через дифференцировку и последующую модуляцию.

Согласно другим взглядам, остеокласты происходят из моноцитов крови, а остеобласты – из мезенхимальных клеток костного мозга:

1. Клетки стромы костного мозга (остеогенные клетки-предшественницы) – остеобласты – остеоциты.

2. Моноциты – одноядерные фагоциты (остеокластические клетки-предшественницы) – многоядерные остеокласты.

Существуют также одноядерные остеокласты, преостеокласты, одноядерные макрофаги (Horn, 1979), расположенные в плоских резорбционных впадинах (2-3 пластинки), цитоплазма которых хорошо очерчена, а ядро овальное, как у неактивных остеобластов.

В настоящее время существует мнение, согласно которому непосредственным предшественником остеокласта является не моноцит, а преостеокласт, который имеет общего предшественника с моноцитом. Остеокласты образуются при слиянии мононуклеарных клеток производных гемопоэтических клеток предшественниц грануло- и моноцитопоэза (CFU-GM), которые происходят из мультипотентных миелоидных стволовых клеток (CFU-GEMM). CFU-GM также дают начало предшественникам гранулоцитов (CFU-G) и моноцитов (CFU-M). Формирование остеобластов происходит в тесном контакте со стромальными клетками костного мозга, которые секретируют моноцитарный колониестимулирующий фактор (M-CSF), фактор некроза опухолей (TNF) и несколько интерлейкинов (ILs). Предшественники остеокластов экспрессируют c-fos и NFkB и рецепторные молекулы, называемые RANK (активатор рецептора ядерного kB фактора). Сигнал, произведённый взаимодействием рецептора RANK с молекулой лиганда (RANKL), существенен для дифференцировки и созревания остеокластов. Этот путь может быть блокирован остеопротегерином (OPG).

Фундаментальные открытия в иммунологии обозначили новую возможность понимания процесса остеоинтеграции дентальных имплантатов. Сегодня воспаление как первая защитная реакция организма в работе врождённого, а, следовательно, и адаптивного иммунитета подразумевает распознавание антигенных комплексов с помощью паттерн-распознающих рецепторов. Открытие TLRs (Toll-подобных рецепторов) и NLR (NOD-подобных рецепторов), являющихся антиген-специфическими рецепторами клеток иммунной системы, указывает на возможность распознавания образов «антигенной триады»: в виде травмы, бактерий и дентального имплантата – в процессе остеоинтеграции дентальных имплантатов. Открытие инфламмасомы – белкового кластера, образующегося в цитоплазме иммунокомпетентных клеток, ведёт за собой синтез каспазы-1. Синтез данного фермента опосредует процессинг про-IL-1β в IL-1β, следовательно, развитие врождённого иммунного ответа. Наличие резидентных тканевых дендритных клеток в костной ткани может говорить об иммунозависимых особенностях механизма остеогенеза в процессе репарации костной ткани.

Эрнест БАЗИКЯН,
заведующий кафедрой хирургии полости рта, доктор медицинских наук, профессор.
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Опыт и инициатива

Новые решения на новые вызовы

Как вывести систему оказания помощи больным хронической сердечной недостаточностью на более высокий уровень

Интенсивное развитие мировой цивилизации позволило решить многие проблемы, казавшиеся нашим предкам несбыточной мечтой. Ожидаемая продолжительность жизни увеличилась почти как у библейских патриархов, экономически значимой становится проблема перепроизводства продуктов питания и их необходимого квотирования, а кругосветное путешествие можно совершить практически за сутки. Однако одновременно становятся актуальными другие вызовы, непосредственно угрожающие как отдельному индивидууму, так и обществу в целом. К их числу относятся так называемые социально значимые неинфекционные заболевания, в первую очередь сердечно-сосудистые. Что же происходит с этим вопросом в России?

Что в результате?

За последние несколько лет в РФ наблюдается значительное снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Данный результат достигнут в первую очередь за счёт развития системы оказания помощи больным с острой патологией (острый коронарный синдром и инсульт) в рамках «Сосудистой программы»: создана эффективная сеть сосудистых центров, внедрены высокие технологии лечения и реабилитации пациентов.

К сожалению, несмотря на все эти достижения, крайне актуальной остаётся проблема хронической сердечной недостаточности (ХСН). Почему же ХСН в последнее время является тем состоянием, которое определяет не только клинические исходы в группе пациентов с сердечно-сосудистой патологией, но и во многом определяет финансовые и другие ресурсы системы здравоохранения?

Это связано с несколькими причинами. Во-первых, улучшение качества оказания медицинской помощи, увеличение продолжительности жизни ведёт к росту популяции людей пожилого и старческого возраста, у которых сердечная недостаточность развивается в том числе и по другим естественным причинам. Во-вторых, достижения в области борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями привели к уменьшению смертности пациентов в остром периоде инфаркта миокарда, инсульта. Это привело к тому, что у них закономерно развиваются поздние осложнения, к числу которых относится сердечная недостаточность. По недавним данным российских эпидемиологических исследований, распространённость ХСН в общей популяции составила 7%, в том числе клинически выраженная – 4,5%, увеличиваясь от 0,3% в возрастной группе 20-29 лет до 70% у лиц старше 90 лет.

Бремя сердечной недостаточности на современное российское общество обусловлено двумя основными составляющими. Это крайне неблагоприятный прогноз и низкая выживаемость больных, которые сопоставимы или даже хуже аналогичных показателей при онкологических заболеваниях. При этом следует отметить, что летальность от ХСН в настоящее время выше, чем от инфаркта миокарда, а в случае повторных госпитализаций этот показатель увеличивается вдвое. И кроме этого, в популяции пациентов с сердечной недостаточностью наблюдается крайне высокая частота госпитализации таких пациентов. Всё это резко увеличивает затраты на лечение и реабилитацию этого контингента, ведёт к часто неоправданным прямым и косвенным потерям, сопоставимым с расходами на оказание помощи больным с острым инфарктом миокарда.

Итак, что мы можем предложить в ответ на эти вызовы, стоящие как перед кардиологией, так и перед обществом в целом?

Из всего комплекса мер, направленных на изменение данной ситуации, мы позволили себе обратить особое внимание на те перспективы, которые способны решить поставленную задачу комплексно.

Согласно современному определению, сердечная недостаточность – это клинический синдром, характеризующийся наличием типичных симптомов (одышка, повышенная утомляемость, отёчность голеней и стоп) и признаков (повышение давления в яремных венах, хрипы в лёгких, периферические отёки), вызванных нарушением структуры и/или функции сердца, приводящим к снижению сердечного выброса и/или повышению давления наполнения сердца в покое или при нагрузке. Иными словами, сердечная недостаточность представляет собой именно синдром, то есть во многом унифицированный ответ на первичные повреждающие механизмы.

Крайне важно отметить, что ХСН развивается чаще всего в самом конце сердечно-сосудистого континуума. Что это означает для реальной клинической практики? Пациент с ХСН чаще всего имеет пожилой возраст, у него несколько сопутствующих хронических заболеваний, а адаптационные резервы его организма практически истощены. Всё это приводит к тому, что повышение выживаемости больных ХСН является крайне затруднительной задачей, и при этом даже за короткий период «дожития» такие больные очень часто попадают в стационар и требуют привлечения различных агрессивных и дорогостоящих методов и стратегий терапии. При этом даже самая прецизионная, самая ювелирно подобранная фармакологическая терапия далеко не всегда способна улучшить прогноз или даже симптоматику заболевания, и нашему пациенту требуется привлечение немедикаментозного лечения.

Считаем целесообразным специально подчеркнуть тот факт, что имплантация специальных устройств рассматривается уже на ранних стадиях ведения больного ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка. Если после 3 месяцев оптимальной медикаментозной терапии симптомы ХСН сохраняются, имплантация кардиовертера-дефибриллятора не просто показана, но и имеет наивысший класс рекомендаций. Если у пациента синусовый ритм с широким комплексом QRS, речь уже идёт о кардиальной ресинхронизирующей терапии (класс рекомендаций I или IIa в зависимости от определённых параметров). И, наконец, у больных конечной стадией ХСН имплантация искусственного левого желудочка рассматривается наряду с пересадкой сердца и назначением сердечных гликозидов. Столь широкое применение специальных устройств показывает, что лечение пациента с ХСН перестало быть прерогативой исключительно кардиолога, а, можно сказать, «начало вторгаться» в области смежных дисциплин, в частности электрофизиологии и кардиохирургии. Это свидетельствует также о том, что врач, профессионально вовлечённый в лечение больных с ХСН, должен обладать навыками и умениями, находящимися за пределами «узкой» специализации. Что же является критически необходимым для специалиста по сердечной недостаточности?

Серьёзные болезни требуют продуманных подходов

Специалист по ХСН – кто он?

Начиная с января 2015 г., в западноевропейских странах возникла особая специализация в рамках кардиологии. Наряду с интервенционной кардиологией и электрофизиологией в отдельную «ветвь» была выделена подготовка специалиста лучевой, ультразвуковой диагностике, общей кардиологии, электрофизиологии и частично реабилитации и восстановительной медицины.

Оправдано ли такое, на первый взгляд, усложнение образовательной подготовки специалиста по ХСН? На наш взгляд, да. И это определяется реалиями практического здравоохранения.

Во-первых, ранняя диагностика или определение групп высокого риска развития ХСН позволяет максимально рано начать специфическую терапию, которая позволяет значимо снизить риски развития сердечной недостаточности и тем самым повысить эффективность такого лечения в долгосрочной перспективе, а также избежать чрезмерного расхода ресурсов здравоохранения. Современные диагностические алгоритмы ХСН во многом основаны на применении визуализирующих методик, из которых на данном этапе диагностики «золотым стандартом» является эхокардиография (ЭхоКГ). Соответственно, освоение данного навыка можно считать облигатным для врача, работающего с больными ХСН. Бурное развитие других визуализирующих методик, в частности магнитно-резонансной или компьютерной томографии и их применение с диагностической и дифференциально-диагностической целью также требует формирования специфических навыков, необходимых для повседневной работы с больными ХСН.

Имплантация различных устройств пациенту с ХСН ведёт к необходимости прецизионного обследования пациента до начала оперативного вмешательства (например, для доказательства асинхронного сокращения желудочков сердца, определения наличия тромбов в полостях), невозможного без уверенного владения ЭхоКГ уже не на базовом, а на экспертном уровне. Но ещё большее значение приобретает умение специалиста по ХСН проводить постимплантационное ведение пациента, в частности, проводить тонкую настройку ресинхронизаторов по специфическим ЭхоКГ-параметрам, а также возможность перепрограммирования устройств в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Очевидно, ведущим в рациональном и эффективном распределении ресурсов, навыков и умений подобных специалистов является формирование стойкой среды, направленной на создание преемственности между различными медицинскими и немедицинскими (психологи, социальные работники и т.д.) кадрами при ведении пациента с ХСН. Решение подобной задачи возможно лишь при создании специализированной службы.

Специализированная служба – модель интегративная

Хорошо известно, что в зависимости от этапа оказания медицинской помощи цели и задачи лечения пациента с ХСН различны.

Безусловно, львиная доля исследований и рекомендаций касается как раз стационарного звена. Однако, несмотря на наличие многочисленных рекомендаций, стандартов и протоколов, даже на этом этапе можно выявить серьёзные сложности. По результатам одного из исследований конца прошлого столетия было показано, что у 12% госпитализированных больных с ХСН качество лечения можно было оценить как плохое или очень плохое. При этом около 7% больных были выписаны из стационара преждевременно в нестабильном состоянии, что привело к 16% летальности в течение 90 дней после выписки, по сравнению с 10% летальностьи за этот же период при выписке в стабильном состоянии. К сожалению, до сих пор ситуация

в данной области остаётся ещё далёкой от радужной – имеются данные о том, что почти у 18,7% выписанных из стационара пациентов определялись признаки гемодинамической нестабильности, то есть эта выписка была преждевременной.

Однако коррекция только стационарного звена не позволяет достичь поставленных целей и задач. Ещё более значимые вызовы стоят при переходе между стационарным и амбулаторным звеном. Ключевыми звеньями этого перехода следует считать такие позиции: пациенты с острой декомпенсацией СН нуждаются в эффективном долгосрочном наблюдении для уменьшения вероятности повторной декомпенсации; использование основанных на доказательствах препаратов в соответствии с современными рекомендациями по лечению ХСН является важным фактором успеха при долгосрочном наблюдении, повышение образования пациента снижает риск повторной госпитализации и смерти и включает в себя программы самообслуживания, самоконтроля и самоуправления.

Для эффективного самообслуживания пациентов требуются обучение и поддержка пациентов, членов их семей и лиц, осуществляющих уход, а пациентам и членам их семей следует подробно и как можно раньше сообщать о ценности паллиативной терапии и ухода за пожилыми и неизлечимо больными людьми, чтобы стимулировать обсуждение и своевременное принятие решения.

Соответственно, высокоэффективный подход к лечению сердечной недостаточности является весьма многогранным и включает в себя как стационарную фазу лечения, так и оптимизацию фармакотерапии на амбулаторном этапе, создание возможности эффективного непрерывного наблюдения и обследования пациента, уменьшающего риск возможных обострений, разработку программ эффективной реабилитации и психосоциальной помощи больному и членам его семьи.

Создание специализированной службы по ведению пациентов с хронической сердечной недостаточностью позволит в дальнейшем ещё больше снизить показатели смертности и заболеваемости от сердечно-сосудистых заболеваний, укрепить стационарное и амбулаторное лечебно-диагностическое звено, а также усовершенствовать плановую помощь, включая специализированную и высокотехнологичную медицинскую.

В связи с этим целесообразно создание сети специализированных отделений и кабинетов на базе имеющихся стационаров, кардиологических диспансеров, клинико-диагностических центров и учреждений первичного звена здравоохранения.

На различных уровнях

Амбулаторное диагностическое звено является ключевым этапом в системе выявления сердечно-сосудистых заболеваний, их вторичной профилактики и подготовки пациентов к стационарному этапу. Широкий набор диагностических функций в сочетании с высокой квалификацией врачей обеспечит высокий уровень диагностики, повысит раннюю выявляемость ХСН и её вторичную профилактику. Это также позволит избежать необоснованных госпитализаций, снизит нагрузку на стационар и будет способствовать сокращению койко-дня. В перспективе подобное отделение (кабинет) может стать центром компетенции в своём прикреплённом регионе, что будет способствовать развитию всей системы догоспитальной диагностики и лечения, включая её районное звено. Одновременно это позволит обеспечить лечение и вторичную профилактику ХСН на всех уровнях системы оказания помощи. Важно, что обогащение системы планового лечения новыми методами будет способствовать повышению квалификации и мотивации лечебного персонала.

Созданное в 2014 г. Национальное общество по изучению сердечной недостаточности и заболеваний миокарда своей миссией видит как раз инициирование активности по созданию специализированной помощи больным ХСН на различных уровнях – от региональных органов управления до возможного выхода на федеральный уровень.

Эта амбициозная комплексная задача не может быть решена одномоментно. В настоящее время такая служба функционирует в двух регионах РФ – Республике Башкортостан и Ивановской области. Накопление практического опыта и проведение специализированных конференций позволит более эффективно обмениваться опытом и распространить эту систему на другие субъекты страны.

Таким образом, резюмируя, можно сделать следующие выводы. Проблема ХСН приобретает всё большую актуальность не только для клинической медицины, но и для всей системы здравоохранения и общества в целом. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни, улучшение медицинской помощи пациентам, страдающим различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, приводят к увеличению количества пациентов с ХСН. Достигнув серьёзных успехов в плане борьбы с острыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы, улучшение лечебно-профилактической помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью способно вывести систему оказания помощи больным ССЗ на следующий, более высокий уровень. Главным элементом новой конструкции является создание специализированной службы для помощи пациентам ХСН. Эффективные меры, направленные на создание данной службы, будут способствовать снижению заболеваемости, а также содействовать притоку больных в систему диспансеризации населения. Являясь этапами пути, по которому движется пациент с ССЗ, указанные элементы связаны между собой, и их совместное развитие должно обеспечить синергический эффект в плане дальнейшего снижения смертности, уменьшения экономических, кадровых и временных затрат, что значимо снизит бремя сердечной недостаточности на современное российское здравоохранение.

Сергей ТЕРЕЩЕНКО,
руководитель отдела заболевания миокарда и сердечной недостаточности, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ.

Игорь ЖИРОВ,
ведущий научный сотрудник отдела заболевания миокарда и сердечной недостаточности, доктор медицинских наук.

Институт клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова Национального медицинского исследовательского центра кардиологии.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Преодоление

Новый онкомаркёр

Американские учёные обнаружили работающий маркёр рака поджелудочной железы, который позволит выявлять его на ранних стадиях. А другая команда создала прибор, способный точно считать количество опухолевых клеток в крови и дёшево и неинвазивно следить за прогрессом лечения.

Видов рака сегодня известно около 200, подвидов – более тысячи, и большая их часть при ранней диагностике и качественной терапии излечима. Типичный пример – меланома. На I (нулевой) стадии меланома полностью вылечивается в 99% случаев, а при последней, IV, пятилетний порог выживаемости преодолевают только 15% больных. То есть жизненный прогноз при раке прямо пропорционален стадии его развития, и вовремя обнаружить онкологию – значит получить шанс на излечение. Согласно статистике, для рака, выявленного на нулевой стадии (преинвазивный рак или рак in situ – рак на месте), выживаемость близка к 100%, для I стадии рака выживаемость составляет почти 95%, для II стадии – около 70%, для III – менее 40%, для IV – только 5%.

К сожалению, до сих пор универсального способа выявить онкологическое заболевание на ранней стадии не существует. Но учёные всё чаще публикуют исследования по конкретным видам рака, которые позволяют его обнаружить достаточно рано для того, чтобы прогноз по излечению был максимально благоприятным. Уже есть работающий онкомаркёр PSA для рака предстательной железы, отрабатываются способы ранней диагностики рака толстой кишки, лёгких, рака молочной железы и некоторых других разновидностей онкологических заболеваний.

На днях стало известно, что учёные из США нашли биомаркёр, позволяющий выявить на ранних стадиях одну из самых агрессивных разновидностей рака поджелудочной железы.

Обнаружить необходимые биомаркёры удалось при помощи модели, разработанной одним из авторов ещё в 2013 г. Сначала учёные создали клеточную линию на основе клеток пациента с панкреатической проточной аденокарциномой. Затем перепрограммировали раковые клетки на поздней стадии развития в стволовые, что позволило впоследствии заново запустить процесс развития рака и выяснить, какие биомаркёры соответствуют ранней стадии заболевания.

Изучив 746 образцов, исследователи пришли к выводу, что наилучший кандидат в биомаркёры для ранней диагностики – белок тромбоспондин-2 (THBS2). Авторы исследования рассчитывают, что вместе с контролем содержания в крови белка CA19-9, известного биомаркёра поздних стадий рака поджелудочной железы, будет возможно эффективно диагностировать рак поджелудочной железы на любой из стадий. Также THBS2 позволит отличить рак поджелудочной железы от других видов рака.

Исследователи из отдела физической и неорганической химии Университета Ровира и Вирхилий (Испания) под руководством исследователя Каталонского института исследований и повышения квалификации Рамона Альвареса Пуэбла и профессора прикладной физики Франческа Диаса из отдела клинической онкологии университетской больницы запатентовали портативное устройство, способное обнаруживать опухолевые клетки в крови.

Оно подсчитывает количество опухолевых клеток в образце крови в реальном времени и, таким образом, является очень эффективным инструментом для улучшения мониторинга, лечения и диагностики рака. Система уже была успешно протестирована на пациентах с разными стадиями рака молочной железы и может быть использована для определения наличия других опухолей путём анализа различных антител в образце крови.

Кроме ранней диагностики, этот прибор может помочь в контроле распространения заболевания, а также в оценке эффективности проводимого лечения.

Пациенты с раком, особенно если заболевание находится в стадии метастазирования, должны постоянно проходить контроль во время лечения, чтобы оценить прогресс заболевания и эффективность проводимых процедур. В настоящее время это делается с использованием методов визуализации и биопсий, которые являются инвазивными, а также не всегда возможны по техническим причинам. Новое устройство, разработанное исследователями Университета Ровира и Вирхилий, очень чувствительно и не требует хирургического вмешательства или лечения, связанного с радиацией. Таким образом, это очень полезный клинический метод, поскольку он улучшает качество жизни пациентов, устраняя необходимость в инвазивных традиционных процедурах.

Новое устройство использует совмещение двух систем: систему анализа кровотока и оптическую систему, состоящую из лазерного диода и фотоприёмника для идентификации клеток крови и подсчёта злокачественных, а также тех, которые таковыми не являются. Соотношение между этими двумя категориями даёт понимание того, как развивается рак.

Эта сложная система является результатом исследований Эрика Педроля под руководством Жауме Масонса и Франсеска Диаса в сотрудничестве с отделом клинической онкологии университетской клиники, возглавляемой Эдуардо Гарсия-Рико.

Олег КУЗЬМИН.

По материалам Science Translational Medicine.

Почему бы и нет?

Терапия рака «обученными» лейкоцитами

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) одобрило новое революционное лекарство от рака, иммунотерапевтическую схему CAR-T, в которой собственные белые клетки пациента крови перепрограммируются, чтобы атаковать опухоль.

Новая терапия применяется против острого лимфобластного лейкоза у детей и молодых людей после того, как другое лечение не помогло. Для этого у пациента берут кровь, выделяют лейкоциты, «обучают» их бороться с опухолевыми клетками и вводят их обратно в организм пациента. При клинических испытаниях результаты оказались вполне утешительными: 83% пациентов избавляются от рака после первого курса.

Клеточная терапия CAR-T – это метод иммунотерапии рака, основанный на введении пациенту собственных Т-лимфоцитов после их генетической модификации ex vivo, в результате которой на их поверхности экспрессируются химерные рецепторы с заданной антигенной специфичностью.

«Кажется, это самая восхитительная штука, которую я видел в жизни», – сказал Тим Крайп, онколог из общенациональной детской больницы на обсуждении терапии в FDA.

Логистика сложная. Пациента должны доставить в один из 32 госпиталей в стране, а препараты крови должны доставить на завод компании на Восточном побережье в Нью-Джерси. Процесс будет занимать 22 дня. У лекарства есть серьёзные побочные эффекты, включая цитокиновый шторм, иммунную реакцию, для компенсации которой нужна дополнительная терапия.

В цену лечения не входят ни транспортные расходы для пациента, ни нахождение в больнице, ни дополнительная терапия – только забор крови, «переобучение» лейкоцитов и их введение. Всё остальное придётся оплачивать отдельно.

При этом окупаемость данного препарата в нынешнем виде тоже вызывает сомнения, несмотря на огромную цену. В США острым лимфобластным лейкозом заболевает 3100 человек. 70% выходят в устойчивую ремиссию при помощи традиционной терапии, которая, разумеется, намного дешевле. Это оставляет компании несколько сотен пациентов в год, и далеко не у всех найдутся деньги на лечение.

Впрочем, это только первый шаг. Компания разрабатывает аналогичный алгоритм лечения для лимфомы и онкологических заболеваний крови. Несколько других фармакологических концернов тоже работает над разными клеточными терапиями разных видов рака, не только лейкозов.

Дана СЛАВИНА.

По материалам Daily Mail.

Мнения

Преждевременные роды приводят к диабету?

Исследователи из больницы «Сорока» и Университета им. Бен-Гуриона установили, что дети, рождённые между 39-й и 41-й неделями беременности, здоровее своих сверстников.

Ранее считалось, что своевременными являются роды на 37-42-й неделях беременности. Но израильские учёные пришли к выводу, что роды между 37-й и 39-й неделями так же вызывают рост заболеваемости у детей, как и преждевременные.

Группа экспертов во главе с профессором Эялем Шайнером и при участии Руслана Сергиенко с кафедры эпидемиологии Университета им. Бен-Гуриона проверила связь между сроком рождения детей и частотой эндокринных и метаболических расстройств у них в возрасте до 18 лет. Речь шла о диабете, ожирении, повышенном уровне холестерина и болезнях щитовидной железы.

Исследование показало, что дети, рождённые на ранних сроках, чаще имеют эндокринные расстройства, чем рождённые на 39-й неделе. Это явление особенно выражено в возрасте старше 5 лет. То есть рождение на 37-38-й неделях увеличивает риск развития диабета и ожирения, соответственно, педиатры должны это учитывать и держать таких детей под наблюдением.

Заведующая родильным отделением больницы «Сорока» доктор Оснат Уолфиш объясняет: «Недоношенность увеличивает риск диабета и ожирения из-за незрелости эндокринной системы на момент рождения». И это врачам хорошо известно. Однако до сих пор было неясно, каков риск заболеваний, если малыш рождается на границе между недоношенностью и доношенностью.

Как выяснилось, лучший срок рождения ребёнка – это 39-41-я недели беременности. У появившихся на этом этапе риск заболеваний в будущем минимален.

Поэтому не стоит обращаться к врачу на поздних сроках и просить назначить лекарство для ускорения родов, поскольку за комфорт женщины будут расплачиваться дети.

Дина РОЗИНА.

По сообщению Journal of Obstetrics and Gynecology.

Идеи

Кожный инсулин

Норвежские учёные разработали прототип имплантатов для диабетиков, которые могут заставить кожу больного вырабатывать инсулин.

Сообщается, что речь идёт о создании капсул, в которых содержатся клетки кожи диабетика, выращенные по методике программирования стволовых клеток. Предполагается, что имплантаты смогут отслеживать уровень сахара в крови и самостоятельно производить необходимое количество инсулина, не нуждаясь в перезарядке.

За счёт того, что в капсулах родная ДНК пациента, иммунная система не должна противодействовать имплантату. Пока речь о полноценной терапии не идёт – сейчас ведутся дальнейшие разработки.

Борис БЕРКУТ.

По сообщению Fox News.

Гипотезы

По онкомаршруту

Американские исследователи обнаружили межклеточную сигнализацию у раковых клеток, с помощью которой они передают друг другу устойчивость к лекарствам и недостатку питательных веществ. Это открытие позволило лучше понять способы распространения раковой опухоли и может дать в дальнейшем способ борьбы с ней.

Сообщается, что учёные Университета Калифорнии в Сан-Диего обнаружили феномен межклеточной сигнализации раковых клеток, с помощью которого передаётся устойчивость. Это происходит через клеточный ответ на стресс от накопления повреждённых белков. Клетки научились стимулировать этот ответ друг у друга.

В частности, речь идёт об ответе на эндоплазматический стресс, возникающий из-за накопления в эндоплазматическом ретикулуме повреждённых или неправильно свёрнутых белков. В ответ на эндоплазматический стресс происходит ответный сигнальный каскад для снижения синтеза белка.

Учёные выяснили, что раковые клетки при развитии сигнального каскада выделяют растворимые молекулы, которые инициируют запуск того же механизма в окружающих клетках. Так раковые клетки могут манипулировать клетками иммунитета, подавляя защитную реакцию организма. Авторам исследования удалось установить молекулярный механизм развития устойчивости, что может дать в перспективе способы подавления этого развития.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению CNN.

Эксперименты

Антигистаминное слабоумие

Исследователи из Университета Вашингтона обнаружили, что антихолинергические препараты, например средства против аллергии, недержания мочи и некоторые антидепрессанты, увеличивают риск развития деменции.

Из 3434 пациентов в возрасте от 65 лет и старше за 7 лет наблюдения у 637 участников исследования была диагностирована деменция, а у 160 – болезнь Альцгеймера. Результаты показали, что у тех пациентов, которые использовали высокие дозы антихолинергических препаратов в период исследования, риск развития деменции и болезни Альцгеймера был выше на 54 и 63% соответственно по сравнению с теми, кто их не принимал.

Люди, страдающие болезнью Альцгеймера, имеют дефицит ацетилхолина, поэтому препараты, блокирующие этот нейромедиатор, потенциально могут способствовать развитию данного заболевания.

Так как многие препараты из группы антихолинергетиков прописывают пожилым людям, учёные подчёркивают необходимость оценивать возможные риски и пользу от приёма таких лекарственных средств. Однако ещё необходимо провести дополнительные исследования, чтобы подтвердить сделанные выводы на большем количестве пациентов.

Дарья ГЕТМАНСКАЯ.

По сообщению Jama Internal Medicine.

Однако

Загадки сна и тайны мозга

Европейские учёные пришли к выводу, что люди способны запоминать новую информацию во сне. Правда, такие возможности открыты только в процессе фазы «быстрого» сна. Исследованием в данной области занимались научные специалисты из Университета Пьера и Марии Кюри, расположенного в Париже. О результатах испытаний, проводимых нейрофизилогами, сообщается в одном специализированном издании.

«Вопрос о том, может ли спящий человек запоминать новую информацию, будоражит умы учёных уже несколько десятилетий. Нам удалось показать, что неосознанные, скрытые воспоминания всё же могут формироваться во время сна, но только во время быстрого и переходного периода между быстрым и глубоким сном. Аналогичная стимуляция в фазе глубокого сна, наоборот, приводит к противоположным эффектам», – сообщили французские учёные.

Отмечается, что есть две фазы сна, чередующиеся друг с другом, – быстрый и медленный. Когда человек засыпает, наступает медленный сон, организм постепенно отключается и набирается сил. А вот быстрый означает, что тело переключается в «рабочий режим», но мускулы человека отключаются ради безопасности. Человек в это время почти неподвижен. Считается, что люди в это время видят самые яркие сновидения.

Добровольцы провели одну ночь в лаборатории, чтобы принять участие в эксперименте. Им нужно было найти особую последовательность звуков, которая «спрятана» в белом шуме. В обычном состоянии людям требуется несколько раз прослушать такую аудиозапись, чтобы справиться с заданием.

Но оказалось, что люди, вступившие в фазу быстрого сна, могли определить эту последовательность в несколько раз быстрее остальных. С другой стороны, во время глубокого сна только ухудшалась память людей. Таким образом, исследователи пришли к выводу, что во сне человек не отключается полностью и может воспринимать и запоминать некоторую информацию.

В свою очередь, удивительное открытие сделали заокеанские специалисты. По словам учёных, чтобы иметь хорошую память и уметь запоминать любую информацию, необходимо учиться и забывать. Исследование в данной области проводили научные специалисты из Канады. Они сравнили память человека с компьютерной. В итоге учёные сделали следующий вывод: для того, чтобы хорошо запоминать, нужно уметь забывать. Но при этом к последнему относится не очень важная, не существенная информация. Ведь человеческому головному мозгу, как и компьютеру, гаджету, нужно подвергаться периодически чистке, а также фильтрации полученных сведений.

Главной функцией мозга в области памяти является отнюдь не запоминание и хранение информации, а распределение данных и направление интеллектуальных способностей на принятие решений. Очень важно во время этого процесса уметь мозгу фокусироваться на ненужной информации, а также сосредотачиваться на принятии важных решений. Кроме того, чтобы у мозга была хорошая высокая активность, то следует избавиться от данных, важность и ценность которых не так высока, как более нужные знания.

В качестве примеров учёные приводят детскую и компьютерную память. Дело в том, что в головном мозге ребёнка постоянно формируются новые нейронные связи. Это позволяет им воспринимать новую информацию намного быстрее и качественнее. Стоит отметить, что с возрастом данная особенность человеческого организма в разы ухудшается. Однако после очистки от ненужной информации возможно улучшить работу памяти даже в преклонном возрасте.

Интересно, что исследование североамериканских специалистов показало, что головной мозг активнее используют женщины, нежели мужчины. Научные сотрудники из Университета Чикаго (США) провели масштабный анализ данных и пришли к выводу, что даже в спокойном состоянии женский мозг работает активнее мужского. В рамках исследования учёные проанализировали более 46 тыс. снимков, которые были получены при однофотонной эмиссионной компьютерной томографии головного мозга.

Оказалось, что большая часть испытуемых (а это почти 27 тыс.) сталкивались с различными заболеваниями мозга. При этом 119 были здоровы. Однако и у больных, и у здоровых снимки показывали одинаковый результат: активные коры у женщин больше, чем у мужчин. Под активностью учёные понимали те области, которые лучше были снабжены кровью. Так, префронтальная кора и лимбическая область у представительниц прекрасного пола была активнее, а у противоположного пола – слабее.

Таким образом, учёные считают, что развитие психологических заболеваний и расстройств у мужчин и женщин может протекать по-разному. Так, исследование доказало, почему слабый пол чаще сталкивается с болезнью Альцгеймера, а мужчины – с поведенческими отклонениями. Наряду с этим отмечается, что результаты исследования могут быть правдивы для людей только в спокойном состоянии, без сильной нагрузки.

Есть ли различия в работе головного мозга мужчин и женщин после нагрузок разных видов, пока неизвестно, однако сотрудники Университета в Джорджии (США) провели любопытную работу. Учёные постарались выяснить, как мужчины и женщины реагируют на социальное поведение.

Обнаружилось, что между мозгом представителей разных полов действительно есть различия, о которых ранее никто не подозревал. Испытания проводились на лабораторных хомяках. В рамках эксперимента учёным удалось заметить, что серотонин пробуждал агрессию и доминирование у самок, а у самцов, напротив, лишь подталкивал к данным ощущениям.

В то же время аргинин-вазопрессин у самок подавлял агрессию и доминирование, а у самцов – удерживал. Помимо этого, научные сотрудники добавили, что некоторые антидепрессанты могут увеличивать уровень агрессии у самок и снижать его у самцов.

Данное исследование помогло сделать такой вывод, что психические расстройства у представителей различных полов и лечить следует разными методами. Эксперты уверяют, что представительницы прекрасной половины человечества наиболее часто подвержены депрессии и тревожным расстройствам. А вот мужчины страдают от расстройств аутического спектра и синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

Герман АКОДИС.

По сообщению Associated Press.

Медицинская газета

№ 71 • 22. 9. 2017

Далёкое – близкое

Страшная година Странноприимного дома

Хроника незабываемых событий

Во время французского нашествия богадельня, больница и другие помещения Странноприимного дома Шереметева, что располагался вблизи Сухаревой башни, как и большинство московских строений, попали под разорение.

Пришлось спасаться...

В августе 1812 г. по распоряжению совета Странноприимного дома приём в больницу был прекращён. Больные и богаделенные люди в большем своём количестве были распущены из этого заведения. Чиновники, доктора и духовенство разъехались во имя собственного спасения.

Но сразу после Бородинского сражения больница Шереметева производила медицинскую помощь раненым русским офицерам. Почти всех их вывезли отсюда буквально за несколько часов перед вступлением французов в город. Из обслуги в больнице остались: канцелярский служитель, больная кастелянша, швейцар, сидельники, сиделки, прачки и рабочие.

Церковная ризница, многие ценные вещи заведения были спрятаны: их положили в подвал и заложили кирпичом. В дальнейшем, по счастью, оказалось, что они остались в целости.

Сохранились сведения о том, что, когда начался разорительный московский пожар, французы тушили огонь в горевших шереметевских больничных флигелях. После ликвидации пожара они привели здание в относительный порядок и заняли его своими ранеными и больными.

Прислуга Странноприимного дома была оставлена для проживания на своих квартирах. Больных иностранцев разместили в главном корпусе: вверху, внизу и в двух залах. По большей части, эти «гости» лежали на полу, на соломе, в несколько рядов таким образом, что ко многим из них было трудно подойти. Но их лечили так же старательно, как и русских.

Французы не обижали русскую прислугу, получавшую за уход по распоряжению управлявшего тогда заведением французского капитана Савари содержание.

Хотя с французами сложились вполне простые отношения, жизнь здесь осенью 1812 г. не обошлась без обострений. Подробности о событиях можно узнать из описания, затерявшегося среди многих пожелтевших архивных документов.

Расскажу один, в котором главным героем выступил аптекарь Гельвинг, имевший до момента вхождения Наполеона в Москву стаж работы в больнице один год и три месяца. В ту страшную годину Гельвинг работал в больничном комплексе.

От баварцев была выгода

После освобождения Москвы от неприятеля аптекарь Гельвинг обратился к Марии Фёдоровне с письмом, в Санкт-Петербург. Ведь с начала XIX века Шереметевский Странноприимный дом находился под покровительством этой императрицы.

В том письме было изложено положение дел, касавшихся аптеки при Шереметевском доме и в целом всего учреждения.

Гельвинг писал, что при отступлении из Москвы русских войск все начальники покинули это заведение, он же «оставался в нём безотлучно во всё время неприятельского там пребывания, имея при том попечение по долгу и состраданию об оставшихся Российских раненых офицерах и о 32 бедных в богадельне, находившихся без всякого призрения». Слова «Российские раненые» этот ученик эскулапа везде прописывал только с большой буквы.

Когда служители, отвечавшие за провизию, отказывались выдавать питание нашим раненым и бедным («хотя ещё достаточной запас находился», – по словам обращавшегося к императрице), аптекарь вынужден был делиться своими продуктами с немощными.

Поначалу французы, войдя в Москву и приняв Странноприимный дом за частное владение, совершили на него набег. Выйдя к ним, Гельвинг объяснил назначение заведения. Этим он отвлёк солдат от безудержного разорения больницы. Однако предотвратить частичное расхищение имущества было невозможно. В числе спрятанных предусмотрительным аптекарем наиболее ценных вещей были столовые часы, стоявшие в Совете дома, а также и «электрическая машина».

3 и 4 сентября (даты – по старому календарю) были чрезвычайно опасными для здания и всех, в нём находившихся. Пламя, охватившее окрестные дома, угрожало своей яростью и Шереметевскому дому.

Аптекарь практически взял на себя выполнение начальственных функций в учреждении. Он решил вывести всех больных и немощных в дворовый сад. Одновременно с тем неприятель, тоже спасаясь и оставляя здание, решил немногонемало пограбить в доме. Были прихвачены: 291 рубль казённых денег, золотые часы и личные деньги аптекаря (168 руб.).

4 сентября загорелся правый флигель, докторское жилище и экономическое строение. Гельвинг всеми силами пытался потушить пожар на дворе с помощью служащих и тех раненых, которые в состоянии были ходить. Одновременно с этим в другом флигеле и главном корпусе борьба с огнём проходила весьма успешно.

Ещё несколько раз после того бедствия французы пытались пристроить в больнице своих раненых. Этому аптекарь старался препятствовать. И если это не удавалось, он уступал места лишь для больных немецких баварских офицеров, входивших в состав Наполеоновской армии. В том была определённая выгода, поскольку немецкие офицеры приносили в больницу свои собственные продовольственные припасы. Их часть использовалась также и для русских. Правда, когда в больницу «сунулось французское командное начальство, оно выслало баварцев под тем предлогом, что здешние палаты ранее уже были зарезервированы» именно французами.

Два аптекаря в противостоянии

На несчастье, в Странноприимный дом явился главный французский армейский аптекарь и потребовал «немедленно осмотреть врачебную мастерскую». Он стал вынуждать русского аптекаря отдать ему ключи от принадлежавших приютской аптеке комнат, на что встретил полный отказ.

Тогда французский начальник приказал сломать дверь и ворвался в аптекарские владения.

Герой-россиянин, несмотря на насилие, продолжал настаивать на том, чтобы аптека была оставлена неприкосновенной, в прежнем порядке. Потом этот договор, по большей части, до самого выезда французов из больницы соблюдался, хотя и с некоторыми убытками. Но аптекарь оказался «не лыком шитый», в погашение случившегося ущерба приюта взял и припрятал «некоторые материалы противника». Какие конкретно, Гельвинг в своём письме императрице Марии не сообщал.

7 октября неприятель готовился к выезду из больницы, которую вместе со всем двором французы предполагали взорвать. Больничный двор не избежал уничтожения. Но главный дом уцелел. После такой неудачной попытки французы разом не выехали (что предполагал самоутвердившийся временный начальник больницы Гельвинг). Некоторая их часть осталась в учреждении ещё на время погостить.

По словам Гельвинга (в обращении к Марии Фёдоровне), неприятель «произвёл новые бесчинства здесь».

Например, в коридорах домаподковы были поставлены верховые лошади. Французы хотели ввести животных даже в домовую церковь святой Троицы. Но русский аптекарь нижайше их просил не делать этого, чем и спас церковь «от поганого богохульства».

Через четыре дня, 11 октября, французы чрезвычайно быстро стали собираться восвояси, и дом освободился от постоя. Однако случилась новая беда. И оттуда, откуда её вовсе не ждали.

Вынудили стрелять

При больнице проживал некий «арап», который почему-то вдруг объявился сразу после выезда французов. Арап подговорил разных случайных городских мужиков растаскивать из больницы тюфяки, перины и прочие вещи. Произведя ужасный шум во дворе, эти люди перешли к открытому грабежу.

Гельвинг старался запереть все двери. Но арап с легионом своих помощников выломал их сначала в лаборатории. Чужие люди (которых справедливо можно назвать мародёрами) вошли внутрь.

Аптекарь (одновременно взявший на себя и функции кладовщика) знал, что в лаборатории находились припрятанными: 19 вёдер вина, 5 пудов мёда, несколько вёдер спирта, мази и приготовленные лекарства для раненых.

Оценив ситуацию, уцелевшие смелые и усердные служители «были вынуждены сделать несколько выстрелов в народ», вернее – в тот пришедший бесшабашный сброд. Однако, наоборот, это ввело налётчиков в ярость и озлобление. Грабители быстрым порядком стали переориентировать тюфяки в мешки для поклажи наворованной добычи и продолжать делать своё чёрное дело.

Когда мародёры из приюта ушли, аптекарь обошёл все помещения, где они поломали двери, и не досчитал нескольких бочонков мёда, спирта, прованского масла и около 46 фунтов хины. Двери починил сам, вставив в них замки, а многие забил гвоздями.

Прошение для успокоения

О состоянии дел в приюте аптекарь позднее доложил господину городовому полицеймейстеру полковнику Гельману.

На этом, кажется, нервные стрессы для героя войны должны были бы закончиться. Но когда прошло после того 10 дней, с него почему-то взыскали за разную расхищенную посуду 400 рублей, хотя, по словам аптекаря Гельвинга, «за то должен был отвечать эконом» по своей должности.

Не имея возможности как-то выбраться из неприятностей, Гельвинг подал прошение к императрице Марии Фёдоровне об увольнении его с должности «для успокоения себя и поправления здоровья». В этой бумаге он и описал пережитые при французах кошмары.

Разорённое здание Странноприимного дома после войны было относительно быстро восстановлено.

30 декабря 1812 г. проводилось первое присутствие совета учреждения.

С этого числа вновь стали поступать бедные в богадельню и в больницу, а накануне была освящена домовая Троицкая церковь.

Татьяна БИРЮКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Былое

В память о военных медиках

Студенты Амурской государственной медицинской академии почтили память военных медиков у монумента, который был установлен в Благовещенске в честь 50-летия окончания Второй мировой войны.

Для будущих медиков стало доброй традицией в этот день возлагать цветы на братскую могилу врачей и медицинских сестёр, тела которых погребены на старом городском кладбище.

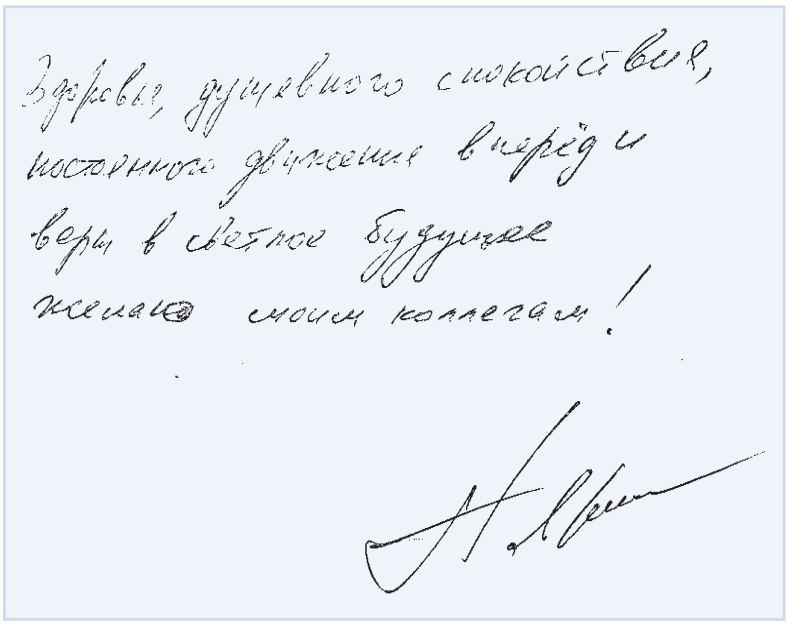
– Утром 9 августа 1945 г. советские войска начали боевые действия, – рассказала студентам у памятника медикам Валентина Павленко, декан педиатрического факультета Амурской ГМА. – В составе дивизии из Благовещенска перешёл китайскую границу и 97-й полевой медсанбат, который разместился в китайском посёлке Хамаландзы, где, казалось бы, все были в полной безопасности. Но однажды ночью на безоружных людей в белых халатах напали скрывавшиеся в окрестностях посёлка недобитые японцы. Они полностью вырезали медицинский персонал, не пощадили даже раненых бойцов. Тела погибших были вывезены в Благовещенск и захоронены в этой братской могиле.

«В память о трагически погибших в августе 1945 г. врачах, сёстрах милосердия и раненых солдатах полевого медсанбата 3-й Крымской дивизии от рук японских милитаристов в китайском посёлке Хамаландзы» – высечено на гранитной плите.

С особым вниманием и волнением слушали студенты рассказ о трагической судьбе своих коллег в те далёкие военные годы. Затем прочли замечательные стихи, написанные о подвиге военных медков. В минуту молчания с нескрываемым трепетом склонили головы перед их памятью...

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.



Академик РАН Александр ГАВРИЛЕНКО:

Главное – не стоять на месте, развиваться

Отделение сосудистой хирургии Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского является одним из старейших в стране. Больше 20 лет, с 1995 г., им руководит профессор Александр Гавриленко, недавно избранный академиком РАН.

В центре четвёртый год идёт стройка, клинические отделения работают в очень стеснённых условиях, а плановые операции зачастую приходится делать в ночное время.

Наша вечерняя встреча началась с рассказа Александра Васильевича о своём отделении:

– У нас выполняется весь спектр операций на сосудах – сонных, позвоночных и подключичных, подвздошной артериях и артериях нижних конечностей, брюшном отделе аорты, а также на висцеральных ветвях аорты при хронической абдоминальной ишемии и ваноренальной гипертензии, – сказал он. – Если говорить о специализации нашего отделения, то в последние годы мы занимаемся преимущественно лечением критической ишемии нижних конечностей и ишемии головного мозга вследствие стеноза сонных артерий. Часто к нам поступают безнадёжные больные, у которых выполнение реконструктивных операций затруднено и им грозит ампутация. В этих условиях мы применяем реконструктивные вмешательства в сочетании с генно-инженерными комплексами.

– О какой генной инженерии идёт речь?

– Мы начали заниматься этим с 1999 г. совместно с покойным академиком РАМН Николаем Бочковым и другими советскими генетиками. Сначала методика была отработана в эксперименте, а потом стала применяться в клинике – генно-инженерный комплекс вводится внутримышечно во время или после хирургического вмешательства, стимулируя ангиогенез. Конечно, это не панацея, но эффект наблюдается практически у всех больных через 1,5-2 месяца после операции. Что касается хирургии сонных артерий, то каротидная эндартерэктомия – на сегодняшний день одна из самых эффективных мер по профилактике инсульта. Здесь важна не только степень стеноза, но и характер эмбологенной атеросклеротической бляшки. Во-вторых, извитость сонных артерий также играет существенную роль в возникновении инсульта вследствие нарушений гемодинамики. Это огромная социальная проблема, поскольку половина перенёсших инсульт больных умирает в течение года, 30% нуждаются в посторонней помощи и только 8% могут вернуться к прежней работе. Нам необходимо проводить разъяснительную работу среди неврологов, кардиологов и терапевтов. При малейшем подозрении на поражение сонных артерий больного надо направлять к сосудистым хирургам. С помощью допплерографии удаётся чётко определить степень стеноза артерии, а для уточнения диагноза можно назначить КТ-ангиографию. В последние годы мы индивидуально решаем вопрос о показании к операции, учитывая как степень стеноза, так и клинические проявления церебральной ишемии. Мы живём в эпоху персонализированной медицины.

– О том, что надо лечить не болезнь, а больного, говорил ещё Гиппократ... А каковы результаты хирургии сонных артерий?

– По мировой статистике, при открытых операциях и эндоваскулярных вмешательствах на сонных артериях в 2% возникают осложнения. Вопрос о том, какие операции лучше – открытые или эндоваскулярные – не решён. Могу лишь отметить, что за последние годы за рубежом сократилось число клиник, где выполняются эндоваскулярные вмешательства на сонных артериях. В нашем отделении делаются только открытые операции, а для стентирования мы направляем больных интервенционным радиологам.

– В Москве есть несколько отделений сосудистой хирургии. Можно ли сравнить объём выполняемых вмешательств и их результаты?

– В нашем отделении выполняется весь спектр сосудистых операций, которые делаются в мире. Обсуждать результаты других клиник я считаю неэтичным. На сегодняшний день сосудистая хирургия достигла определённого предела. Мы не можем улучшить отдалённые результаты рукоделия: уже найдены оптимальные шовные материалы и протезы, разработаны методики, протокол операции доведён до совершенства. Улучшить их можно только при применении новых технологий, таких как генная инженерия, которая применяется во многих ангиохирургических отделениях мира.

– Какие проблемы сосудистой хирургии вам представляются первоочередными?

– Внедрение новых технологий в повседневную практику.

– Но это требует увеличения расходов. Решаема ли проблема в наших условиях?

– В наших условиях всё решаемо. Операции выполняются по квотам, и на сегодняшний день нет проблемы получения квоты для больного, которому она необходима. Но нужно правильно рассчитывать размер квоты, чтобы она покрывала все расходы на лечение. Этим занимается у нас планово-экономический отдел.

Наш директор академик РАН Ю.В.Белов успешно контролирует данную ситуацию и добивается увеличения квот в этом году, так как госзадание уже полностью выполнено.

– Расскажите кратко о вашем пути в сосудистую хирургию.

– Я окончил в 1973 г. Первый Московский Ордена Ленина медицинский институт им. И.М.Сеченова и с тех пор работаю в стенах этого центра – поступил в ординатуру и аспирантуру по сердечно-сосудистой хирургии, потом был научным, старшим, ведущим научным сотрудником, затем стал заведующим отделением.

– Кто был вашим учителем по сосудистой хирургии?

– Первым моим учителем был трагически погибший Марат Князев. А принадлежу я к школе Бориса Петровского, у учеников которого есть уже свои школы. Когда я защитил докторскую диссертацию, Петровский отправил меня на целый год (в 1993-1994) в клинику Майкла Дебейки в Хьюстоне (*показывает развешанные на стене снимки с Дебейки, сделанные дома и в операционной.* – **Б.Л.**). Так что я могу себя считать также и его учеником.

– Что вам дала эта стажировка?

– Я работал в команде Дебейки в операционной с 7 утра до 10 вечера, делали по 6-8 операций в день. Стажировка позволила мне освоить новые технологии, которые в дальнейшем я внедрял в нашей стране, а главное, я понял, что Россия – самая свободная страна в мире, так как здесь могут раскрыться все творческие возможности хирурга и учёного.

– У вас тоже есть своя школа?

– Конечно. Это продолжение школы Петровского. Под моим руководством защищено больше 50 кандидатских и докторских диссертаций. Нашу работу оценил Президент России Владимир Путин, наградивший меня почётной грамотой «За заслуги в развитии здравоохранения и многолетний добросовестный труд». Я этим горжусь.

– Какие вы видите перспективы развития сосудистой хирургии?

– Мне представляется, что сосудистая хирургия XXI века – это, во-первых, реконструктивные операции плюс генно-инженерные технологии и, во-вторых, гибридные операции. Например, когда под одним наркозом на одном столе сначала проводится стентирование, а затем – классическая операция.

– На полке в вашем кабинете стоят иконки. Вы религиозны?

– Естественно. А как без веры жить?

– Есть ли у вас кредо?

– Движение вперёд. Главное – не стоять на месте, развиваться. И на первое место ставить безопасность больного. Это девиз школы академика Бориса Васильевича Петровского.

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

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.
Дежурный член редколлегии – В.КЛЫШНИКОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 17-08-00287
Тираж 23 852 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

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