

Медицинская

9 июля 2014 г.

среда

№ 49 (7474)

Газета®

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

www.mgzt.ru

События

«Гаудеамус» звучит на Воробьёвых горах

Выпускники Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова дали клятву врача

Произошло это яркое событие в интеллектуальном центре библиотеки Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова. Именно медицинский факультет Московского университета был истоком Первого Меда.

Для вступающих на избранную стезю прозвучал «Гаудеамус» как напоминание о том, что двери alma mater всегда открыты, что можно всегда встретиться со своими наставниками, получить от них добрые наставления. Во время студенчества сегодняшние выпускники многое почерпнули, став участниками инновационного процесса преобразований университетских клиник и учебного процесса, проводимых ректором вуза, председателем Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, членом-корреспондентом РАН Петром Глыбочко, при деятельной поддержке Минздрава России и правительства Москвы. Им посчастливилось принять участие в студенческих олимпиадах и научных конференциях с международным участием.

И вот торжественная церемония, на которой гостей не счесть: министр здравоохранения РФ член-корреспондент РАН Вероника Скворцова, её заместитель Игорь Каграманян, заместитель мэра Москвы Леонид Печатников, председатель Комитета по социальной политике и здравоохранению Совета Федерации Валерий Рязанский, помощник председателя Правительства РФ академик РАН Геннадий Онищенко, директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова, декан факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В.Ломоносова академик РАН Всеволод Ткачук, академик РАН Николай Герасименко, профессорско-преподавательский состав Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, родные и близкие выпускников.

(Окончание на стр. 2.)

НА СНИМКЕ: Вероника Скворцова и Пётр Глыбочко перед началом торжества.



Дежурный по номеру: Александр Шерстюк

Главный врач стоматологической поликлиники № 1 Волгограда, председатель комиссии по социальной политике, социальному обеспечению и здравоохранению населения Общественной палаты Волгоградской области, член совета Общественной палаты РФ, заместитель председателя межрегиональной общественной организации «Врачебная палата Южного и Северо-Кавказского федеральных округов», заслуженный врач РФ.



Особый случай

Пострадавшие доставлены в Россию

Пятеро российских туристов, пострадавших при падении автобуса с обрыва в Индии, в сопровождении специалистов Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздрава России бортом доставлены в Москву и госпитализированы в ЦНИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России и в МНИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского.

Во время полёта пострадавших сопровождали: анестезиолог-реаниматолог, травматолог, хирург, невролог и медицинская сестра. Состояние пациентов врачи оценили как тяжёлое, но сумели оказать им всю необходимую медицинскую помощь.

В результате ДТП 2 человека погибли, один пропал

без вести, 9 пострадавших госпитализированы в индийские клиники. Часть пациентов вскоре были выписаны. Самых тяжёлых теперь будут лечить российские медики.

Леонид ТРУБЕЦКОЙ.

МИА Сити!

Москва.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Недееспособных женщин могут отправить на принудительное прерывание беременности.

Стр. 6.

Соблюсти правильную дозировку лекарств – непросто.

Стр. 12.

Перемены

Восстанавливая вертикаль управления

Муниципальные медицинские учреждения Перми перешли с этого месяца в сферу ответственности Министерства здравоохранения Пермского края.

Такие изменения продиктованы федеральным законодательством. В результате больницы и поликлиники, врачебные амбулатории приняты в государственную собственность территории.

Как полагают организаторы здравоохранения, это позволит сформиро-

вать оптимальную систему оказания медицинской помощи во всём крае, а также сконцентрировать ресурсы и повысить качество оказываемых медицинских услуг. Такая схема уже действует в 89% субъектов РФ.

Для формирования структуры управления отраслью в составе Минздрава края создано 8 подразделений (территориальных управлений и отделов), каждое из которых курирует учреждения здравоохранения в соответствии с расположением и зоной обслуживания.

Как полагают в Минздраве края, при этом лучше будут решаться вопросы транспортировки больных, внедрения единых технологий оказания медицинской помощи, координации действий между разными лечебными учреждениями. На уровне муниципалитетов останутся только полномочия по созданию условий для оказания медицинской помощи населению.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Пермский край.



КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКОВ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 55 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Диаспартакиада прошла в Сочи

В столице недавней Олимпиады прошла спартакиада, которую можно назвать необычной, поскольку в ней участвуют дети и подростки с диагнозом «сахарный диабет». Поэтому эти спортивные состязания официально именуются Диаспартакиадой.

Её уже можно считать традиционной, потому что она проводится 5-й год подряд, а принимают в ней участие девчонки и мальчишки из многих областей, краёв и республик России, увлечённые, несмотря на недуг, различными видами спорта. Но вот детская команда из Омской области приехала на Черноморское побережье в первый раз. В сопровождении врача, что обязательно для каждой команды, приглашённой на это мероприятие.

Диаспартакиада проводилась в рамках Всероссийской образовательной программы для людей с сахарным диабетом, девиз которой – «Каждый день – это Ваш день!» Несмотря ни на какие недуги.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Сочи – Омск.

В Нальчике родились сразу две тройни!

В Перинатальном центре Минздрава Кабардино-Балкарской Республики родились сразу две тройни, в одном случае все три младенца – мальчики, во втором – два мальчика и девочка.

Счастливыми мамами стали Оксана Амшукова и Людмила Бочкова, у которой уже есть старший сын. «Когда узнала, что будет тройня, я очень испугалась, – говорит Людмила. – Но муж обрадовался, сказал, что справимся, и я успокоилась, а теперь рада, что всё прошло благополучно. Спасибо нашим врачам!»

Врачи оценивают состояние молодых мам с их тройняшками как удовлетворительное. В Перинатальном центре это не первый случай, тройняшек «приняли» и в прошлом году, тоже всё прошло замечательно. Успех в этом деле не может быть случайным, считают врачи Перинатального центра, ведь сохранить всех трёх младенцев бывает очень трудно. Но сейчас диагностическая база центра позволяет на самых ранних этапах беременности сделать прогноз развития плода и оценить состояние женщины. Кроме того, самое серьёзное внимание Минздрав республики уделяет задаче повышения квалификации врачей, которые отрабатывают навыки на современных тренажёрах. Работа службы родовспоможения – на особом контроле, специалисты держат будущих мамочек под неусыпным наблюдением до самых родов. А рождение тройни для сотрудников центра – это всегда событие, поскольку случается достаточно редко и требует особой собранности, большого опыта и знаний от каждого члена бригады врачей, принимающей роды.

Лилия ШОМАХОВА,
сотрудник Минздрава Кабардино-Балкарской Республики.
Нальчик.

Из Харбина в Благовещенск

В Амурскую государственную медицинскую академию прибыла делегация китайских студентов из Хэйлунцзянского университета китайской традиционной медицины. В рамках договора, заключённого между двумя вузами о международном обмене студентами, будущие китайские медики будут проходить стажировку на клинических базах академии. Десять студентов 4-го курса, уже прошедших обучение по основам китайской традиционной медицины у себя на родине, теперь в течение 3 недель будут изучать азы европейской медицины.

Кстати, в рамках договора о международном сотрудничестве в Харбин на днях отправится группа студентов младших курсов Амурской государственной медицинской академии, которым в Хэйлунцзянском университете предстоит познакомиться с основами китайской традиционной медицины.

Николай ЧУГУРОВ.

МИА Сити!

Благовещенск.

События

«Гаудеамус» звучит на Воробьёвых горах

(Окончание.
Начало на стр. 1.)

С приветствием к выпускникам обратился ректор университета Пётр Глыбочко: «Рад приветствовать вас в знаменательный и прекрасный день выпуска врачей Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

Мне хотелось бы напомнить о том, что вы окончили один из старейших, ведущих университетов нашей страны. Учебное заведение, обладающее прекрасными научными и медицинскими школами, в котором работали и работают прекрасные люди, выдающиеся учёные и врачи. Вы всегда будете горды тем, что окончили Первый Мед!

Профессорско-преподавательский коллектив сформировал у вас базовые знания, необходимые вам в дальнейшей жизни и работе. Во время вашего обучения стартовали такие мощные проекты, как модернизация здравоохранения и медицинского образования. Вы видите, какое пристальное внимание руководство страны, Президент РФ Владимир Путин уделяют охране здоровья граждан. Всё делается для того, чтобы новейшим высокотехнологичным оборудованием были оснащены больницы, клиники, медицинские центры.

Искреннее и сердечное поздравление произнесла министр

здравоохранения РФ

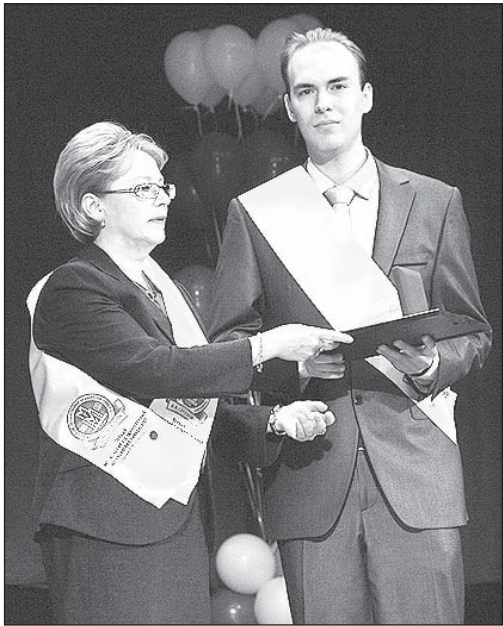
Вероника Скворцова:

– Вы выбрали благородную профессию, первую после Бога – сохранять жизнь и здоровье людей. Достичь этой высокой цели невозможно без каждодневного труда и огромного желания преодолевать все трудности, честно исполняя свой врачебный долг, постоянно совершенствуя своё профессиональное мастерство.

Сегодня государство придаёт первостепенное значение вопросам совершенствования системы здравоохранения, внедрения в клиническую практику инновационных технологий и современных достижений медицинской науки.

В.Скворцова вручила медали наиболее отличившимся в учёбе и научной работе.

Тепло поздравил выпускников и также вручил медали заслуженный врач РФ, заместитель мэра Москвы, выпускник Первого Меда Леонид Печатников. Он напомнил, что мэр Москвы Сергей Собянин является председателем попечительского совета Первого МГМУ



им. И.М.Сеченова, а более 100 московских клиник – базами для кафедр университета.

Выпускников 2014 г. поздравили другие почётные гости.

Прекрасные, светлые, с каплей грусти стихи о врачебном призвании, которое «лёгких дней не обещает», посвятил выпускникам заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2 академик РАН Александр Стрижаков и искренне пожелал выпускникам счастья.

Со словами благодарности учителям выступили участники 256-го выпуска университета. И конечно же, они благодарили за создание первой в России учебной виртуальной клиники на 1000 коек. А тем, кто придёт им на смену, от души пожелали таких же ярких, счастливых лет обучения.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
корр. «МГ».

Москва.

НА СНИМКАХ: заслуженную награду министр вручает выпускнику Павлу Веленко; звучит гимн.

Фото Александра ХУДАСОВА.



Вехи

– Виктор Викторович, в одном из интервью вы сказали, что вопроса о выборе профессии перед вами никогда не стояло. Почему?

– Предыстория моего выбора такова. Моя мама после окончания Астраханского медицинского института по распределению была направлена в Мари-Турек Марийской АССР. Места в детском саду не было, поэтому большую часть времени я находился под присмотром санитарки, которая работала в морге. В самом начале весны, играя около него, услышал голос, который доносился из маленького окна. Возбуждённый побежал в ординаторскую к врачам, чтобы рассказать им, что в морге находится живой человек. Надо мной посмеялись, а один из патологоанатомов пошёл на вскрытие со словами: «Ну что пошли, посмотришь, какой он живой...» Мы зашли в морг. На секционном столе лежал мужчина, который не подавал признаков жизни. И когда был сделан первый надрез, «труп» открыл глаза. И врач со стажем упал в обморок. Потом выяснилось, что казавшийся умершим мужчина находился в состоянии клинической смерти.

Неизлечимый успех

Известность профессора Виктора Севастьянова давно перешагнула границы России

Сегодня исполняется 15 лет со дня создания Центра патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных и двигательных нарушений в Йошкар-Оле. Возглавляет это государственное лечебное учреждение профессор Виктор СЕВАСТЬЯНОВ. Для многих пациентов ближе этого человека нет медика. И называя его за глаза «профессор», они выражают искреннее уважение. Действительно, говорить о нём только как о враче и руководителе известной клиники будет не совсем правильно. Он ещё учёный, изобретатель, неординарный человек, имеющий десятки патентов на изобретения в разных странах мира.

Естественно, я очень эмоционально переживал, хотя был мальчишкой, почему врачи не смогли определить, что пациент ещё жив. Я твёрдо решил стать врачом, чтобы разобраться в проблемах жизни и смерти.

– Вы очень разносторонний человек, имеете два высших

образования. Расскажите, как начинали заниматься наукой, что подталкивало вас идти непроторёнными путями, быть первооткрывателем...

– Когда я обучался в Казанском медицинском институте (сегодня – университет), то стало очевидно: матери трудно содержать

троих человек, включая и меня – студента. В школе приобрёл ещё и специальность киномеханика. Решение пойти подрабатывать было спонтанным, но твёрдым. Так, со 2-го курса уже трудился старшим киномехаником в клубе им. В.Р.Менжинского. Зрителей на киносеансах было мало.

А заработная плата во многом зависела от количества людей, пришедших на сеанс. Сейчас бы сказали: нужно было провести маркетинговое исследование и наметить перспективный план. Но в 1960 г. никто такими категориями не говорил и не мыслит. Мой опрос жителей близлежащих домов показал, что в них в основном проживали женщины пенсионного возраста. Но активные, работающие на фабрике, вручную набивавшие папиросы «Беломорканал». Я поинтересовался у них: что следует сделать, чтобы увеличилось количество кинозрителей? Они пообещали мне, что если я буду показывать их любимые фильмы, например, «Евгений Онегин», «Пиковая дама» и другие, то они приведут на следующие сеансы своих знакомых. Так и случилось. После этого, все сеансы проходили практически при аншлаге. В результате этого заработная плата у сотрудников клуба значительно повысилась. А мне был преподан наглядный урок, что называется, экономического анализа.

(Окончание на стр. 11.)

Лекарства и рынок

Экспертиза будет
жёсткой

На совершенствование механизма государственной регистрации лекарственных препаратов и изъятие с рынка неэффективных, небезопасных и некачественных направлен проект закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств», рассмотренный и одобренный на заседании Правительства РФ.

Законопроект подготовлен Минздравом России во исполнение поручения Президента РФ по вопросу об оказании разработчикам лекарственных средств консультативных услуг, связанных с их государственной регистрацией, и поручения Правительства РФ.

В действующий закон предусмотрено внесение изменений в части корректировки понятийного аппарата, а также введения новых терминов, в том числе касающихся взаимозаменяемых, орфанных, биологических, инновационных препаратов, препаратов сравнения. Планируются установление

процедуры проверки соответствия производства лекарственных препаратов правилам организации производства и контроля их качества, корректировка процедур государственной регистрации, включая установление экспертизы документов представленного лекарственного препарата для определения его в качестве орфанного лекарственного препарата.

Кроме этого, предусматриваются изменение перечня документов, формирующих регистрационное досье, определение условий, не требующих предоставления отчёта о результатах исследования биоэквивалентности при регистрации воспроизведённых лекарственных препаратов для медицинского применения. Определяются условия ускоренной процедуры экспертизы лекарственных средств для государственной регистрации этих препаратов. Законопроект устанавливает порядок подтверждения взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения. Вносятся изменения в процедуру

подтверждения государственной регистрации лекарств, вводится мониторинг их эффективности для медицинского применения.

Федеральные органы исполнительной власти намерены наделить правом утверждения надлежащих практик в области доклинических исследований лекарственных средств и клинических исследований лекарственных препаратов и их реализации.

Второй законопроект – о внесении изменений в Налоговый кодекс РФ – устанавливает размеры государственных пошлин за совершение действий уполномоченным федеральным органом исполнительной власти при осуществлении государственной регистрации лекарственных препаратов.

Проекты обоих федеральных законов решено направить в парламент. Вступление их в силу планируется с 1 января 2015 г.

Константин ЩЕГЛОВ.

МИА Сити!

Учёба

Эхокардиография
включена в программу

Первый в Сибири обучающий курс по эхокардиографии в интенсивной терапии стартовал на базе Новосибирской областной клинической больницы.

В течение 4 дней анестезиологи-реаниматологи из лечебных учреждений Новосибирской области, Алтайского края, Кемерово и Новокузнецка слушают лекции и посещают мастер-классы.

Примечательно, что инициатором проекта выступил бывший

сотрудник Новосибирской областной больницы, ныне старший специалист в интенсивной терапии госпиталя Святого Георгия (Сидней), профессор Константин Ястребов.

Вместе с ним из Австралии приехали ещё трое учёных и практиков в области эхокардиографии критических состояний: профессор Эндрю Хилтон (госпиталь Аустин, Мельбурн), доктор Марек Налос (госпиталь Непеан, Сидней), доктор Картан Костелло (госпиталь Святого Георгия, Сидней).

– В отличие от России, во всём мире эхокардиография давно стала неотъемлемой частью интенсивной терапии и включена в обязательную программу подготовки

анестезиологов-реаниматологов. Владение знаниями и навыками применения ультразвука в терапии критических состояний позволяет им проводить быстрые неинвазивные исследования функций сердца, гемодинамических состояний интраоперационно или прямо у постели больного в отделении реанимации, – говорит профессор Ястребов.

Судя по большой заинтересованности в теме курса со стороны самих сибирских intensivists (включая профессоров, заведующих отделениями и докторов с очень большим стажем работы), они не против расширить круг своих знаний и умений, даже несмотря на то, что формально в нашей стране эхокардиография – удел специалистов ультразвуковой и функциональной диагностики.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

НА СНИМКЕ: профессор К.Ястребов обучает бывших коллег.

Конференции

Международная образовательная конференция «День нейрогенного мочевого пузыря» прошла в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова.

Первый доклад – о нейрофизиологии и нейропатологии нижних мочевыводящих путей с учётом последних данных и открытий – сделал профессор Хельмут Мадерсбахер (Инсбрук, Австрия). Далее профессор Томас Кесслер (Цюрих, Швейцария) осветил принципы диагностики нарушений акта мочеиспускания у неврологических больных, представив

алгоритм обследования и показания к выполнению комплексного уродинамического исследования.

Подробно были освещены вопросы лечения больных с нейрогенной детрузорной гиперактивностью. Опять же профессор Х.Мадерсбахер рассказал о терапевтических возможностях лечения данной категории больных, о достоинствах и недостатках существующих лекарственных средств. Профессор Григорий Кривобо-

родов представил как собственный опыт, так и данные международных исследований в отношении внутридетрузорных инъекций ботулинического токсина типа А у больных с нейрогенной детрузорной гиперактивностью.

Что же касается вопроса о нейрогенных причинах и нарушениях функции опорожнения мочевого пузыря, то он был также освещён как с точки зрения медикаментозного лечения, так и рассмотрения

Назначения



Евгений МАХИНЯ официально вступил в должность директора Департамента здравоохранения администрации Приморского края.

К слову, кресло руководителя приморского здравоохранения Евгений Махиня занял ещё в конце января, после подписания губернатором соответствующего приказа о назначении. Место руководителя крайздрава было вакантно в течение 3 месяцев – с 14 октября 2013 г., когда губернатор Владимир Миклушевский освободил от

обязанностей его предыдущего руководителя Олега Бубнова. Причиной послужил так называемый туберкулиновый скандал, когда несколькими учащимися одной из приморских школ был по ошибке введён разведённый туберкулин, концентрация препарата в котором превышала допустимую норму в несколько сотен раз.

Основными приоритетами в работе нового директора департамента стали восполнение кадрового дефицита в отрасли, «отстраивание» трёхуровневой системы оказания медпомощи, повышение доступности для приморцев высокотехнологичной помощи, налаживание полноценного диалога с руководителями краевых медучреждений и увеличение доступности медицинской помощи для населения. Многие задачи Евгений Махиня решает в дуэте с новым вице-губернатором, курирующим здравоохранение, – Павлом Серебряковым, который занял свой пост в конце прошлого года.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Скончался один из выдающихся хирургов-трансплантологов, клинических анатомов, заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАН, почётный профессор РУДН

КИРПАТОВСКИЙ
Игорь Дмитриевич

Он родился 27 июня 1927 г. на Украине, в селе Малая Виска, в семье служащих. В 1951 г. окончил 1-й Московский медицинский институт им.

И.М.Сеченова и поступил в аспирантуру кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, где работал ассистентом, доцентом, профессором. Им было введено новое понятие «фасциальный узел», имеющее не только теоретическое, но и практическое значение. В 1961 г. Игорь Дмитриевич защитил докторскую диссертацию на тему: «Теоретические основы кишечного шва». В дальнейшем эти исследования были обобщены в монографию «Кишечный шов». Впервые в отечественной и мировой литературе были сформулированы основные принципы наложения кишечного шва на различных отделах пищеварительного тракта, что дало возможность разработать собственную методику двухрядного субмукозного шва. Этот вид кишечного шва вошёл в практику как шов Кирпатовского. В этом же году по инициативе академика В.В.Кованова была создана первая в стране лаборатория по пересадке органов и тканей, где основное внимание уделялось экспериментальной разработке биологических основ трансплантации органов и новых хирургических моделей пересадки органов и тканей. В этой лаборатории Игорем Дмитриевичем произведены первые экспериментальные операции по реплантированию конечностей, пересадке почки, изучены неспецифические факторы трансплантации и предложены оригинальные методики их преодоления. Здесь же выполнены первые операции по трансплантации тонкой кишки.

В 1963 г. его приглашают на работу в Университет дружбы народов им. П.Лумумбы (ныне РУДН), где он организовал кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии, которой руководил до 1997 г. В 1976 г. при кафедре был создан первый в стране специализированный научно-клинический центр андрологии и пересадки эндокринных органов. Игорь Дмитриевич разработал и успешно внедрил в клиническую практику операции пересадки мужской половой железы, гипофиза, гипоталамуса и сочетанные пересадки нейро-эндокринных органов, которые явились эффективным средством лечения таких заболеваний, как первичный и вторичный гипогонадизм, пангипопитуитаризм, эндокринные формы импотенции и мужского бесплодия, несахарный диабет.

Говоря о значении научного творчества Игоря Дмитриевича, уместно перефразировать слова американского социолога А.Боскова и сказать, что Кирпатовский дал андрологии имя и программу.

Светлая память об Игоре Дмитриевиче Кирпатовском будет вечно жить в сердцах соратников, друзей и коллег.

Ректоры Российского университета дружбы народов и Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

Говорят урологи

ную и интересную дискуссию с рассмотрением всех возможных вариантов лечения и различных исходов клинических ситуаций.

Насыщенная программа образовательного курса по урологии включила все основные вопросы диагностики и лечения функциональных нарушений акта мочеиспускания, что оказалось весьма полезным для слушателей разных медицинских специальностей.

Елена ТУР, старший лаборант кафедры урологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова. Москва.

Северокавказская республика принимала у себя делегации, в числе которых были министры здравоохранения субъектов Северо-Кавказского и Южного федеральных округов, а также руководители органов Росздравнадзора и ФОМС вышеназванных территорий – в общей сложности около 100 человек. Все они, а также руководители ключевых департаментов Минздрава России, руководители федеральных структур, подведомственных Министерству здравоохранения, стали участниками выездного совещания Минздрава России «Повышение эффективности деятельности системы здравоохранения», которое провела министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Столь внушительный «десант» чиновников был обусловлен несколькими обстоятельствами, главное из которых – определённый опыт, которым можно поделиться с коллегами. Одной из таких «площадок передового опыта» стал Республиканский перинатальный центр, относительно недавно переживший реконструкцию и обновление. Делегацию гостей возглавила заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, а в роли гидов выступили министр здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики Ирина Гербекова и главный врач Перинатального центра Евгения Пономарёва, которая привела подробности положительных перемен: «Прирост количества родов напрямую связан с началом Программы модернизации здравоохранения. За 2012 г. это 16%, за прошлый год ещё 14%, то есть почти 30% составил прирост количества родов по сравнению со среднестатистическими данными за предыдущие годы. Основная часть жительниц нашей республики идёт к нам. Это примерно 3 тыс. родов в год. Неонатальная смертность в 2013 г. снизилась на 30% по сравнению с предыдущим годом. Фактов материнской смертности в республике не зафиксировано». Татьяна Яковлева осмотрела все отделения обновлённого центра, была удовлетворена увиденным и выразила надежду, что коллективу

Ориентир

Как маленькая республика стала большим примером

Конец июня оказался знаковым для здравоохранения Карачаево-Черкесии



под силу довести показатели детской смертности до среднестатистических по Европе.

Следующим знаковым событием этого насыщенного дня стало торжественное открытие Республиканского противотуберкулёзного диспансера.

До введения в строй этого учреждения проблема фтизиатрии в республике стояла очень остро на протяжении нескольких десятилетий: прежнее здание диспансера, построенное ещё в начале прошлого века, устарело морально и физически и не отвечало даже минимальным стандартам и требованиям. Дело сдвинулось с мёртвой точки с приходом к власти нынешнего главы республики Рашида Темрезова – началось поэтапное строительство стационара ПТД. В 2011 г. в строй вступила поликлиника, и вот теперь на полную мощность заработал весь комплекс: поликлиническое от-

деление по приёму взрослого и детского населения, рассчитанное на 120 посещений в смену, стационарное отделение на 80 коек для взрослых, из которых 20 детских, диагностическое отделение и дневной стационар на 20 коек, лаборатория, холблок, отделение дезинфекции и др.

Татьяна Яковлева вручила символический ключ руководителю противотуберкулёзного диспансера заслуженному врачу Карачаево-Черкесской Республики Смаилу Байрамукову и выразила надежду, что теперь в республике удастся полностью победить туберкулёз.

Как известно, это заболевание относится к категории «социальных», и в этом смысле у нынешней власти Карачаево-Черкесии есть понимание того, что по отношению власти к решению социальных проблем люди будут судить о дееспособности этой власти. Вот почему

на церемонии торжественного открытия диспансера глава республики Рашид Темрезов сказал буквально следующее: «Самое главное на сегодняшний день, чтобы люди, которые лечатся или проходят профилактику в медучреждениях, знали, что власть заботится о них. В связи с этими благоприятными изменениями во всей структуре здравоохранения хочу поблагодарить коллег, которые делают всё возможное для того, чтобы медицина в республике была на современном, высоком уровне».

Вечером этого же дня в резиденции главы республики (в живописной зоне на окраине Черкесска) под председательством Вероники Скворцовой прошло закрытое совещание, по окончании которого состоялась импровизированная пресс-конференция. Отвечая на вопрос «МГ», можно ли считать, что Карачаево-Черкесия становится площадкой для пилотных проектов в здравоохранении, Вероника Игоревна сказала буквально следующее: «Сегодня можно констатировать, что в Карачаево-Черкесии отмечаются существенные положительные изменения в демографической ситуации и в целом в состоянии системы здравоохранения республики. Есть показатели, которые нас особенно радуют. Хотелось бы отметить, что впервые за много лет в республике нулевая материнская смертность, а младенческая смертность снизилась более чем в 2 раза за короткий период времени. И сейчас этот показатель соответствует мировым приме-

рам и является одним из лучших в нашей стране. Радует и то, что благодаря строящейся активно и достаточно эффективно трёхуровневой системе здравоохранения улучшаются показатели смертности и при наиболее распространённых сердечно-сосудистых заболеваниях, которые на 80% обуславливают общую смертность населения. На этом фоне в Карачаево-Черкесии реализуются очень интересные пилотные проекты – использования мобильной связи для профилактической работы с населением. Сейчас разрабатываются проекты для различных групп населения, подлежащих диспансерному наблюдению. Мы надеемся, что на примере, в том числе и Карачаево-Черкесии, такой метод прямого индивидуального персонализированного контакта с каждым гражданином существенно повысит и комфортность медицинской помощи, и её эффективность».

В заключение пресс-конференции В.Скворцова поблагодарила руководство республики и лично Рашида Темрезова, «который на персональном контроле держит всю ситуацию по здравоохранению и демографии. Именно поэтому и возможно поступательное движение».

Рубен КАЗАРЯН,
корр. «МГ».

Черкесск.

НА СНИМКЕ: Татьяне Яковлевой и Рашиду Темрезову есть что обсудить.

Фото автора.

Новые подходы

Представители Бразилии, России, Индии, Китая и Южно-Африканской Республики обсуждали развитие высоких технологий в сфере медицины, в частности, дистанционного мониторинга состояния здоровья и дистанционных консультаций врачей.

Место проведения форума выбрано не случайно. Ханты-Мансийский автономный округ – Югра является одним из регионов-лидеров в сфере информатизации, что подтверждается независимыми рейтингами.

Международный IT-форум проходит в Ханты-Мансийске с 2008 г. О его уровне и авторитете говорит хотя бы то, что в нынешнем мероприятии приняло участие более 1,5 тыс. человек из 30 регионов России и 7 зарубежных стран.

В 2014 г. расширен формат форума за счёт привлечения стран БРИКС, а точнее, тех регионов этих стран, которые наиболее эффективно и успешно решают вопросы развития информационного общества.

Югра на связи!

Использование информационных технологий в здравоохранении обсудили в Ханты-Мансийске в рамках сессии Международного IT-форума с участием стран БРИКС

Выступивший на форуме заместитель директора Департамента информационных технологий и связи Министерства здравоохранения РФ Роман Сафронов отметил, что повышение доступности телекоммуникационных, медицинских и высокотехнологичных медицинских услуг в современном мире невозможно без инновационных информационных технологий и достижений мировой науки.

– Международное сотрудничество является важным фактором дальнейшего развития здравоохранения Югры и регионов Российской Федерации, – подчеркнул директор

Департамента здравоохранения ХМАО – Югры Александр Филлимонов.

Он рассказал, что в ходе реализации «Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» и государственной программы «Развития здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2014-2020 г.» в систему здравоохранения автономного округа ежегодно привлекаются значительные инвестиции из средств бюджета автономного округа и Российской Федерации, позволяющие обновлять материально-техническую базу

медицинских учреждений, внедрять новейшие технологии профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, развивать интернет-инфраструктуру медицинских учреждений, делать медицинские услуги более качественными, открытыми и доступными для жителей автономного округа.

Югорские специалисты отмечают, что телемедицина занимает особое место в обеспечении доступности специализированной медицинской помощи населению региона. Жители округа имеют возможность консультироваться у квалифицированных специалистов, порой не

выезжая даже за пределы района, что существенно экономит время и затраты на перелёты и переезды. Передвижные пункты, располагающие современной высокотехнологичной аппаратурой, организация сети телемедицинских пунктов в районах и крупных городах позволяют сегодня проводить из отдалённых и труднодоступных территорий Югры телемедицинские консультации.

Достижения здравоохранения ХМАО – Югры по интеграции с интернет-ресурсами, а также использование информационно-коммуникационных технологий коллег из России (Белгородской и Ярославской областей, Москвы и других регионов) и стран-участниц IT-Форума были представлены на выставке «Индустрия информационных технологий для государственного управления», секции «IT в здравоохранении».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Ханты-Мансийск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 44 (1811)

За 4 дня до госпитализации у мужчины 29 лет появились анемия и желтуха. Вместе с этим возникли слабость, тошнота, головная боль, периодические неприятные ощущения в яичках, разлитая боль во всём теле, усилилась хроническая боль в ногах, пожелтели глаза, моча стала тёмной. Лихорадки, сыпи, гематурии, дизурии, мелены или неврологиче-ских симптомов не было.

В прошлом пациент был здоров. За 4 месяца до обращения в больницу отмечались приступы бронхиальной астмы и хроническая боль в ногах. В это время он выехал из Новой Англии (США) в Северную Африку, где оставался в течение 3 месяцев. Во время пребывания там у него появился длительный кашель с отхаркиванием мокроты зелёного цвета, возникли утомляемость, субфебрильная температура, озноб, изнуряющие ночные поты, интермиттирующая одышка. Больной сообщил, что потерял в весе 9,1 кг. Через 10 дней после его возвращения в Новую Англию он был осмотрен в больнице, в которую потом был госпитализирован.

При осмотре в это время мужчина выглядел здоровым. Масса тела 92,7 кг. ИМТ 23,6, пульс 101/мин; АД и частота дыхания в норме. На лице – небольшие акне, катаральный ринит, небольшое увеличение миндалин, при аускультации лёгких мелкие влажные хрипы в нижних отделах правого лёгкого и экспираторные свистящие хрипы в верхних отделах обоих лёгких. Уровень тромбоцитов и результаты электрофореза гемоглобина были в норме. Тестирование на ВИЧ отрицательное.

На рентгенограмме грудной клетки патологии выявлено не было. Реакция Манту – отрицательная. Больному было рекомендовано продолжить приём флутиказона и альбутерола в ингаляциях, которые были ему предписаны по поводу бронхиальной астмы, и он был выписан домой.

В день выписки он обратился в офис врача общей практики и был им направлен в отделение интенсивной терапии, а затем переведён снова в больницу.

Анамнез. 3 года назад пациент перенёс травму правой ноги во время езды на мотоцикле, которая потребовала иммобилизации голени и пересадки части кости. После этого у него отмечается хроническая боль в повреждённой ноге и венозный отёк. За год до госпитализации снизился гематокрит до 34,5%. Анемия прошла через 4 месяца. Получал гинкго билоба, мультивит и никотиновые наклейки для прекращения курения. Аллергической реакции на медикаменты никогда не было.

Больной эмигрировал из Северной Африки в США 9 лет назад. Студент, курил марихуану и сигареты. Алкоголь или внутривенные наркотики не употреблял. Сексуально активен, имел подругу. Во время пребывания его в Северной Африке от неустановленной болезни умер его 14-летний брат. Во время путешествия был в контакте с овцами и пил непастеризованное молоко. У матери остеопения. Отец и четыре сиблинга были здоровы.

Status praesens. АД 123/85 мм рт.ст., пульс 115/мин, температура тела, дыхание и насыщение крови кислородом в норме. Больной выглядел утомлённым, с иктеричностью конъюнктивы и желтухой кожи. Второй сердечный тон громкий, шумы не выслушивались. Живот мягкий, с диффузным напряжением, которое было больше выражено в правом нижнем и левом верхнем квадранте; яички диффузно болезненны, без опухания. Лёгкая болезненность отмечена выше правого коленного сустава и в передней части голени. Заживший хирургический рубец. В остальном статус без отклонений от нормы.

Число тромбоцитов, лейкоцитов и эритроцитарный индекс (средний кор-

пускулярный объём и средняя концентрация гемоглобина в эритроците) были в норме, как и тесты на коагуляцию, уровни электролитов, глюкозы, кальция, магнезии, общего белка, альбумина, глобулина, ЩФ, АлТ и АсТ, липазы, ТТГ, фолатов и витамина В₁₂. Тонкая и толстая капля периферической крови и быстрые тесты на малярийный антиген, антитела к ВИЧ и гетерофильные антитела дали отрицательный результат. Тест Кумбса отрицательный. ЭКГ без отклонений от нормы. На рентгенограмме грудной клетки лёгкие чистые. Токсикологическое исследование мочи выявило наличие опиатов и каннабиноидов.

Были назначены наркотические анальгетики, ондастерон, далтепарин, препараты фосфора и инфузионная терапия.

В течение двух последующих дней

больного обратил на себя внимание эпизод внезапно развившейся анемии, который возник сразу после хирургической операции. У больного отмечалась также тёмная моча. С помощью этих фактов следует попытаться обосновать диагноз.

Гемолитическая анемия. Было проведено сравнение лабораторных данных при поступлении и в течение 20 дней до госпитализации, проведённых под наблюдением в поликлинике. Имело место быстрое падение гемоглобина от 148 г/л до 102 г/л. Это может быть объяснено либо кровотечением, либо разрушением эритроцитов (гемолизом). В течение 2 дней после поступления гемоглобин упал до 93 г/л, в это время у больного наблюдались желтуха, иктеричность конъюнктивы, заметное повышение уровня сывороточной лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и неконъюгированного билирубина, вместе с тем нормальный уровень показателей функции печени, почти неопределяемый гаптоглобин при отсутствии источника кровотечения.

Учитывая все эти факты, можно было думать о гемолитическом процессе, который привёл к острому падению

результатов анализов периферической крови, могут помочь определить истинную причину как экстраваскулярной, так и интраваскулярной патологии, то есть понять, где происходит разрушение эритроцитов – внутри или вне ретикулоэндотелиальной системы. Однако чтобы избежать ошибки при таком диагностическом подходе, следует решить вопрос, имеет ли патология эритроцитов наследственный характер или является приобретённой. Можно предположить, что у больного есть ген, который вызывает наследственную гемолитическую болезнь. С другой стороны, болезнь могла быть приобретённой из-за контакта с окружающей средой, профессиональные факторы или инфекций или вследствие болезней, которые привели к гемолизу – онкология или укусы насекомых.

Причины приобретённого гемолиза. При рассмотрении причин приобретённого гемолиза следует попытаться исключить гиперспленизм, иммуноопосредованный гемолиз, микроангиопатию, инфекции и небольшое количество редких болезней, таких как пароксизмальная ночная и пароксизмальная холодовая гемоглобинурия (см. табл.1).

Анемия и желтуха у молодого мужчины. Клинический разбор

Таблица 1

Причины гемолитической анемии

Гемолитическая анемия	Причины
1. Приобретённая ГА	Гиперспленизм Иммуноопосредованный гемолиз (аутоиммунная гемолитическая анемия, злокачественные болезни, диссеминированная внутрисосудистая коагуляция, тромбоцитическая тромбоцитопеническая пурпура, гемолитико-уремический синдром, эклампсия, протез сердечного клапана, злокачественная гипертензия) Инфекции (малярия, бабезиоз) Редкие причины гемолиза (пароксизмальная ночная гемоглобинурия, пароксизмальная холодовая гемоглобинурия, болезнь печени, укусы пауков и насекомых)
2. Наследственная ГА	Дефекты мембраны эритроцитов (наследственный сфероцитоз, наследственный эллипсоцитоз) Дефекты гемоглобина (серповидноклеточная анемия, талассемия), энзиматические дефекты (ДГбФД, недостаточность пируваткиназы)

желтуха постепенно прошла. Культура крови оказалась стерильной. УЗИ брюшной полости показало наличие лёгкого стеатоза печени. УЗИ мошонки патологии не выявило.

Дифференциальный диагноз. Толкование клинической картины представило определённые трудности в части причины не связанных друг с другом симптомов, которые были обнаружены у больного, что затрудняет диагностику. Больной был относительно здоров, однако недавняя поездка в Африку вызвала длительное заболевание, сопровождавшееся продолжительным кашлем, лихорадкой, ночными потами и похудением на 9,1 кг. Несмотря на недостаточное лечение, он выздоровел. Однако через несколько дней после возвращения в США он снова почувствовал себя больным настолько, что потребовалась госпитализация. Остаётся рассмотреть, связаны ли между собой два этих эпизода. Следует обратить внимание на лихорадку, кашель, похудение, развившиеся после посещения Северной Африки, где больной общался с умершим затем братом, контактировал с овцами и употреблял непастеризованное молоко. Кроме того, при изучении анамнеза

гемоглобина. Хотя можно считать вероятным диагноз острого ретикулоцитоза, ответственного за разрушение эритроцитов (количество ретикулоцитов при поступлении составляло 3,3%), была не соответствующая тяжесть острой анемии, что позволяло воздержаться от диагноза гемолиза. В то же время можно было ожидать более быстрой реакции, если бы больной имел нормально функционирующий костный мозг и блок продукции новых незрелых эритроцитов.

Многие болезни могут быть легко сгруппированы в одну из следующих трёх групп: наследственные (генные) болезни; вызванные особым поведением, привычками; болезни как следствие событий в жизни больного. Хотя это довольно простой диагностический подход, он может помочь врачу быстро каталогизировать типы нарушений, наблюдаемые у данного больного. Диагноз гемолитической анемии не представляет трудностей, однако найти причину гемолиза – более сложная задача.

Изучение анамнеза жизни больного с особым вниманием к таким деталям, как предшествующие болезни, путешествия, употребление наркотиков, оценка

При обследовании показатели функции печени были нормальными. Спленомегалии, приводящей к секвестрации и гемолизу, опосредованному ретикулоэндотелиальной системой, выявлено не было. У больного было нормальное количество тромбоцитов, коагулограмма без отклонений. Шистоцитов в анализе периферической крови не выявлено. Эти данные позволяют исключить микроангиопатический механизм гемолиза и такие болезни, как тромбоцитическая тромбоцитопеническая пурпура или диссеминированная интраваскулярная коагуляция. Исключить малярию как возможную причину нельзя, так как больной недавно совершил путешествие в регион, эндемичный по этой болезни. Но тестирование тонкой и толстой капли крови было отрицательным. Серологические тесты позволили исключить ВИЧ-инфекцию и инфицирование вирусом Эпштейна – Барр. Отрицательная реакция Манту позволяет исключить туберкулёз.

Генетические причины гемолиза. Пациент молод, отсутствуют болезни, которые могли бы стать причиной приобретённой гемолитической анемии.

Наследственные гемолитические анемии могут быть классифицированы на основании наличия аномальных эритроцитов, что является причиной их деструкции. Таким образом, наследственный гемолиз может быть вызван дефектом мембраны эритроцита, энзиматическим дефектом или дефектом гемоглобина внутри самого эритроцита. К мембранным дефектам, вызывающим гемолиз, относится как наследственный сфероцитоз, так и наследственный эллиптоцитоз, которые представляют собой аутомомно-доминантный тип нарушения. У обсуждаемого больного не было членов семьи с подобными болезнями. Кроме того, эритроцитарный индекс, особенно значение концентрации гемоглобина в эритроците, имеет тенденцию быть нарушенным при обоих этих состояниях. Сходным же образом можно исключить многие гемоглобиопатии, такие как серповидно-клеточная анемия и талассемия, ещё и потому, что у родителей больного был нормальный объём эритроцитов и отсутствовала пожизненная анемия.

Остаётся рассмотреть наследственное гемолитическое состояние, которое ассоциировано с энзиматическим дефектом. Так, недостаточность пируваткиназы является аутосомным наследственным заболеванием, поражающим преимущественно наследников североευропейской популяции. В противоположность этому дефицит глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы (ДГ6ФД) является X-связанным рецессивным заболеванием, поражающим, главным образом, мужчин – выходцев из Азии, Африки и Среднего Востока. В отличие от других наследственных гемолитических анемий, ДГ6ФД наиболее часто имеет самоограниченное течение, которое возникает через короткое время после оксидативного инсульта эритроцитов, таких как инфекции, наркотики или употребление в пищу диких бобов. Признаки гемолиза развиваются у этих больных с указанным энзиматическим дефицитом. Характерны нормальный эритроцитарный индекс и незначительные лабораторные отклонения. То, что у больного нормальный эритроцитарный индекс и его заболевание дало быструю положительную динамику без терапевтического вмешательства, является фактами в пользу диагноза ДГ6ФД.

Глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназа (Г6ФД) – энзим, который играет решающую роль в редукции глутатиона и NADP-пентозо-фосфатом цикла внутри эритроцита. Как NAD, так и глутатион необходимы для защиты от клеточного оксидативного стресса. При повышенном оксидативном стрессе гемоглобин денатурируется, и эритроциты становятся чувствительными к наступающему гемолизу у больных с энзимной недостаточностью. Хотя в данном случае не ясно, могут ли быть, возможный инсульт или возбуждение достаточными, чтобы дать основание для диагноза ДГ6ФД, который и вызвал гемолиз.

У данного больного ключевое значение имеет его происхождение (Северная Африка и Средиземноморье), самоограниченное течение анемии, которая быстро разрешилась после госпитализации, незначительное снижение уровня железа в сыворотке крови в течение нескольких дней (из-за, вероятно, кратковременного ретикулоцитоза) и предыдущий эпизод анемии после хирургической операции.

У пациентов с ДГ6ФД следует избегать большой медикаментозной нагрузки, не говоря уже об ингаляциях и антеникотинной наклейке. Роль гинкго билоба при этом заболевании неизвестна. Связь между акнэ и ДГ6ФД обсуждается, но недавнее сообщение не выявило явной ассоциации.

Не ясно, какое событие или контакт привели к появлению у больного гемолитического криза и последующих клиниче-

Наиболее частые варианты дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы

Варианты	Описание
В (немутированный)	Биологический: нормальная активность Клинический: нет гемолиза
A-(G202A и A376G)	Большое число большинства случаев Г6ФД у лиц африканского происхождения; 10-15% всех афроамериканцев и африканцев из Западной и Центральной Африки Биологический: нестабильный Г6ФД; уровень Г6ФД снижен в старых эритроцитах Клинический: лёгкий или средней тяжести гемолиз; поражены только старые эритроциты (умеренный дефицит энзима; в 10-60% норма); фавизм не частый
Средиземноморье (C563T)	Наиболее частый вариант у белых больных Биологический: Г6ФД синтезируется замедленно, со сниженной каталитической активностью; низкий уровень Г6ФД во всех эритроцитах Клинический: может быть причиной гемолиза всех поражённых эритроцитов (тяжёлая недостаточность энзима; в 1-10% случаев норма); характерен фавизм

ских симптомов. Не найдено объяснений таким деталям в клинической картине, как продолжительное заболевание во время посещения им сельской местности, похудение, кашель, лихорадка; есть ли связь болезни с употреблением непастеризованного молока, контактированием с овцами, выявлением при обследовании стеатоза печени. Тем не менее диагноз ДГ6ФД может быть поставлен на основании хорошо документированного анамнеза, признаков гемолиза, обнаружения в анализе периферической крови телец Хайнца и укуса насекомым, а также определения уровня активности энзима Г6ФД. Важно помнить, что уровень активности энзима может оставаться нормальным в течение острого гемолитического эпизода, потому что исследуются только негемолизированные молодые эритроциты.

Если ДГ6ФД не вызывает сомнений и клиника её продолжается, исследование следует повторить спустя несколько недель: гемолиз прекратился и в эритроцитах может быть обнаружен дефицит Г6ФД. Болезнь имеет самоограниченное течение, и лечение имеет целью остановить гемолиз и устранить агент, который ответствен за высокий оксидативный стресс. Кроме того, лечение нацелено на поддержание уровня гемоглобина, что достаточно для гемодинамической стабильности. Трансфузия требуется только в редких случаях, когда присутствует тяжёлый гемолиз и неадекватный ретикулоцитоз. Острый гемолитический криз у больного не вызывает сомнений, хотя не удалось идентифицировать причинные факторы. Можно с большой вероятностью полагать, что гемолиз вызван наркотиком или инфекцией у выходца из Африки.

Таблица 2

Клинический диагноз – гемолитическая анемия, вызванная недостаточностью глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы.

Обсуждение патогенеза. Анализ периферической крови в день поступления показал большое количество нормальных эритроцитов и немногочисленные мишеневидные эритроциты. Однако есть возможность случайных повреждённых эритроцитов и немногих сморщенных эритроцитов, которые могут быть у больных с энзиматическим дефектом эритроцитов, таким как ДГ6ФД.

Шистоцитов и сфероцитов не было. Следует предполагать наличие этого энзиматического дефицита у больных с острой несфероцитарной гемолитической анемией и отрицательной реакцией Кумбса у мужчин – выходцев из Африки, Средиземноморья и Азии.

Тестирование на Г6ФД было выполнено на 4-й день госпитализации – уровень энзима оказался 1,9 Е/г гемоглобина. Это значение свидетельствует о дефиците Г6ФД – норма 8,8-13,4. Наличие у больного умеренно выраженного гемолиза и отягощённой наследственности свидетельствует об А-варианте Г6ФД, который имеет место в большинстве случаев дефицита его у лиц африканского происхождения (см. табл. 2).

Продукция А-варианта нестабильна, таким образом, уровень Г6ФД снижается в старых эритроцитах. Для больных с А-вариантом дефицита Г6ФД типичен средней тяжести гемолиз, потому что поражаются только старые эритроциты. Для таких больных уровень Г6ФД в 10-60% считается нормальным. Когда проводится тестирование на некоторые варианты энзима, уровень его может

быть нормальным во время острого гемолиза вследствие деструкции старых эритроцитов, в которых дефицит наиболее выражен. Поэтому если уровень Г6ФД нормальный во время острого гемолиза, тестирование следует повторить через месяц после разрешения гемолиза. Соответственно надо помнить, что у больного с Г6ФД-дефицитом и высоким числом ретикулоцитов также могут быть нормальные уровни Г6ФД, свойственные повышенному уровню энзима в молодых эритроцитах.

Больной находился в больнице 4 дня. В течение этого времени гематокрит был стабильным: 27-31%, гемотрансфузия не требовалась. Желтуха прошла без каких-либо вмешательств, уровень билирубина нормализовался. 10 дней спустя после выписки из больницы больной осмотрен в поликлинике, уровень гематокрита составлял 39,5%. Гинкго билоба был отменён. Больной проинструктирован, какой пищи и лекарств ему следует избегать.

При последующем визите в больницу пациент сообщил, что испытывает затруднённое дыхание, продолжительные ночные поты и кашель. Тесты на функциональные показатели вентиляции лёгких показали нормальные значения. КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза показала наличие незначительной эмфиземы верхней доли лёгкого и нескольких лимфатических узлов в правой верхней доле размером от 2 до 4 мм. Предполагались гранулёма или внутрипаренхиматозные лимфатические узлы. Исследования на туберкулёз, грибковую инфекцию и рак дали отрицательный результат.

Рекомендовалось повторное рентгенологическое исследование для оценки выявленных лимфатических узлов.

Было высказано предположение, что стеатоз печени и эмфизема являются следствием курения, но не исключалась возможность воспалительного процесса.

Возможен другой взгляд на клинические проявления ДГ6ФД. Есть больные, которые часто не дают никаких клинических симптомов заболевания до тех пор, пока их эритроциты не подвергаются оксидативному стрессу целевых агентов, таких как наркотики, болезнь, употребление диких бобов. Клиническое действие ДГ6ФД обычно ограничено эритроцитами, так как эти клетки не могут продуцировать NADPH в достаточном количестве, чтобы защитить себя от оксидативного повреждения в отсутствии Г6ФД.

Окончательный диагноз – глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназная недостаточность.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.
По материалам
New England Journal of Medicine.

Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции. Национальные рекомендации

(Окончание.
Начало в № 45 от 25.06.2014.)

Всем пациентам, принимающим потенциально нефротоксичные препараты, независимо от уровня СКФ и наличия ХБП, необходимо проводить регулярный контроль уровня СКФ, электролитов и сывороточной концентрации препарата (IA). Всем пациентам с ХБП следует разъяснить недопустимость приёма каких-либо препаратов, в том числе и биологических добавок и трав, без предварительной консультации с врачом (IB).

Антикоагулянты при фибрилляции предсердий у пациентов с хронической болезнью почек

Решение вопроса о лечении антикоагулянтами пациентов с ХБП, имеющих фибрилляцию предсердий, должно основываться на оценке риска тромбозомболических осложнений и риска кровотечения. Целесообразно использовать шкалу CHA2DS2-VASc для оценки риска инсульта и системных тромбозомболий, а также шкалу HAS-BLED для оценки риска кровотечений (IA).

Варфарин может использоваться у паци-

ентов с ХБП 1-4-й стадий, основываясь на соотношении тромбозомболический риск / риск кровотечения (IIaC). Варфарин с большой осторожностью может использоваться у пациентов с ХБП 5-й стадии. Крупных многоцентровых клинических исследований эффективности варфарина у больных с ХБП 5-й стадии и фибрилляцией предсердий нет. Решение принимается исходя из соотношения тромбозомболический риск / риск кровотечения (IIbC). Убедительных данных об эффективности и безопасности варфарина у больных, получающих лечение гемодиализом, нет. Варфарин может быть использован у больных с ФП, получающих лечение гемодиализом, в случае явного преобладания риска тромбозомболий над риском кровотечения (IIbC).

Дабигатран не используется при СКФ < 30 мл/мин/1,73 м². Ривароксабан не используется при СКФ < 15 мл/мин/1,73 м², при СКФ от 15 до 49 мл/мин/1,73 м² доза составляет 15 мг 1 раз в сутки. Апиксабан не используется при СКФ < 25 мл/мин/1,73 м², при креатинине сыворотки > 133 мкмоль/л доза составляет 2,5 мг 2 раза в сутки. Данных об эффективности и

безопасности дабигатрана, ривароксабана и апиксабана у пациентов, получающих лечение гемодиализом нет, следовательно, они не могут быть рекомендованы у этой категории больных (IIIC).

8.3. Визуализирующие исследования

Пациенты с ХБП входят в группу высокого риска развития ОПП (IA) и требуют особой осторожности при проведении исследований и назначении препаратов, которые могут вызвать ухудшение функции почек. При решении вопроса о необходимости проведения визуализирующих исследований с применением рентгеноконтрастных препаратов необходимо тщательно взвесить диагностическую и терапевтическую ценность ожидаемых результатов и риск развития ОПП. Исследования с внутривенным введением йодсодержащих рентгеноконтрастных препаратов у пациентов с ХБП С3а-С5 стадий должны проводиться с учётом клинических рекомендаций по ОПП:

- Избегать применения высокоосмолярных препаратов (IB).
- Использовать минимально возможную дозу рентгеноконтрастного препарата.

- Отмена потенциально нефротоксичных препаратов до и после исследования (IC).
- Адекватная гидратация пациента с использованием физиологического раствора до, во время и после проведения исследования (IA).
- Оценка СКФ через 48-96 часов после исследования (IC).

Применение гадолинийсодержащих контрастных препаратов при ХБП С5 стадии не рекомендуется и допустимо только при невозможности заменить его другими методами исследования (IB). Для пациентов с ХБП С4-С5 стадий рекомендуется использовать гадолиниевые препараты на основе макроциклических хелатных комплексов (IIB).

Разработаны комитетом экспертов Российского кардиологического общества, Научного общества нефрологов России, Российской ассоциацией эндокринологов, Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, Национального общества по изучению атеросклероза, Российского научного медицинского общества терапевтов.

Доказательная база клинической трансфузиологии расширяется, пополняясь результатами проспективных рандомизированных контролируемых исследований. В основном за последние 15 лет показано преимущество ограничительной тактики переливания эритроцитов нежелезистой либеральной.

Коротко представим результаты четырёх наиболее значимых исследований:

1) в исследовании TRICC показано, что у пациентов реанимации эффективнее поддерживать концентрацию гемоглобина на уровне 70 г/л, нежели чем 90 г/л.

2) в исследовании TRACS показано, что после кардиохирургической операции рестриктивная стратегия (целевая концентрация гемоглобина – 80 г/л) не уступает либеральной стратегии (целевая концентрация гемоглобина – 100 г/л).

3) в исследовании FOCUS показано, что после хирургического восстановления перелома бедра у пожилых пациентов с сердечно-сосудистым риском нет различий в 60-дневной летальности и восстановлении ходьбы при рестриктивной стратегии (целевая концентрация гемоглобина – 80 г/л) и либеральной стратегии (целевая концентрация гемоглобина – 100 г/л) (подробнее см. «МГ» № 4 от 20.01.2012).

4) в барселонском исследовании (C.Villanueva, 2013) показано, что у пациентов с острым верхним желудочно-кишечным кровотечением рестриктивная стратегия (целевая концентрация гемоглобина – 70 г/л) эффективнее либеральной стратегии (целевая концентрация гемоглобина – 90 г/л).

Внедрение ограничительной стратегии трансфузий эритроцитов – одна из причин сокращения заготовки и переливания крови в России и других развитых странах.

Результаты изложенных выше исследований позволили нам в 2007 г. сформулировать правила назначения переливания эритроцитов:

1. Правила назначения эритроцитов применяются для пациентов с нормоволемией без продолжающегося кровотечения.

2. Следует учитывать следующие клинические особенности:

- признаки и симптомы анемии: постуральная гипотензия или тахикардия, одышка и головокру-

Современные технологии

Стратегии трансфузий: новые доказательства

Их предоставило исследование MINT



жение при нагрузке, апатичность или спутанность сознания.

- сочетанные заболевания: ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь, дисфункция левого желудочка, шок или снижение транспорта кислорода, хроническое заболевание лёгких, острая дыхательная недостаточность, беременность.

Максимальная тканевая экстракция кислорода выявлена в миокарде. Однако целевая концентрация гемоглобина у пациентов с острым коронарным синдромом была определена по данным наблюдательных исследований и клинического опыта.

Недавно опубликованы результаты исследования MINT (Myocardial Ischemia and Transfusion) (J.Carson и соавт., 2013).

В исследование включили пациентов 8 госпиталей США, соответствующих следующим критериям:

- 1) старше 18 лет;
- 2) одно из состояний:
 - а) инфаркт миокарда с подъёмом ST;
 - б) инфаркт миокарда без подъёма ST;

в) нестабильная стенокардия;

г) стабильная ИБС, текущая катетеризация сердца;

3) концентрация гемоглобина менее 100 г/л в момент рандомизации.

Первичные исходы: смерть, инфаркт миокарда или внеплановая реваскуляризация сердца в течение 30 дней после рандомизации.

Планировали набрать 200 пациентов, однако спустя 18 месяцев после начала исследования, набрав 110 пациентов, сочли набранный материал достаточным для формулировки определённых выводов.

Пациентов разделили на 2 группы с разными стратегиями трансфузионной терапии: рестриктивная (целевая концентрация гемоглобина – 80 г/л) и либеральная (целевая концентрация гемоглобина – 100 г/л). Клинические характеристики в группах сравнения были сходны, за исключением более старшего возраста в ограничительной группе (либеральная 67,3; ограничительная 74,3).

Средняя концентрация гемо-

глобина в либеральной группе была на 13-18 г/л выше, чем в рестриктивной (все $p < 0,001$). Частота трансфузий в либеральной группе была в 3 раза выше, чем в рестриктивной – перелито 87 и 27 доз эритроцитов, соответственно ($p < 0,001$). 72,7% пациентов рестриктивной группы вовсе не получали трансфузий.

Предопределённый первичный исход (смерть, инфаркт миокарда и внеплановая реваскуляризация) в течение 30 дней наблюдали у 6 пациентов (10,9%) в группе с либеральной стратегией трансфузий и 14 (25,5%) – в группе с рестриктивной стратегией (различия рисков = 15%; 95% доверительный интервал различия – от 0,7 до 29,3%; $p = 0,054$). Смерть в течение 30 дней была менее частой среди пациентов с либеральным назначением трансфузий ($n = 1$; 1,8%) по сравнению с пациентами с ограничительным назначением трансфузий ($n = 7$; 13%); различия рисков = 11,1%; 95% доверительный интервал различия – от 1,5 до 20,8%; $p = 0,032$). Все летальные исходы квалифицированы как кардиологические.

Большинство других неблагоприятных кардиологических ис-

ходов чаще развилось в группе с рестриктивной стратегией назначения трансфузий.

Несмотря на очевидно более благоприятные результаты либеральной трансфузионной стратегии при остром коронарном синдроме, авторы рекомендуют с осторожностью интерпретировать результаты исследования из-за небольшого размера исследования и более пожилого (на 7 лет старше) возраста пациентов рестриктивной группы.

Отмечается, что в 8 госпиталях, включённых в исследование, концентрация гемоглобина менее 100 г/л наблюдалась у 24,2% пациентов с острым коронарным синдромом.

Таким образом, по результатам пилотного исследования MINT сделан вывод о том, что при лечении пациентов с острым коронарным синдромом либеральная стратегия трансфузий с целевой концентрацией гемоглобина 100 г/л эффективнее рестриктивной стратегии с целевой концентрацией гемоглобина 80 г/л. Для подтверждения этих результатов планируется большое мультицентровое исследование. Правила назначения переливания эритроцитов Российской ассоциации трансфузиологов для лечения пациентов с острым коронарным синдромом с 2007 г. предполагают целевую концентрацию гемоглобина 100 г/л и в коррекции не нуждаются.

Евгений ЖИБУРТ,
заведующий кафедрой
трансфузиологии
Национального медико-хирургического центра
им. Н.И.Пирогова,
профессор.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Клиническое состояние	Целевые показатели	
	гематокрит (%)	гемоглобин (г/л)
Нет признаков анемии и сочетанных заболеваний	21	70
Признак анемии или сочетанное заболевание	24	80*
Продолжающаяся химиотерапия, или лечение острого лейкоза, или трансплантация костного мозга	26	85
Дооперационная анемия и ожидаемая потеря крови > 500 мл или беременность	26	85
Признак анемии и сочетанное заболевание	29	95
Острый коронарный синдром (острый инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия)	30-33	100-110

Примечание: * – скорректировано по результатам исследования FOCUS, до этого, в 2007-2012 гг., было 85 г/л.

Деловые встречи

Онкоурологическая помощь запаздывает

Доступность и качество лечения обсуждались на Невском урологическом форуме

Значимыми и интересными были собственные данные российских специалистов о фертильности и инфекционных заболеваниях, а также данные о клиническом опыте реконструктивной хирургии органов мочеполовой системы.

Данные по онкологической заболеваемости и смертности в Северной столице представил доцент кафедры урологии С.-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии доктор медицинских наук Владимир Старцев. По его словам, в общей структуре онкологических заболеваний опухоли простаты и мочевого пузыря входят в десятку наиболее распространённых заболеваний, рак почки занимает 13-е место. Опухоли яичек и полового члена встречаются много реже и занимают 29 – и 30-е места соответственно.

Все показатели по заболеваемости и смертности при опухолях мочеполовой системы равномерно

увеличиваются за последние 5 лет, но наиболее заметное нарастание отмечается среди мужчин при раке предстательной железы (РПЖ), среди женщин – при опухолях почки. «Болезнь стали чаще, болезнь стали раньше – это справедливо в отношении обоих полов», – прокомментировал петербургский учёный статистические данные по городу, сделав при этом оговорку и об изменении популяционной структуры, и об улучшении диагностики. «На протяжении последних 5 лет частота летальных исходов у пациентов с опухолями мочевого пузыря снижается, однако увеличивается однолетняя летальность», – сообщил В.Старцев. – Это означает, что наше лечение помогает, но зачастую мы начинаем его слишком поздно».

В структуре онкологической смертности жителей С.-Петербурга пациенты с РПЖ составляют примерно 50%, причём в эти данные не включены мужчины с опухолями яичка и полового члена: таких больных немного в сравнении с

другими группами. Однако заметили участники Невского форума, при адекватной медицинской помощи 95% мужчин излечиваются, в России же, к сожалению, в разных регионах выживают 40-70% пациентов.

Лечение мужчин с опухолями яичек наиболее понятно и структурировано, считает Мария Ангерер-Шпиления из Урологической клиники Аахенского университета (Германия), приведя аудиторию клинические случаи органосохранных операций при значительном распространении опухолевого процесса. Учитывая, что этих пациентов действительно немного, для решения проблемы необходимо направлять мужчин с опухолями яичек в крупные центры, где врачи имеют больший опыт и поддержку квалифицированных патоморфологов.

Обсуждая распространённость РПЖ, эксперты обратили внимание, что большинство российских пациентов не могут воспользоваться современными препаратами, а

отечественные клиницисты знают о них только по публикациям.

– Есть хорошие результаты по применению препаратов гормональной терапии второй линии, назначения которой целесообразно, в том числе и до химиотерапии, – говорит заведующий поликлиническим отделением городского клинического онкологического диспансера Павел Борисов. – Однако в С.-Петербурге мужчин, получающих гормональную терапию второй линии, можно буквально перечесть по пальцам.

Вопрос экономической и клинической целесообразности изменения существующей тактики лечения пациентов с РПЖ и введения в схему новых препаратов стал наиболее острым в профессиональной дискуссии. Так, заведующий отделением онкоурологии НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Минздрава России Александр Носов считает, что доказательная база пока недостаточна для того, чтобы изменять последовательность лечения.

«Многих ли пациентов вы лечили гормональными препаратами второй линии и что вы видели?», – спросил он присутствующих. И хотя вопрос остался без ответа, участники дискуссии отметили, что российские врачи не в состоянии давать собственную оценку новым препаратам, так как не видят их действие на практике, а значит, и апеллировать к собственному опыту не могут.

В отношении РПЖ интересны результаты клинического исследования, признанные в текущем году Американской ассоциацией клинических онкологов наиболее значимыми для клинической практики, отметили специалисты. Согласно новым данным (Abstract LBA2), начинать химиотерапию можно одновременно с андрогенной депривационной терапией, то есть до развития кастрационной резистентности.

Анна СОЛОДОВА,
внест. корр. «МГ».

С.-Петербург.

(Окончание. Начало на стр. 2.)

Молодости свойственен максимализм. На протяжении всей учёбы в институте я занимался конструированием приёмников прямого усиления, электромузыкальных инструментов, а затем мы с друзьями их продавали. Времени хватало и на занятия в группе биофизиков Казанского филиала Академии наук СССР. В ней сформировалась научная группа, которая занималась созданием второй установки в СССР электронного парамагнитного резонанса для проведения биологических и медицинских исследований. Все эти эксперименты обещали многое изменить в диагностике заболеваний. Один из специалистов, который работал в этой группе, подтрунивал надо мной, что медикам не под силу освоить высшую математику, ведь они гуманитарии... Слово за слово, мы поспорили. В запальчивости я пообещал, что соберу документы и подам их на механико-математический факультет Казанского государственного университета. А дальше – делать было нечего, чтобы не потерять лицо, нужно было идти сдавать экзамены. Первый письменный я сдал на «хорошо». Второй уже устный, где нужно было решить уравнения 3-й и 4-й степени, я завалил. Тем не менее признавать поражение не хотелось. В результате я поступил на заочное отделение Казанского химико-технологического института им. С.М.Кирова. Но поскольку вуз был выбран, можно сказать, наобум, после окончания 1-го курса пришлось перевестись в Рязанский радиотехнический институт на 2-й курс.

Позже никогда не жалел, что в юности пришлось много работать и учиться. Иначе бы я не встретился на озере Тургояк в Челябинской области с Сергеем Павловичем Королёвым. Его пылкий ум, умение жёстко вести дискуссию покорили моё воображение. Мне хотелось стать учёным-исследователем. Вскоре моя мечта сбылась – группа члена-корреспондента Российской академии медицинских наук Ю.Ю.Бредикиса вместе со специалистами 3-го Главного управления медико-биологических проблем Минздрава СССР стала заниматься проблемами профилактики костных дистрофий и половых расстройств при подготовке полётов на Марс. Благодаря моей активности и, конечно, везению меня включили в этот исследовательский коллектив. Здесь я получил первые авторские свидетельства на изобретения. И до сих пор занимаюсь реализацией некоторых идей, которые рождались в то время.

– **Работа коллектива Центра патологии речи и нейрореабилитации пользуется заслуженным авторитетом у коллег не только в России, но и за рубежом. Тем не менее есть и часть врачебного сообщества, которая с настороженностью относится к применяемым в центре комплексным схемам лечения. Как вы считаете, что чаще всего «движет» скептиками: консерватизм мышления или в какой-то степени ревность к успехам коллег?**

– Непонимание некоторых коллег меня не расстраивает. Мы разрабатывали свои комплексные курсы лечения на протяжении более 25 лет, постепенно уменьшая количество используемых медицинских препаратов. Но дело в том, что наш центр лечит incurable больных, которые, как правило,

прошли уже курсы лечения в Израиле, Германии, Китае. Мы используем орфанные препараты с согласия родителей и зачастую получаем положительные результаты. Свой вклад в выздоровление больных вносят и уникальные физиотерапевтические методы. Поэтому не все могут поверить, что и в российской провинции способны достичь прекрасных результатов в лечении тяжелейших заболеваний.

– **Бывают ли моменты, когда больных просто не хочется видеть?**

– Нередко мне приходится приезжать домой после работы

ионе закупалась медицинская аппаратура, которая эксплуатировалась за границей 5-6 лет. Конечно, её покупали по бросовым ценам. Но и служила она недолго, а качество диагностики оставляло желать лучшего. Сейчас о такой экономии даже речи быть не может, приобретается новейшее оборудование, на котором и научные исследования проводить не стыдно. Можно привести и другие веские примеры изменений отношения к здравоохранению.

– **Вас достаточно часто приглашают для консультаций за границу. Почему для вас**

– Честно скажу, что работая старшим киномехаником, просмотрел множество фильмов. Часть из них помню почти наизусть. Наверное, ещё и поэтому люблю старые советские фильмы. В своё время я так насытился киноискусством, что теперь в командировках предпочитаю посещать театры. Недавно посчастливилось побывать в Италии в знаменитом Ла Скала. Люблю смотреть что-то новое, что может меня покориť, вызвать новые эмоции. Особенно мне нравятся оригинальные пьесы. Лауреат Нобелевской премии Альберт Швейцер утверждал,

делами Президента РФ. Более того, исследовать весь геном, как это делается в США, в нашей стране пока нельзя.

– **После получения нескольких патентов и прохождения специального тестирования вас пригласили работать в Университет Дж.Хопкинса штата Мэриленд, в открывающийся новый нейроофтальмологический центр. Почему вы отказались? Ведь вам даже присвоили звание почётного гражданина...**

– Скажу честно, я хотел уехать. На меня больше всего произвело впечатление, что

Вехи

Неизлечимый успех

очень поздно. Конечно, бывает, накатывает утомление. Но никогда не испытывал чувства, когда раздражает общение с больными. А силы восстанавливаются, когда вижу положительные результаты лечения.

– **Прочитал в Интернете мнения родителей, что применяемое комплексное лечение в вашем центре вызывает и серию проблем, причём немедицинских, а социальных...**

– Это касается слепых детей, которым дана пожизненная инвалидность. Считается, что атрофия зрительных нервов не подлежит восстановлению. Но когда они начинают видеть, а некоторые затем ещё и оканчивают университет, то у них возникает естественное желание – устроиться на работу. Но их не могут принять, потому что с детства им установлена инвалидность первой группы. Самые смелые настаивают на том, чтобы их обследовали. Когда они всё же добиваются своего, то офтальмологи приходят в изумление. В результате утверждают: вам просто неправильно поставили диагноз и снимают инвалидность. Но действия МСЭ зачастую порождают серьёзную проблему: парень на работу только пытается устроиться, а пенсии по инвалидности его уже лишили. А ведь подыскать соответствующую работу не так просто и совершенно здоровым молодым людям, что уж говорить о больных... Государство должно как-то поощрять стремление самых безнадежных детей выздороветь...

Похожие проблемы и с детьми с задержками развития. Например, в центре проходит лечение ребёнок из Караганды. Динамика состояния очень хорошая. Но перед родителями встаёт сложная дилемма: если поставить ребёнка на учёт к психиатру, то ему никогда не разрешат учиться в общеобразовательной школе. А родители и сам ребёнок хотят, чтобы в школьные годы он общался со здоровыми сверстниками.

– **Виктор Викторович, вы – депутат Государственного собрания Республики Марий Эл. На ваш взгляд, является ли здравоохранение одним из приоритетов региональной власти?**

– Много кардинально поменялось, когда президентом Марий Эл был избран Леонид Маркелов, а министром здравоохранения стал Владимир Шишкин.

Не все читатели «МГ» мне поверят, но раньше в нашем ре-

крайне важно общение с иностранными коллегами и участие в международных конференциях?

– Я считаю, что изолированность – слабое место отечественной медицины. Нашим врачам бывает не по карману побывать или выступить на международных встречах. Не так давно я присутствовал на конгрессе в Австралии. На научный форум приехали врачи из разных стран мира. Для сравнения скажу, что из Китая прилетело около 2 тыс. человек, а из России всего 3 – двое из нашего центра и один из Москвы. А ведь общение с иностранными коллегами позволяет получить много новой информации, познакомиться с последними результатами исследований зарубежных коллег.

– **К сожалению, многие дети страдают неизлечимыми недугами. По вашей оценке, многие ли родители не опускают руки и продолжают, что называется, «биться» за здоровье и нормальное развитие своего ребёнка?**

– Мне кажется, что родители таких детей в России отличаются от оказавшихся в таком положении иностранцев. Если за границей врачи вынесли вердикт, что ребёнка нельзя вылечить, то родители с этим смиряются. Единицы пробуют «стучаться» в научные центры. Россияне – другие. Они не очень-то верят врачам, пытаются попробовать ещё что-то, чтобы ребёнок поправился. Интернет позволяет познакомиться с новыми исследованиями в США, Израиле, Германии. И наши соотечественники, несмотря на дорогое лечение за границей, едут туда с надеждой на исцеление. Мы зачастую берём на лечение тех пациентов, которым оно не помогло в иностранных клиниках. В подтверждение своих слов скажу, что сейчас у нас проходит лечение ребёнок из Москвы, родителям которого врачи не раз заявляли: ваш ребёнок безнадежен, он останется глухим на всю жизнь. Сейчас ему исполнилось 2 года, а он уже слышит. Всего полгода назад его первый раз привезли в Йошкар-Олу...

– **Виктор Викторович, несколько личных вопросов. Ваши любимые книги, фильмы, чем любите заниматься в свободное время?**



что самое ценное в жизни – преклонение перед ней. Когда читаешь его произведения, восхищаешься его высокими нравственными принципами. Признаюсь, он не раз служил мне образцом для подражания.

– **Что помогло вам в жизни достигать поставленных целей?**

– Думаю, что в ответе на этот вопрос я не буду оригинален. Успехов помогли достичь занятия физкультурой и спортом. В своё время я очень серьёзно занимался альпинизмом, туризмом, лёгкой атлетикой, лыжами. Занятия спортом дают жизненный стимул, позволяют выработать уверенность в победе, стимулируют вдохновение, если хотите, даже помогают восхищаться результатами. А жажда их получения у каждого учёного в крови. Особенно, когда удаётся опровергнуть истины, которые ранее считались аксиомами. Мы с вами о маленьких наших победах уже говорили. Коллеги утверждали: нельзя восстановить детям зрение, слух, нервные клетки. Но оказывалось, можно, при использовании системного подхода и правильной постановки лечения. Я считаю, лечить нужно весь организм в целом, а не отдельное заболевание или симптом. Наши врачи должны сделать следующий шаг. Диагностика заболевания должна проводиться с учётом генома человека. Это позволит использовать гораздо меньше медикаментов, точнее заниматься профилактикой. Но сегодня можно провести отдельные исследования по ряду заболеваний с учётом генома только в поликлинике № 1 Управления

тестирование в США учёные проходили вне зависимости от званий и заслуг. Принять предложение из-за океана не мог, потому что моя мама страдала нарушением мозгового кровообращения. Оставить её одну в России выглядело бы предательством. В силу этих семейных обстоятельств я отказался. Хотя, откровенно говоря, можно было гораздо в большей мере преуспеть в своих научных исследованиях, если опираться на такое финансирование, которое выделяется в США на эти цели.

– **На ваш взгляд, в нашей стране что-нибудь меняется к лучшему в плане поддержки науки?**

– Мне кажется, большой недостаток сегодняшнего дня в том, что отделили молодых учёных от тех, кто имеет солидный опыт работы. А сделать можно многое только в союзе, а не поодиночке. Последствия не замедлили сказаться, ракеты падают или не долетают до расчётного района. Но потенциал российских учёных ещё огромен.

Раньше существовала, пусть и несовершенная, но система поощрений учёных. Не будет развиваться система, когда изобретение внедряется в практику только в том случае, если кто-нибудь из сильных мира сего обратит внимание на его пользу. Подобное безразличное отношение к науке способствует тому, что талантливые врачи, знающие иностранные языки, уезжают за границу. В среднем в год, по моим подсчётам, за счастьем отправляется за кордон около 150 врачей. Недооценка стоимости мозгов – большой минус нашему правительству. Это ведёт также к тому, что государство не досчитается огромных денег. В России очень слабо развита система патентования. Более того, недавно её функционирование оплачивало государство. В науке сделать прорывное открытие сегодня в одиночку почти невозможно. Будущее за коллективным творчеством.

– **Виктор Викторович, вы считаете себя счастливым человеком?**

– Как сказать... Мне много раз предлагали уехать за рубеж. Но я остался и сумел реализовать многие свои планы на Родине. Это тоже счастье.

ОТ РЕДАКЦИИ. «МГ» поздравляет Виктора Викторовича Севастьянова и весь коллектив центра со знаменательной датой. Здоровья вам и успехов в вашем служении больным.

Проблема подбора необходимого количества лекарственных средств актуальна для большинства терапевтических областей, она затрагивает как пациентов, так и врачей. Вопросы правильного дозирования лекарств были в центре внимания участников образовательного семинара, состоявшегося в столице. Особое внимание эксперты уделили вопросам подбора индивидуальной дозировки для каждого пациента.

Каждому врачу известно, что действие различных препаратов на организм напрямую зависит от дозы. Для успешного лечения существует следующее правило: лекарственные препараты следует по возможности принимать в определённой дозировке и через определённые интервалы времени. В зависимости от возраста, пола, комплекции пациента врач может назначить один и тот же препарат в разной дозировке. Соответственно, для подбора индивидуальной дозы во многих случаях требуется, чтобы таблетка именно делилась, а не рассыпалась или соскребалась, а также имела определённую прочность, которая зависит от многих факторов: условий хранения, прессования, состава и т.д.

Как правило, на каждой таблетке имеется специальная риска, благодаря чему она должна делиться на равные части. Но это – теоретически, а на практике далеко не так. Весьма интересные данные были получены в ходе одного из исследований, проведённого в 2012 г. Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA). Эксперты взяли на анализ 30 таблеток разных лекарственных препаратов (в общей сложности их было 11), разделили на несколько равных частей и взвесили. В результате только 3 таблетки прошли тест (про-

Анализ и прогнозы

Кусать или ломать?

Соблюсти правильную дозировку лекарства не так-то просто



хождением теста считается наличие действующего вещества в одинаковых частях таблетки плюс/минус 15%).

– Нет ничего хуже, когда пациент начинает крошить, пилить или кусать таблетку. Даже при наличии риска остаётся большая вероятность, что он не разделит её точно пополам. А если риски вовсе нет, то ещё больше вероятность, что при делении таблетки не удастся сохранить равную концентрацию действующего вещества в её частях, – уверен доцент кафедры эндокринологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова кандидат медицинских наук Алексей Зилов.

Залогом успешной терапии является своевременная диагностика заболевания. Однако

основной трудностью, с которой сталкиваются врачи, является комплаентность пациентов. Индивидуальный подход способствует достижению оптимальных результатов и может увеличить мотивацию пациента к соблюдению режима дозирования. Важно, чтобы врач учитывал различные факторы при подборе дозировки препарата, руководствовался первичными сведениями, полученными от пациента, и при необходимости корректировал схему лечения.

Определённые сложности возникают и с самим выбором дозировки.

– Существует заблуждение, что чем меньше доза, тем меньше эффект, и наоборот. Это мнение распространено не только среди пациентов, но и

среди врачей. В действительности это совершенно не так, – отметил профессор кафедры клинической фармакологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова доктор медицинских наук Сергей Зырянов.

Свои слова эксперт подтвердил конкретными случаями из клинической практики на примере некоторых заболеваний: хронической почечной и печёночной недостаточности, артериальной гипертензии, бронхиальной астмы.

– Существует пять основных классов лекарственных препаратов для лечения артериальной гипертензии. Все они доступны, тем не менее только 40% больных с АГ достигают целевых уровней артериального давления. В большей степени это связано именно с влиянием исходных факторов, – подчеркнул С.Зырянов. – Сегодня мы имеем достаточно сложные рекомендации по лечению данной группы пациентов. Они предполагают осторожный, скрупулёзный процесс подбора лекарства.

Выбираемая доза зависит от конкретной ситуации. Например, если у пациента отмечается печёночная недостаточность, то начинать лечение необходимо с минимальной дозы. В случае применения статинов в каждом конкретном случае используются разные препараты и разные дозировки – всё зависит от исходного уровня холестерина, диеты и длительности заболевания.

При бронхиальной астме, чтобы эффективно её контролировать, наоборот, иногда надо увеличить исходную дозу препарата. Словом, выбор правильной дозировки – то самое врачебное искусство, которому специалист учится всю жизнь.

Работает в этом направлении и фармацевтическая наука. Благодаря внедрению инновационных технологий на производстве стало возможным подбирать необходимое количество действующего вещества в каждом случае. Одним нажатием пальца таблетка делится на равные части, не крошится и не ломается. В частности, такой препарат сегодня применяется в андрологии, скорейшего внедрения подобных технологий также ждут в других отраслях медицины, прежде всего в педиатрии и гериатрии.

О безопасности и комфортности лечения заботятся и регуляторные органы. В частности, FDA обсуждает вопрос о введении обязательного тестирования лекарственных препаратов не только на наличие действующего вещества, но и на удобство их деления на части. В первую очередь это связано с заботой о пожилых пациентах. Эксперты агентства полагают, что для сохранения приверженности к лечению люди старше 65 лет в 80% случаев должны иметь возможность сломать таблетку, не прибегая к дополнительным средствам.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Статистика

Ревизия в аптечке

Абсолютное большинство россиян (94%) хранят дома запас лекарств и медицинских изделий. Такие данные были получены в ходе исследования фонда «Общественное мнение» (ФОМ). В нём приняли участие 1,5 тыс. респондентов – жителей 100 городских и сельских населённых пунктов в 43 субъектах РФ.

В домашних аптечках большинства граждан (61%) содержатся только самые необходимые препараты, но почти каждый третий наш соотечественник (31%) стремится иметь запас на самые разные случаи жизни.

Лекарства россияне покупают раз в месяц (31%) или раз в 2-3 месяца (20%). Чаще всего в их аптечках встречаются препараты от простуды, жаропонижающие (они есть у 80% семей), обезболивающие (62%), средства для лечения травм, порезов (59%), а также лекарства для «сердечников» (52%).

Большинство жителей РФ покупают лекарства лишь тогда, когда кто-то в семье уже заболел (56%). Однако около трети (35%) регулярно покупают лекарства про запас, «на всякий случай».

Ответы на вопрос «Есть какие-то лекарства, медикаменты, которые постоянно необходимы вам или кому-то из вашей семьи?» разделились практически поровну: положительно ответили 50%, отрицательно – 48%. При этом 2% респондентов затруднились ответить на этот вопрос.

Какие именно это препараты? Наиболее часто респонденты называли лекарства от болезней сердца и сосудов, сахарного диабета, вирусных заболеваний и простуды,

заболеваний желудочно-кишечного тракта. При этом более трети (36%) признали, что у них дома есть люди с хроническими заболеваниями.

Результаты опроса подтвердили общеизвестный факт, что женщины более предусмотрительны и ответственны в вопросах здоровья, чем мужчины. Так, например, они придают большее значение тому, чтобы в доме был запас необходимых медикаментов, и гораздо чаще покупают препараты.

Как показывают данные другого опроса, проведённого ФОМ, лишь 32% россиян в случае болезни обращаются к врачу. Остальные предпочитают лечиться самостоятельно, несмотря на то, что считают это неправильным.

Только 19% респондентов признали, что имеют хронические заболевания и испытывают недомогания. Почти половина участников опроса (43%) заявили, что никогда не болеют и хорошо себя чувствуют. На вопрос «Заботитесь ли вы о своём здоровье?» ответили утвердительно 66% россиян.

Среди тех, кто выбирает самолечение, 8% делают это, так как сталкиваются с трудностями при записи на врачебный приём, 7% знают, как лечиться, сами, 7% указывают на низкую квалификацию врачей; боятся и не доверяют врачам 6% респондентов, так же 6% сетуют на нехватку времени и занятость.

При самостоятельном лечении россияне, прежде всего, ориентируются на собственный опыт (49%), рекомендации врачей, полученные ранее (30%) и советы своих знакомых и близких (26%).

Ирина АНДРЕЕВА.

Изъяты!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения сообщает о поступлении информации о выявлении лекарственных препаратов, качество которых не соответствует установленным требованиям:

– тиамин-виал, раствор для внутримышечного введения 50 мг/мл 1 мл, ампулы тёмного стекла (10), упаковки ячейковые картонные (1), почки картонные, производства «Шаньдун Шэнлу Фармасьютикал Ко. Лтд.» (Китай), показатель «упаковка» (на части ампул присутствует белый налёт, в части контурных ячейковых упаковок присутствуют осколки стекла) – серии 130802;

– пульмикорт, суспензия для ингаляций дозированная, 0,5 мг/мл 2 мл, контейнеры из полиэтилена низкой плотности, пачки картонные, производства «Астра Зенека АБ» (Швеция), показатель «упаковка» (часть контейнеров содержит крупные включения белого цвета, не распадающиеся при встряхивании) – серии PAGR;

– аллохол, таблетки, покрытые оболочкой, 10 шт., упаковки ячейковые контурные, производства ОАО «Ирбитский химико-фармацевтический завод» (Россия), показатель «описание» (оболочка таблеток с многочисленными вкраплениями красного цвета) – серии 340913;

– герцептин, лиофилизат для приготовления концентрата для приготовления раствора для инфузий 440 мг, флаконы (1) в комплекте с растворителем – бактериостатическая вода для инъекций, флаконы 20 мл (1), пачки картонные, производства «Дженентек Инк.» (США)/«Ф.Хоффман-Ля Рош Лтд.» (Швейцария), упаковано ЗАО «Ортат» (Россия),

показатель «упаковка» (упаковки имеют нетоварный вид, нарушен контроль первого вскрытия, самоклеящиеся стикеры надорваны и наклеены повторно на клей) – серии № 3594/растворитель В2069;

– амброксол-виал, сироп 15 мг/5 мл 100 мл, флаконы полиэтиленовые в комплекте с мерным колпачком (1), пачки картонные, производства «Янчжоу № 3 Фармасьютикал Ко. Лтд.» (Китай), показатель «упаковка» (часть флаконов имеют нетоварный вид: грязные, липкие на ощупь) – серии 130507;

– натрия хлорид растворитель для приготовления лекарственных форм для инъекций 0,9% 10 мл, ампулы (10), пачки картонные, производства «Славянская аптека» (Россия), показатель «упаковка» (края этикеток неплотно прилегают к ампулам, этикетки ампул склеены между собой) – серии 19113;

– ацекардол, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 100 мг 10 шт., упаковки ячейковые контурные (3), пачки картонные, производства ЛОАО «Синтез» (Россия), показатель «посторонние примеси» – серии 900413;

– ацекардол, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 50 мг 10 шт., упаковки ячейковые контурные (3), пачки картонные, производства ОАО «Синтез» (Россия), показатель «посторонние примеси» – серии 1020513.

Территориальным органам Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации обеспечить контроль за изъятием из обращения и уничтожением в установленном порядке указанных серий недоброкачественных лекарственных средств их владельцами. О результатах информировать Росздравнадзор.

На недавних, третьих по счёту Войно-Ясенецких чтениях гостей принимала благословенная северная земля Нижней Вычегоды. Впервые конференция подобного рода, приуроченная к 130-летию автора учебника «Очерки гнойной хирургии», состоялась в октябре 2007 г. на базе Котласской центральной городской больницы. Тогда решался вопрос о присвоении учреждению имени святителя Луки: во время своей очередной ссылки владыка и опытный хирург, уже получивший широкую известность в медицинских кругах, некоторое время работал в котласской больнице. В этом году встречу подготовили Коряжемская городская больница и санаторий «Сольвычегодск».

Здесь след оставил владыка

В своей автобиографической книге «Я полюбил страдание...» архиепископ пишет: «23 апреля 1930 г. я был вторично арестован. На допросах я скоро убедился, что от меня хотят добиться отречения от священного сана. Тогда я объявил голодовку протеста... я дошёл до такого состояния, что едва мог ходить по больничному коридору, держась за стены. Пробовал читать газету, но ничего не понимал, ибо точно тяжёлая пелена лежала на мозгу.

Приблизительно через неделю я был отправлен по этапу и ехал в арестантском вагоне до Самары... пересадка в Москве в другой арестантский вагон и путь дальнейший до города Котласа. В вагоне было такое множество вшей, что я утром и вечером снимал с себя всё бельё, и каждый день находил в нём около сотни. В пути мы получали по куску хлеба и по одной сырой селёдке на двоих. Я их не ел.

По приезде нас поместили за три версты от города, на песчаный берег Северной Двины, в лагерь, получивший название «Макариха», состоявший из двухсот барачков, в которых целыми семьями жили «раскулаченные» крестьяне очень многих русских губерний. Двускатные досчатые крыши барачков начинались прямо от песчаной земли. В них было два ряда нар и срединный проход. Во время дождей через гнилые крыши лились в барачки потоки воды. Вскоре меня перевели из Макарихи в Котлас и предложили вести приём больных в амбулатории, а несколько позже перевели как хирурга в котласскую больницу».

Очень сложный, поистине исповеднический и подвижнический путь архиепископа Луки (Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого) оставил неизгладимый след в сердцах северян. Именно поэтому Котласская городская больница сегодня носит имя святителя и хирурга, а Северный государственный медицинский университет является непосредственным инициатором проведения Войно-Ясенецких чтений. Одной из лекционных аудиторий вуза присвоено имя архиепископа Луки.

Два года подряд чтения проходили в стенах СГМУ, в этом году формат мероприятия сменился, что позволило привлечь к участию в работе научно-практической конференции врачей-хирургов со всего юга нашего региона.

По делам слава

От Архангельска до Коряжмы более 600 км. Дорога разная: где-то трасса ровная с белоснежной разметкой, а где-то разбитая лесовозами и до невозможности пыльная. Жарко, но мы закрываем все окна, чтобы не наглотаться пыли; за окнами

Живая история

Что в имени тебе моём?

Несколько памятных страниц из жизни Поморья



ничего не видно, только слышно, как стучит по микроавтобусу выбитая тяжёлыми колёсами КамАЗов щёбенка. Брин-Наволоки, Емецк, Монастырёк, Березник, Шипицыно, Котлас, Вычегодский – все эти населённые пункты юга Архангельской области остаются позади, приближая нас к пункту назначения. Сопровождая группу сотрудников СГМУ в качестве корреспондента, я всю дорогу думаю, почему Коряжма? Там архиепископ Лука ни разу не был и не работал...

По приезде нас встречает главный врач Коряжемской городской больницы Сергей Хохлов, кратко рассказывает о планах на завтра. Первый день чтений должен начаться с молебна и освящения часовни в честь святителя Луки на территории медсанчасти.

В перерыве между пленарным и секционным заседаниями спрашиваю у главного врача, почему часовню в больничном городке решили освятить в честь Войно-Ясенецкого.

– Когда меня в Коряжму главным врачом назначили, – отвечает Сергей Витальевич, – то я оказался в очень непростой ситуации: строительство медико-санитарной части больницы на 320 коек началось ещё в прошлом веке – в 1990 г. За этот период успел развалиться СССР, сменились три президента и столько же коряжемских градоначальников, родились два поколения горожан. Больница очень долго строилась, всякие препятствия возникали, осталось уповать только на Божию помощь, и решили часовню поставить. О святителе Луке я узнал ещё студентом, когда учился в Архангельском медицинском институте. По специализации всегда хотел быть хирургом, и настольной книгой для нас, тогдашних студентов, были именно «Очерки гнойной хирургии» Войно-Ясенецкого. Позже, когда работал в Котласе, портрет святителя всё время был перед глазами – он находился в нашей ординаторской ещё до того, как больницу назвали его именем.

К нашему разговору подключается доцент кафедры хирургии СГМУ Виктор Рехачев:

– Я хочу отметить, что судьба владыки удивительно связана с нашим северным краем и его людьми. Когда святитель был в Красноярском крае, началась Великая Отечественная война, и он обратился к М.И.Калинину с просьбой прервать очередную ссылку и направить его для работы в госпиталь, на фронте или в тылу: «Являясь специалистом по гнойной хирургии, могу оказать помощь воинам...» Ответ пришёл незамедлительно. В конце июля владыку назначили консультантом

всех госпиталей Красноярского края и главным хирургом эвакогоспиталя № 1515. Благодаря его блистательным операциям тысячи солдат и офицеров вернулись в строй. Злые и завистливые люди, которые сопровождали Луку всю его жизнь, написали на него донос – много осложнений, летальных исходов. Была назначена правительственная комиссия, которая могла по-разному решить судьбу хирурга. И так сложилось, что возглавлял её в то время уроженец Шенкурского района, наш земляк профессор Николай Приоров (его именем сейчас названа одна из улиц Архангельска). Не побоявшись ответственности, профессор Приоров отметил, что нигде он не видел таких блестящих результатов лечения инфекционных ранений суставов, как у владыки Луки, и не только не запретил тому работать, но и наградил грамотой и благодарностью Военного совета Сибирского военного округа.

Добавляет главный врач Котласской медико-стоматологической клиники Сергей Суханов:

– Я специально изучаю тему увековечивания памяти святителя Луки (Войно-Ясенецкого), и для себя сделал вывод, есть много мест, где этот великий человек никогда не был, но там находятся посвящённые ему храмы, часовни, скульптуры, мемориальные доски, особенно чтят его в Греции.

Сегодня почитание святого и хирурга распространяется далеко за пределы нашей страны, а когда-то, в далёком 1931 г., когда Войно-Ясенецкого перевели из Котласа в Архангельск, город принял Валентина Феликсовича, мягко сказать, неприветливо. «В первый год жизни в Архангельске я испытывал большие затруднения в отношении квартиры и был почти бездомным. Не только врачи больницы, но, к удивлению моему, даже епископ Архангельский, встретили меня довольно недружелюбно». Как ссыльного заставляли работать одного за трёх врачей (на две амбулатории), что требовало максимального напряжения сил и не могло не сказаться на здоровье владыки. Не имея возможности больше терпеть грубое и несправедливое отношение со стороны городского райздравотдела, Лука просит перевести его из Архангельска, тем более что он обнаруживает у себя опухоль, похожую на раковую. Опухоль оказывается доброкачественной, Войно-Ясенецкого успешно оперируют в Ленинграде, и он ещё какое-то время живёт и работает в нашем городе. В 1934 г. его приглашают возглавить кафедру хирургии в недавно открывшемся медицинском институте, но он отказыва-

ется и уезжает в Ташкент... Будь отношение архангельских коллег более человечным к почти 60-летнему, больному, пережившему уже красную и туруханскую ссылки профессору, наш вуз мог бы гордиться тем, что когда-то на его кафедре преподавал гениальный хирург и святой. Но не случилось... и, исправляя ошибки тех, кто 80 лет назад, может, струсил, а может, выказал призрение, мы каждый год собираемся на Северной земле, чтобы почтить память великого человека. Подтверждением этой мысли стали слова главы администрации Коряжмы Валерия Елезова:

– Все мы знаем биографию Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого и можем представить, насколько это была мощная и сильная личность – 20 лет в ссылках, и тем не менее спасал людей, лечил не только тела, но и души человеческие. Благодаря этому человеку, в память о нём мы собрались здесь, чтобы обменяться бесценным опытом. Приехали представители профессорско-преподавательского состава СГМУ, которые, я думаю, с удовольствием представят свои лучшие наработки. Коряжемские, котласские врачи, специалисты из Великого Устюга получают определённые знания, которые будут претворены в их каждодневную практику. Сегодняшний форум проходит, прежде всего, ради этого, чтобы люди знали – если появился доктор, значит, высокотехнологичная, квалифицированная помощь обеспечена!

Слова коряжемского градоначальника не остались пустым звуком, архангельские клиники – профессора, доценты и преподаватели СГМУ – не только поделились своими знаниями, но и провели во время форума большую консультативную работу с местным населением.

Улица хирурга Глейха

Во время обсуждения итогов чтений заведующий кафедрой факультетской хирургии СГМУ профессор Сергей Дыньков отметил:

– Эта встреча касается не только клинических проблем, но и вопросов, связанных с воспитанием будущих врачей. Я рад, что мы вернулись к пониманию того, что надо не только учить, но и воспитывать, направлять, давать правильные жизненные ориентиры. Обращаясь к светлому образу святителя Луки, я пришёл для себя к выводу, что профессии врача и священнослужителя очень близки, так как в их основе лежит жертвенность. И, воспитывая наших студентов, необходимо говорить о том, что, чтобы стать хорошим специалистом, необходимо чем-то жертвовать – своим временем, комфортом, благами. Всегда рассказываю студентам, как 31 декабря, в выходной, канун Нового года, заместитель главного врача по хирургии собрал нас с утра на консилиум – приехали все. Было принято трудное решение об отказе от повторной операции тяжёлой больной. Женщины выздоровели и ещё долго вспоминала этот случай, благодарила. Что нами тогда руководило? Не желание остаться в истории, конечно, а чувство врачебного долга.

Я интересуюсь у главного врача Коряжемской городской больницы:

– Сергей Витальевич, вы руководите достаточно современным оснащённым учреждением, и Войно-Ясенецкие чтения начались не только с освящения часовни, но и с ввода в эксплуатацию нового компьютерного 64-срезового томографа. Что вам ещё необходимо для успешной работы?

– Самый большой минус районных и областных больниц, – отвечает он, – дефицит кадров. Я просто задыхаюсь без педиатра и анестезиолога. У нас и условия хорошие, и жильё я готов предоставить новое, но не едут молодые специалисты в район. В последнее время, к сожалению, многое стало сводиться к деньгам, мы вошли в рыночные отношения. В городах развивается частная медицина – клиники, стоматологические кабинеты, диагностические центры. Там заработки приличные. Раньше, когда мы институт оканчивали, на первом месте стояло чувство полезности своей работы, даже если ты в сельской больнице трудишься. Люди были другие – они жили своей профессией, как святитель Лука, в любых условиях, лишь бы оперировать, людям помогать. В нашей больнице тоже такой подвижник работал – Александр Глейх, хирург, который, как и Войно-Ясенецкий, попал в наши края не по своей воле. В начале Великой Отечественной войны его семью сослали в Котлас – фамилия у отца была немецкая. Сам Александр Густавович с 1961 г. работал в Коряжемской больнице, был бессменным заведующим хирургическим отделением. 30 лет оперировал, брался за самые тяжёлые случаи, и не сосчитать, сколько жизней спас. По статистике, за один год Глейх выполнил треть из 960 операций хирургического отделения. Причём операции бывали очень сложные. Например, одному парню отскочивший от пневмомолотка дюбель попал в сердце и застрял в сердечной мышце. Опыт операций на сердце в Коряжме отсутствовал, но надо было срочно оперировать. Глейх взялся и сделал, парень выжил. Как вспоминают, был он не только врачом от Бога, но и человеком широкой души, доброго сердца, всего себя отдавал спасению людей. В холле нового корпуса больницы находится мемориальная табличка с его именем, и улицу, которая к новому больничному городку ведёт, переименовали в улицу Глейха.

* * *

Мы покидаем так тепло нас принявшую Коряжемскую землю. Я слушаю ворчание водителя, которому везти нас ещё 10 часов до Архангельска, щелчки о капот микроавтобуса выбитой щёбенки и думаю... Пока имена самоотверженных врачей, посвятивших жизнь страждущим людям, звучат в названиях наших улиц, больниц, медицинских вузов, научных конференций, будет сохраняться не только память об их подчас скромном подвиге, но и благодарность пациентов, преемственность поколений и престиж нашей медицинской профессии.

Екатерина НЕМАНОВА.

Архангельск – Коряжма.

НА СНИМКЕ: Епископ Котласский и Вельский Василий на освящении часовни в честь святителя Луки.

Фото автора.

В литературе об этом
не сообщалось

Бытует миф, что у медиков заболевания протекают не так, как у рядовых граждан. И лечатся сложнее. Мол, у лиц медицинских профессий затруднена правильная постановка диагноза из-за часто нестандартного проявления болезней, а во время лечения возникают осложнения, которые трудно прогнозировать. Особенно это касается хирургических вмешательств. Согласно другому мифу, хирург не должен оперировать своих родных и близких. Эта байка расхожа в медицинских кругах и довольно часто подтверждается в реальной жизни.

Среди моих пациентов были медики разных специальностей и служебных рангов, многие живы и сегодня, прекрасно выполняют свои профессиональные обязанности. К сожалению, были и такие, которым нельзя было помочь, даже сделав сложную операцию.

Операции у пациентов с врожденными пороками сердца, выполняемые в условиях искусственного кровообращения, в нашей Тюменской областной клинической больнице начали делать в 1975 г. Тогда два первых вмешательства прошли успешно. Третьим в списке был 25-летний студент 6-го курса Тюменского медицинского института. У него обнаружили громадных размеров дефект межжелудочковой перегородки, который давал о себе знать очень тяжело: одышка покоя усиливалась при физической нагрузке, была постоянная тахикардия, отеки на ногах, выраженная общая слабость, акроцианоз.

Операционная бригада, в которую входили кардиохирург Анатолий Иванович Клепалов, анестезиолог Анатолий Кузьмич Заичко, перфузиолог Иван Григорьевич Ерёмин и операционная сестра Светлана Александровна Петрова, осознавали, что опыта ещё было маловато, а риск большой. Операция, к счастью, прошла хорошо, дефект в перегородке был закрыт аутоперикардом, но когда пациент вышел из наркоза, то оказалось, что он ничего не видит. Слепота на оба глаза про-

А ещё был случай

Когда пациент — коллега



должалась 7 суток, затем зрение полностью восстановилось.

Подобного осложнения в литературе мы не нашли. Тогда коллективно предположили, что во время операции произошла воздушная эмболия в зрительный анализатор центральной нервной системы.

Но это было ещё не всё, что нашему молодому коллеге уготовила, согласно мифу, профессиональная принадлежность в плане осложнений.

Послеоперационный период до определённого времени протекал обычно, но затем единственной жалобой пациента стали частые болезненные мочеиспускания. Его многократно консультировали урологи, он получал полноценное лечение острого цистита, а симптомы то утихали, то усиливались. С этим его и выписали.

Пациент уже забыл об операции, а цистит не давал покоя. Прошло почти три месяца. И вот перед Новым годом пациент пришёл ко мне и показал мочевой катетер уже «инкрустированный» солями. Причём удивительное совпадение — накануне ночью его жена родила дочку, а он «родил»

катетер. Это значит, что когда больной лежал в реанимации, у него несколько первых суток стоял постоянный катетер, который из-за небольшого диаметра, видимо, мигрировал в мочевой пузырь, а дежурная медсестра, на смене которой это случилось, этот факт скрыла.

Катетер и поддерживал длительный воспалительный процесс мочевого пузыря. У нас, докторов, даже не возникло мысли сделать цистоскопию. Когда катетер в мочевом пузыре развернулся тупым концом в сторону внутреннего отверстия мочеиспускательного канала, струя мочи вывела его наружу и «цистит» быстро разрешился.

Вскоре наш пациент окончил институт, прошёл интернатуру по анестезиологии и вот уже 37 лет работает анестезиологом-реаниматологом в центральной районной больнице.

И как после такой истории не поверить в байку?

Законченный оптимист

Второй мой пациент-коллега тоже анестезиолог-реаниматолог с большим стажем. Я его

считаю героическим и уникальным больным. Посудите сами. В детстве он перенёс ревматизм, в результате которого сформировался аортальный порок. Уже в зрелом возрасте порок осложнился инфекционным эндокардитом, и створки клапана стали малоподвижными из-за кальциноза. С аортального клапана инфекция разносилась по всему организму, клинически это проявлялось пиодермией на лице, кистях, грудной клетке, а затем случилось очень серьёзное осложнение: кальцинированный кусочек с аортального клапана оборвался и током крови его занесло в артериальный сосуд, питающий тонкую кишку. Последовал некроз части кишки и, соответственно, срочная операция — резекция некротизированного участка кишечника.

На этом вроде все страдания должны были завершиться, как вдруг возникло серьёзное внутрибрюшинное кровотечение в ответ на введённый после операции гепарин. Взяли на повторную операцию, и она закончилась благополучно. Через три недели доктор вышел на работу.

Однако прогрессирование хронической сердечной недостаточности и баэкэндокардита с частой эмболизацией инфекции осложнилось менингитом, с которым с большим трудом справились неврологи. Всё это стало абсолютным показанием к операции протезирования аортального клапана, которое в августе 1994 г. и было выполнено кардиохирургом нашей больницы Владимиром Ивановичем Янковым.

После операции прошло два года, в ординаторской раздался телефонный звонок. Сиплым голосом мой пациент-коллега сообщил, что у него нарастает хрипота, он с трудом говорит, а лечение у оториноларинголога не даёт эффекта. Приехал, госпитализировали его в лор-

отделение, там срочно сделали биопсию и диагностировали опухоль голосовой связки. Ещё одно хирургическое вмешательство — половинная резекция гортани, трахеостома. Почти месяц у него стоял назогастральный зонд, через который он питался. Зонд причинял массу неудобств, трахеостома постоянно провоцировала кашель и напряжение брюшного пресса из-за него. В результате образовалась большая послеоперационная грыжа передней брюшной стенки.

По прошествии года после резекции гортани наш пациент снова вернулся в больницу и настаивал на устранении грыжи, мешающей ему работать.

Меня волновали два вопроса: смогу ли я провести интубацию трахеи, чтобы обеспечить адекватную искусственную вентиляцию лёгких, и что будет с дыханием после операции?

Интубация эндотрахеальной трубкой малого диаметра — с большими техническими трудностями — удалась, и после операции ни отёка, ни воспаления в месте наибольшего сужения гортани не возникло. И с грыжей, которая была больших размеров — от невидимого отростка до лобка — на всю длину послеоперационного рубца, успешно справился заместитель главного врача по хирургии, профессор кафедры факультетской хирургии Тюменского медицинского института Борис Корнеевич Гиберт.

Сейчас наш коллега продолжает работать по своей специальности, водит машину, он — «законченный оптимист». А ведь перенёс пять операций высокого риска! Вот как бывает, когда нашими пациентами становятся наши коллеги.

Анатолий РУДАКОВ,
анестезиолог-реаниматолог
высшей категории Тюменской
областной клинической больницы,
заслуженный врач РФ.

СКАНВОРД																																													
«Цим-белин», перс.	Оме-празол	Для табака	Белор. поэт	Пьеса Алешина	Делает мед	Точка зрения	Противогрибковое	Япон. блюдо	Рос. лыжница	Трагикомедия Корнеля	Крупный рогатый ...	Червь в организме	Турец. писатель	Греч. богиня ночи	Город Омской обл.																														
Звезда Андромеды	«Босно-ногий мальчик»	Корсак	Аддис-...	Черепашья острова	«Босно-ногий мальчик»	Противогрибковое	Слов-варный состав языка	Неис-тово	«Бабушкин ...» Поленов	Укорочение	Борт судна	Осадки	Кондит. изделие	Много-летний лед	Брат Ромула																														
Бельг. архитектор	Легкий хмель-ной напиток	«Давид и ...» Рембрандт	Способ деления клеток	Егип. богиня плодородия	Польна	Снежный гриф	Панам-ский	Буква кирил-лицы	Аватор Валерий Шаршуков	Глаза	Краска	Х	М	О	З	Г	С	Е	Г	И	Д	Р	И	Н																					
БРЕДА	А	Я	Ц	РО	ЗО	Л	И	Т	Б	К	У	М	Г	И	Л	Е	Н	А	Б	Т	Р	С	Е	А	Н	С																			
ШТОРМ	О	И	П	И	Р	О	Г	А	Ф	А	В	О	Р	О	Б	Л	М	А	В	Г	У	С	Т	Р	З	А	Р	Я	Ж	Ф	И	Г	А	Р	О										
АЖИО	Р	Ж	К	И	П	Л	С	Т	А	Д	И	Я	В	А	Т	Т	Ц	Ш	А	Д	О	В	А	С	О	У	Д	Е	Н	О	М	Б	И	В	А	Ч	Е	А	Т	И	Р	Е	З	О	Н
Н	Г	А	Д	Е	С	Н	О	Т	О	М	Б																																		

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 47 от 02.07.2014.