

Медицинская

26 февраля 2016 г.
пятница
№ 13 (7633)

Газета®

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

В центре внимания

О героях былых времён...

Памятник, посвящённый военным врачам и медицинским сёстрам, открыт в Химках



Место для скульптурной композиции было выбрано не случайно. На территории Московского государственного института культуры (МГИК) во время Великой Отечественной войны располагался госпиталь. В этом лечебном учреждении спасли жизни свыше 5 тыс. солдат и офицеров. Зелёный сквер перед учебным корпусом (в военные годы - госпиталь), где расположен монумент, излюбленное место прогулок горожан летом.

Уфимский скульптор Денис Строгович на народные пожертвования изобразил момент, когда вылеченный после ранения офицер прощается с доктором и медсестрой около входа в госпиталь. Они провожают его на фронт. Всё выполнено в стилистике тех далёких лет. Это отметили министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, министр культуры

Во время открытия памятника

Владимир Мединский, губернатор Подмосковья Андрей Воробьёв, ректор МГИК Иван Лобанов, ветераны и общественные деятели, студенты, которые в День защитника отечества стали участниками церемонии открытия монумента.

Военному врачу Аде Деминой и одному из курсантов кадетского училища была предоставлена честь снять покров с памятника. Этот момент сопровождался исполнением гимна России.

Во время войны погибло 85 тыс. медицинских работников, — напомнила Вероника Скворцова. — Из каждой сотни сражавшихся бойцов — 85 вышли из госпиталей, 77% раненых возвращались в строй. Не случайно говорили о том, что войну выиграли медики. Это беспрецедентный подвиг. Работа военных медиков, конечно,

и сейчас крайне значима и ответственна.

У наших врачей золотые руки, наши медсёстры проявляли чудеса храбрости, вынося с поля боя бойцов. Это правильное место, историческое, парк очень любим местными жителями, — отметил на церемонии Владимир Мединский.

После церемонии открытия памятника состоялся осмотр выставки Всероссийского музыкального объединения музейной культуры им. М.И.Глинки «70 мелодий Победы», которая расположена в центральном корпусе МГИК». Это стало логическим завершением праздничной программы.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Московская область.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Лейла НАМАЗОВА-БАРАНОВА,
заместитель директора
Научного центра здоровья детей,
член-корреспондент РАН:

Дети не должны страдать от некомпетентных решений политиков.

Стр. 6



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра Москвы
по вопросам социального развития,
профессор, заслуженный врач РФ:

Неинвазивные методы диагностики при диссеминации в лёгких далеко не всегда эффективны.

Стр. 12



Александр НЕРОБЕЕВ,
вице-президент Общества
эстетической медицины,
профессор:

Я часто беру пациентов, которых, признаюсь, оперировать уже нельзя, это так называемые «операции риска».

Стр. 16

Угроза

Кашель курильщика. Это очень опасно!

По данным недавнего Всероссийского социологического исследования, проведённого фондом «Общественное мнение» и компанией ГСК, 25% россиян испытывают симптомы хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ): одышку, затруднённое дыхание и хронический кашель. Среди курильщиков этот показатель достигает 35%. При этом только 37% из людей, имеющих эти симптомы, слышали о ХОБЛ и лишь 18% консультировались по этому поводу с пульмонологом.

В исследовании приняли участие 1,5 тыс. человек в возрасте старше 18 лет. Репрезентативная стратифицированная выборка включает жителей более 100 населённых пунктов в 53 субъектах РФ.

Оказалось, 33% опрошенных курят, а 18% регулярно это делали в прошлом. Несмотря на то что 80% граждан, в том числе и 61% курильщиков, считают курение действительно опасным для здоровья, Россия продолжает занимать первые строчки мирового рейтинга по количеству курящих среди мужчин и женщин.

Согласно опросу, эта вредная привычка наиболее распространена в крупных городах: курят 43% москвичей и 34% жителей городов-миллионеров, а в городах с населением от 250 тыс. до 1 млн жителей и сёлах — 29 и 30% соответственно.

56% курящих приветствуют введение антитабачных мер, что свидетельствует о том, что они действительно осознают вред не только активного, но и пассивного курения.

Особую тревогу вызывают данные опроса, свидетельствующие о плохой информированности людей о возможных последствиях курения. По данным ВОЗ, курение является основной причиной возникновения такого грозного заболевания, как ХОБЛ. Проведённое исследование подтвердило, что симптомы, сопутствующие ХОБЛ и встречающиеся у 25% опрошенных, очень редко вызывают у них серьёзные опасения. Зачастую проблемы дыхательной системы воспринимаются курильщиками как нечто обычное и проходящее, поэтому лишь 43% участников опроса, наблюдающих у себя эти симптомы, обращались по поводу них к врачу и лишь 18% консультировались со специалистом-пульмонологом.

Тем временем показатели смертности от ХОБЛ среди курильщиков максимальны в сравнении с другими группами населения. По данным Европейского респираторного общества, на ранних стадиях ХОБЛ выявляется лишь в четверти случаев. Большинство же людей не воспринимают симптомы ХОБЛ как нечто серьёзное и обращаются за помощью лишь спустя годы.

В России, по официальным данным, болезнь диагностирована примерно у 2,7 млн граждан, в то время как расчётное число больных достигает 11 млн. Есть надежда, что представленные результаты помогут врачам и пациентам по-новому взглянуть на проблему ранней диагностики и в перспективе положительно повлияют на печальную статистику инвалидизации и смертности от последствий ХОБЛ.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

События

Пульс и давление — залог настроения

Столичный Департамент здравоохранения по результатам проведённого конкурса осуществил закупку для городских медицинских организаций 317 цифровых автоматических измерителей артериального давления и частоты пульса.

Эти аппараты просты в употреблении и позволяют пациентам самостоятельно контролировать важнейшие показатели жизненных функций человека. Время проведения измерения составляет всего 55 секунд. Воспользоваться ими может каждый посетитель городской поликлиники перед приёмом врача, в том числе при диспансеризации на-

селения, проведении дней здоровья, а также во время профилактических медицинских осмотров.

Данные измерений автоматически регистрируются в памяти прибора. Они могут быть распечатаны для внесения в историю болезни или переданы в электронную карту пациента. Время распечатки на встроенном принтере составляет 5 секунд.

Закупленные тонометры относятся к самым современным измерительным системам, сочетающим простоту и точность. Кроме того, в таких приборах реализованы функции безопасного использования: инфракрасный датчик присутствия пациента, авто-

матическая индивидуальная настройка диаметра измерительной манжеты перед каждым использованием, защита от чрезмерного накачивания воздуха в манжету, электрическая и механическая системы аварийного срабатывания воздуха из манжеты.

По последним официальным сведениям, в медицинские организации уже поставлены 210 медицинских приборов, в том числе — в 29 городских поликлиник. Завершение поставок запланировано к середине июня.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Сити!

Москва.

Новости

Верный стимул
для молодых кадров

Власти Московской области объявили о требованиях к кандидатам, которые могут претендовать на получение льготной социальной ипотеки, и рассказали о порядке их отбора.

В рамках программы бюджет покрывает весь кредит, а врач, учитель или учёный платит только проценты. По этой программе в 2016 г. жильё купят 287 врачей, 50 учителей и 58 учёных. В программе смогут принять участие главные врачи, терапевты/педиатры, узкие специалисты и врачи скорой помощи, работающие в перинатальных и сосудистых консультативно-диагностических центрах, психоневрологических диспансерах и на станциях скорой помощи. Среди требований к кандидату – врачебный сертификат, высшая или первая квалификационная категория, медицинский стаж не менее 5 лет, рекомендация Медицинской палаты и главных специалистов РФ, а также 10-летний рабочий стаж, российское гражданство и возраст до 45 лет.

Новая программа предполагает трёхступенчатую систему. За её выполнение персонально отвечают председатель правления Врачебной палаты Московской области Сергей Лившиц, директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, главный терапевт Минздрава Московской области, декан Московского областного научно-исследовательского клинического института им. В.Ф.Владимирского, доктор медицинских наук Наталья Санина, главные врачи и руководители медицинских округов.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

Вручена «Синяя птица»

В ходе закрытия XIX Конгресса педиатров России руководителю Росздравнадзора Михаилу Мурашко была вручена Национальная общественная премия в области редких заболеваний «Синяя птица».

Премия «Синяя птица» учреждена общественной организацией «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям» в 2010 г. Главными её задачами являются общественное признание заслуг в сфере оказания помощи людям с редкими заболеваниями, улучшение уровня осведомлённости медицинского сообщества, привлечение внимания государственных органов к совершенствованию законодательства в области редких заболеваний, повышение качества диагностики и лечения, медицинской и социальной реабилитации пациентов, создание новых средств лечения и диагностики.

«Мы чувствуем постоянную поддержку и опору со стороны Росздравнадзора, – подчеркнула во время награждения вице-президент общественной организации «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям» Ольга Павлова. – Наше сообщество выражает благодарность за помощь и созданную в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения команду профессионалов и неравнодушных людей».

Алексей МАРИНИН.

ЭКО становится прозрачным

С нынешнего года у жителей Новосибирской области, которые находятся в листе ожидания на бесплатную – за счёт средств ОМС – процедуру экстракорпорального оплодотворения, появилась возможность следить за движением очереди: специальный раздел для этого создан на сайте Министерства здравоохранения области. Максимальная прозрачность предоставления данной услуги обусловлена тем, что число новосибирцев, желающих участвовать в программе, постоянно и заметно растёт.

– В 2015 г. процедуру ЭКО прошли 206 жителей региона, на это было направлено 19,4 млн руб. В нынешнем году запланировано выполнить 650 процедур. На эти цели выделены около 70 млн руб., – сообщил заместитель министра здравоохранения Новосибирской области Андрей Лиханов.

Минздрав заключил договоры о предоставлении данного вида вспомогательных репродуктивных технологий за счёт средств ОМС с 6 медицинскими организациями.

Елена БУШ.

Новосибирск.

Прочь, простуда и грипп!

В селе Васильевка Белогорского района Амурской области решили противостоять эпидемии гриппа нетривиальным способом. Здесь в качестве профилактических мер используют нетрадиционные методы.

Васильевская школа получила статус экспериментальной областной площадки по здоровьесбережению и стала базовым учреждением в районе по внедрению и распространению опыта среди учреждений сёл в данном направлении.

Для профилактики ОРВИ и гриппа васильевцы используют не только традиционные методы. Здесь вовлекают детей в «творческие конкурсы». Например, в образовательном учреждении используют такой натуральный противовирусный продукт, как чеснок. В школе объявили конкурс на самое оригинальное «ожерелье здоровья» из чеснока. Для изготовления пахучего «здорового» аксессуара учащиеся приспособили бусины, бисер, ленты, различную фурнитуру.

Дают детям чай с лимоном, фиточай с полезными травами и ягодами.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Амурская область.

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

Ориентир

Высокое искусство
постановки диагноза

Как снизить риски сердечно-сосудистых катастроф

Очередная сессия цикла образовательных сессий для врачей первичного звена «Амбулаторный приём» прошла в Москве. В своём вступительном слове руководитель сессии, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, доктор медицинских наук, профессор Аркадий Вёрткин наибольшее внимание уделил проблеме сосудистого возраста. «У гипертоников сосудистый возраст на 10 лет превышает биологический. Наша задача – привести биологический и сосудистый возраст к одному уровню, – отметил доктор. – Ведь каждый гипертоник в финале умирает от сердечно-сосудистых катастроф. Каждый пятый инсульт связан с фибрилляцией предсердий. А тем более, если в анамнезе у пациента есть сахарный диабет – риск развития как инсульта, так и фибрилляции предсердий значительно увеличивается», – подчеркнул он.

По мнению А.Вёрткина, прогноз больного во многом зависит от уровня артериального давления. Даже небольшое его повышение сопровождается риском сердечно-сосудистых катастроф, поэтому следует приводить давление пациента к оптимальным цифрам – 120/80 мм рт.ст. Если же гипертония отягощена сахарным диабетом, не будет выздоровления без ходьбы и физических нагрузок. Также в амбулаторной карте следует отмечать такой отягощающий фактор, как ожирение.

«Идти в поликлинику следует даже в случаях и незначительных повышений артериального давления. Пока только половина больных гипертонией лечатся, из них 1/3 назначенные медикаменты не принимает. У половины больных дома нет тонометра», – с сожа-



Артериальное давление следует приводить к оптимальным цифрам

лением констатировал Аркадий Львович.

По словам президента Российского научного медицинского общества терапевтов академика РАН Анатолия Мартынова, у нас в стране правильно измеряют уровень артериального давления только 10% врачей. Большинство российских докторов не в состоянии работать одновременно с пациентом и компьютером. Более того 40% медиков компьютером вообще не владеют и не могут по нему проверить даже совместимость назначаемых препаратов. Как считает А.Мартынов, для каждого врача необходимо создать «личный кабинет», где для пациента должен быть доступен рейтинг каждого специалиста. Среди главных проблем отрасли докладчик отметил недостаток кадров, небольшую зарплату, нерешённую проблему медицинского образования.

По традиции на сессии уделено внимание проблеме постановки диагноза. Так, по современной классификации заболеваний, не допускается в качестве основного заболевания указывать только групповые понятия: «Ишемиче-

ская болезнь сердца» без последующего уточнения конкретной нозологической единицы (соответственно, например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный кардиосклероз» и пр.). В комбинированном основном заболевании нозологические единицы из группы острых ишемических болезней сердца (острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда, варианты инфаркта миокарда) имеют как танатогенетический, так и медико-социальный приоритет и, по возможности, выставляются на первое место.

Итак, диагноз должен быть нозологическим, соответствующим международной номенклатуре и классификациям болезней, развёрнутым, содержать дополнительную характеристику патологических процессов, этиологическим и патогенетическим, структурно оформленным, фактически и логически обоснованным (достоверным), а также своевременным и динамичным.

Иван МАГЕР.
корр. «МГ».Фото
Александра ХУДАСОВА.

Перспективы

Сбережение народа
начинается с семьи

В старинном городе Таре, что на севере Омской области, начал работу форум «Союза матерей России». И не случайно, что именно этот глубинный район Западной Сибири, до центра которого от Омска 300 км, был выбран для открытия и первого заседания координаторов и активистов общественного движения из всех федеральных округов нашей страны. Здесь ещё крепки здоровые семейные традиции, в цене крепость супружеских уз и ответственное отношение к воспитанию детей. А главные темы, которые намечено рассмотреть на форуме, как раз и посвящены вопросам поддержки семьи, материнства и детства.

Организовали это масштабное мероприятие Государственная Дума РФ, Правительство Омской области и Омская митрополия Русской православной церкви.

Во время торжественного открытия форума прошло награждение памятными знаками «Золотое сердце» многодетных мам-сибирячек, после чего участники встречи выступили с докладами и сообщениями о государственной политике в социальной сфере,

первоочередная задача которой – защита семей с детьми, оказание поддержки людям с ограниченными возможностями здоровья и дальнейшее продвижение программы «Доступная среда».

Не осталась без внимания и такая тема, как духовно-нравственное и патриотическое воспитание подрастающего поколения. А когда речь зашла о дополнительном и дошкольном образовании, было отмечено, что в Омской области

успешно выполнены майские указы Президента РФ, в результате чего здесь ликвидирована очередь в детские сады, и теперь мамы могут реализовывать себя в различных сферах деятельности на благо общества.

Форум «Союза матерей России», начатый в Таре, продолжится в Омске. В его программе на дискуссионных площадках сибирского мегаполиса будут обсуждены такие темы, как демографическая ситуация в стране, «Образование и наука. От услуги – к накоплению человеческого капитала», роль современного здравоохранения в сбережении народа и многие другие.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Проекты

Выплаты по больничным увеличат?

Председатель Комитета Совета Федерации по регламенту и организации парламентской деятельности Вадим Тюльпанов внёс на рассмотрение Государственной Думы РФ законопроект, предлагающий увеличить выплаты по больничным листам в случаях инфекционных заболеваний до 100% от заработной платы.

В качестве соавтора В.Тюльпанова выступила врач, представитель в Совете Федерации от исполнительного органа государственной власти Новосибирской области Надежда Болтенко.

Если люди будут уверены, что они не потеряют в зарплате, выйдя на больничный, то станут более серьёзно относиться к своему здоровью и здоровью окружающих, считают авторы законопроекта. «Если эта система заработает, Фонд социального страхования будет тратить не больше, а меньше средств, ведь число заболевших уменьшится, потому что вирус не будет распространяться в офисах и общественных местах людьми, которые, подхватив болезнь, из экономии не берут больничный лист», – говорит В.Тюльпанов.

Сенатор напомнил, что по дей-

ствующему законодательству оплата дней на больничном зависит от страхового стажа: 60, 80 или 100% соответственно выслуге застрахованных лет, в течение которых за работника отчислялись взносы в Фонд социального страхования.

Предложенный законопроект уравнивает все категории застрахованных в случае, если речь идёт о вирусном общественно опасном заболевании – гриппе или ОРВИ. Право на 100-процентную оплату дней на больничном работник получает раз в год, срок такого больничного может достигать 10 календарных дней.

Если болезнь длится дольше, остальные дни будут оплачиваться в размере, определяемом в зависимости от продолжительности страхового стажа застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством.

Как информирует Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Росздравнадзор), на середину февраля в целом по РФ продолжало регистрироваться «широкое распространение заболеваемости гриппом и ОРВИ при тенденции к снижению».

Превышение недельных эпидемических порогов по совокупному населению остаётся в 40 субъектах Федерации.

Превышение эпидпорога по центральному городу без превышения эпидпорога по субъекту зарегистрировано в 9 городах: Орёл, Сыктывкар, Новгород, Чебоксары, Кызыл, Омск, Владивосток, Хабаровск, Благовещенск.

По результатам вирусологического мониторинга в структуре циркулирующих респираторных вирусов по-прежнему преобладают вирусы гриппа (до 71%) с доминированием вируса гриппа A(H1N1)2009.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Решения

Расходный материал сделать доходным

Способен ли Санкт-Петербург взять на себя выпуск медицинских расходных материалов,купаемых за границей? По поручению губернатора Комитет по промышленной политике и инновациям Санкт-Петербурга исследовал возможности городских предприятий, которые не прочь включиться в импортозамещающие проекты и имеют для этого необходимую производственную базу.

Выяснилось, что для 5 производственных компаний не составляет большой сложности поставить на конвейер отдельные виды наиболее востребованных в лечебно-

профилактических учреждениях медицинских «расходников» уже в течение этого года.

Свою готовность предложить равноценные по качеству изделия медицинского назначения руководители предприятий подтвердили на совещании, которое провели вице-губернаторы Сергей Мовчан и Ольга Казанская. Чиновники подчеркнули, что высокое качество товара явится непреложным условием государственных закупок, при этом сами производители должны оценить окупаемость своих проектов, просчитать возможность сбыта продукции как в городе на Неве, так и в других регионах. На совещании в Смольном производи-

телям было рекомендовано наладить более тесное взаимодействие с ЛПУ, в частности, направлять к ним для прохождения испытаний образцы продукции и учитывать замечания врачей-экспертов при их доработке.

На ближайшее время запланирована встреча представителей предприятий и руководством медицинских клиник для детального обсуждения проектов взаимовыгодного сотрудничества. Она пройдёт в городском Центре импортозамещения и локализации.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

100 строк на размышление

По закону или ради галочки

Согласно постановлению Правительства РФ, с 1 января нынешнего года осуществляется постепенный переход от существовавшей ранее системы сертификации медицинских работников к системе их аккредитации.

Примечательно, что в течение 5 последующих лет (до 2021 г.) прежняя система подтверждения своей профессиональной квалификации остаётся, что называется, в силе. Тем не менее одновременно с процессом сертификации все без исключения российские медики обязаны включиться в систему непрерывного медицинского образования в форме накопительных кредитов, которые выдаются, в том числе, за участие в отраслевых образовательных мероприятиях, проводимых под эгидой профессиональных сообществ и ассоциаций.

Мне довелось побывать на Всероссийской научно-практической конференции «Желудок 2016», проводимой под эгидой Российской гастроэнтерологической ассоциации и дающей право её участникам получить 6 зачётных единиц в «копилку» аккредитации. Всего же за год таких баллов необходимо набрать 50: именно такое их количество позволяет врачу успешно подтвердить свою профессиональную пригодность. Неудивительно, что мероприятие носило сугубо практический харак-

тер: деловой, конкретный и даже сухой – публиковать отчёт об этой конференции в профессиональном издании было бы излишним. Причиной тому – в высшей степени синтетические знания, доносимые с трибун выступающими.

Поразило другое. Казалось бы, у практических врачей – терапевтов и гастроэнтерологов имеется отличная возможность живого общения с ведущими экспертами в области заболеваний желудочно-кишечного тракта. Открыл мероприятие блистательный клиницист, виртуоз постановки диагноза в клинике внутренних болезней – главный гастроэнтеролог Минздрава России академик РАН Владимир Ивашкин, прочитавший 2 лекции мастер-класса, посвящённые диагностике и лечению заболеваний желудка. Проректор по учебной работе, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова член-корреспондент РАН Игорь Маев посвятил своё выступление терапии язвенной болезни желудка, в ряде случаев, как известно, имеющей тенденции к малигнизации. О профилактике, ранней диагностике и лечении злокачественных новообразований органов пищеварительной системы участникам конференции поведал

профессор Виктор Соколов – пионер эндоскопии в онкологии...

Перечислять всех спикеров будет излишним. Хочется остановиться на другом: в аудитории собравшихся практических докторов веяло равнодушием, совершённой незаинтересованностью и желанием, что называется, «отбыть номер», несмотря на проводимые школы мастерства, несущие во врачебную аудиторию столь необходимые навыки для работы в практическом звене здравоохранения. Впрочем, по всей видимости, большинству собравшихся нужны были эти несчастные 6 баллов в «зачётку» для успешного пребывания на своём рабочем месте. Никаких признаков участия в диалоге с лекторами не прослеживалось.

А ведь с застывшей свет аккредитацией медработников связывало очень многое: «Дескать, наконец-то мы уйдём от формального прохождения повышения квалификации раз в 5 лет», – с уверенностью говорили «наверху», «Система непрерывного медицинского образования поможет выявить тех, кто непригоден к профессии», – утверждали в академических кругах и т.д. Пока же – никаких оптимистичных прогнозов относительно данного проекта. Как было формально – так и осталось. Просто по-другому.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Сотрудничество

Взять всё новое из Афин и Братиславы

Научно-практическая конференция с международным участием «Амбулаторная реабилитация и вторичная профилактика» завершила свою работу в Великом Новгороде. Мероприятие было организовано региональным Департаментом здравоохранения совместно с Институтом медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. 250 специалистов из Великого Новгорода, Пскова, Ханты-Мансийска и Сыктывкара повысили свою квалификацию в вопросах реабилитации пациентов и получили сертификаты.

Перед участниками конференции выступали члены Ассоциации врачей амбулаторной реабилитации из Северо-западного федерального округа РФ, специалисты из Братиславы, Афин. Темы докладов и мастер-классов затрагивали широкий круг вопросов – от организации маршрутизации пациентов на примере зарубежного опыта и опыта

территорий РФ до практических реабилитационных методик.

В Новгородской области, как и на всей территории РФ, задача медицинской реабилитации больных сегодня активно разрабатывается. В ближайшие годы планируется построить реабилитационный центр на базе источников минеральных вод в Старой Руссе, уже сейчас там работает курорт, успешно выполняющий задачу укрепления здоровья отдыхающих. В Великом Новгороде первых пациентов в этом году принял Центр медицинской реабилитации, он же стал и научно-методической базой для специалистов всей области. Научная база, представленная Институтом медицинского образования НовГУ им. Ярослава Мудрого, также способствует развитию этого направления. Недавно там открыта кафедра остеопатии и восстановительной медицины, где профессора из Санкт-Петербурга обучают 39 будущих специалистов.

Юлия РАЗИНКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Великий Новгород.

Статистика

Продолжительность жизни выросла

Как сообщил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, по предварительной оценке Росстата за 12 месяцев 2015 г. продолжительность жизни россиян достигла 71,22 года (за 2014 г. – 70,93 года). Мужчин – 65,81 (2014 г. – 65,29), женщин – 76,61 (2014 г. – 76,49 лет).

За 12 месяцев 2015 г. фиксируется снижение смертности от наиболее распространённых причин: от туберкулёза на 8,2%, от болезней

системы кровообращения на 3,4%, от внешних причин на 5,5%, в том числе от ДТП – на 13,6%, от болезней органов дыхания на 3,4%.

По данным ВОЗ, в 2015 г. Россия вошла в десятку государств, которые за последние годы добились наибольшего прогресса в борьбе с неинфекционными заболеваниями: раком, диабетом, болезнями сердца и лёгких.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Сити!

Москва.

Санитарная зона

И на клеща есть управа



До начала сезона пробуждения клещей медицинские учреждения Хабаровского края планируют привить до 100 тыс. жителей.

Прививочная кампания в регионе стартовала, и она проводится в поликлиниках по месту жительства, в детских образовательных учреждениях, вышших и средних учебных заведениях, по месту работы при заключении договора между руководителем организации (предприятия) и поликлиникой.

На приобретение вакцины из краевого бюджета выделено около 70 млн руб. Студентам и жителям Хабаровского края, чья профессиональная деятельность связана с

лесом и отнесена к группе риска, прививки проводят бесплатно. Также бесплатно могут быть привиты дети в возрасте от 3 лет.

К слову, в Хабаровском крае 16 территорий из 19 являются эндемичными по заболеваемости клещевым энцефалитом. Ежегодно регистрируется около 10 случаев заболеваний клещевым вирусным энцефалитом. В 2015 г. диагноз клещевой вирусный энцефалит был подтверждён у 8 заболевших. Один случай завершился летальным исходом, пациент был не привит против клещевого энцефалита.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Хабаровск.

В Москве прошёл очередной, IX форум «Движение против рака». Его участники подготовили обращение к Президенту РФ В.Путину, в котором призывают принять «системные меры по улучшению участи онкологических больных».

Несмотря на ряд мер, предпринятых государством для поддержания системы здравоохранения в условиях экономического и валютного кризиса, положение онкологических больных, как сказано в тексте обращения, пока не улучшилось: «Нередки случаи запоздалой постановки диагноза, промедления с началом лечения даже при имеющемся диагнозе. Отказы в бесплатном лекарственном обеспечении носят массовый характер».

По мнению участников форума, система онкологической помощи населению России страдает бессистемностью: она регулируется отдельными нормативными актами, которые не связаны между собой. Более того, в Государственной программе «Развитие здравоохранения на 2013-2020 гг.» вообще нет отдельной подпрограммы по онкологии: мероприятия, которые направлены на совершенствование именно онкологической помощи населению, разбросаны по нескольким разным подпрограммам.

«Отсутствие комплексного подхода к диагностике и терапии онкологических заболеваний, к обеспечению пациентов своевременной медицинской помощью и лекарственными препаратами не позволяет добиться существенного снижения показателей одногодичной летальности и повышения пятилетней выживаемости онкологических больных», – говорится в тексте обращения к Президенту России.

Как известно, «Движение против рака» – общественная организация, созданная по инициативе российских онкобольных. Но под текстом данного обращения к главе государства готовы подписаться и врачи. С тем, что система оказания онкологической помощи в нашей стране, мягко говоря, неоптимальная и малоэффективная, сложно не

Острая тема

Онкологическая помощь. Нужна ли она государству?

Попытка подменить онкоскрининги диспансеризацией – пустая затея



Почему очень часто встречаются случаи запоздалой постановки диагноза, когда техникой наши специалисты обеспечены вполне достаточно?

согласиться людям, работающим в этой системе и в силу объективных причин не имеющим возможности помочь всем, кто нуждается в их помощи.

– Уровень финансирования здравоохранения не может обеспечить доступность современных методов лечения онкологических заболеваний для всех больных. И в течение ближайших лет мы ожидаем дальнейшее нарастание этой проблемы, – считает заместитель председателя правления Ассоциации онкологов России кандидат медицинских наук Дмитрий Борисов.

По словам эксперта, налицо серьёзные различия в объёмах финансирования онкослужбы в разных регионах страны, а это – нарушение прав больных, которые

должны лечиться по стандартам, обеспеченным едиными тарифами на оказание медицинских услуг, вне зависимости от места проживания человека.

Между тем именно деньги, а точнее, их отсутствие, являются едва ли не главной причиной высокой запущенности онкологических заболеваний, диагностируемых у россиян, и, как следствие, высокой смертности от рака. Выход – проведение онкоскринингов. Высокие затраты на их организацию и проведение окупятся снижением расходов государства на дорогостоящее лечение больных с 3-4-й стадиями рака, в этом уверен главный онколог Минздрава России, директор Российского онкологического центра им. Н.Н.Блохина,

академик РАН Михаил Давыдов.

– Сорок лет мы говорим на одну и ту же тему, но в стране до сих пор нет ни одной скрининговой программы по онкологии, – посетовал главный онколог России. – Надеяться, что мы силами диспансеризации решим проблему онкологии, наивно.

По образному выражению Михаила Давыдова, диспансеризация – это попытка ловить рыбу сеткой с крупными ячейками, а нам нужна сетка с мелкими ячейками, чтобы выявлять доклинические формы рака, когда человека можно гарантированно вылечить, не затрачивая на это колоссальных средств.

Помимо финансового наполнения данный раздел здравоохранения нуждается в эффективной организационной модели. По мнению главного специалиста, онкологию нельзя рассматривать в совокупности с другими неинфекционными болезнями, такими как инфаркт миокарда, инсульт и другие, которые вызывают мгновенную смерть. Этот раздел требует особой идеологии и особой структуры.

– Сегодня мы не можем говорить о национальной программе борьбы с онкозаболеваниями, потому что ответственность за здравоохранение передана из федерального центра в регионы. Если регион в состоянии справиться с решением данной задачи – он, так или иначе, справляется. Не в состоянии – значит, не справляется. Поэтому и получается, что в Хабаровском крае один уровень оказания помощи онкобольным, в Краснодарском крае – другой, а в Якутии вообще до сих пор нет профильного учреж-

дения. Пока не будет государственного подхода к здравоохранению, проблема онкологии решена быть не может, – уверен академик М.Давыдов.

Участники форума предложили Президенту РФ составить долгосрочный Национальный план борьбы с онкологическими заболеваниями. Этот документ должен обеспечить возможности ранней диагностики рака; полный и своевременный доступ пациентов к эффективным лекарственным препаратам; развитие отечественного производства фармацевтических и диагностических препаратов, применяемых в онкологической практике; укрепление материально-технической базы медицинских учреждений онкологического профиля; развитие системы паллиативной помощи инкурабельным пациентам.

И ещё одно предложение прозвучало от организаторов и участников форума – по аналогии с Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями объявить в России 2017 г. Годом борьбы с онкологическими заболеваниями. Предложение красивое, но не самое продуктивное. Во-первых, все мы прекрасно знаем, как легко кампания превращается в профанацию. А во-вторых, при такой степени запущенности проблемы одним «антираковым» годом в России не обойтись. Нужно минимум десятилетие упорной и главное – честной борьбы.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Акценты

Зима, холода и... простуда. Увы, сезонный подъём острых респираторных заболеваний давно стал «трендом» морозного времени года. Только за последнюю неделю в Омске и сельских районах Прииртышья, по данным территориального Управления Роспотребнадзора, заболело более 21 тыс. человек, из них почти 60% – дети в возрасте до 14 лет. Повсеместно в поликлиниках у кабинетов терапевтов и оториноларингологов столпотворение! Один чихает, второй кашляет, третий жалуется на горло, четвёртый жалостливо прикрывает «стреляющее» ухо...

– Увы, это так. С наступлением морозов количество пациентов с жалобами на «ухо – горло – нос» заметно возрастает, – комментирует ситуацию врач оториноларинголог-фониатр фониатрического отделения Омского областного клинического медико-хирургического центра Зоя Зубова. – В сезон простуд к нам всё чаще приходят с отитами, тонзиллитами, фарингитами, гайморитами и другими воспалительными заболеваниями, которые развиваются на фоне ослаблений ОРЗ и ОРВИ. Разумеется, все недуги верхних дыхательных путей негативно сказываются и на состоянии голосового аппарата... В холодное время года, когда мы разговариваем на улице, низкие температуры становятся настоящим испытанием для наших голосовых «устройств», поэтому могут страдать гортань, гортаноглотка (а это

Позвольте носу дышать!

Это очень важно в сезон простуды

значит, обостряется хронический тонзиллит) и другие органы. Причём холодный «прессинг» переживают не только профессионалы голоса (актёры, певцы), но и обычные люди, чья деятельность не связана с особыми голосовыми нагрузками, и, конечно, дети...

– Зоя Юрьевна, но разве на холоде не спасает горло тёплый шерстяной шарф?

– Никому такого не посоветую! – построжала собеседница. – Я сама мама двоих детей, и меня очень раздражает, когда родители или бабушки кутают ребёнка в шарф. Закрывают им лицо до глаз, подкладывая ко рту носовой платок или косынку, с полной уверенностью полагая, что так их чадо не простынет. Но физиология у нас у всех одна – носовое дыхание. Поскольку, когда мы дышим носом, воздух успевает очиститься, согреться, и он попадает в верхние дыхательные пути уже «адаптированный» по всем параметрам, в том числе и нужной температуры. А вот если по какой-то причине нос не выполняет свою дыхательную функцию в должном объёме, мы так или иначе «добираем» воздух ртом, а значит, подвергаем себя риску простуды!..

И это отнюдь не преувеличение. Не давая носу дышать, «хватая» воздух ртом, мы «высушиваем»



Зоя Зубова ведёт приём

слизистую оболочку, открывая путь всем внешним инфекциям. Несложно представить и ситуацию, описанную фониатром, которая возникает, когда ребёнку приходится дышать через шерстяной шарф. Вдыхаемый через эдакий «респиратор» воздух попадает в верхние дыхательные пути, потом в средние, в нижние... Затем ребёнок его выдыхает, но это уже другой воздух, с примесью газов, которые

не нужны организму, с частичками влаги и бактерий. И тот же носовой платок и шарф увлажняются им,

«вбирая» в себя все «сбежавшиеся» бактерии и вирусы.

– В любом случае нужно дышать носом, – убеждает Зоя Зубова. – Носовое дыхание необходимо развивать. Это же – головной резонатор. Недуги носа, околоносовых пазух, носоглотки – все они в конечном итоге сказываются на состоянии голоса. А почему многие дети плохо дышат носом? Потому что очень часто мы наблюдаем сопутствующую аденоидную вегетацию – разрастание носоглоточных миндалин, на которые почему-то не обращают внимания ни педиатры, ни родители. Но они разрастаются, препятствуя нормальному дыханию через нос, вот ребёнок и восполняет нехватку воздуха, втягивая его ртом, «помогая», таким образом, развиваться тому или иному заболеванию...

Так что в сезон холодов актуальным остаётся – не только для детей, но и взрослых – совет: «Позвольте носу дышать!» Просто перед выходом на улицу нужно прочистить ребёнку нос – и всё будет хорошо. А румяные щёки, покрасневший нос – признак здоровья, крепкого иммунитета, а вовсе не сигнал к тому, чтобы закутаться в шарф.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Уточнение

В № 2 от 15.01.2016 (7622) «Медицинской газеты» произошла техническая ошибка. В материале обозревателя Константина Щеглова «Страсти по ОМС» допущена неточность. В нём неверно утверждается, что станция скорой медицинской помощи города Соликамска относится к Республике Башкортостан. На самом деле этот город расположен в Пермском крае.

В декабре 2015 г. в российской экономике произошло эпохальное событие: началась эмиссия карт национальной платёжной системы «Мир». Первыми выпустили карты Газпромбанк и ещё 6 банков: МДМ Банк, МИ-банк, РНКБ, Россия, Связь-банк и СМП Банк.

Перед организаторами и участниками проекта стоит амбициозная задача: обеспечить максимальное распространение карт в России и выйти за рубеж за счёт совместных программ с международными платёжными системами. Уже подписаны соглашения о выпуске кобейджинговых карт (карт, которые работают в двух платёжных системах сразу) под брендами «Мир-Maestro», «Мир-JCB» и «Мир-AmEx».

Расширение сети займёт время: по оценке заместителя председателя банка России Ольги Скоробогатовой, установочный период продлится около полугода. Оперативное расширение инфраструктурной сети организаторы проекта отмечают как одну из ключевых задач проекта. По прогнозам главы Национальной системы платёжных карт (НСПК) Владимира Комлева, к концу III квартала 2016 г. 90% сети приёма карт в России будут обслуживать «мировые» карты.

О том, как сделать новый продукт конкурентоспособным и привлекательным для клиентов, нашему изданию рассказал первый вице-президент Газпромбанка Валерий Серёгин, который как раз курирует в банке розничный блок и в том числе взаимодействие с платёжными системами.

Первый вице-президент Газпромбанка Валерий Серёгин – о перспективах развития Национальной системы платёжных карт.

– Валерий Александрович, первые национальные платёжные системы появились в России более 20 лет назад. Почему ни одна из них не смогла обрести статус национальной?

– Действительно, первые платёжные системы в РФ сформировались в начале 1990-х годов, когда банкам потребовались пластиковые карты для ведения расчётов. На тот момент, по понятным причинам, международные компании – VISA, MasterCard и прочие – не особенно стремились завоевать российский рынок. Вот почему российским банкам пришлось создавать собственные платёжные системы. Если помните, их было немало: STBCard, UnionCard, Золотая корона... Карты этих систем были весьма популярны и решали на тот момент важные задачи организации расчётов и больших зарплатных проектов. Развитие экономики привело к тому, что в конце 1990-х – начале 2000-х

Новые технологии

Сделано в России



годов компании-гиганты VISA и MasterCard заинтересовались перспективним российским рынком. Довольно быстро они завоевали основную долю на российском рынке, предложив конкурентный продукт по более низким ставкам, с которыми на тот момент российские системы соревноваться не смогли. Некоторые из них, как например STBCard, вообще прекратили существование, другие (UnionCard и Золотая корона) существуют, но их доля на рынке незначительна.

Возвращаясь к вашему вопросу: создание национальной платёжной системы – вопрос государственного уровня, а на том этапе развития экономики государство не ставило такую задачу. Вторую причину того, почему в 1990-е такая система не была создана, я охарактеризовал бы как проблему амбиций: крупные игроки видели себя главными на рынке и просто не смогли договориться, создав вместо единой системы ряд локальных. Но уже в 2000-х необходимость создания собственной платёжной системы стала очевидной, а события на мировой политической арене форсировали этот процесс.

– Как санкции против России повлияли на вопрос создания Национальной системы платёжных карт? Какие задачи стоят перед НСПК сейчас и сможет ли она заменить другие системы?

– Безусловно, ситуация с санкциями обнажила существующую проблему и послужила катализатором для решительных консолидированных действий. Стало очевидно: при принятии определённых законодательных лимитов банки могут быть ограничены в работе с платёжными системами. Безусловно, создание национальной системы платёжных карт – это гарант экономической безопасности расчётных операций. Вот почему ключевая задача, которая стоит сейчас перед коллегами из НСПК и перед нами вместе с другими банками-партнёрами, – в кратчайшие сроки обеспечить возможность эмитирования карт «Мир», а также создать инфраструктуру, которая позволит расплатиться этой картой в любом торговом-сервисном предприятии и снять деньги во всех банкоматах в стране. Задача амбициозная, но реализуемая. Абсолютно уверен, что на территории нашей страны мы сможем создать систему, которая составит конкуренцию лучшим международным практикам!

– С 1 апреля 2015 г. все расчёты внутри страны ведутся через НСПК. Как вы оцениваете ситуацию сейчас, почти год спустя? Стала ли она более безопасной?

– Да, времени прошло достаточно, чтобы с уверенностью сказать: система апробирована, и в случае форс-мажорной ситуации – например, отключения банков от международных платёжных систем – внутренние российские расчёты не претерпят абсолютно никаких изменений и будут осуществлены.

– Газпромбанк вошёл в число первых 7 банков, которые в декабре 2015 г. выпустили первые карты «Мир». Как банк планирует развивать этот проект?

– Действительно, мы стали одним из первых участников проекта по эмиссии карт НСПК. С конца декабря 2015 г. карты «Мир» можно заказать и получить в любом московском и петербургском дополнительном офисе нашего банка. На территории всей страны мы активно начнём продвигать систему со второй половины февраля – марта. Отмечу, что нам как банку важно и полезно взаимодействие с национальной системой платёжных карт, ведь это, с одной стороны, обеспечит снижение рисков возможных ограничений обращения, а с другой – позволит быстрее внедрять услуги, интересные именно российскому потребителю.

– Каковы плановые показатели по эмиссии «мировых» карт на 2016 г.?

– Поясно на примере. В конце 2014 г. Газпромбанк стал эмитентом сразу двух крупных международных платёжных систем – китайской UnionPay и японской JCB. Без особых усилий по продвижению нового продукта за год мы выпустили порядка 350 тыс. китайских карт и более 70 тыс. японских. Клиенты, которые задумываются о том, как обезопасить расчёты от внешних воздействий, заинтересованы в картах-альтернативах западным системам. Мы, в свою очередь, рассказываем клиентам о возможностях и преимуществах, которые они дают. Пока прогноз по выпуску карт «Мир» на этот год – 400-500 тыс.

– Насколько налажена инфраструктура НСПК? Можно ли расплатиться картой «Мир»

в магазине или снять деньги в банкомате?

– Создание инфраструктуры – вопрос не одного дня. Чтобы торговые-сервисные предприятия начали принимать карту, необходимо подписать с каждым из них соответствующее соглашение, поменять программный продукт. Опять же основываясь на опыте эмиссии карт UnionPay и JCB, могу сказать: в течение 2016 г. эта работа будет проведена. Параллельно к проекту будут подключаться и новые банки, а значит, постепенно всё больше торговых-сервисных точек и банкоматов будут принимать карты «Мир». По состоянию на сегодня с позиции нашего банка могу сказать: все банкоматы Газпромбанка (а их более 5,5 тыс.) и более 6 тыс. торговых-сервисных предприятий принимают карту «Мир».

Кроме того, именно наш банк стал первым и пока единственным эмитентом кобейджинговых карт «Мир-Maestro». На данном этапе именно такая карта, работающая в двух платёжных системах одновременно, позволяет провести платёж в любом магазине или снять деньги в любом банкомате как в России, так и за рубежом. Бесшовные технологии позволяют совершить платёж по любому из 2 установленных на карте приложений, что очень удобно для пользователя и позволяет решить вопрос с пока ещё формирующейся структурой «Мира», при необходимости воспользовавшись аналогом Maestro. Мы собираемся расширять круг подобных карт: в самом ближайшем будущем запланирована эмиссия кобейджинговых карт «Мир-JCB».

– Каковы рыночные перспективы у карт «Мир» внутри страны и на международном рынке? Сможет ли пилотный проект заработать в полную мощь или его ждёт судьба карты, которая работает исключительно внутри страны и востребована только госслужащими?

– Станет ли «Мир» рыночным, конкурентоспособным продуктом, зависит во многом от самого НСПК, и коллеги это понимают. Чтобы карта стала трансграничной и работала не только в России, но и за рубежом, НСПК предстоит отработать стандарты взаимодействия с другими странами. А привлекательной для россиянина карта станет при условии выполнения двух задач: создания инфраструктуры по повсеместному обслуживанию карты и интересного наполнения программ бонусов и привилегий. Если держатель карты будет в ней уверен – она обязательно найдёт своего клиента. И задача НСПК и всех банков-партнёров – создать для этой уверенности почву.

Евгения КРУТОВА.



Карты «Мир» Газпромбанка (справа – кобейджинговая карта с платёжной системой Maestro)

Сотрудничество

Год только начался, а забайкальские травматологи-ортопеды не останавливаются на достигнутом, а ставят новые задачи и стремятся покорить новые вершины. На протяжении ряда лет новейшие хирургические технологии мирового уровня активно используют в своей работе специалисты четырёх клиник Читы: эндопротезирования суставов, современного остеосинтеза, реконструктивных операций при переломах костей таза и позвоночника. Доктора обучаются в лучших российских и зарубежных клиниках, постоянно ищут новые формы работы и общения с коллегами из других городов и стран.

Организационный комитет во главе с директором инновационной клиники «Академия здоровья» Сергеем Давыдовым и депутатом Законодательного собрания Забайкальского края Алексеем Саклаковым побывал

Новый год — новые идеи

Травматологи двух стран ищут и находят взаимопонимание

в приграничной Маньчжурии с целью подготовки нового международного конгресса по травматологии-ортопедии и восстановительной медицине. Три подобных масштабных форума успешно проведены, последняя встреча в 2013 г. собрала специалистов 7 стран. В мае будущая встреча привлекает к участию медиков 15 стран. Кроме докладов, запланировано проведение «круглых столов» и мастер-классов по наиболее актуальным вопросам.

Тесному сотрудничеству забайкальских хирургов и китайских коллег уже около 10 лет. Много было сделано за эти годы: совместные обходы и операции, внедрение новых хирургических технологий в работу госу-

дарственных и частных клиник. Впервые создано совместное российско-китайское отделение для лечения пациентов с заболеваниями суставов. Читинцами проведены первые операции по замене суставов китайским больным в Маньчжурии.

Заседание организационного комитета прошло на высоком уровне с участием заместителя мэра Маньчжурии по социальным вопросам, председателя городского комитета здравоохранения, руководителя городского парткомитета. Приятным моментом в начале заседания стало вручение медали правительства Забайкальского края «За укрепление дружбы народов» главному врачу больницы скорой медицинской

помощи «Пинь Ань» Маньчжурии Лю Чжань Шаню. Высокая награда стала своеобразным итогом многолетней работы доктора Лю на международном российско-китайском уровне.

Тесное сотрудничество забайкальских хирургов с китайскими коллегами началось именно с приезда Лю Чжань Шаня в 2007 г. в Читу на своеобразном итоговом многолетней работы доктора Лю на международном российско-китайском уровне. Тесное сотрудничество забайкальских хирургов с китайскими коллегами началось именно с приезда Лю Чжань Шаня в 2007 г. в Читу на своеобразном итоговом многолетней работы доктора Лю на международном российско-китайском уровне.

В Маньчжурии экстренная хирургическая помощь российским гражданам оказывается в клинике доктора Лю Чжань Шаня «Пинь Ань». Диагностика и лечение проводятся на достаточно высоком уровне. Главный врач Лю Чжань Шань стремится внедрить в работу клиники практику мирового уровня, включая передовой российский, в том числе забайкальский опыт. За 15 лет им прооперировано более 1,5 тыс. российских граждан, пострадавших или заболевших в Китае.

Профессионализм, взаимопонимание и тесные дружеские отношения травматологов России и Китая – это именно тот сплав, который определяет высокий уровень предстоящего конгресса «Травматология-ортопедия и восстановительная медицина третьего тысячелетия», который запланирован на 26-29 мая 2016 г. в Маньчжурии. Наши планы – ваше участие!

Игорь АЛЕКСЕЕВ, внешт. корр. «МГ».

Два года назад впервые в истории президентом Европейской педиатрической ассоциации (EPA-UNEPSA) стала доктор из России, заместитель директора Научного центра здоровья детей член-корреспондент РАН Лейла Намазова-Баранова. Её деятельность на этом посту оказалась столь эффективной, что на состоявшейся на днях генеральной ассамблее EPA коллеги снова доверили ей руководство ассоциацией. Причём практически единогласно, о чём свидетельствуют результаты тайного голосования. И мы можем этим гордиться. EPA объединяет национальные педиатрические общества почти 50 стран Европы, а генеральная ассамблея EPA – это своего рода парламент педиатров Европы.

На заседании ассамблеи, помимо организационных вопросов, рассматривались и стратегические. – Европейское педиатрическое сообщество должно активнее отстаивать интересы детей, помогая национальным министерствам сформулировать предложения по оптимизации детского здравоохранения, – считает Л.Намазова-Баранова.

Дело в том, что в Европе существуют различные системы педиатрической помощи: ориентированная на ребёнка, как у нас в России, когда всеми проблемами занимается педиатр, наблюдая дитя от рождения до совершеннолетия; общая, когда врач общей практики или семейный врач ведёт всех членов семьи, в том числе и ребёнка; и смешанная, когда первые несколько лет жизни ребёнок находится под крылом педиатра, а потом переходит под наблюдение врача общей практики.

– И на национальном, и на европейском уровнях мы должны

Деловые встречи

Дети не должны страдать от политики

В Москве состоялась генеральная ассамблея Европейской педиатрической ассоциации



В президиуме – М.Петтоэлло-Мантовани и Л.Намазова-Баранова

максимально улучшить качество помощи детям, – отметил генеральный секретарь EPA-UNEPSA М.Петтоэлло-Мантовани.

– А достичь прогресса можно только обучаясь друг у друга и делясь опытом, – полагает доктор из Германии член исполкома ассоциации Й.Эрих. – Важно повысить степень коммуникаций, чтобы видеть наработки коллег и совместно ими пользоваться.

Как сказал вице-президент EPA представитель Хорватии Дж.Местрович, зачастую педиатры не знают, что происходит в других странах. Хотя проблемы одни и те же. Например, дефицит кадров, постарение детских докторов. Так,

в Германии средний возраст педиатров, работающих отдельно в частной практике, вырос до 55 лет. В Польше большинству педиатров 50-60 лет. В Сербии свыше 30% педиатров старше 55 лет. Кто будет завтра лечить маленьких пациентов?

Недавно в Австрии случился грандиозный скандал: во время эпидемии гриппа в больницы обратилось очень много детей. Клиники были переполнены, педиатров не хватало, и некоторым пациентам пришлось ждать до 16 часов.

– Это потому, – пояснил профессор Р.Кербл, – что первичная помощь в Австрии недоразвита. Идёт реорганизация, однако программа настроена на врача общей

практики, а педиатр остаётся за бортом. Врач общей практики, который прошёл 3 месяца обучения педиатрии, не компетентен заниматься детьми и подростками.

А вот в Польше система основана, прежде всего, на первичной помощи. Жизнь показала, что пациенты предпочитают иметь дело с теми, у кого есть познания в педиатрии. И сейчас зарплаты у педиатров в амбулатории, в первичном звене выше, чем в больницах.

По мнению членов генеральной ассамблеи, политики, скорее всего, не понимают сути, они думают, что если речь идёт о маленьких людях, то и обучения нужно меньше. Сейчас ряд стран меняет формы обслуживания детского населения, порой, к сожалению, не в лучшую сторону. В Киргизстане из 700 педиатров осталось всего 40, все остальные теперь стали врачами общей практики. Политики видят в детях уменьшенную копию взрослых и упраздняют педиатрию.

– Мы обязаны выступить против, – считает Л.Намазова-Баранова. – Дети не должны страдать от некомпетентных решений политиков.

На заседании ассамблеи были затронуты и другие актуальные проблемы педиатрии, например, образования, взаимодействия с субспециальностями, проведения

научных исследований. Доктор Й.Эрих подчеркнул важность обучения без границ с опорой на доказательные данные. Кстати, EPA-UNEPSA была организована в 1975 г. на основе идеи о том, что наука должна преобладать над политикой.

Профессор Бертольд Колецко коснулся поддержки грудного вскармливания.

– Педиатры должны принимать грамотные решения, когда речь идёт, скажем, о детских смесях, – заметил он.

В общем, состоялся заинтересованный разговор профессионалов, лидеров, из которого каждый что-то почерпнул для себя.

– Членство в EPA даёт возможность широкого общения и обмена опытом, – рассказал корреспонденту «МГ» официальный представитель Грузинской педиатрической ассоциации Нугзар Джанджава. – Всё это имеет огромное значение. Например, участие в конгрессах, проводимых европейской ассоциацией, позволяет познакомиться с новшествами в области питания детей, антибиотикотерапии. Возвращаясь домой, мы стараемся внедрить их у себя в стране. Для грузинской педиатрии очень актуальны новые технологии, подходы к профилактике и лечению заболеваний у детей, прежде всего первичных инфекций. За последние 3 года младенческая смертность в Грузии сократилась на 12% за счёт диспансеризации и первичных медицинских осмотров. Замечательно, что существует такая организация, как EPA. Прекрасно, что у её руля находится такой авторитетный, неравнодушный, болеющий за интересы детей человек, как профессор Лейла Намазова-Баранова.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».
Фото автора.

Ориентир

По итогам 2015 г. в Красноярском крае показатель материнской смертности составил 14,6 на 100 тыс. живорождённых, младенческой смертности – 6,3 промилле. Чтобы получить такие показатели, потребовались серьёзное «переформатирование» службы родовспоможения, её уязвка со службой педиатрии, а также 4 года командной работы по строгим, единым для всех правилам.

По мнению главного врача Красноярского краевого клинического центра охраны материнства и детства Андрея Павлова, первым шагом, который предопределил успех всех последующих мероприятий, было решение федерального и регионального правительства о строительстве перинатального центра. И что самое главное – площадку под него выбрали в непосредственной близости от краевой детской клинической больницы. Теперь эти два учреждения, составляющие Центр охраны материнства и детства, как пуповиной, соединены тёплым подземным переходом.

– Такой вариант оптимальнее, чем строительство перинатальных центров на территории «взрослых» многопрофильных больниц. Наш опыт показывает, что необходимость консультаций новорождённых детей «узкими» специалистами и диагностами возникает гораздо чаще, чем необходимость в консультациях для женщин. Это – первое. Второе: мы получили замкнутый цикл оказания медицинской помощи детям от момента рождения, лечения и реабилитации до постоянного амбулаторного наблюдения при хронических заболеваниях. Наконец, при врождённых пороках развития успех хирургического лечения может зависеть от времени, в течение которого начали оказывать больному помощь. В нашем центре ребёнка с врождённым пороком развития

Успех — это результат преодоления

Службы родовспоможения и педиатрии должны работать в единой связке

бригада специалистов встречает уже в родовом зале, оценивает степень патологии, и при необходимости хирурги начинают оперировать непосредственно в перинатальном центре, а если время позволяет – могут перевезти пациента в корпус детской больницы, – говорит Андрей Павлов.

Ещё одна категория маленьких пациентов, для которых соседство двух клиник принципиально важно, – это недоношенные новорождённые. Малыши с экстремально низкой массой тела могут находиться в отделении реанимации перинатального центра до 3 месяцев, а затем при необходимости их переводят на долечивание и реабилитацию в детскую больницу.

Следующим шагом стало формирование взаимодействия лечебных учреждений. Как и по всей стране, в Красноярском крае выстроена трёхуровневая система оказания медицинской помощи беременным женщинам и детям на основе разработанных порядков. Дело это, признаётся Андрей Владимирович, не было простым, а шло через ломку стереотипов. Однако за 2-3 года взаимоотношения учреждений отшлифовались, и сегодня система работает чётко.

Иерархия службы родовспоможения выглядит так: во главе – Краевой центр охраны материнства и детства. На втором уровне 5 межрайонных медицинских центров и 5 родильных домов Красноярска, а также городская детская больница. Первый уровень – это 52 ЦРБ, которые имеют родовые отделения и детские койки. Для каждого учреждения и отделения определён табель оснащения, детально расписаны объёмы помощи и марш-

рутизация «тяжёлых» пациентов.

– Нужно всё формализовать, максимально точно составить алгоритмы действия. По угрозыметрической шкале специалист на месте должен оценить тяжесть состояния больного и максимально быстро поставить его на учёт в реанимационно-консультативный центр (РКЦ), тем самым разделить ответственность с коллегами, которые имеют более высокую квалификацию в данном разделе, – продолжает главный врач клинического центра охраны материнства и детства.

Объединённый реанимационно-консультативный центр создан на базе Краевого центра охраны материнства и детства для оказания круглосуточной консультативной и выездной помощи беременным женщинам, новорождённым и детям на территории всего Красноярского края. Связываясь с РКЦ, врач немедленно получает рекомендации о тяжести состояния больного. А дальше либо продолжает оказывать помощь самостоятельно, либо ждёт выездную бригаду РКЦ, которая эвакуирует пациента. В 2015 г. из районов в краевой перинатальный центр были транспортированы 428 новорождённых, из них 395 на аппарате искусственной вентиляции лёгких.

– Кроме круглосуточной реанимационно-консультативной помощи мы ведём плановую работу. Есть система пренатального мониторинга: все беременные женщины, вставшие на учёт, заносятся в специальную компьютерную программу. Постоянно в ней данные о 8-10 тыс. человек. По определённым медико-социальным критериям эта программа помогает

разделить женщин по группам риска: высокого, среднего и низкого. Женщины из групп низкого и среднего риска могут рожать в роддоме по месту жительства. Нас беспокоит группа высокого риска либо по состоянию плода, либо по состоянию самой женщины. Они должны родоразрешаться только в краевом перинатальном центре, и таких родов у нас ежегодно до 3,5 тыс., – подчёркивает Андрей Павлов.

Что касается системы оказания помощи детскому населению, она выстроена по такому же принципу: по каждому профилю разработаны порядки курации и госпитализации. Всего в регионе 7 детских межрайонных больниц, у каждой из которых своя зона обслуживания. Над ними – Краевой центр охраны материнства и детства с его дежурными выездными бригадами. Огромная площадь территории Красноярского края затрудняет медицинскую логистику. Учитывая это, власти не экономят: 200 км – расстояние, которое врачи преодолевают на машине, а всё, что дальше – на вертолётах и самолётах.

Краевой перинатальный центр стал единой образовательной площадкой по акушерству-гинекологии, неонатологии и педиатрии в регионе. Все рабочие совещания, научные конференции, семинары и тренинги проходят здесь. На этой базе оборудовали симуляционный центр для обучения врачей и медицинских сестёр из районных и городских больниц.

– Учёба обязательна для всех. Край-то большой, а из-за непогоды мы не можем вылететь сутки и двое. И чтобы обезопасить

пациентов, мы должны врачей в районах научить всему, что им теоретически может потребоваться. К примеру, реаниматологи получают все навыки от первичной реанимации до интенсивной терапии. Когда врач проходит через симуляционный центр, где он 50 раз заимитирует куклу, а потом посмотрит, как это делают его коллеги, у него пропадает страх, появляется уверенность. И если такая ситуация возникает в его практике, он реально боится ребёнка от гибели, – продолжает мой собеседник.

Симуляционные циклы короткие – 3-5 дней. Минимум теории, максимум практики. Учебный центр оборудован на базе одной из малых операционных и оснащён видеокамерами. Фиксируется всё: как курсант зашёл в предоперационную, правильно ли помыл руки, правильно ли оделся и подошёл к операционному столу. После идёт обсуждение: зачем ты сделал это движение рукой, зачем ты сюда повернулся, ведь это – неэффективные потери времени?

Самый главный секрет успешности, резюмирует Андрей Павлов, находится за пределами финансовых затрат – это эффективность организационных процессов. Три фактора – время, расстояние, командная работа медиков – определяют уровень смертности и инвалидизации детей. Если научиться управлять этими факторами, счастливых семей станет больше.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Красноярск.

Недавно в Обнинске, первом наукограде России, прошли Международные чтения памяти академика Анатолия Цыба. Организатор конференции – Медицинский радиологический научный центр (МРНЦ), носящий его имя. В этом году чтения были посвящены решению проблем персонализированной медицины для мужского здоровья. Данное мероприятие стало ярким событием в медицинском сообществе. Оно наглядно продемонстрировало, что дело, которому посвятил свою жизнь известный сегодня в стране и в мире академик, живёт и развивается именно в тех направлениях, которые востребованы российским здравоохранением. Журналисты «МГ» всегда были для Анатолия Фёдоровича желанными гостями. При всей занятости он находил время, чтобы пообщаться, по его признанию, с коллегами, что подчёркивало уважение к профессиональной газете. В медицине, как нигде, важен результат, ничего так просто не убавишь и не прибавишь, если это не произошло в действительности, а потому пишите только правду, – такое его напутствие естественно нас ко многому обязывало.

И вот мы снова в Обнинске, в научном медицинском центре, в котором Анатолий Фёдорович своим трудом, энергией, научной эрудицией и талантом создал все условия для применения эффективных средств борьбы с онкологическими заболеваниями. Разговор с нынешним директором профессором Всеволодом Галкиным начался с обсуждения итогов только что прошедших Международных чтений, на которых звучало глубокое уважение к памяти академика.

– Как вы считаете, Всеволод Николаевич, встреча в Обнинске учёных России, стран Европы и Азии, работающих над актуальными проблемами общественного здоровья, урологии, ядерной медицины, геронтологии, репродуктивной медицины и онкологии, будет иметь резонанс и отклик в медицинских кругах?

– Да, конечно, мы в этом просто уверены. Учёные, можно сказать, сверили часы и наметили вектор движения. Онкологические заболевания держат в своём страшном плену всё больше людей во всём мире. Статистика смертности от рака удручает. А ведь на Земле ничего нет дороже жизни и здоровья человека. В чтениях участвовали не только учёные разных стран, но и специалисты, отвечающие за успешное развитие медицины в России и понимающие важность решения тех вопросов, которые обсуждались – первый заместитель министра здравоохранения Игорь Каграманян и заместитель министра промышленности и торговли РФ Сергей Цыб, заместитель губернатора Калужской области Александр Авдеев, министр областного здравоохранения Елена Разумеева, генеральный директор Национального медицинского исследовательского радиологического центра (НМИРЦ) Андрей Каприн. Такое широкое представительство свидетельствует об актуальности и насущности скорейшего решения обсуждаемых на чтениях проблем.

Ещё раз хочется подчеркнуть, что Международные чтения были посвящены памяти Анатолия Фёдоровича Цыба, внёсшего особый вклад в науку, руководившего Медицинским радиологическим научным центром в Обнинске почти 35 лет. Именно он, сохранив научный фундамент, заложенный основателем института Г.Зедгенидзе и чья память о нём, создал центр высочайшего мирового уровня.

Труд академика был по достоинству отмечен государственными и правительственными премиями, он был награждён двумя орденами «За заслуги перед Отечеством», орденами Почёта и Мужества.

– Чтобы перейти к настоящему радиологическому центру, вернёмся к истокам становления вашего центра, этого знаменитого на всю страну лечебного учреждения.

– Правительственное постановление о его организации и строительстве было принято в 1958 г. как следствие насущной необходимости. Она возникла в связи с широким применением атомной энергии в мирных целях, в развитии новых диагностических лечебных и исследовательских технологий в медицине и биологии, основанных на применении ионизирующих излучений.

Первым директором Обнинского института – ныне центра, был профессор Георгий Зедгенидзе. До этого он почти 20 лет возглавлял кафедру рентгенологии и радиологии в 1-м Ленинградском институте им. И.П.Павлова, затем работал в Военно-морской медицинской академии и Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. Как организатор

Вехи

Стратегия научного поиска Памяти академика А.Цыба

он особенно ярко проявил себя на должности директора строящегося Института медицинской радиологии в Обнинске. Георгий Артемьевич заложил его фундамент, пригласив на ключевые посты широко известных учёных, среди которых был и профессор Николай Тимофеев-Ресовский. Г.Зедгенидзе подготовил достойную смену, среди его учеников были профессор Е.Жербин, сменивший своего учителя на посту директора НИИ медицинской радиологии в 1973 г., и академик А.Цыб, возглавлявший медицинский радиологический научный центр РАМН в Обнинске с 1978 по 2013 г. Не будем вспоминать, что пережито на крутых поворотах жизни коллективом и его руководителем. Но итог напряжённой работы впечатляет. Под руководством Анатолия Фёдоровича проведены широкомасштабные исследования в области ангиолимфологии, диагностической и терапевтической радиологии и радиационной эпидемиологии. Им осуществлены фундаментальные разработки и обобщения по рентгенологическому изучению структуры, функции и патологии лимфатической системы при различных заболеваниях, определена диагностическая значимость лучевых методов и обосновано их применение при различных злокачественных новообразованиях. Он также активно работал в области решения проблем лучевой и комбинированной терапии злокачественных опухолей. Широкую известность получили результаты исследований в области ангио- и лимфографической оценки местных лучевых повреждений. Это при его участии были созданы новые технологии диагностики и лечения опухолевых заболеваний. Они основаны, в частности, на применении высокоэнергетических ускорителей, современных источников ионизирующих излучений, а также на использовании физических и химических факторов, повышающих радиочувствительность злокачественных клеток.

– Помню, однажды был разговор о печальной дате и последствиях Чернобыльской катастрофы, в ликвидации которой он принимал непосредственное участие...

– Да, это известный факт. Возглавляемый Анатолием Фёдоровичем коллектив врачей и учёных разработал профилактические, диагностические и лечебные мероприятия, которые сегодня



Им подготовлено 29 докторов и 38 кандидатов медицинских наук.

– Похоже, крепкая сложилась команда профессионалов, есть кому продолжить его дело вместе с коллегами других центров, обогащать российскую науку новыми открытиями?

– В настоящее время в нашем центре создана инфраструктура для экспериментальных и клинических исследований, работают высококвалифицированные специалисты, накоплен многолетний опыт разработок и внедрения новых диагностических и лечебных технологий. В штате 1779 человек, среди которых 26 профессоров, 60 докторов и 172 кандидата медицинских наук, 352 научных сотрудника, 150 врачей.

Кроме того, нужно исходить из того, что мы вместе с Московским научно-исследовательским онкологическим институтом им.

где невозможно или затруднительно проведение лучевой терапии гамма-излучением ввиду побочных эффектов. Благодаря сравнительно большой массе протоны испытывают лишь небольшое поперечное рассеяние в ткани, а разброс длин их пробега очень мал. Пучок можно сфокусировать на опухоль, не внося неприемлемых повреждений в окружающие здоровые ткани. Наибольшая радиационная доза выделяется на последних миллиметрах пробега частиц – этот максимум называют пиком Брэгга.

Что касается применения протонной терапии на практике, то её начало положено в середине 2013 г., когда в МРНЦ им. А.Ф.Цыба был подписан государственный контракт с Минпромторгом России «Разработка технологии и организация производства установки для высокоэффективной лучевой терапии протонным пучком». Основным соисполнителем работ является ЗАО «ПРОТОМ» (предприятие создано на базе ФТЦ ФИАН, города Протвино). Это единственный производитель такого оборудования в России. В настоящее время и мировой лидер по сочетанию эффективности технологии и низкой стоимости.

Клинические испытания комплекса «Прометеус» стартовали в больнице Протвино. Опытный образец в рамках Госконтракта монтируется в нашем центре. Уже подготовлен и переоборудован каньон, завершён монтаж источника протонного излучения (синхротрон) с системами вывода и формирования пучка. В планах на этот год выполнение пуско-наладочных работ и начало экспериментальных исследований. На комплекс протонной терапии в конце 2015 г. получено регистрационное удостоверение Росздравнадзора России. Сейчас на установке протонной терапии в Протвино осуществлено лечение 9 пациентов.

Взяться за создание отечественных микроисточников для внутритканевой лучевой терапии, которые отличались бы доступностью их использования в практической медицине как по качественным показателям, так и по ценовым параметрам, заставили острый их дефицит и, как следствие, отставание России от других стран Западной Европы в возможности оказания медицинской помощи такого рода. На первом этапе исследования необходимо было разработать и внедрить технологию получения радиоактивного изотопа – йод-125. Благодаря инициативе и поддержке академика А.Цыба в 2001 г. в Физико-энергетическом институте им. А.И.Лейпунского совместно с МРНЦ были начаты исследования по разработке отечественных радиоактивных микроисточников йод-125 для проведения низкодозной контактной лучевой терапии рака предстательной железы. Клинические исследования в 2004 г., а затем в 2015 г. прошли успешно.

9 октября 2015 г. в рамках программы импортозамещения в МРНЦ им. А.Ф.Цыба впервые в нашей стране проведена низкомощная брахитерапия микроисточниками йод-125 отечественного производства. В настоящее время силами 3 филиалов НМИРЦ уже 36 больным раком предстательной железы в стадиях T1-T2 выполнено лечение с использованием новых источников. Результаты обследования пациентов показывают полную клиническую эффективность, безопасность и соответствие международным стандартам микроисточников йод-125 производства АО «ГНЦ РФ – ФЭИ».

Сражение со злой болезнью продолжается. Итог этой борьбы – жизнь и здоровье человека. Наследие академика Анатолия Цыба – это не только великолепный творческий коллектив профессионалов, обновлённые корпуса и новое здание поликлиники. Хотя, как мы помним те времена, было нелегко пробивать финансирование. Но именно тогда Анатолий Фёдорович взял курс на внедрение высоких технологий. Это стратегия научного поиска и сегодняшнего дня.

Беседу вела
Галина ПАПЫРИНА,
спец. корр. «МГ».

Обнинск.



Выступление трио «Винчери» на открытии Международных чтений; на экране (слева) – А.Цыб вместе с коллегами в мантиях Почётного профессора Обнинского института атомной энергетики

руководством академика на базе МРНЦ был создан Национальный радиационно-эпидемиологический регистр. На сегодняшний день в нём собрана информация о состоянии здоровья более 800 тыс. человек, подвергшихся радиационному воздействию.

А.Цыб был одним из инициаторов и координаторов международной программы ВОЗ по изучению медицинских последствий Чернобыльской аварии (IPNECA), сыграл ведущую роль в реализации проектов – «Щитовидная железа», «Гематология», «Эпидемиологический регистр». Это позволило с помощью современных методов физической и биологической дозиметрии уточнить дозы облучённых лиц. На основании концепции, разработанной при участии Анатолия Фёдоровича, функционирует программа социальной защиты и реабилитации людей, пострадавших из-за радиационных аварий.

Что касается его участия в международных форумах по радиологии и радиобиологии, биофизике и генетике, то и на них ему было что сказать и удивить коллег результатами научных поисков. Он автор и соавтор более 500 научных работ, в том числе 26 монографий.

замкнутый цикл оказания высокотехнологичной медицинской помощи, то есть использовать в полной мере технические и профессиональные возможности каждого лечебного учреждения. Применение радиологических методов лечения в онкологии лежало в основе и при создании нашего центра выдающимся рентгенологом и радиологом Г.Зедгенидзе. И сегодня этим методом лечения нет альтернативы, они развиваются, совершенствуются и успешно служат современной медицине. В этой области именно наш центр по-прежнему является ведущим лечебным и исследовательским учреждением в стране.

– Всеволод Николаевич, а каких технологических продвижений в радиологической медицине ждать в ближайшем будущем? Сегодня на слуху даже у непосвящённых в эту область – протонная терапия, брахитерапия. Поясните, в чём суть этих методов, и действительно ли они обеспечат прорыв в онкологии?

– Да, это, можно сказать, прорывные технологии. У протонной терапии много преимуществ. Она особенно подходит для опухолей,

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 13 (1952)

(Продолжение. Начало в № 12 от 19.02.2016.)

При ретракции кишечной стомы стенка кишки располагается ниже уровня кожи, циркулярно или частично. Осложнение достоверно чаще возникает у лиц с ожирением.

Факторы риска и причины развития осложнения: недостаточная длина сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку, и его натяжение; нарушения кровообращения и некроз стомы; плохое приживление кишки вследствие истощения, длительной гормональной терапии, химиотерапии и лучевого лечения; неадекватная фиксация кишки к коже; вскрытие парастомальной патологической полости (гнойник, гематома, серома). При двустольной и петлевой стоме не следует преждевременно удалять фиксатор, проведённый через брыжейку кишки. Эту манипуляцию выполняют не ранее, чем через неделю, когда петля кишки уже прочно фиксирована в ране.

Ретракция может сопровождаться сужением просвета стомы. При ретракции двустольной стомы возможно попадание кишечного содержимого в отводящий отдел, что нарушит её функцию. При образовании частичного дефекта применяется консервативное лечение. При достаточной подвижности кишечной стенки возможно выполнить повторное подшивание кишки к коже передней брюшной стенки. При ретракции кишки до уровня апоневроза и/или постепенном прогрессировании гнойно-воспалительного процесса пациенту показано хирургическое лечение: резекция кишки, несущей стому, и перенос стомы в другое место (транспозиция стомы); при невозможности и повышенном риске такого вмешательства – формирование проксимальной двустольной стомы с целью исключения осложнённой стомы из пассажа.

Профилактические мероприятия: достаточная мобилизация сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку; при невозможности сформировать двустольную стому без натяжения следует сформировать одноствольную стому с дополнительным рассечением брыжейки; стома должна возвышаться над уровнем кожи приблизительно на 2,5 см. Если длина «кишечного столбика» менее 10 мм, то вероятность осложнений резко увеличивается (до 35%).

При гнойно-воспалительных осложнениях наблюдаются: нагноение раны, расхождение кожно-кишечного шва (полное или частичное, поверхностное или глубокое), парастомальный абсцесс, парастомальная флегмона передней брюшной стенки. Парастомальные воспалительные осложнения (гематомы, абсцессы, свищи) наблюдаются в раннем послеоперационном периоде и обусловлены инфицированием краёв послеоперационной раны кишечным отделяемым. Для профилактики инфицирования раны необходимо после пересечения кишки в брюшной полости ушить её просвет (непрерывным или аппаратным швом), обработать линию среза спиртовым раствором йода и надеть на выводимый конец кишки презерватив. Для подавления патогенной микрофлоры во время операции рекомендуется внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспорины и метронидазол).

Данное осложнение, как правило, купируется консервативно применением местных антисептиков, тщательным подбором калоприёмников, использованием средств по уходу за стомой – пасты-герметики, защитные кремы и плёнки. Однако в дальнейшем перенесённое воспаление может стать причиной образования грубого рубца и стенозирования отверстия стомы. Причиной гематом служит недостаточно тщательный гемостаз в сочетании с неоправданно широким раневым каналом вокруг выведенной кишки. Если кровотечение остановлено и кишка полностью заполняет канал в брюшной стенке, то гематома не формируется. Парастомальные абсцессы достаточно часто являются следствием гематомы с последующим её воспалением или вызваны интраоперационным инфицированием стомной раны. Лечение этих осложнений только оперативное (вскрытие и дренирование абсцесса), поэтому лучше их предупредить, применяя правильную методику создания стомы. При поверхностной локализации осложнений показано снятие швов и дренирование через слизисто-кожную рану с использованием абсорбирующих и альгинатных повязок, двухкомпонентных систем.

При локализации гнойно-воспалительного очага в тканях брюшной стенки до уровня апоневроза выполняют пункцию, вскрытие и дренирование через кожу передней брюшной стенки вне области фиксации калоприёмника. При высокой вероятности

перехода гнойно-воспалительного процесса в жизненноопасные формы (сепсис, распространённая флегмона передней брюшной стенки, угроза прорыва гнояника в брюшную полость) проводят формирование проксимальной кишечной стомы или ликвидацию осложнённой стомы, резекцию кишки, несущей стому, с формированием новой стомы в иной анатомической области передней брюшной стенки. Профилактические мероприятия заключаются в минимальной травматизации выводимой на переднюю брюшную стенку кишки, тщательном гемо-

Реабилитация пациентов с кишечной стомой

стазе и своевременной ликвидации гематом и сером в стомальной ране, антибактериальной терапии и эффективном лечении основного заболевания.

Под эвагинацией (пролапс, выпадение) кишечной стомы определяют выворачивание кишки, несущей стому, и отделов, расположенных в брюшной полости, через стомальное отверстие. К факторам риска и причинам её развития относят: ожирение, повышенное внутрибрюшное давление, избыточную длину престомального участка кишки, выводимой на переднюю брюшную стенку, который весьма мобилен и может «выворачиваться наизнанку» через отверстие стомы. Предрасполагают к этому повышенное внутрибрюшное давление на фоне пареза кишечника, употребление продуктов, усиливающих перистальтику и способствующих вздутию живота. Для профилактики данного осложнения необходимо при наложении стомы тщательно фиксировать стенку кишки, формировать стомную рану соответственно диаметру выводимой кишки.

При наложении двустольной стомы рекомендуется выполнение 2-3 серозных узловых швов по брыжеечному краю, сближающих приводящий и отводящий отделы стомы, что позволяет создать «шпору», препятствующую эвагинации кишки. Ещё одной немаловажной ошибкой является формирование отверстий в эластичных бандажах и применение «постоянных» калоприёмников, выполненных в виде толстостенных резиновых мешков на ремнях. Оказывая сдавливающее действие на брюшную полость, они провоцируют «выдавливание» кишки через стомную рану. При небольших выпадениях возможны консервативные методы – коррекция питания и применение ватно-марлевой подушечки (пелот), прижимающей поверхность стомы.

Показаниями к оперативному лечению являются: значительные выпадения кишки, особенно сопровождающиеся её ущемлением в отверстии стомы, развитие осложнений (нарушение кровообращения в кишке, нарушение кишечной проходимости) и невозможность адекватного ухода за стомой. Клинически значимая эвагинация, требующая хирургического лечения, в большинстве случаев сочетается с парастомальной грыжей, поэтому операции направлены на ликвидацию обоих осложнений.

Резекцию несущей стому кишки выполняют при наличии выраженных изменений стенки. При выраженных сопутствующих заболеваниях и невыраженной сопутствующей парастомальной грыже показано выполнение ликвидации эвагинации стомы по типу операции Альтмайера: отсечение кишки на 1 см кнутри от слизисто-кожного рубца, резекция выпадающего сегмента кишки и формирование анастомоза ручным способом. Дополнительная фиксация брыжейки не снижает вероятность эвагинации кишечной стомы. Риск эвагинации и формирования парастомальной грыжи снижается при использовании синтетических сеток.

Парастомальная грыжа является довольно частым осложнением, связанным с наличием грыжевого выпячивания, при образовании кармана между кишкой и брюшной стенкой. К факторам риска и общим причинам развития парастомальных грыж относятся: возраст, ожирение, приём стероидов, парастомальные гнойно-воспалительные осложнения, хронический кашель и другие факторы резкого повышения внутрибрюшного давления. К техническим причинам:

выведение кишки за пределы прямой мышцы живота, избыточно широкое по отношению к ширине просвета кишки отверстие в передней брюшной стенке, наложение кишечной стомы при операциях, выполняемых по экстренным показаниям, формирование внутрибрюшной стомы, возникновение атрофии мышц брюшной стенки вследствие пересечения нервов и травмы тканей.

Классификация парастомальных грыж:
– интерстициальные с расположением грыжевого мешка в пределах тканей передней брюшной стенки;
– подкожные с расположением грыжевого мешка под кожей перистомальной области;
– интрастомальные, при которых грыжевой мешок достигает области слизисто-кожного рубца;
– перистомальные с расположением грыжевого мешка в выпадающей части стомы.
К возможным осложнениям парастомальных грыж относятся: ущемление, некроз, кровотечение и кишечная непроходимость. При небольших грыжах, у пожилых пациен-

последующем. Неправильный выбор места наложения стомы (около пупка, рядом с гребнем подвздошной кости, в области «старого» послеоперационного рубца) приводит к деформации выведенной кишки плотными тканями в этих зонах.

Если выводится сегмент кишки сразу над опухолью, возможно сдавление кишки неудалённой растущей опухолью, а также возможно сдавление стомы метастазами раннее удалённой опухоли. В подобных случаях целесообразно сформировать стому проксимальнее. При сужении просвета стомы нарушается опорожнение кишечника вплоть до развития кишечной непроходимости. Стенозирование просвета кишки происходит постепенно, вначале лишь незначительно затрудняя выделение кишечного содержимого. Подавляющее число стриктур подлечит пальцевому бужированию, но в случае образования сужения стомы с выраженным нарушением функционирования необходима реконструкция стомы.

Длительно существующая стриктура при-

Реабилитация пациентов с кишечной стомой

тов, при нормальной функции стомы вполне достаточно ношения бандажа. Показаниями к хирургическому лечению являются: развитие осложнений, невозможность адекватного ухода за стомой и снижение качества жизни пациента. Способы оперативного лечения: лапаротомия с переводом внутрибрюшной стомы в забрюшинную с пластикой дефекта передней брюшной стенки, лапаротомия с транспозицией стомы и её дополнительным укреплением синтетическим материалом, пластика синтетическим материалом (с расположением сетки над апоневрозом, под апоневрозом, пластика по Sugarbaker, применение 3D-сетки).

Ликвидация грыжи местным доступом и пластика дефекта местными тканями сопровождается крайне высоким риском рецидива (46-100%) и целесообразна при ликвидации осложнений на фоне выраженных сопутствующих заболеваний, существенно увеличивающих риск более обширных вмешательств.

Стеноз (стриктура, сужение) стомы является наиболее частым осложнением неправильно сформированной кишечной стомы. Сужение может находиться в конечном отделе кишки, на уровне кожи или на глубине – на уровне рассечённого апоневроза. Факторы риска и причины возникновения стриктуры кишечной стомы: ретракция; неправильный выбор места для стомы; узкое отверстие на коже при формировании стомы; местные гнойно-воспалительные осложнения; травматизация при частых манипуляциях; пренебрежение формированием кожно-слизистого шва; рецидив заболевания (болезнь Крона, опухоль). Если конечный отдел кишки выводится с натяжением или имеет плохое кровоснабжение, это приводит к его некрозу, ретракции в раневой канал, рубцеванию краёв кожной раны, изменению стенки кишки и возникновению стриктуры на уровне кожи.

При создании слишком узкого отверстия в мышечно-aponевротическом слое возникает сдавление кишки с последующим её стенозированием на глубине, но при этом на уровне кожи форма и размер стомы не изменяются. Попытки бужировать отверстие бывают неудачными, или же неопытные пациенты бужируют короткий участок над стенозом. Формирование слишком широкого канала вокруг кишки в сочетании с недостаточным гемостазом ведёт к образованию гематом и абсцессов с дальнейшим рубцеванием вовлечённых в процесс тканей. Фиксация стенки кишки в глубине раневого канала циркулярными швами из нерассасывающихся шовных материалов (шёлк, капрон, лавсан) к краям апоневроза приводит к возникновению кольца из грануляционной ткани с последующим рубцовым стенозом на указанном уровне. В плановой хирургии рекомендуется отказаться от подобной методики. Снятие такого шва невозможно ни хирургу стационара или поликлиники, ни стоматерапевту.

Если кишка выведена без натяжения, то достаточно её фиксировать со стороны брюшной полости к брюшине (можно использовать и жировые подвески) и пришить края кишки к коже кетгутовыми швами. В случае экстренной операции на фоне кишечной непроходимости допустимо выводить кишку с избытком в виде «хоботка», но в дальнейшем надо планировать коррекцию стомы. Скручивание выводимого сегмента кишки по оси проявляется в первые дни после операции кишечной непроходимостью или приводит к нарушению пассажа кала в

водит к супрастенотическому расширению вышележащих отделов с развитием необратимых процессов в стенке кишки. Стеноз отводящего отдела кишки не является клинически значимым, но в дальнейшем эти состояния могут осложнить проведение реконструктивно-восстановительных операций. При короткой стриктуре, достаточной длине мобилизуемой в пределах передней брюшной стенки кишки, несущей стому, выполняется реконструкция стомы местным доступом. При протяжённой стриктуре, недостаточной длине кишки в тканях передней брюшной стенки, выраженном перистомальном рубцовом и/или воспалительном процессе показаны лапаротомия и транспозиция стомы.

Парастомальные свищи и абсцессы связаны с инфицированием тканей парастомального пространства, использованием нерассасывающихся шовных материалов в глубине тканей. Из-за этого могут возникать множественные абсцессы и свищи, которые, длительно существуя, приводят позже и к стриктурам.

Воспалительные изменения кожи перистомальной области (перистомальные дерматиты). Гиперемия, мацерация перистомальной области и эрозивно-язвенные поражения кожи вокруг стомы в большинстве наблюдений обусловлены неправильным уходом и вызваны раздражающим действием кишечного содержимого с инфицированием повреждённой кожи. Только правильно сформированная кишечная стома позволяет правильно и легко использовать современные калоприёмники и средства по уходу, эффективно собирающие кишечное содержимое и защищающие кожу перистомальной области.

Перфорация кишки вблизи стомы является серьёзным осложнением, способным привести к развитию разлитого калового перитонита и гибели пациента. Причиной обычно служит попытка постановки очистительной клизмы с твёрдым наконечником или использование самодельных бужей. Профилактика заключается в разъяснении пациенту техники выполнения манипуляций и правил безопасности.

Необходимо отметить, что все перечисленные выше осложнения обусловлены в основном несоблюдением техники и методик наложения кишечных стом, а также во многом отсутствием должного квалифицированного ухода за стомой и окружающей её кожей. В послеоперационном периоде размер и форма стомы могут меняться. После хирургических вмешательств стома обычно отёчна, немного кровоточит и имеет ярко-красный цвет.

Со временем послеоперационная рана заживает, отёк спадает, размер стомы уменьшается, а её цвет становится краснорозовым. Через 4-6 недель стома полностью формируется. В результате сокращения или расширения стенки выведенной кишки стома может немного увеличиваться или уменьшаться. Следует регулярно следить за размером стомы. Определять размер в течение первых 6-8 недель после операции необходимо еженедельно, а затем ежемесячно в течение первого года. В дальнейшем рекомендуется определять размер стомы каждые полгода. Измерение стомы необходимо для правильного подбора калоприёмников.

(Окончание следует.)

Проблемы и споры о современном лечении рака яичников можно было бы описать формулой Temkin S.M. (2016) «Less is more: «The harms of overtreatment in early ovarian cancer». То есть, как раньше у нас говаривали, «лучше меньше, да лучше». С одной стороны, в последнее время вновь и вновь поднимается вопрос о расширении объёмов оперативного лечения рака яичников вплоть до полного удаления всех поражённых тканей и органов так, чтобы размер остаточной опухоли не превышал 1 см, включая спленэктомии, резекцию кишки и печени, полную или частичную перитонеумэктомию, тазовую и парааортальную лимфаденэктомию и др.

С другой стороны, обсуждаются преимущества лапароскопического доступа, включающие минимальную инвазивность, оптическое увеличение, детальную визуализацию, лёгкость обеспечения полного гемостаза и низкую кровопотерю, низкую частоту осложнений, возможность выполнения симультанных операций и коррекции интраоперационных осложнений, быструю реабилитацию, сокращение сроков пребывания больных в стационаре, отличный косметический результат, низкую вероятность развития спаечного процесса.

Также не вызывает сомнений положительная роль лапароскопии при подзрения на злокачественный процесс: ревизия всех органов брюшной полости при оптическом увеличении лапароскопа, забор жидкости для цитологического исследования из разных участков и пространств, биопсия участков, подозрительных на наличие злокачественного роста, адекватное стадирование, прецизионное оперирование (М.Высоцкий, 2006), возможности радикальных операций (Н.Матвеев, М.Высоцкий, 2014).

Однако ключевым пунктом всех дискуссий об уместности той или иной тактики являются возможные ограничения и дискуссионные вопросы лапароскопического доступа и место неоадьювантной химиотерапии, полностью изменившей картину схемы лечения рака яичников, особенно с введением в практику таргетных препаратов. Итак, общепризнанными проблемами при применении лапароскопического доступа в лечении опухолей яичников являются:

- «неожиданные онкологические находки», то есть обнаружение рака во время операции по поводу кисты яичника (0,12%),

Систолическое артериальное давление (САД) нарастает с возрастом, являясь независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений. Изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ) является наиболее частым вариантом АГ у пожилых в возрасте старше 60 лет. Рациональное лечение ИСАГ уменьшает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность лиц пожилого возраста.

В течение многих лет повышение систолического АД у пожилых рассматривалось как физиологический процесс, присущий старению. Терапию, направленную на снижение АД, считали нецелесообразной. Однако накопившиеся сведения полностью противоречат этому мнению. Медикаментозное лечение ИСАГ сокращает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность у пожилых и лиц старше 80 лет.

Систолическое АД является фактором риска, роль которого увеличивается с возрастом. После 40 лет отмечается тенденция к его повышению. Диастолическое АД (ДАД) после 60 лет снижается.

С возрастом повышается частота ИСАГ, её критерием является повышение систолического АД свыше 140 мм рт.ст. при диастолическом АД ниже 90 мм рт.ст.

По данным Фремингемского исследования, распространённость ИСАГ среди когорты АГ пожилых составляет 65-70%.

В формировании ИСАГ ведущую роль играют возрастные изменения сердечно-сосудистой системы, заключающиеся в потере эластичности стенок артерий и отложении на их поверхности коллагена, кальция, гликозаминов. Эластические волокна в мышечном слое стенок аорты и крупных артерий сокращаются. Снижение эластичности и растяжимости артерий способствует повышению систолического и пульсового АД, скорости распространения пульсовой волны.

Повышение АД приводит к снижению чувствительности барорецепторов и β₂-адренорецепторов, их количества, способствуя

- влияние карбоксиперитонеума на имплантацию раковых клеток,
- техническая выполнимость операции (неадекватная циторедукция),
- абластичность операции (разрыв капсулы, spillage),
- метастазы в точках введения троакаров при больших размерах опухоли (> 10 см),
- малоизученные отдалённые результаты,

- профилактика стимуляции опухолевого роста в условиях карбоксиперитонеума.

Детальное рассмотрение всех вышеперечисленных проблем выходит за рамки небольшой публикации, поэтому попросим вкратце рассмотреть некоторые указанные проблемы и способы их решения.

В настоящее время предлагаются следующие подходы для решения **проблемы распространения опухоли во время лапароскопии:**

- подогрев и увлажнение CO₂,
- снижение уровня внутрибрюшного давления,
- минимизация инструментальных манипуляций с опухолью,
- применение безгазовой лапароскопии,
- модификация газового состава смеси для пневмоперитонеума,
- надёжная фиксация троакаров в передней брюшной стенке,
- минимизация инструментальных манипуляций с опухолью,
- извлечение препаратов из брюшной полости с использованием контейнеров,
- ушивание троакарных ран (всех слоёв брюшной стенки),
- обработка троакарных ран и интрузивной интрузии агентами (повидон-йод, химиопрепараты)
- иссечение троакарных ран,
- применение пластиковых троакаров.

Проблемы доказательности выбора доступа. Яркой демонстрацией малодоказательности обсуждения ущербности того или иного доступа является ряд работ, в которых анализируется исход лечения при заведомо адекватном объёме операции, выполненной лапаротомным доступом и заведомо неадекватным лапароскопическим!

Изолированная систолическая артериальная гипертензия пожилых

вазодилатации, что наряду с задержкой натрия и воды приводит к усилению вазоконстрикции и повышению общего периферического сосудистого сопротивления. Возникает снижение церебрального и мышечного кровотока, сердечного выброса на фоне увеличения массы миокарда левого желудочка, объёма предсердий, уменьшение объёма внеклеточной жидкости.

Существенное значение как важный фактор риска имеет пульсовое артериальное давление (ПАД) у лиц пожилого и старческого возраста. Прогностическое значение данного признака с высоким ПАД более 60 мм рт.ст. у пациентов с ИСАГ соответствует повышенному риску развития осложнений (сердечно-сосудистых, цереброваскулярных, почечных).

ИСАГ – наиболее распространённый вариант АГ в возрастной группе старше 60 лет. Медикаментозное лечение ИСАГ уменьшает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность у пожилых.

Препаратами выбора являются тиазидные диуретики и дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов. Эффективность снижения АД и риска сердечно-сосудистых осложнений у пожилых доказана и для других классов антигипертензивных препаратов – АРА II, иАПФ, ряда кардиоселективных β-адреноблокаторов (рандомизированные исследования SHEP, STOP-HYPERTENSION, SYST-EUR).

К особенностям ИСАГ относятся – высокое пульсовое АД, частота ортостатической и постпрандиальной гипотонии, высокая вариабельность АД, сочетание с метаболическими нарушениями (дислипидемия, сахарный диабет, подагра).

А ведь такими работами грешили известные онкологические учреждения. Необходимо большее число работ, подробно анализирующих ошибки выбора хирургической тактики при лапароскопическом доступе и неадекватном объёме операции. Мультицентровые исследования, сравнивающие результаты лечения при условии адекватного стадирования и объёма операции в зависимости от доступа (лапароскопия – лапаротомия), имеются пока в незначительном количестве и указывают на преимущества лапароскопии или, в ряде работ, роботассистированных операций, у избранных категорий пациенток с раком яичников. К сожалению, ощущается явный недостаток рекомендаций, основанных не на личных предпочтениях авторов и собственных ощущениях.

С другой стороны, в литературе наметилась тенденция выполнения радикальных и сверхрадикальных операций, о которых говорилось в начале статьи. Считается, что к настоящему времени стандартная полихимиотерапия (ПХТ) рака яичников достигла предела. Введение таргетных препаратов в практике привело лишь к 10-15%-ному улучшению результатов, и то в самых иллюзорных работах. Надежды, возлагавшиеся на биологическую терапию, пока оказались завышенными. Известно, что медиана до появления рецидива рака яичников – 15-18 месяцев (реально 11,4-11,6 месяца). Медиана продолжительности жизни < 3 лет. Все современные схемы ПХТ не демонстрируют разницы увеличения выживаемости без прогрессирования > 6 месяцев. Поэтому предпринимаются попытки улучшения результатов лечения с помощью циторедуктивной хирургии, вакцин, ферментов, антисенсов и т.п.

Хирургические цели:

- подтверждение диагноза «рак яичников»,
- хирургическое стадирование,
- оптимальная циторедукция,
- облегчение симптомов.

Теоретическое обоснование циторедуктивной хирургии включает элиминацию химиорезистентных клонов клеток, увеличе-

ние фракции роста, чувствительной к ПХТ, снижение риска химиорезистентности, улучшение перфузии опухоли, улучшение иммунологической компетентности пациента. Степень радикальности первичной циторедуктивной хирургии включает резекцию кишечника у 14-33%, спленэктомию – 7-13%, резекцию мочевого пузыря и мочеточников – 35%, резекцию диафрагмы, частичную гепатэктомию, частичную колэктомию, множественные сегментарные резекции тонкого кишечника, тазовую и парааортальную лимфаденэктомию, в том числе супрааренальную. Известно, однако, что проведение неоадьювантной ПХТ даёт сравнимые результаты, по крайней мере, в работах ряда центров.

Не следует также забывать, что после слеоперационная заболеваемость после сверхрадикальной циторедукции составляет 25-30%, а в течение 30 дней повторно госпитализируются 12-16%, или каждая 7-9-я пациентка (Fauci JM 2011 et al.; Clark RM et al., 2013), причём показатели заболеваемости и смертности возрастают при операциях на верхних отделах живота (смертность 1,5-8,8%).

К тому же выполнение таких операций требует экспертного и дорогостоящего оснащения операционных, выбора и подготовки лидера группы, обучения и сертифицирования команды, повышения хирургического навыка онкогинеколога. Заметим, что 95% типичных резекций кишки выполняются за рубежом онкогинекологами, что в современных российских реалиях требует решения проблемы общехирургического сертификата.

Закончим мы нашу публикацию шуткой зарубежных онкогинекологов: «Если операция по поводу рака яичника длится менее 5-6 часов, значит, она нерадикальна».

Максим ВЫСОЦКИЙ,
профессор, руководитель курса
эндохирургии в гинекологии
кафедры эндоскопической хирургии.

Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И.Евдокимова.

щественному снижению ПАД с его исходным уровнем выше 60 мм рт.ст. и практически влияло на уровень ПАД при его исходном уровне ниже 50 мм рт.ст.

Способность индапамида ретард с его гипотензивным эффектом связывают с антиатеросклеротическим и антиоксидантным действием препарата, улучшающим эластические свойства артерий.

Антагонисты кальция улучшают эластические свойства аорты и её крупных ветвей, что способствовало у пожилых снижению АД в большей степени, чем ДАД. Антигипертензивная эффективность АК не изменяется и даже несколько увеличивается с возрастом. Наличие метаболической нейтральности, усиление антиатерогенного потенциала, улучшение нарушенного углеводного обмена способствуют тому, что АК занимают одно из лидирующих мест в лечении АГ пожилых. Необходимо подчеркнуть, что дигидропиридиновые АК эффективно нормализуют АД, особенно при частой форме АГ пожилых – ИСАГ.

В ряде клинических исследований выявлено, что сартаны (АРА II, БРА) улучшают качество жизни пожилых пациентов с АГ. Для сартанов показательна высокая степень аффинности в конкурентном ингибировании рецепторов ангиотензина II, что способствует пролонгации эффекта сартанов.

Михаил ГУРЕВИЧ,
доктор медицинских наук, профессор.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф.Владимирского.

Одна из главных проблем современного общества – сохранение здоровья и трудоспособности человека в условиях интенсификации процессов его деятельности и ухудшения экологической ситуации. В то же время ВОЗ отмечает ухудшение состояния здоровья населения, в том числе рост слепоты и слабовидения во всём мире. В настоящее время в мире насчитывается 165 млн слепых.

На X съезде офтальмологов, прошедшем в 2015 г., было отмечено, что количество инвалидов по зрению в России достигло 240 тыс. человек, среди которых (по данным разных авторов) от 22 до 72% – люди трудоспособного возраста.

Однако эти цифры не учитывают лиц со сниженной остротой зрения, не достигшей критического значения. Такая группа пациентов, в основном, не подлежит хирургическому лечению и неумолимо движется к слепоте. Следует сказать, что затраты государства на содержание и социальную реабилитацию одного инвалида по зрению значительно выше затрат на проведение профилактических мероприятий по сохранению остаточного зрения, а значит трудоспособности человека.

Продлевая трудовую деятельность пациента, специалисты вносят определённый вклад в экономику государства.

По данным ВОЗ, наиболее распространёнными причинами слепоты в развитых странах у городского населения являются дегенеративные заболевания сетчатки и зрительного нерва. Россия не является счастливым исключением в этом тревожном процессе. И это несмотря на то, что отечественная офтальмологическая школа заслуженно занимает достойное положение в мире. Немалая роль в формировании авторитета отечественной офтальмологии принадлежит основоположнику микрохирургии глаза в России Святославу Фёдорову – человеку неукротимой энергии, талантливому организатору, сумевшему поднять на должный уровень хирургическое направление российской офтальмологии и сделать его доступным для населения страны.

Сегодня его ученики в филиалах МНТК и частных клиниках успешно продолжают начатое им дело.

Мы обратились к одной из его учениц, главному врачу ЦТО Татьяне Хейло, продолжающей работу в направлении профилактики и лечения дегенеративных заболеваний сетчатки и зрительного нерва, с просьбой рассказать об этом и о своей работе в целом.

– Татьяна Сергеевна, каковы, по вашему мнению, причины роста слепоты в мире?

– Причины развития слабовидения у населения многофакторны. Можно выделить две основные группы заболеваний, приводящих к снижению зрения. Первая – это нарушения прозрачности сред глаза, и современная офтальмохирургия блестяще с ними справляется. Вторая группа заболеваний включает дегенеративные изменения сетчатки, проводящих путей и центрального отдела зрительного анализатора, характеризующиеся постепенным и необратимым ухудшением функций. Как правило, снижение зрения при таких заболеваниях необратимо, носит вторичный характер и происходит вследствие нарушений метаболизма, наступающих часто из-за патологии сосудистой, иммунной, эндокринной и нервной систем. По мере нарастания распространённости таких заболеваний, как сахарный диабет, болезни сердечно-сосудистой системы и т.д., растёт и число офтальмологических осложнений. Именно эта группа заболеваний, по данным ВОЗ, является основной причиной инвалидизации населения. Боль-

Работают мастера

Вглядываясь в «зеркало здоровья»

Инновационные технологии помогают не только улучшать и сохранять зрение, но и восстанавливать резервы всего организма



Справка. Татьяна Хейло окончила Московский государственный медико-стоматологический институт в 1974 г. Со студенческих лет занималась изучением гемодинамики глаза при глаукоме и близорукости, взаимосвязью заболеваний органа зрения с состоянием иммунной, сосудистой, эндокринной систем. По поручению С.Фёдорова организовала клиническое отделение МНТК микрохирургии глаза на базе Центральной республиканской больницы Минздрава России для больных со сложной сочетанной патологией. Одновременно выполняла функции главного специалиста санавиации России. Отличник здравоохранения. Участвовала в ликвидации техногенных катастроф, за что имеет правительственные награды. Далее переведена в Московский филиал МНТК в качестве заместителя ди-

ректора. Позже занимала ряд ответственных должностей в медицинских центрах Москвы. Награждена кубком правительства Москвы «Хрустальная лада». Автор и соавтор более 50 научных публикаций в отечественных и зарубежных изданиях, 3 монографий и 14 патентов на изобретения. Научные разработки Т.Хейло отмечены золотыми и серебряными медалями на международных выставках. В настоящее время является главным врачом ООО «Центр терапевтической офтальмологии» (ЦТО), основное направление которого – лечение дегенеративных заболеваний органа зрения. Одновременно является председателем правления НКО «Фонд профилактики инвалидности по зрению». В 2015 г. за благотворительную работу награждена Орденом Святой равноапостольной княгини Ольги.

шой вклад в решение проблем медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению в России на протяжении многих десятилетий вносят профессор Е.Либман и её ученики. И если в области офтальмохирургии достигнуты определённые результаты, то в области терапевтической офтальмологии, требующей совместных усилий специалистов смежных областей медицины, есть огромное поле для деятельности. Ведущие исследователи убедительно показывают, что снижение функции нервной ткани глаза сопровождается нарушениями метаболизма и гемодинамики, приводящими к необратимым изменениям в тканях глаза. В этом случае основная цель не только активизировать деятельность нервной ткани зрительного анализатора, но и минимизировать воздействие повреждающих её факторов. То есть, по возможности, с помощью соответствующих специалистов компенсировать сопутствующее заболевание.

– Каким образом терапевтическая офтальмология, а также нейроофтальмология, офтальмоэндокринология и другие направления служат сохранению здоровья не только органа зрения, но и здоровья практически здоровых людей, в частности, студентов?

– Дело в том, что часто глаз первым реагирует на изменения в организме, и такие разделы терапевтической офтальмологии, как нейроофтальмология, офтальмоэндокринология, пупилломоторика, достаточно серьёзно занимаются первыми проявлениями этих заболеваний в тканях глаза. Кроме того, в глазу мы визуально можем оценить состояние сосудистой системы, а главное – взаимоотношение звеньев микроциркуляторного комплекса (артериол – капилляров – венул), который, по мнению большинства исследователей, является единым для всего организма. Нарушение микроциркуляции, а значит обменных процессов, является одной из составляющих в развитии гипоксии с последующими патоморфологическими изменениями в тканях. Микроциркуляторная система первой вовлекается в патологический процесс, и поэтому изменения в ней могут быть обнаружены в доклинической стадии, что имеет превентивное

значение. Выявленные нарушения микроциркуляции в глазу могут послужить поводом для подробного обследования пациента при отсутствии клинической картины и жалоб со стороны больного.

Наш небольшой центр, расположенный на территории санатория-профилактория Российского государственного университета нефти и газа им. И.М.Губкина, получил возможность изучения в динамике состояния зрительных функций студентов и сотрудников вуза. За 20 лет работы через нас прошло около 4 выпусков с 1-го по 6-й курсы. Нужно сказать, что в университете очень внимательно относятся не только к формированию творческих личностей, но и к сохранению здоровья студентов. В санатории-профилактории ежегодно около тысячи студентов и сотрудников вуза проходят курс реабилитации, направленный на выявленную патологию. В свою очередь ЦТО получил возможность подробного изучения состояния зрительных функций сотрудников и студентов одновременно с показателями общего здоровья в динамике.

– Исходя из этого можно утверждать, что специалистами центра накоплен достаточный опыт и разработаны эксклюзивные технологии? Вы делитесь своими наработками?

– Да, накоплен большой опыт и результаты наших исследований легли, в частности, в основу докторской диссертации профессора Н.Шигиной, посвящённой комплексному лечению атрофии зрительного нерва, а также были использованы в докторской и кандидатской диссертациях кардиологов. Комплексные исследования, проведённые в динамике у студентов, страдающих миопией, выявили достоверные одновременные нарушения в состоянии соединительной ткани, что послужило стимулом для разработки и внедрения на базе санатория-профилактория РГУНГ системы профилактики развития миопии, сочетающей воздействие на орган зрения, опорно-двигательный аппарат, обмен соединительной ткани. Первые результаты были доложены на X съезде офтальмологов и легли в основу дальнейшей научной работы одного из молодых врачей центра. Кроме того, особое внимание было уделено сохранению зрения и

трудоспособности сотрудников университета, страдающих дегенеративными заболеваниями сетчатки и зрительного нерва. Эти результаты также были озвучены на съезде офтальмологов.

– Познакомьте подробнее наших читателей с проводимыми в центре исследованиями, а также с уникальными авторскими методиками и медицинским оборудованием.

– В ходе проводимых обследований пациентов мы выявили зависимость динамики заболевания от состояния микроциркуляции, где реализуются транспортные функции сердечно-сосудистой системы и происходит жизненно важный обмен между кровью и тканями. В последние годы специалисты разных направлений медицины уделяют много внимания изучению состояния микроциркуляторного русла и его роли в развитии заболеваний. Термин «микроциркуляция» был предложен в 1954 г. Прежде всего, он отражает функцию и морфологию сосудов диаметром от 20 до 200 мкм. Прижизненная биомикроскопия тканевых структур – один из основных методов бесконтактного изучения микроциркуляции. Наиболее оптимальными зонами для исследования являются ногтевое ложе и конъюнктивная область. При этом последняя, на наш взгляд, является предпочтительней как наиболее доступная и защищённая от внешнего воздействия область. Доказано, что параметры микроциркуляции в конъюнктиве аналогичны таковым во всём организме. До сих пор результаты исследования микроциркуляции носили описательный характер.

Совместно с инженерами-оптиками, программистами нам удалось создать, запатентовать и получить разрешение на производство аппаратно-программного комплекса «ОКО», позволяющего параметризировать характеристики кровотока и оценивать в цифровом выражении линейную скорость кровотока, диаметр артериального и венозного сегментов, наличие сладжей и стаза эритроцитов в капиллярах и др. Цифровой офтальмологический капилляроскоп «ОКО» (патент №132699 от 2013 г.) оснащён оптической системой и видеокамерой для бесконтактной съёмки капилляров бульбарной конъюнктивы со скоростью 100 кадров

в секунду в 200-кратном увеличении с последующей цифровой обработкой и архивированием видеозаписей. Использование «ОКО» позволяет оценить микроциркуляцию в динамике, эффективность и длительность действия лекарственных средств.

Проведённые нами исследования показали, что нарушения микроциркуляции наиболее часто первыми реагируют на нарушение липидного, углеводного обмена, свёртывающей системы, мочевой кислоты, часто сочетаются с изменениями функции эндотелия на фоне хронической инфекции, поэтому к дальнейшему обследованию пациента и разработке тактики профилактики в нашем центре привлечены ведущие профильные специалисты города.

Это позволило нам выделить в ЦТО отдельное направление «медицины здоровья человека» и на уровне функциональных нарушений разрабатывать индивидуальные оздоровительные программы для пациентов без клинических проявлений.

Мы понимаем, что открывающиеся возможности изучения микроциркуляции при различных заболеваниях шире возможностей нашего небольшого центра, поэтому сотрудничаем с ведущими медицинскими учреждениями, занимающимися аналогичными вопросами. В настоящее время проводим совместные исследования микроциркуляции при сахарном диабете, гипертонической болезни, метаболическом синдроме. Особенно информативны данные капилляроскопии при диагностике и лечении хронической ишемии головного мозга. Самое главное, мы получили возможность объективно оценивать эффективность и длительность воздействия медикаментов и физиопроцедур по параметрам микроциркуляции в практических целях. Для сохранения остаточного зрения у пациентов с такими тяжёлыми заболеваниями как атрофия зрительного нерва, возрастная макулодистрофия и осложнённая близорукость подобранная схема лечения и реабилитации может повторяться по месту жительства или самостоятельно.

Беседа вел
Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Любая медицинская наука, в том числе гериатрия, развивается в соответствии с потребностями конкретного общества, что было определено ещё два столетия назад корифеями русской терапевтической школы. В современном гуманном обществе, ставящем во главу угла человеческую личность как главную и непреложную ценность, начала бурно развиваться гериатрия – наука о патологии пожилого и старческого возраста. И это не удивительно – ведь быстро увеличивается число пожилых, а также меняется отношение к ним во многих странах.

Каскад синдромов

В 1991 г. Организация Объединённых Наций декларировала 5 принципов, в соответствии с которыми должна строиться жизнь человека пожилого и старческого возраста: достоинство, автономия, способность к самореализации, участие в жизни общества, физическая независимость (возможность передвигаться, отсутствие или минимизация телесных страданий). С этими принципами корреспондируются принятые в современной гериатрии требования, обеспечивающие так называемый вызов старости, которые позволяют пожилому человеку организовать своё время и в меньшей степени заботиться о тяготах, с которыми нередко сопряжено старение:

- иметь перспективу: сохранить в любом возрасте смысл жизни, иметь планы на будущее, программу их реализации, сохранить оптимизм и видение будущего;
- интересоваться текущими делами: знать события текущей жизни и иметь к ним собственное отношение;
- иметь толерантность: быть толерантными и принимать особенности жизни более молодых поколений;
- сохранить доброе отношение к окружающим людям: позитивно мыслить, инициировать положительные отношения в семье, иметь заинтересованность в сохранении социальных связей;
- иметь чувство благодарности: радоваться и быть благодарным даже небольшим положительным и приятным событиям, высоко их ценить.

Все эти позитивные моменты в старости возможны при условии высокой степени медико-социальной реабилитации и социализации пожилого человека. Вот именно эти направления являются основой современной гериатрии, которая, как наука и медицинская специальность, носит междисциплинарный характер и ориентирована не столько на купирование проявлений определённых заболеваний, сколько на синдромную оценку состояния пожилого больного с последующей разработкой программ медико-социальной помощи. Признано, что особенностями гериатрической медицины являются следующие:

- ориентация при проведении диагностических и лечебных мероприятий прежде всего на повышение качества жизни, улучшение функционального состояния человека пожилого и старческого возраста;
- повышение статуса функционального состояния человека в отличие от общепринятой системы воздействия на этиологию и патогенез заболевания;
- повышение значимости нефармакологических методов воздействия, поскольку доказано, что в пожилом и старческом возрасте формируются особенности фармакодинамики и фармакокинетики, усиливающие побочные эффекты медикаментов и снижающие их эффективность;
- придание особой значимости принципу индивидуальности при оказании медицинской помощи человеку пожилого и старческого возраста в связи со значительными особенностями клинических проявлений заболеваний в гериатрии (стёртость, малосимптомность и пр.);
- важность знаний правил обще-

ния с пожилыми людьми, владение приёмами психотерапии, знание врачами основ психологии старости и старения;

– усиление роли социального компонента при оказании медико-социальной помощи человеку пожилого и старческого возраста.

Принимая во внимание всё это, можно утверждать, что во главе угла современной гериатрии находится концепция так называемой старческой астении (англ. frailty). Это

социализация гериатрического больного, как правило, за рамками внимания. Вот почему в современном обществе основной задачей оказания медицинской помощи пожилому населению является сохранение максимальной степени функциональной независимости и обеспечение качества жизни. Это достигается посредством своевременной диагностики и способны привести к состоянию старческой астении. В связи с этим гериатри-

в поддержании нормальной жизнедеятельности.

6. Старение с формированием полной и постоянной зависимости – наблюдается полная постоянная зависимость от посторонней помощи, пожилой человек полностью прикован к постели, имеет место развитие тяжёлых инвалидизирующих заболеваний, например, деменции. При осуществлении ухода за такими людьми на первое место выходят мероприятия

Отметим, что старческая астения как синдром является крайним проявлением возрастных изменений. Это необходимо подразумевать при проведении дифференциальной диагностики старческой астении с проявлениями тяжёлой патологии внутренних органов или психической сферы. Оказание медико-социальной помощи нашим пациентам включает ряд моментов. Безусловно, на первом месте находится организация диспансерного наблюдения за такими пациентами, разработка плана диспансеризации с целью предупреждения прогрессирования и развития осложнений старческой астении, привлечение к уходу не только медицинский персонал, но и социальных работников. И, наконец, с точки зрения требований геронтологии и гериатрии обязательным представляется создание условий, обеспечивающих высокое достоинство пожилого человека, исключая синдром насилия в физической или психологической форме.

Комплексный осмотр – в интересах пациента

Специализированный гериатрический осмотр (англ. comprehensive geriatric assessment) представляет собой мультидисциплинарный диагностический процесс, который направлен на выявление физических, функциональных и психосоциальных особенностей людей пожилого и старческого возраста. Он необходим для разработки комплексного медико-социального плана их ведения, включая лечение и медико-социальную реабилитацию. При проведении специализированного гериатрического осмотра представляется возможным получение информации о пациенте по следующим позициям.

1. Сведения о личности пациента: семейный анамнез, условия жизни, потребность в дальнейшей помощи (при деменции, депрессии, одиночестве), включая потребность в госпитализации в социальные учреждения стационарного типа; оценка качества жизни, экзистенциальные аспекты старости в конкретном индивидуальном случае, жизненные приоритеты конкретного человека.

2. Физикальный статус.

3. Функциональная диагностика: оценка состояния стабильности и степени возрастных изменений походки; выявление функционального потенциала с применением опросников и шкал и т.д.

4. Оценка психического статуса.

5. Социальный статус: выявление социальной роли и характера социальных взаимоотношений человека пожилого и старческого возраста; характер (в частности, безопасность) среды обитания, потребность в различного вида социальной помощи.

Проведение такого комплексного осмотра у людей более молодого возраста является, очевидно, ненужным, да и затруднительным, но именно в пожилом возрасте даёт возможность оценить статус гериатрического пациента во взаимосвязи не только с физическими особенностями, но и, что особенно важно, социальными последствиями заболевания и инволютивных изменений.

К сожалению, в настоящее время имеется большая потребность в обучении врачей разных специальностей гериатрическому подходу. Перспективная форма непрерывного последипломного образования врачей лечебных специальностей будет способствовать развитию гериатрического подхода в здравоохранении.

Андрей ИЛЬНИЦКИЙ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Кирилл ПРОЩАЕВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Институт повышения квалификации
Федерального медико-биологического агентства.**

**Научно-исследовательский
медицинский центр «Геронтология».**
Москва.

**Фото
Александра ХУДАСОВА.**

Авторитетное мнение

Вызов старости

Современная концепция гериатрической помощи



специфическое состояние, которое может развиваться у человека пожилого и старческого возраста и характеризуется такими симптомами, как похудание, когда наблюдается снижение массы тела (не менее чем 4,5 кг/год); нарушение походки; снижение мышечной силы и развитие выраженной саркопении; развитие когнитивных расстройств и снижение мотивации, утрата прежних жизненных интересов; низкий уровень двигательной активности. Понятно, что это приводит к снижению качества жизни человека. Надо знать, что данный синдром может наступать в разные возрастные периоды человека, находящегося в возрасте старше 60 лет. Старческая астения генетически запрограммирована, но она может быть ускорена при развитии так называемых гериатрических синдромов, которых насчитывается более 65. Это, например, такие, как падения, головокружение, нарушение стула и прочие, которые также являются объектом гериатрического вмешательства. К другим синдромам и состояниям, которые не являются возрастассоциированными, но всё же чаще встречаются именно в пожилом и старческом возрасте, относятся: афазия, амнезия, анорексия, апатия, одиночество, паранойяльный синдром, нарушения походки, слуха и зрения и многие другие хорошо известные гериатрам и геронтологам.

Таким образом, объектом современной гериатрии является специфическое состояние старческой астении и приводящие к ней либо сопровождающие её гериатрические синдромы. Именно они в совокупности обеспечивают функциональную активность пожилого человека, именно на их объективизацию ориентированы специфические методы обследования, принятые в гериатрии. Наконец, разработка медико-социальных программ, позволяющих успешно справляться с данными симптомами, даёт возможность достигнуть конечной цели гериатрической помощи – поддержание максимально возможного качества жизни человека пожилого и старческого возраста. К сожалению, в нашей стране по отношению к пожилым и старикам сохраняется традиционный, общетерапевтический подход, заключающийся в купировании отдельных симптомов патологии, при этом в обычной практике такие понятия, как качество жизни или

ческие синдромы и старческая астения являются основными объектами гериатрической помощи и находятся в основе её современной концепции.

Типы старения и объём медико-социальной помощи

С точки зрения состояния функций организма выделяют следующие типы старения, которые могут как следовать один за другим, так и наступать изолированно сразу после окончания зрелого возраста.

1. Идеальное старение, которое характеризуется высокой степенью сохранности функциональных резервов организма вплоть до последних дней жизни.

2. Сохранное старение, при котором имеет место постепенно угасающее, но всё же сохранное состояние двигательной и трудовой активности.

3. Независимое старение, когда имеет место значительное снижение степени функционирования организма, ограничение функциональной активности пожилого человека, но при этом он способен осуществлять уход за собой и сохранять независимость от посторонней помощи. В данном случае необходимо проведение комплексного гериатрического осмотра с выявлением гериатрических синдромов, разработкой программ медико-социальной реабилитации.

4. Старение с формированием астении – характеризуется лабильностью состояния здоровья и социальной активности; у таких людей имеется значительное количество хронических заболеваний, которые протекают с частыми обострениями и декомпенсациями. На этом этапе старения формируется значительная зависимость от посторонней помощи, имеется высокая потребность в проведении мероприятий медицинской и социальной реабилитации. При данном типе старения необходимо обеспечить выявление гериатрических синдромов, а также своевременное их купирование.

5. Старение с формированием частичной зависимости от посторонней помощи, при котором имеет место низкий потенциал здоровья, значительная часть времени жизни пожилого человека проходит в обстановке зависимости от посторонней помощи. В данном случае возрастает роль социальных служб

социального плана, сестринского ухода, которые направлены на поддержание достойных условий существования.

7. Период умирания, когда необходима организация адекватной паллиативной помощи.

Феномен, у которого 20 понятий

Старческая астения в последние годы стала предметом особого интереса гериатров, поскольку является основной точкой приложения лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий в пожилом и старческом возрасте. Вместе с тем до сих пор нет единодушия в отношении определения данного понятия, их на сегодняшний день существует около 20. Между тем все авторы единодушно считают, что старческая астения представляет собой междисциплинарный феномен, по сути – прогностический фактор и клиническую проблему, которые могут рассматриваться как мера оценки степени утраты самообслуживания и потребности в социальной помощи. Такая интерпретация старческой астении ещё раз подчёркивает значимость социального компонента в оказании медико-социальной помощи пациенту.

Распространённость старческой астении достаточно велика и в возрасте старше 65 лет в среднем достигает 6,9%, при этом чаще она регистрируется именно у женщин, что связано с более высокой продолжительностью жизни. Но при этом имеются определённые национальные особенности. Например, в Японии под этим состоянием подразумевают комбинацию из 4 синдромов – падения, недержание мочи, недостаточность питания и депрессия. В таком случае распространённость старческой астении увеличивается до 33,6% у мужчин и 42,4% у женщин. Говоря об этиопатогенезе старческой астении, следует отметить, что в основе её развития находится всё же генетическая предрасположенность. Кроме того, с увеличением возраста отмечается усиление процессов иммунного воспаления.

Безусловно, к возникновению старческой астении приводит целый ряд клинических состояний, которые ассоциированы с пожилым возрастом. К ним следует отнести: возрастную дисфункцию автономной нервной системы, что способно приводить к синкопальным состояниям, падениям, саркопении, пролежням; сидячий образ жизни с добровольным значительным ограничением физической активности, апатия и депрессия, когнитивный дефицит, хронический стресс, побочные эффекты медикаментов и т.д. Для диагностики старческой астении важны – состояние статуса питания; определение двигательной функции и мышечной силы, оценка степени когнитивного дефицита и тревожно-депрессивного синдрома; оценка состояния самообслуживания. Рекомендуется также применять лабораторные методы для выявления иммунного воспаления и нарушений метаболических параметров.

Амбулаторное равнодушие

В сентябре 2014 г. в консультативно-диагностический центр № 2 ДЗМ к терапевту по месту жительства обратился 53-летний пациент с жалобами кардиального характера: на возникающие при физической нагрузке боли за грудиной давящего характера, а также повышение цифр артериального давления (АД) до 165-170/90-100 мм рт.ст. Прежде за медицинской помощью не обращался.

По данным объективного осмотра у мужчины были выявлены тахисистолия и гипертензия. На ЭКГ: ЧСС – 105/минуту, ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси сердца, гипертрофия ЛЖ. На основании анамнеза и жалоб, а также данных обследования больного был выставлен диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения 2-3 ФК, АГ 2-й степени. В этой связи пациенту была назначена корректирующая терапия. Больной был взят на диспансерный учёт с последующим планом обследования.

3 месяца спустя больному обратился к участковому терапевту с теми же жалобами: приступы стенокардии на высоте физической нагрузки. По результатам осмотра терапевт направил его к кардиологу, после консультации которого пациенту была проведена коррекция терапии, а также назначен ряд обследований: ЭКГ, Эхо-КГ, велоэргометрия и биохимический анализ крови.

В крови была выявлена дислипидемия. На ЭКГ – гипертрофия ЛЖ. Результат Эхо-КГ: фракция выброса – 59%, гипертрофия ЛЖ и межжелудочковой перегородки, уплотнение стенок аорты, стенок МК, АК и ТК, а также умеренная митральная и аортальная регургитация. При проведении велоэргометрии – проба положительная, в связи с чем кардиологом было принято решение о госпитализации пациента с целью решения вопроса о проведении коронарографии.

В феврале 2015 г. после консультации больничным кардиологом и эндovasкулярным хирургом пациент явился к участковому терапевту с целью проведения планового дообследования в связи с предстоящей коронарографией. В общем анализе крови – незначительное повышение гемоглобина и эритроцитов, в биохимическом – незначительное повышение билирубина.

На рентгенограмме органов грудной клетки у пациента выявлены патологические изменения, не позволяющие исключить заболевание правого лёгкого. В этой связи пациенту были назначены консультации фтизиатра, пульмонолога и онколога, а также КТ органов грудной клетки.

Заключение по КТ: изменения могут соответствовать саркоидозу лёгких, туберкулёзу внутригрудных лимфатических узлов. Также на КТ отмечались лимфоаденопатия и атеросклероз аорты. Консультация фтизиатра исключила туберкулёзный процесс в органах дыхания. Пациент был осмотрен пульмонологом, который выставил ему диагноз «саркоидоза внутригрудных лимфатических узлов и лёгких», а также назначил повторную КТ, которая не продемонстрировала никакой динамики. Онколога пациент не посещал.

Стационарный формализм

В марте 2015 г. пациент был планово госпитализирован в столичную ГКБ № 57 для проведения коронарографии. Состояние при поступлении было расценено как удовлетворительное. В лёгких – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16/минуту. Никаких жалоб со стороны органов дыхания пациент не предъявлял. Тоны сердца приглушены, ритмичные.

Клинический разбор

Шаблонное образование

Чем оборачивается отсутствие междисциплинарного подхода к ведению пациента

Как известно, предметов в медицинском вузе предостаточно, и студенты уже с первого дня обучения волей-неволей погружаются в удивительный мир фундаментальных дисциплин, на которые некоторое время спустя наслаиваются клинические. Казалось бы, всё логично: от теории к практике. Однако каждый предмет в большинстве случаев преподается будущим специалистам как бы изолированным от другого, что весьма негативно сказывается на компетенции молодого врача в самом начале самостоятельной клинической работы: он зачастую просто-напросто не понимает, а как соединить знания по разным предметам в единую систему.

И в наши дни эта проблема на ниве отраслевой эффективности встаёт особенно остро: одним из наиболее актуальных вопросов первичного звена на современном этапе является проблема политерапии в связи с коморбидностью пациентов. Единственным решением данной проблемы является создание так называемой университетской клиники на базе медучреждений, где наряду с реальным, а не формальным

лечебным процессом будут проходить клинические разборы, клиничко-анатомические конференции, а также междисциплинарные консилиумы с участием кафедральных сотрудников – профессоров, доцентов и ассистентов с целью непрерывного образования и перманентного повышения квалификации городских врачей. Иными словами – последипломное медицинское образование в настоящее время должно проходить, что называется, не отрываясь от рабочего процесса.

Пока же проект с созданием университетских клиник на базах городских медучреждений только начинает реализовываться. Так что в качестве образовательной площадки выступила очередная городская клиничко-анатомическая конференция, собравшая руководителей столичных медучреждений, а также главных специалистов Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ), прошедшая по традиции под председательством заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, профессора, заслуженного врача РФ Леонида ПЕЧАТНИКОВА.



моей точки зрения, не было. Что касается криптококкоза, то он, безусловно, негативно влиял на течение заболевания: любое воспаление способствует тромбообразованию. Именно поэтому, на мой взгляд, тромболитическая терапия не была эффективной.

Андрей БЕЛЕВСКИЙ, главный пульмонолог ДЗМ.

По современным представлениям, в саркоидологии есть негласный закон: если можешь не лечить – не лечи. Дело в том, что, согласно постулатам доказательной медицины, саркоидоз лечится двумя группами препаратов: глюкокортикостероидами и цитостатиками. У данного пациента не было синдрома дыхательной недостаточности и фиброза лёгочной ткани. В этой связи совершенно правильно, что ему не были назначены гормоны, которые лишь усугубили бы течение коронарных проблем. К таким пациентам необходимо подходить комплексно – учитывать их коморбидность и т.д. В случае же проведения стероидной терапии болезнь потребовала бы морфологического доказательства. Хочу подчеркнуть, что рентгенологически криптококкоз и саркоидоз практически неразличимы. Дифференциальная диагностика возможно лишь морфологически. Принимая во внимание казуистичность криптококкоза, было очень сложно его заподозрить. Однако исчезновение пациента из поля зрения участкового доктора – вещь недопустимая. Так же как и незнание кардиологами его сопутствующей патологии со стороны лёгких.

Андрей ДЕВЯТКИН, главный инфекционист ДЗМ.

Как правило, криптококкоз протекает бессимптомно. И только в своей терминальной стадии это заболевание начинает беспокоить больных, когда уже необходима неотложная медицинская помощь. Говоря о разбираемом случае, нельзя утверждать, что именно криптококк вызвал тромбоз стента, однако учитывая развитие воспалительного процесса и гиперкоагуляцию, мы не можем исключить, что именно он способствовал фатальной коронарной картине у умершего больного.

Олег ОРЕХОВ, главный патологоанатом ДЗМ.

У меня нет претензий как к проведению секционного исследования, так и к постановке патологоанатомического диагноза. Бессимптомное течение криптококкоза описано в мировой литературе – прижизненно диагностировать его очень трудно. То, что он был расценён как саркоидоз – вполне допустимо. Показаний к проведению прижизненного морфологического исследования у данного больного не было – не позволяла тяжесть состояния, обусловленная патологией со

стороны сердца. Расхождение клиничко-анатомического и морфологического диагнозов в данном случае приемлемо, несмотря на косвенные признаки – повышенный гемоглобин и эритроциты. Своё заключение я базирую на основании медицинской документации по обсуждаемому пациенту.

Резюме председателя

Ведение данного больного на поликлиническом этапе не выдерживает никакой критики. Диспансерное наблюдение пациента с ИБС в данном случае – неудовлетворительное. То, что больному со стенокардией не была проведена рентгенография органов грудной клетки – удивительно. Поймите, коллеги, мы обсуждаем методологические вещи. Терапевт и кардиолог не нашли инфаркт на ЭКГ – это полная катастрофа. У данного больного не было острого коронарного синдрома. Это не означает, что необходимо незамедлительное стентирование. Человеческий организм не интактен. Он развивает коллатерали в случае медленного прогресса ИБС. Необходимо понимать, что стентирование вне острой ситуации – не ОМС, а ВМП. Не надо выдавать хроническую ИБС за острый коронарный синдром – грамотно заполненная история болезни «вскроет» желание клиники заработать там, где это не обязательно. В Москве достаточно острой коронарной патологии, чтобы проводить стентирование по показаниям.

Что же до криптококкоза – то это казуистика для нашей страны. У меня нет оснований для критики коллег по данному поводу. Тем не менее к диссеминированному поражению лёгких нужно относиться крайне внимательно. Это огромная проблема во всей медицине. Диссеминированное поражение лёгких – вещь довольно частая, которая вызывается большим количеством различных заболеваний: от метастатического поражения и туберкулёза до того же экзотического криптококкоза. Необходимо понимать, что неинвазивные методы диагностики при диссеминации в лёгких далеко не всегда эффективны. Мы можем долго ходить вокруг да около синдрома диссеминации, однако в итоге это кончится либо трансбронхиальной биопсией, либо открытой биопсией лёгких при торакоскопии. Я это заявляю как клиницист, занимавшийся в течение многих лет диссеминированными поражениями лёгких. Иногда лучше пойти на инвазивную процедуру – на кону стоит морфологически достоверный диагноз, – завершил конференцию Л.Печатников.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

АД 130/80, ЧСС – 72/минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Отёков нет. На ЭКГ – отсутствие острой очаговой патологии, однако нельзя исключить рубцовые изменения в нижней стенке ЛЖ. Эхо-КГ – без патологии. Из лабораторных данных – повышение гемоглобина, триглицеридов.

Пациенту была сделана плановая коронарография, выявившая стеноз передней межжелудочковой артерии на 65%, а также критический стеноз правой коронарной артерии. Были выполнены ангиопластика и стентирование правой венечной и задней межжелудочковой артерий. При выписке из стационара пациенту была назначена антикоагулянтная и антиагрегантная терапия по «послекоронарному» стандарту – в целях профилактики тромбообразования.

Внезапная смерть

В октябре 2015 г. пациент самостоятельно обратился в ГКБ № 57. Причина – возобновление ангинозных приступов в течение последнего месяца, а также явное снижение толерантности к физической нагрузке. Физикальное исследование никаких изменений по сравнению с предыдущей госпитализацией не выявило. ЭКГ – без отрицательной динамики. На Эхо-КГ – появление зоны гипокимии в нижней части стенки ЛЖ, фракция выброса 53%. Больного госпитализировали. Был проведён эндоваскулярный контроль: состояние правой коронарной артерии – удовлетворительное, стентированный сегмент проходит без признаков рестенозирования. Предпринята попытка реканализации ветви тупого края с целью восстановления венечного кровотока.

Реканализация оказалась безуспешной в связи с выраженностью атеросклероза, а также высокого риска перфорации артерии. Вмешательство завершено прямым стентированием передней

межжелудочковой артерии. После эндоваскулярного вмешательства пациент наблюдался в блоке интенсивной кардиопульмонологии в течение 6 часов, после чего был переведён в отделение кардиологии, где полтора часа спустя встал с больничной койки и подошёл к раковине, после чего упал и потерял сознание.

Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия бригадой сотрудников блока интенсивной терапии была констатирована биологическая смерть пациента. Заключительный диагноз: ИБС, атеросклероз коронарных артерий, стентирование. Острый тромбоз стента. Острый инфаркт миокарда. Постинфарктный кардиосклероз (ПИКС). Гипертоническая болезнь 2-й степени. Кардиогенный шок.

На основании патологоанатомического исследования установлен следующий диагноз: основное заболевание – ПИКС задней стенки на фоне артериальной гипертонии. Генерализованный криптококкоз с поражением головного мозга, печени, селезёнки, лёгких, костей. Венозное полнокровие и дистрофия внутренних органов, острый инфаркт миокарда передней стенки ЛЖ, отёк головного мозга, отёк лёгких. Атеросклероз аорты.

Заключение экспертов

Елена ВАСИЛЬЕВА, главный кардиолог ДЗМ.

Велоэргометрия была проведена некорректно. Драматической стенокардии у пациента не было. Ещё до первой коронарографии на ЭКГ больного видны следы перенесённого инфаркта. Участковый терапевт и кардиолог по месту жительства не наблюдали больного между первой и второй госпитализацией. Это недопустимо. У пациента не было острого инфаркта миокарда. Я сомневаюсь в целесообразности проведения стентирования в данной ситуации. Клинически значимого стеноза в данном случае, с

Открытия, находки

Нейробиология больной памяти

Более полувека назад в 1942 г. один из американских детских врачей описал «автономное» состояние у некоторых своих подопечных, которое назвал аутизмом. Сегодня насчитывается уже целый спектр аутистических расстройств, которые лишь в лёгких формах поддаются «лечению», поскольку у таких людей весьма трудно добиться сохранения в памяти двигательных и умственных (когнитивных) навыков. У них практически не формируется энграмма памяти, или запечатление-импрессия, возникающая у обычных детей зачастую с полуслова.

И лишь в наши дни учёные Калифорнийского университета и их коллеги сумели выявить «подспудный» механизм, лежащий в основе подобного рода нарушений. Они выделили микроРНК (miR), которая по своему составу и форме сходна с таковой у круглого червячка *C.elegans*, который наряду с дрозофилой и мышью является излюбленным объектом молекулярных биологов. Обе РНК образуют на одном из концов петлю, только у червячка в ней около 10 «букв» ген-кода, а у человека целых 18. Выяснилось, что miR подавляет возбуждение нервных клеток и образование связей между ними с помощью отростков и синапсов на них. Учёные снижали количество РНК у дрозофил, что вело к улучшению памяти и её сохранению. Мишенями воздействия РНК оказались около 100 генов, и её подавляющее действие максимально для гена *Abp*, кодирующего протеин связывания с ДНК, то есть генный регулятор. После стимулирования гена *Abp* память также улучшалась. Интерес к протеину связан с тем, что мутации его гена известны у аутистов, а также и у некоторых эпилептиков. Можно добавить, что при обоих расстройствах отмечаются нарушения в нейросетях.

Подтверждение последнему было получено в Университете Фрайбурга (ФРГ), сотрудники которого «просеяли» около 30 тыс. генов, сравнив их активность у здоровых и эпилептиков, неподдающиеся лечению при-

ступы у которых вызываются фокальными очагами дисплазии, или нарушений формирования нормальных нейросетей. К своему удивлению, учёные выяснили, что у таких людей в первую очередь нарушена активность генов, белки которых необходимы для формирования миелиновых оболочек нервных отростков (нарушение оболочек приводит к рассеянному склерозу). В Оксфордском университете с помощью МРТ было показано, что нарушение электроизолирующего миелина у эпилептиков особенно выражено на границе V и VI глубоко лежащих слоёв коры. Авторы полагают, что склонность больных к приступам связана с электрическим перевозбуждением двигательных и других нейронов. Установление причины вселяет надежду на поиски приемлемых методов воздействия на очаги, например с помощью глубокой магнитной стимуляции или мозг-компьютерных интерфейсов.

Интересно, что повышенная агрессия – по крайней мере у самцов мух – связана не только с возбуждением нервных клеток, но и их торможением (подавлением активности). Это было доказано с помощью всё шире применяемой оптогенетики, при которой активность нейронов можно регулировать с помощью лазера. Нейробиологи Нью-Йоркского университета обнаружили «смарт»-вратаря у врат агрессии в виде клеток межжелудочковой перегородки (она разделяет внутренние

полости – желудочки мозга) у мышей, функцию которых авторы сравнили с регулятором громкости. Свои сигналы клетки-перегородки посылают в гиппокамп, или извилину морского конька, лежащую на основании височной доли, считающейся хранилищем памяти. Удаление гиппокампа у пациента с эпилепсией привело к утере кратковременной памяти, в результате чего и была открыта функция этого отдела мозга. С помощью лазера авторы могли регулировать уровень агрессии самцов, но при этом внимание последних к самкам не менялось, что противоречит старому убеждению «всюду секс и насилие».

С помощью той же оптогенетики в Массачусетском институте технологии обнаружили в глубине мозга (в его стволе) locus-место, активность клеток которого «противится» одиночеству. Они оказались допаминовыми (допамин/дофамин является веществом удовольствия – вознаграждения и социального общения) и особенно активными у альфа-особей стайной иерархии.

И ещё два слова о памяти и оптогенетике. Исследователи Женевского университета показали, что «памятные» клетки гиппокампа синтезируют протеин, который способствует формированию и сохранению памяти. С помощью лазера они не только консолидировали память у мышей, но и ослабляли её, создавая положительную и отрицательную энграммы. Вполне возможно, что в скором времени память начнут измерять в «мнемозинах» (измеряют же характеристику тока в амперах, вольтах и омах).

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам *Current Biology*.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» приглашает для постоянного трудоустройства врачей следующих специальностей:

- ✓ эндокринолог
- ✓ ортодонт
- ✓ неонатолог
- ✓ психиатр-нарколог
- ✓ врач-эксперт качества медицинской помощи (эксперт)
- ✓ медицинская сестра
- ✓ фельдшер скорой медицинской помощи
- ✓ терапевт участковый (предоставление единовременной компенсационной выплаты из расчета 1 млн руб. (постановление правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры № 375-п от 12.10.2012).
- ✓ эндокринолог детский
- ✓ кардиолог
- ✓ оториноларинголог
- ✓ врач скорой медицинской помощи
- ✓ инфекционист
- ✓ акушер-гинеколог

Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.
Контактный телефон **8 (34675) 3-41-20;**
тел./факс **8 (34675) 3-15-73; моб. 8 922 433-93-03.**
Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу **8 (34675) 3-15-73**, e-mail: **sovhospital@sovboldnitsa.ru** или по адресу **628240, ХМАО – Югра, г. Советский, ул. Гагарина, 62 «а».**

Важнейшие операции

В больнице «Бейлинсон», входящей в Медицинский центр им. И.Рабина в Петах-Тикве, 51-летнему мужчине было пересажено искусственное сердце нового поколения – **Heart Mate 3**. Этот тип сердца способен генерировать у реципиента пульс и кровяное давление. До операции состояние больного определялось как очень тяжёлое. Его сердце функционировало только на 7%, и без кислородного баллона он не мог дышать. Причины нарушений функционирования сердца остались до конца не выявленными.

Новое сердце бьётся ровно

Профессор Дан Аравот, хирург-трансплантолог, заведующий отделением кардиохирургии и торакальной хирургии в центре им. И.Рабина, в беседе с корреспондентом «МГ» обратил внимание на тот факт, что новое поколение искусственных сердец создаёт давление, как и естественное сердце, и вызывает меньше таких осложнений, как образование сгустков крови. Искусственные сердца прежних поколений работали без сердцебиений. Они создавали непрерывный ток крови по сосудам, что делало невозможным измерение давления у пациента.

Профессор Аравот провёл имплантацию искусственного сердца совместно с доктором Виктором Рубчевским, выпускником Новосибирского медицинского института. Операция продолжалась более 4 часов. При этом врачи сохранили собственное сердце пациента, как бы добавив ему «в помощь» искусственный орган. Правый желудочек пациента про-

должает перекачивать кровь, а искусственное сердце взяло на себя функцию бо́льшого желудочка. Оно может использоваться как в качестве постоянной замены, так и как «переходное устройство», пока собственное сердце не восстановится или пока не появится возможность получить для пересадки сердце биологического происхождения.

Следует заметить, что ежегодно в «Бейлинсон» пересаживается около 30 искусственных сердец. И это самый высокий показатель среди всех израильских больниц. «Каждое новое поколение искусственных сердец», – говорит профессор Аравот, – приближает нас к цели, когда мы сможем обеспечить пациентам с серьёзными кардиологическими проблемами высокое качество жизни в течение многих лет без каких-либо осложнений».

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим – Петах-Тиква.

Ракурс

«Все болезни от нервов», говорили ещё недавно врачи (по крайней мере, эти слова вкладывала в их уста народная молва), но сегодня мы знаем, что вместо нервов на первый план выдвинулись гены, локализующиеся в хромосомах, а те в свою очередь – в ядре. У ядер есть концевые участки, или теломеры, защищающие хромосомы от эрозии.

Популяризаторы биологии сравнивают теломеры с плотными концами шнурков, не дающими последним «разрыхляться» и мешать удобству вдевания шнурка в дырки. Особенностью теломер нормальных клеток является сокращение их длины с каждым клеточным делением (длина эта восстанавливается ферментом теломеразой в ходе «производства» половых клеток). Известно также, что по достижении определённого минимума длины теломер те дают сигнал к аутофагии, или генетически запрограммированной клеточной смерти, то есть апоптозу. Уменьшение способности к делению сказывается и на стволовых клетках органов и

Рак в ядерных тисках

тканей, в результате чего организм постепенно стареет. Сегодня старение можно рассматривать как естественный механизм защиты от рака с его аномальным делением клеток, у которых «проявляется» эмбриональная склонность к миграции и клеточной инвазии – внедрению в ткани, – сопровождающихся метастазами.

В мире растёт число гектагенариев, то есть людей, перешагнувших 100-летний рубеж. На другом полюсе – рождающиеся крайне редко (1 на 4-5 млн) дети с прогерией, или преждевременным старением, у которых старческое облысение вследствие гибели стволовых клеток волосных «мешочков» – фолликулов начинается уже в 2-3 года, делая их похожими на жертв химиотерапии детских раков. Хорошо известно, что у детей с прогерией длина теломер не превышает таковую у 80- и 90-летних, а большинство их аномалий связано с нарушением молекулярной репарации многочисленных разрывов цепей

ДНК. Долгие годы прогерические изменения связывали с появлением на поверхности клеточных ядер «вспучиваний» – выпячиваний, возникающих как следствие нарушения функции мутантного белка внутреннего слоя – «плёнки» ядерной оболочки ламина. Потом был выделен ещё один белок, естественно получивший название прогерин, повышение которого до 30-40% от уровня ламина приводит к изменению формы ядра. Оно сопровождается прекращением деления клеток, которые начинают «выбрасывать» из себя вещества, разрушающие внеклеточный волоконный (фиброзный) матрикс, целостность которого необходима для клеточной жизнедеятельности.

Интересно однако, что скорость старения различных клеток отличается в зависимости от ткани. Вперёд «вырываются» клетки эндотелия сосудов, которые в норме делятся постоянно, на противоположном полюсе стоят нейроны, которые не делятся вообще (не

путать с нервными стволовыми). Клеточное старение объясняет кальцификацию стенок сосудов и отложение в них атеросклеротических бляшек, а также то, что жертвы прогерии погибают от инфарктов и инсультов, но в здравом уме и ясной памяти. В сингапурском Институте продвинутых исследований обнаружили ещё один молекулярный «ключ» к разгадке тайны прогерии, являющийся собой полипептид («осколок» протеина), ассоциированный с ламинном (LAP – Lamine-Associated Polypeptide), связывающий в норме молекулы ламина и прогерина. «Троичный» комплекс необходим для «привязки» теломер к внутренней оболочке ядра и тем самым обеспечения нормального функционирования хромосомных генов. В ядрах нормальных клеток расстояние между оболочкой и теломерами не превышает 250 нм, у жертв прогерии оно оказалось больше четверти микрона. Так теломеры оказываются в орбите влияния внутренней поверхности

клеточного ядра и его белковых комплексов.

В Технической университете тхасского города Эль-Пасо пытались решить обратную задачу, а именно, как сдерживать неуправляемое деление раковых клеток поджелудочной железы. Учёные обратили внимание на нимболид – вещество, выделенное из листьев индийской лилии, или дерева нимы (*Azadirachta indica*). Действие нимболида не просто сдерживает деление злокачественных клеток и на 80% снижает их способность образовывать колонии, но также стимулирует аутофагию (апоптоз). Авторы ссылаются на привычку индийцев жевать листья нимы, что возможно защищает их поджелудочную железу от неблагоприятного воздействия острых специй, добавляемых практически во все виды пищи.

У знаменитой «принцессы» алтайского плато Укок МРТ-исследование позволило выявить рак правой груди с метастазами в шейные позвонки. Женщине, погибшей около 2500 лет назад, было не больше 25 лет.

Иван ЛАРИН.
По материалам
Scientific Reports.

Животный яд – это самое настоящее химическое оружие, впрыскиваемое в тело жертвы острыми клыками, жалами или даже гарпунами. Да, не все пресмыкающиеся ядовиты, но некоторые из них в результате эволюции приобрели эту опасную способность – применять яд через специальные каналы в зубах.

Выделяемый ими яд, в свою очередь, это сложная смесь органических и неорганических веществ. В его состав входят протеолитические ферменты, разрушающие белки, свёртывающие кровь, и целый ряд других элементов. На вид это невзрачная желтоватая или прозрачная жидкость, зато свойства свои она сохраняет десятки лет, причём даже в высушенном состоянии.

Когда люди научились извлекать пользу из змеиного яда и применять его в медицинских целях, отследить очень сложно. Однако уже в древнем Риме из целебного вещества изготавливали средства против оспы, проказы, лихорадки и применяли в качестве наружного средства заживления ран. Из 2,5 тыс. видов змей, известных на нашей планете, для человека опасны около 400.

Чемпионы «по надоям»

По данным доктора Брайана Фрая из Квинслендского университета в австралийском Брисбене, больше всего яда производит змея, живущая с ним практически по соседству. Это мульга (*Pseudechis australis*). «У мульги за одну дойку можно получить более 1,3 г сухого яда», – рассказывает Фрай, заработавший своим герпетологическим энтузиазмом прозвище Ядовитый Док.

Мулга, или королевская коричневая змея, распространена по всей Австралии, она прячется под брёвнами и в мусорных кучах. К счастью, несмотря на обилие ядовитых змей в этой стране, людей они кусают редко.

По словам Фрая, сравнимое количество яда могут произвести и некоторые другие крупные змеи, в том числе индийская королевская кобра, габонская гадюка из Центральной Африки и обитающий в США гремучник ромбический.

Но количество яда на укус – это лишь один из показателей ядовитости того или иного вида. Этот тезис хорошо иллюстрируется на примере палестинского жёлтого скорпиона, нередко называемого

Однако

Какое существо самое ядовитое?

Говоря о ядовитых животных, в первую очередь, вспоминают змей – и, в общем-то, вполне заслуженно. Но самое ядовитое создание в мире, похоже, всё-таки не змея



самым ядовитым скорпионом в мире.

Это бледно-жёлтое паукообразное обитает в пустынях на Ближнем Востоке, охотясь по ночам на червей, многоножек и прочих беспозвоночных.

Скорпионы парализуют жертву укусом тельсона. В этом хвостовом сегменте брюшка содержится ёмкость с ядом и собственно жало, доставляющее яд в жертву. Палестинский жёлтый скорпион выделяет за раз куда меньше яда, чем мульга – ведь его обычная добыча невелика по размерам. Он едва достигает в длину 11 см, но, тем не менее, весьма опасен: четверть миллиграмма его яда способна убить мышей общим весом в целый килограмм.

Яд скорпиона, как известно, опасен для жизни, но вещества в его составе можно использовать в качестве альтернативного болеутоляющего средства, так считают учёные Университета Тель-Авива. Это довольно сильный яд. Но такой метод оценки токсичности имеет и свои недостатки, так как разные яды действуют по-разному.

Выбор цели

Яд может использоваться в качестве средства защиты от хищников или как орудие для нападения на добычу.

Если яд ориентирован на какой-

то конкретный вид животных, то он, как правило, особенно опасен именно для этого вида.

Поэтому сравнивать ядовитость разных представителей фауны довольно сложно: в результате эволюции их яд адаптировался под различающиеся конкретные задачи.

Люди не спешат становиться добровольцами и выстраиваться в очередь на лабораторные испытания, поэтому учёные тестируют яды на мышах. В результате экспериментов вычисляется средняя смертельная доза, то есть количество токсина, убивающего 50% подопытных мышей.

Показатель этот не идеален, так как многие животные существенно отличаются от мышей. Но, за неимением лучшего, учёные продолжают им пользоваться.

Самое ядовитое

По этой шкале самым ядовитым созданием на земле оказывается довольно неожиданный номинант: морская улитка. Хищные морские улитки-конусы выделяют особо опасный яд. Это – хищники, передвигающиеся медленно, для защиты имеют конусообразные раковины, а при возникновении угрозы могут применять яд. Некоторые из видов этих улиток охотятся на червей, другие – на рыб.

«Для тех видов улиток-конусов, которые охотятся на рыб, особен-

но важно иметь весьма быстродействующий и сильный яд, потому что в противном случае рыба просто успеет уплыть от столь медлительного охотника», – поясняет доктор Рональд Дженнер из Музея естествознания в Лондоне.

Для поражения жертвы у улиток-конусов есть специальные зубы. Они острые, полые, зазубренные и, в целом, похожи на гибриды мини-гарпуна и иглы для инъекций. Улитки выстреливают в ничего не подозревающих рыб, и добыча получает дозу паралитических токсинов. Когда рыба обездвижена, улитка её поедает.

Конусы регулярно отрачивают новые ядовитые зубы, так что безоружными они не остаются. Эти микрогарпуны способны проткнуть гидрокостюм, поэтому представляют серьёзную опасность для ныряльщиков. У географического конуса красивая пёстрая раковина, часто привлекающая внимание людей.

Яд слабее, опасность выше

Смертельная доза яда улиток-конусов для человека оценивается всего лишь в 0,029-0,038 мг на каждый килограмм массы тела. Без медицинской помощи в 65% случаев укол конуса становится для человека смертельным, но таких инцидентов зафиксировано небольшое количество.

Внутриматериковый тайпан, также называемый «жестоким змеей», по параметру токсичности яда считается самой опасной и самой ядовитой из сухопутных змей. Охотится он на млекопитающих. Его яд поражает нервную систему, кровь, мышцы и внутренние органы человека. И это подводит нас к последнему фактору оценки опасности ядовитых животных: насколько большую угрозу они могут представлять в реальной жизни. Для мышей средняя смертельная доза яда тайпана составляет 0,025 мг на килограмм живого веса. Внутриматериковый тайпан обитает в отдалённых пустынях центральной Австралии.

А прибрежный тайпан, яд которого не столь силен, считается при этом более опасным: он живёт в дюнах и лесах на тропическом побережье Австралии, где у человека больше шансов с ним столкнуться. Как и большинство змей, прибрежный тайпан становится агрессивным только в крайних случаях. Но, атакуя, он может быстро укусить несколько раз подряд, каждый раз впрыскивая полную дозу яда.

Окрас чёрной мамбы (*Dendroaspis polylepis*) – оливковый, своё название она получила по цвету пасти.

Реагируя на угрозу, она для начала шипит и настолько широко открывает свою пасть, что видна её черная глотка, да ещё и делает в сторону жертвы угрожающие броски. Чёрная мамба при укусе выделяет до 400 мг высокотоксичного яда. При этом смертельная доза для человека составляет всего 15 мг. Тот, кого укусила эта змея, обречён, если не ввести противоядие немедленно.

Выводы

Отравление укусами ядовитых животных – самая недооцениваемая из всех тропических болезней. Но люди не унимаются: население Земли растёт, и человек во многих уголках мира селится на традиционных территориях обитания ядовитых змей. Значит и смертельно опасные укусы наблюдаются всё чаще.

«Только в Мексике скорпионы жалят 500 тыс. человек в год, и 150 тыс. из укушенных приходится вводить противоядие, – рассказывает Фрай. – В Индии змеи ежегодно кусают миллион человек, из них 50 тыс. умирают, а половина укушенных остаётся с пожизненными травмами».

Яды – штука сложная, и желательно хотя бы приблизительно в них разбираться.

Инна СЕРГЕЕВА.

По материалам ВВС.

Перспективы

Белорусские специалисты работают над уникальными вакцинами против рака. Речь идёт о терапевтической вакцине против лимфомы, разработанной лабораторией Республиканского научно-практического центра детской онкологии, гематологии и иммунологии. Сейчас уже стартовал этап клинических испытаний – её получили три первых взрослых добровольца. Также идёт работа над вакциной против нейробластомы.

На пути к победе над раком

Известно, что в ближайшее время число добровольцев для тестирования препаратов должно вырасти, ведь набор желающих продолжается. Вакцина готовится персонально для каждого человека на основе материала, взятого из раковой опухоли. Применение приходится на первую ремиссию. Вакцина должна предотвратить возвращение заболевания. Так как на изготовление вакцины уходит до 4 месяцев, забор материала должен производиться на стадии постановки диагноза, говорят учёные. Раковые клетки потом замора-

живаются, выделяются ДНК и РНК – материал вакцины.

Что касается вакцины против нейробластомы, то ДНК, лежащая в её основе, обладает низкой биологической активностью. Это гарантирует безопасность – она не встраивается в геном клетки. Работа только началась, и исследования рассчитаны на 5 лет (2 года доклинических исследований и 3 года клинических испытаний).

Кирилл ОРЛОВ,
внешт. корр. «МГ».

По материалам
Medical Daily.

Исследования

Грубить докторам – опасно!

Исследовательская группа во главе с Ариком Рискиным, профессором медицинского факультета хайфского Техниона (Израильский технологический институт) рассмотрела последствия грубого отношения к медицинскому персоналу со стороны пациентов. Небезынтересно заметить, что факультет медицины, основанный в Технионе в 1969 г., является одной из немногих медицинских школ в мире, работающих в стенах технологического вуза.

По сути, в работе группы Рискина речь идёт о последствиях словесного (вербального) насилия к врачам и медицинским работникам среднего и младшего звена в больничных отделениях неотложной помощи, в некоторых стационарах, когда неожиданно возникает скученность, приводящая к временной нехватке медицинских работников и даже кроватей.

Профессор Рискин и его сотрудники обнаружили, что хамство, проявленное даже в «малых дозах» пациентами и членами их семей,

«вызывает антагонизм у врачей, медсестёр и вспомогательного персонала».

Исследователи проверили работу 24 медицинских бригад из 4 отделений интенсивной терапии новорождённых в Хайфе. При этом было обнаружено, что грубость, проявленная роженицами или их родственниками даже в «минимальной степени», ухудшает производительность и качество труда медицинского персонала. Если же хамское отношение к медикам продолжается долгое время, то состояние нервозности, в которое может впасть врач, обязательно отразится на качестве лечения, уровне диагностики и способности использовать весь набор технических средств.

Группой Рискина была смоделирована следующая ситуация. Одна бригада, приглашённая на обучающий семинар, получала критические замечания от нейтральных экспертов в вежливой форме, а вторая – в нарочито резкой, едва ли не грубой. Происходившее записывалось на видеомониторинг, а затем представлялось судьям, оценивавшим

эффективность действий команды в соответствии с определёнными критериями, касающимися диагностики, способности выполнения определённых процедур, а также поведения, связанного с обменом информацией и просьбами о помощи. Судьям не были известны личности участников эксперимента и обоих экспертов – вежливого и грубого.

«Группа, которая столкнулась с грубостью, – согласно выводам профессора А.Рискина, – продемонстрировала более низкие возможности по всем показателям». Таким образом, исследование продемонстрировало, что хамство пациентов или их родственников по отношению к медикам дорого обходится самим страждущим врачебной помощи, ибо резко ухудшает качество лечения. Нормальная атмосфера тем более важна в отделениях интенсивной терапии, где малейшая ошибка или оплошность могут привести к трагическим последствиям.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим – Хайфа.

Новый 2016 г. я встретил в Переславле-Залесском. Это неиспорченный новоделами живописно расположенный на берегах Плещеева озера и реки Трубеж древний русский город (год основания 1152). Здесь родился Александр Невский. Здесь Пётр I положил начало русскому флоту. Холмы, леса и великолепные храмы. Из них старейший XII века домонгольский Спасо-Преображенский собор.

Душа не терпит пустоты

Мороз и солнце. И на снежном фоне – белокаменные ансамбли монастырей впечатляют особенно. Они отреставрированы, но ныне малолюдны. Напоминая о своём былом могуществе и богатстве, храмы возносятся к небу и возносят душу.

Идея Бога мне близка. Я её воспринимаю как совесть, справедливость, любовь. Вспомним, что главное в Ветхом Завете – идея суда и справедливости, а главное в Новом Завете – идея милосердия и любви. Папа Римский Франциск не случайно назвал недавно вышедшую свою первую книгу «Божье имя – милосердие».

Но надо ли чрезмерно материализовать Бога всякими догматами церковной службы и приписываемыми ему (равно святым и иконам) чудесами? Мне представляется, что это только принижает его. Бог – понятие духовное и не нуждается в материализации. Бог выше и значимее чудес! Чудеса дают лишь очевидные основания для их разоблачения, ибо это либо его величество случай, либо внушение или самовнушение, проистекающее из веры (его возможности велики), либо явный обман, как, например, мистические иконы. Религия, мне кажется, должна опираться на свои сильные стороны, и прежде всего моральные ценности, а не на те аспекты, которые малоубедительны и уязвимы.

Мне понятен Лев Толстой, который верил в Бога, но отрицал церковные иерархии и ритуалы. Бог в них не нуждается, но на них зиждется устройство религиозной жизни по типу абсолютистского государства со всеми теми пороками, которые свойственны любому государству (включая несправедливое процветание не самых лучших его представителей). Льва Толстого, как известно, Священный синод предал анафеме.

Размышления

О Боге Самое сокровенное



...Крушение одних идеалов неизбежно вызывает распространение других. Душа, как и природа, не терпит пустоты. Поэтому в сегодняшней России закономерно широкое приобщение к религии – испытанной временем надёжной опоре в нравственном становлении человека и общества. Конечно, здесь присутствуют и элементы подражания, если хотите, моды. Когда вижу нателёные кресты на раздевающихся для осмотра больных, я понимаю, что это их вера, психологическая защита, полезная, а, может быть, и необходимая для выздоровления. Когда вижу открытые для обозрения большие золотые кресты поверх одежды или на халатах врачей, моё восприятие неоднозначно. Вера должна быть в тебе, а не на показ, а крест – не украшение и не мода.

Пусть каждый решит...

Совместимы ли нейрохирургия и религия? Материальный и идеальный подход к одному и тому же субстрату – мозгу человека? Может ли быть нейрохирург не только глубоко верующим, но и проповедником, священником? Ответ на эти вопросы дан жиз-

нью. Например, отец-эконом в Оптиной пустыни Иезекиль из нейрохирурга Московского научно-исследовательского института скорой помощи им. Н.В.Склифосовского превратился в служителя культа. Доктор Ричард Левин из Лас-Вегаса (США) успешно совмещает обе профессии. Во время своего визита в Институт нейрохирургии он сначала прочёл лекцию врачам по лечению шейного остеохондроза передней декомпрессией, а спустя 2 часа в том же зале – проповедь больным о Христе.

Существование Бога нейрохирург Левин доказывал так: «1) уроните книгу, она падает под действием силы притяжения, но мы её (силу) не видим; 2) попробуйте вставить пальцы в розетку, вас резко ударит током, но мы его (тока) не видим! Так и бог есть, но мы его не видим. Почему бог допустил 70 лет человеческих страданий в вашей стране? Потому, что Бог вечен, и у него другое измерение времени, для него 70 лет – лишь мгновение». Скажу откровенно, аргументация мне показалась достаточно примитивной, а в чём-то и антибожеской.

Гораздо красивее это делал архиепископ Крымский и Симферопольский Лука, он же выдающийся хирург профессор Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий.

В студенческие годы я был на его проповеди в кафедральном Троицком соборе в Симферополе. Учёный в ярком архиерейском облачении располагал к себе, а когда говорил, все замирали. Вот как он доказывал существование Бога: «Я – хирург, я сердце человеческое много раз держал в руках своих, но любви в нём не видел. Я – хирург, я мозг человеческий много раз держал в руках своих, но разума в нём не видел. Так и Бог есть, но мы его не видим». Убедительны ли эти сравнения и доказательства, пусть каждый решит для себя.

Быть верным служению

Однако не в доказательствах дело. Можно полагать, что Бог создал человека по своему образу и подобию. Можно, как сказал мне один высокоинтеллектуальный больной, полагать, что человек придумал Бога по своему образу и подобию. Богу, если он есть, не нужны доказательства его существования. Нужна вера в него. Если под этой верой понимать стремление человека к совершенству, нравственности и объяснению вечного вопроса о мироздании и смысле жизни, то Бог близок любому живущему, и врачу в том числе. Христианская религия, как и любая иная, сильна своими моральными категориями. Вспомним нагорную проповедь Иисуса Христа с её нравственными категориями, которые уже третье тысячелетие являются признанными нормами поведения человека и человечества.

Мой друг крупнейший нейрохирург Сергей Фёдоров, когда его спросили: «Верите ли вы в Бога?», – ответил: «Если у хирурга в душе нет Бога, то он мясник».

Просвещённые священнослужители отправляют к медикам обратившихся к ним своих больных прихожан с напутствием: «Молись Богу и иди к врачу, Бог через врача тебя исцелит». Академик-кардиолог Юрий Никитич Беленков многие годы лечил святейшего Патриарха Московского и всея Руси Алексия II. Патриарх говорил ему: «Мне не нужна ваша вера, мне нужны ваши знания» (см. «МГ» № 91 от 04.12.2015).

Папа Римский Иоанн-Павел II, когда у него определили рак кишечника, обратился к пастве со словами: «Молитесь о моём исцелении». А сам лёг в римский

госпиталь, где его успешно прооперировали.

Профессия врача космополитична и по сути полирелигиозна. Помню, Российскую академию медицинских наук на её 50-летию приветствовали председатель Русской православной церкви патриарх Алексий II, кардинал из Ватикана Анджелини и главный раввин России Шаевич.

Сильное впечатление произвела на меня речь главы Папской комиссии по медицине кардинала Анджелини. Величественный в своём чёрно-красном одеянии, этот блестящий оратор раньше перевода с итальянского донёс до русскоязычной аудитории смысл исключительно глубокого приветствия. «Самыми главными храмами в любой религии, – сказал он, – будь то католицизм, православие, ислам или иудаизм, должны быть больницы. Господь велел нам хранить здоровье человека прежде всего. Вы – врачеватели тела, мы – врачеватели души. И мы, как и вы, – по сути врачи».

Понятие «Бог» постоянно присутствует в нашей жизни и исключительно важно для души и совести. Но надо соразмерять Бога с повседневной и многогранной реальностью, не перегружать его теми материальными заданиями, которые под силу человеку и обществу с использованием научных знаний и технологий.

Религиозные догмы, сотворённые столетия и тысячелетия назад, всегда будут проигрывать научным фактам. Религии вообще не нужно конкурировать с наукой. У них разные сферы постижения мира. Но духовное начало необходимо каждому учёному.

Мне кажется, что все, кто лечит людей, верующие и неверующие, воцерковлённые и невоцерковлённые, служат Богу. Особенно, может быть, нейрохирурги России. Вознаграждение, которое им положило государство, невелико, условия, в которых они трудятся, часто изнурительны. Но они не изменяют ни себе, ни своей спасительной для людей профессии. Она их держит. Порой, когда постаревшие, осунувшиеся, поплывшие Александр, Сергей или Юрий, выходят из операционной после долгих мозговых операций, мне видятся лики святых...

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной
премии России.
Институт нейрохирургии им.
Н.Н.Бурденко.

Память

Решение об этом принято на заседании рабочей группы по согласованию месящесловов Московского Патриархата и Русской зарубежной церкви, сформированной по благословению Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла.



Иконописное изображение святого страстотерпца Евгения

Врач-мученик Доктор Боткин канонизирован РПЦ как святой

«Я думаю, это давно желанное решение, потому что это один из святых, который почитается не только в Русской зарубежной церкви, но и во многих епархиях Русской православной церкви, в том числе в медицинском сообществе», – заявил глава синодального отдела внешних церковных связей митрополит Волоколамский Иларион.

О возможности причисления врача Е.Боткина к лику святых ходатайствовали перед РПЦ участники V Всероссийского съезда православных врачей, который

проходил в Санкт-Петербурге в октябре 2015 г. Во время работы форума епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон открыл на главном корпусе Военно-медицинской академии в городе на Неве мемориальную доску в память о лейб-медики Боткине и отметил, что лично не сомневается в его праведности. «Хотелось бы, чтобы эта канонизация состоялась, потому что очень многие верующие люди, священники, ведущие врачи и академики считают, что Евгений Сергеевич – святой человек», – сказал председатель

Синодального отдела по благотворительности и социальному служению.

Главный терапевт Минздрава России академик РАН Александр Чучалин, один из создателей Общества православных врачей, также выступил за канонизацию врача-мученика. «Я убеждён, что врач, отказавшийся уйти из царской семьи в момент, когда судьба её была уже решена, и продемонстрировавший верность врачебному долгу, должен быть канонизирован», – сказал он.

В 1918 г., после ареста импе-

раторской семьи, Е.Боткин отказался оставить своего пациента – цесаревича Алексея – и вместе с семьёй Николая II отправился в ссылку. В Екатеринбурге он также отказался оставить своих пациентов и был убит вместе с ними.

За некоторое время перед расстрелом царской семьи доктору было ещё раз сделано предложение – покинуть царя и обещано место в одной из московских клиник. Е.Боткин от предложения отказался.

«Делай, что должно, и будь, что будет», – эта древняя максима была заповедью чести русского дворянства и интеллигенции. Можно сказать, что и доктор Боткин жил по ней. Помимо светской чести у него было и нечто большее – искренняя вера в то, что Бог никогда и никого не оставляет своей милостью.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сито!

– Александр Николаевич, мы начинаем с вами разговор под музыку боя скромных часов на подоконнике. Музыка у них давно забытая, а многим сегодня, может, и вовсе незнакомая. Это ностальгические воспоминания?

– Это подарок. У дарительницы-пациентки была огромная ангиома на лице, она погибала от кровотечения, от неё отказались многие хирурги, я её прооперировал, она выжила. В Твери, где я родился и вырос, старины хватало, это напоминание и о ней.

В Твери у нас было только три института – торфяной, педагогический и медицинский. Я мечтал стать нейрохирургом, но поскольку при поступлении в вуз толком не ведал ничего об этой специальности, то узнав, что хочу «заниматься головой», в институте мне посоветовали – иди на стоматологический факультет, там этим занимаются. Вскоре, став студентом, узнал, что стоматология «это врачевание зубов», а мне это было не интересно. Даже хотел уйти из института, но поскольку хорошо учился, был комсоргом курса, меня вызвал декан и пригрозил, что если «уйдешь – сразу пойдешь в армию, а окончишь институт – сам выбирай, чем будешь заниматься». Совет был правильный, и в этом я убедился, когда, получив диплом, мы с товарищем решили поехать подальше – за романтикой.

– Но рядом с домом было бы спокойнее, надёжнее, зачем же в «омут с головой»?

– В те времена, когда мы учились, надо было обязательно отработать по распределению 3 года. Рядом с домом было неинтересно. Решили написать письма в Петропавловск-Камчатский, Магадан, Якутск. Вскоре нам ответили из Якутии: приезжайте, мы вам работу найдём.

Это было хоть и суровое, но незабываемое время. Мне предложили работу в поликлинике, к которой был прикреплен стационар. Работал и травматологом, и челюстно-лицевым хирургом, которого там вообще не было. Впечатления от той жизни были самые разные – край нелёгкий, жёсткий, но мы были подготовлены книгами Джека Лондона, так что деревянные тротуары, вода из колонок в ведрах, которую покупали за деньги, не смущали. Мороз ниже – 50°C, до работы идти час пешком, во всех домах топят печи. Но было интересно – необычная, непривычная красота севера, вокруг молодёжь, и мы – ребята не избалованные. Однажды поехали на охоту, и я одним выстрелом попал в куропатку. С тех пор понял, что это не моё – жалостливый.

– И всё же в далёкой Якутии вы сверх срока не задержались, решили вернуться в столицу?

– Я очень много работал, и думать о чём-то, кроме профессии, просто не было времени. Однажды моя коллега приехала из Москвы, рассказала о том, что в Институте усовершенствования врачей есть интересная кафедра восстановительной хирургии лица – вот куда бы попасть. Я написал туда письмо, со всеми своими документами, с большим списком выполненных операций – в Якутии травм хватало. Пришёл ответ – приезжайте. Я всегда с теплотой вспоминаю время работы на севере: уставали, врачей там было мало, и всегда мы были нужны.

– Как вас встретила Москва?

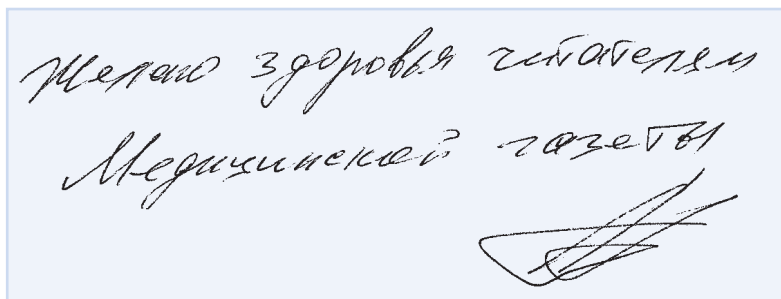
– Если бы не якутский опыт, пришлось бы трудно. Кафедра восстановительной лицевой хирургии ЦИУВ работала на базе Центрального стоматологического института.



Когда в 1989 г. – 27 лет назад, наш знаменитый нейрохирург академик РАН Александр Коналов провёл первую в мире уникальную операцию по разделению сиамских близнецов – девочек из Литвы, одним из участников её, блестяще выполнившим пластику по закрытию дефекта черепа, был второй Александр – Неробеев, челюстно-лицевой хирург, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУВ) (ныне РМАПО). С тех пор имя Неробеева обрело особую известность не только в нашей стране, но и далеко за её рубежами. Искусный хирург, выполняющий уникальные операции, вдумчивый врач, умеющий рисковать и брать на себя ответственность, человек, идущий подчас «вопреки», несмотря на препятствия, многого добился. Сегодня он руководитель Центра реконструктивной челюстно-лицевой хирургии Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии РФ (ЦНИИС), заведующий кафедрой косметологии и реконструктивной челюстно-лицевой хирургии, заслуженный деятель науки РФ, вице-президент Общества эстетической медицины, действительный член Ассоциации челюстно-лицевых хирургов Великобритании, профессор, доктор медицинских наук, дважды отмеченный наградами Правительства РФ, учитель, у которого много учеников, и просто интересный неординарный человек.

Хирург Александр Неробеев:

В учениках прежде всего ценю внимательное отношение к пациенту



спешит, не повышает голоса, и результат тогда хороший. С годами убеждаешься, что есть наглядные показатели качества нашей работы. Вот сегодня прошла сложная операция по удалению опухоли, у пациента была большая потеря крови, но посмотрите, я похваляюсь – на мне послеоперационная одежда, и ни одной капли крови. Надо всё делать аккуратно, хирургия должна быть без крика. Если в ходе операции, после неё пошло что-то не так, значит, хирург чего-то не увидел, не предусмотрел. Перед каждым вмешательством надо «прокрутить» все его варианты, продумать, как всё может пойти, чтобы хирург был готов практически к любой неожиданности.

Я часто беру пациентов, которых, признаюсь, оперировать уже нельзя, это так называемые «операции риска». У меня была пациентка, которая после вмешательства в известном институте всё равно теряла до 1 л крови ежедневно. Она уже не вставала, ей было 26 лет. Через неделю она умерла бы. Я нервничал, понимал, что всё может быть, но раз есть шанс, как его не использовать? Её удалось спасти. Она стала ходить, я стал героем института. Признаюсь, – это как-то приподнимает человека, вселяет уверенность, желание работать ещё больше и лучше. Повезло.

– Почему «повезло», ведь вы подарили человеку жизнь?

– Опыт – это первое условие успеха. Вот мы говорили о сегодняшней операции, никому же не расскажешь, что я проснулся в 2 часа ночи и прокручивал её в голове. А если сделать вот так, а если пойти по такому пути, как

будет? Научить можно всему. Да, сначала не получается, тренируйся. А вот избрать самый оптимальный, самый надёжный вариант, без риска, без «красивостей», но который наилучший – это уже победа, здесь есть чем гордиться. Некоторые врачи, берясь за операцию, дают «процент выживаемости». Меня это удивляет, я считаю, что врач обязан гарантировать успех.

– Александр Иванович, а со временем не пропадает интерес к новому, не происходит ли, как говорят сейчас, «эмоциональное выгорание» из-за нагрузок?

– Недавно смотрел передачу – 85 лет исполнилось нашему знаменитому академику РАН, блестящему хирургу Анатолию Покровскому из Института хирургии им. А.В.Вишневского, где он сказал, что хотел бы ещё оперировать.

Хирургия, по-моему, – это способ самоутверждения в благородных целях. Операция прошла хорошо – ты доволен. Лично ты ничего от этого не имеешь, просто ты сам себе доказываешь, что ещё умеешь, что чего-то стоишь, особенно если идёшь на тяжёлую операцию. Мои сотрудники говорят, что меня легко завести: надо только сказать, что от этого пациента все хирурги отказываются – и всё, я готов взяться. Что это? Честолюбие или желание обязательно преодолеть важный рубеж? Может, и на Крайний Север, в Якутию, потому и поехал, что хотелось не как все, а себе доказать, чего ты – человек стоишь. Может, нас так воспитывали: сам погибай, а товарища выручай. Во время операции мы иногда шутим, тихо говорим, чтобы накал снизить. Хирургия тем и хороша, что каждый

раз встречаешься с новым человеком, потому банальную работу я уже не делаю...

– Почему много лет назад академик РАН Александр Коналов доверил именно вам выполнить важную часть операции при разделении сиамских близнецов?

– Из ныне живущих медиков выше А.Коналова для меня никого нет. Это великий хирург и интеллигентный человек. Чтобы стать настоящим пластическим хирургом, я везде предлагал свои услуги, со временем стал помогать специалистам разных профилей, не владеющих пластикой, нередко работал у него в НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. Александр Николаевич пригласил меня.

– Для вас это был очередной эксперимент, он был вам интересен?

– Несомненно, это уникальный случай. Тогда ведь, признаюсь, практически не было врачей, которые могли бы сделать операцию моего профиля. Я загорелся.

– Вы заводной?

– Точно. Главное – мы победили. Девочки-близнецы живы до сих пор, недавно их показали по телевидению – молодые, красивые.

– Что вы цените сегодня в своих учениках?

– В учениках прежде всего ценю внимательное отношение к пациенту, желание работать.

– У вас есть любимчики?

– А со мной нелюбимчики не работают, если мне доктор не подходит, я его в свою команду не возьму. У меня идёт большая селекция, в этом году из нескольких оставил только одного, сейчас в ординатуре учится 62 человека, по имени их всех не знаю, но вижу, как они себя ведут в операционной, как относятся к больному. Женщины сегодня даже более толковые, чем мужчины. У меня самая хорошая ученица недавно родила и на 5-й день приступила к работе, делала сложнейшую операцию.

– Сколько операций вы делаете?

– Одну, две в день, мы оперируем 4 дня в неделю. В год выполняю 300-400, работаю 40 лет, вот и считаю.

– Вас многие называют лучшим пластическим хирургом в стране. Вы владеете искусством делать человека красивым, дарите ему радость жизни, возможность ощущать себя полноценным...

– Я действительно оперирую у себя в ЦНИИ стоматологии, во многих других клиниках, когда требуется работа пластического хирурга. Но скажу откровенно – сейчас нас много, и большинство эстетических хирургов утверждают, что они – лучшие, считаю, что врач не должен об этом кричать. Мама мне всегда говорила: «Саша, только никогда не хвастайся, лучше промолчи. Пусть о тебе люди скажут, потому что самое главное украшение человека – это скромность».

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ»

Фото Александра ХУДАСОВА.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mgzeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М»
143005 Московская область
Красногорский район, г. Красногорск,
автодорога «Балтия», 23 км,
владение 1, дом 1.

Заказ № 16-01-00275
Тираж 28 903 экз.
Распространяется
по подписке в России
и других странах СНГ.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханан (Германия) (1049) 618192124.

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

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