

Новости

Ректору и главному
хирургу СССР

Памятник выдающемуся учёному-медику, ректору 1-го Московского медицинского института (ныне Первый МГМУ им. И.М.Сеченова), Герою Социалистического Труда, лауреату Государственных премий СССР, академику РАН Михаилу Кузину открыт на Тамбовщине, на его родине в посёлке Мучкапский. Торжественное открытие было приурочено к празднованию 70-летия Великой Победы и дню рождения бывшего ректора.

Во время Великой Отечественной войны Михаил Ильич был назначен командиром операционно-перевязочного взвода, позже занял должность начальника нейрохирургического отделения госпиталя, затем его главного хирурга. В боевых условиях проводил успешные операции на головном и спинном мозге.

В послевоенный период продолжал службу военного врача: на кафедре военно-полевой и клинической хирургии военного факультета при Центральном институте усовершенствования врачей, на кафедре факультетской хирургии 1-го ММИ, был старшим офицером в 6-м управлении Генштаба Министерства обороны.

С 1966 по 1974 г. Михаил Ильич возглавлял 1-й Московский медицинский институт, одновременно являлся главным хирургом Минздрава СССР. Вся его дальнейшая жизнь и научная деятельность тесно переплетались с Первым Медом и факультетской хирургической клиникой.

На открытии памятника присутствовали представители Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Они передали копии фотодокументов и памятные вещи, принадлежащие Михаилу Ильичу, в местный музей.

Павел ГАЛИН.

Тамбовская область.

Врач «под рукой»

Министерство здравоохранения Пермского края сообщает, что у пользователей смартфонов и планшетов появилась возможность электронной записи на приём к врачу. Соответствующее приложение планируется внедрить в ближайшее время.

По данным регионального ведомства, с помощью браузерной версии сайта на приём ежемесячно записывается порядка 15-16% от общего числа посетителей поликлиник, в то время как в остальных регионах аналогичные ресурсы задействуют не более 10%. Отмечается, что порталом пользуются около 700 тыс. жителей Пермского края, то есть более четверти населения региона. Причём количество пользователей ежемесячно растёт в среднем на 12 тыс. человек.

Валентин СТАРОСТИН.

Пермь.

В Россию — поучиться

Представители Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Республики Туркменистан посетили Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России с целью обмена научным и управленческим опытом.

Так, недавно туркменский Минздрав выступил с инициативой создания национального аналитического центра, в задачи которого, среди прочего, будут входить сбор и анализ статистических данных, обработка результатов опросов и анкетирования.

На основе выводов, сделанных исходя из обработанных результатов различных исследований, будут приниматься соответствующие решения и оценка системы здравоохранения в целом.

Методы и цели аналитического центра во многом будут схожи с целями и задачами ЦНИИОИЗ, в связи с чем для ознакомления с работой и структурой института и были направлены шестеро туркменских специалистов.

Все участники встречи единогласно поддержали необходимость продолжения подобной практики обмена опытом в будущем.

Марк ВИНТЕР.

Ради счастья материнства

Впервые в Нижнем Новгороде на свет появился ребёнок у пациентки, перенёвшей трансплантацию печени.

Путь к долгожданной беременности и родам был сложным. После выполнения операции пересадки органа в 2010 г. она постоянно наблюдалась в региональном медицинском центре ФМБА России, и при стабильной функции трансплантированного органа ей была разрешена беременность. Вся беременность протекала под пристальным наблюдением врачей трансплантологов-гепатологов и акушеров-гинекологов и завершилась в срок рождением девочки.

Родители долгожданного ребёнка назвали девочку Дариной, что означает — подаренная жизнью.

В России трансплантация печени осуществляется с 1990 г. В настоящее время функционируют 15 центров, выполняющих пересадку печени. На сегодняшний день в России известно о 13 случаях беременностей и родов у 12 пациенток после трансплантации печени.

Успешный случай вынашивания беременности и родов после выполнения трансплантации печени является неоспоримым доказательством полной медицинской и социальной реабилитации пациентов и восстановления качества их жизни.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

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

Кагры

Всё, как на самом деле...

В Курске помнят, что тяжело в учении, зато легко в работе

В Курском государственном медицинском университете состоялось открытие нового подразделения обучающего симуляционного центра — лаборатории интерактивного тренинга.

В мероприятии приняли участие главный специалист по анестезиологии и реаниматологии Министерства здравоохранения РФ профессор И.Молчанов, ректор КГМУ профессор В.Лазаренко, заместитель руководителя Департамента здравоохранения администрации Курской области В.Домекин.

Присутствующих познакомили с возможностями лаборатории в виде поэтапного оказания медицинской помощи, начиная с догоспитального этапа и заканчивая палатой реанимации. По сценарию к «пострадавшему» в результате ДТП прибыли сотрудники скорой помощи, оказали первую помощь и приступили к транспортировке «пациента» в макете машины «скорой помощи» класса С «реанимобиле». Но в процессе транспортировки состояние «пациента» ухудшилось, и возникла необходимость в проведении реанимационных мероприятий: интубация трахеи и перевод «больного» на механическую вентиляцию легких, мониторинг наблюдение за показателями гемодинамики, проведение электроимпульсной терапии, катеризация периферической вены с последующей инфузионной терапией, что было успешно реализовано обучающимися. В итоге «пациент» оказался в палате реанимационного отделения.

В качестве пациента в палате реанимации выступал робот, который имитировал практически все физиологические функции человека: искусственный интеллект, дыхание, кровообращение,



Виктор Лазаренко (слева) и Игорь Молчанов открывают лабораторию

моторику ЖКТ и др. «Пациент» самостоятельно распознавал вводимые лекарственные средства и их дозировку с изменением показателей жизнедеятельности в процессе фармакологического воздействия лекарственного средства через беспроводные теги, позволяя проследить разницу в начале действия лекарственного препарата в зависимости от состояния гемодинамики и других функций организма. Жизнедеятельность робота была схожа с человеком и по многим другим параметрам: он разговаривал, моргал, имел реакцию зрачков на свет, воспроизводил судорожный приступ, цианоз и другие симптомы и синдромы.

Присутствующим был продемонстрирован сценарий приступа суправентрикулярной тахикардии с явлениями острой сердечной недо-

статочности, что подтверждалось наличием жалоб на сердцебиение и одышку, тахипноэ и цианозом, данными ЭКГ-мониторинга, снижением сатурации с нормальным уровнем АД. В качестве лекарственного средства был выбран аденозин, который оказался эффективным, и присутствующие в течение 5 минут наблюдали уменьшение одышки, цианоза, ЧСС с последующей нормализацией состояния «пациента».

После демонстрации возможностей лаборатории впечатлениями поделились присутствующие. Профессор И.Молчанов указал на высокий уровень симуляционного оборудования, представленного в лаборатории, и возможности осуществлять подготовку специалистов всех уровней и многих специальностей. Главный врач Курской городской станции скорой помощи К.Хруслев сделал акцент на реалистичности макета скорой помощи и целесообразности обучения всех сотрудников скорой помощи на базе ОСЦ с целью повышения их профессиональной компетенции. Директор Курского медицинского колледжа В.Игнатенко дала высокую оценку имеющемуся оборудованию и организации симуляционной среды, высказала пожелание активного сотрудничества между учебными заведениями.

Ирина ДОЛГИНА, начальник обучающего симуляционного центра КГМУ, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ФПО, кандидат медицинских наук.

Курск.

Фото Дарьи СЕЛИВАНОВОЙ.



Учебная «скорая» на месте условного ДТП

Сотрудничество

Смотри, чтобы не ошибиться

Можно ли получить опыт сразу, чтобы он не стал «сыном» ошибок трудных? Можно, если учиться не на своих ошибках, а на чужих, как советуют мудрые люди. Следуя этому совету, в Томский областной перинатальный центр одна за другой едут делегации специалистов из регионов, где планируется или уже ведётся строительство таких же крупных учреждений родовспоможения.

Так, на днях в ТОПЦ побывали представители здравоохранения Омской области и Алтайского края, а вскоре ожидается визит главных специалистов Минздрава Республики Саха (Якутия). В Якутии, которая с нынешнего года вошла в федеральную Программу развития перинатальных центров, планируют

в конце 2014 г. начать и до конца 2016 г. построить Республиканский перинатальный центр на 130 мест. В Алтайском крае строительство регионального Перинатального центра уже ведётся, сдать объект также намереваются через 2 года. Этого времени как раз должно хватить на подготовку кадров для будущих центров родовспоможения, в том числе на знакомство с работой соседей.

В Департаменте здравоохранения Томской области считают, что опыт работы регионального Перинатального центра сегодня уже можно сравнить с опытом ведущих перинатальных центров России, несмотря на то что учреждение начало работать только в 2010 г. В частности, усилия Томского ОПЦ, направленные на снижение уровня младенческой смертности,

дали очень высокие результаты: в 2013 г. она по территории составила 5,6 промилле, что на 35,6% ниже уровня 2012 г. (8,7 промилле). По данному показателю Томская область занимает 5-е место в России и 1-е среди субъектов Сибирского федерального округа.

Как подчёркивают в департаменте, прежде всего коллег из других регионов интересуют используемые в «главном роддоме» Томской области подходы к эффективной организации трёхуровневой системы медицинской помощи беременным женщинам, а также технологии выхаживания новорождённых с низкой и экстремально низкой массой тела.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Томск.

– Д-р Миглиорини, складывается впечатление, что перед нами одна из наиболее масштабных эпидемий в новейшей истории. Люди напуганы размахом бедствия, даже президент США Барак Обама назвал Эболу «угрозой № 1 человечеству». Познакомьте с реальной картиной.

– Эбола – это вирус, который впервые был зарегистрирован в 1970-е годы. За этот период отмечались небольшие вспышки заболевания, вплоть до максимального пика – 400 случаев, но затем следовал спад. Превенция и сегодняшняя ситуация имеют принципиально различное развитие.

Первые случаи современной эпидемии зарегистрированы в конце 2013 г. – начале 2014 г. Безусловно, заболеваемость нарастала, накапливалась, но, скорее всего, были проблемы с диагностикой. Дело в том, что Эбола – не простой вирус, а особо опасный, и для его распознавания необходима специальная лабораторная диагностика. От своевременного подтверждения диагноза во многом зависит успех терапии. На африканском континенте достаточно много болезней, которые на начальном этапе имеют схожие симптомы, в частности лихорадка, малярия, холера и т.д. Однако верифицировать лихорадку Эбола не удавалось довольно долго. Лишь примерно 6 месяцев спустя, когда подтвержденных случаев было около 200, эксперты начали отмечать нечто необычное. Тогда и был поставлен правильный диагноз. Уже вскоре, развиваясь, эпидемия увеличилась практически вдвое, так что прямая заболеваемость стала практически вертикальной. Резкий взлет увеличения случаев отмечался в июне-августе.

Представители Всемирной организации здравоохранения были в Африке, в частности в Гвинее, Сьерра-Леоне, Либерии, с момента начала эпидемии. Эксперты ВОЗ и другие медицинские специалисты отмечали, что на этот раз «поведение» эпидемии и развитие болезни совершенно иные, очень странными были диагностированные случаи смерти. Поэтому ВОЗ, международные организации, «Врачи без границ» и др. приняли решение, скажем так, агрессивными мерами контролировать эпидемию.

В августе глава ВОЗ доктор М.Чен вместе с представителями международных организаций, а также африканских государств объявили вспышку лихорадки Эбола чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. Организация Объединённых Наций создала специальную структуру по чрезвычайному реагированию на лихорадку Эбола. А страны, которые затронула эта напасть, – Гвинея, Сьерра-Леоне, Либерия – стали активно решать эту проблему. Надо подчеркнуть, что Западная Африка, где произошла вспышка, является достаточно сложным регионом в плане социально-экономического развития.

Сегодня заболеваемость продолжает расти, чему есть несколько причин. Как я отметил, симптомы этого заболевания схожи с дебютом других болезней. Кроме того, налицо низкий уровень санитарной культуры. Порой пациенты даже не идут к врачу, поскольку привыкли жить с той же малярией. Наверняка, многие проживающие

в джунглях погибли, так и не обратившись за помощью к докторам. Эти жертвы остались неучтёнными.

Большую роль играют национальные традиции, уклад, обряды, культурные особенности, когда при прощании люди прикасаются к покойному. Человека окружают члены семьи, медицинские служащие, коллеги, он ездит в автомобиле, ходит в супермаркет и т.д., что увеличивает круг жертв.

Ещё одна причина кроется в слаборазвитой системе здравоохранения этих стран. Во многих госпиталях нет ком-

– контролировать эпидемию в Африке. Поэтому США, Китай, Россия, другие страны вкладывают средства, дабы остановить эпидемию, а также направить их для работы в очаге. Как только вирус вышел из Африки, американцы, европейцы, китайцы направили туда своих сотрудников. Если вдруг специалист заболел или у него появились симптомы лихорадки Эбола, его направляли для дальнейшей диагностики или лечения в свою страну. Поэтому утверждать, что сейчас идёт распространение заболевания по всей Европе или Америке, нельзя. Теоретически

скоро предстоят их испытания на людях. Это может быть сделано также и во время эпидемии. А затем потребуются несколько месяцев, чтобы дождаться результатов тестирования и наладить производство вакцины. Но при этом подчеркну, что уже сейчас необходимо принимать всевозможные меры, не дожидаясь появления спасительной вакцины.

– Как вы оцениваете меры государственной системы здравоохранения РФ и Роспотребнадзора по предупреждению Эболы?

– Они следуют международным рекомендациям, в частности

хочется провести параллели с ВИЧ/СПИДом. Даже Совет безопасности ООН рассматривал на своём заседании (беспрецедентный случай!) меры обуздания лихорадки Эбола, как это было в своё время с обсуждением пандемии СПИДа. Не станет ли лихорадка Эбола своеобразным «вторым СПИДом»?

– Я не думаю, что будет пандемия, и лихорадка Эбола станет «вторым СПИДом». Если нынешняя вспышка будет нарастать, начнётся конкуренция в распределении средств для обуздания ВИЧ-инфекции и

Острая тема

Не так страшна Эбола...

О тактике ВОЗ по ограничению распространения опасного инфекционного заболевания



Лихорадка Эбола. Сегодня это словосочетание на устах не только специалистов, но и рядовых обывателей. Преодолев санитарные кордоны, вирус проник на европейский и американский континенты. Что касается фатального заболевания в России, то, по прогнозам специалистов, в нашей стране оно могло быть зарегистрировано ещё 24 октября. К счастью, пока обошлось. В РФ не подтвердилось ни одно из подозрений на наличие вируса у вернувшихся из стран Западной Африки. И всё-таки специалисты допускают возможность единичных случаев.

«Старушке» Европе и Америке повезло меньше. Известие о смерти американского врача К.Спенсера, оказывавшего в Гвинее медицинскую помощь больным лихорадкой Эбола, всполошило людей. Оцеплен квартал, где жил доктор. Более того, многие американцы боятся ездить в метро, стараются не держаться за поручни, не приближаться друг к другу... В Твиттере призывают к расправе над заражённой медицинской сестрой Э.Дж.Винсон, которая якобы во время перелёта из

Кливленда в Даллас подвергала опасности жизни пассажиров.

День ото дня, словно сводки с фронта, человечество получает тревожные вести. Согласно свежим новостям, жертвами лихорадки стали почти 15 тыс. человек, около 5 тыс. из них умерли.

Неужели глобальные меры, предпринятые Всемирной организацией здравоохранения, оказались напрасными? Об этом мы беседуем со специальным представителем Всемирной организации здравоохранения в Российской Федерации Луиджи МИГЛИОРИНИ.

нат для изоляции пациентов. И даже там, где есть специальные боксы, их явно недостаточно. Также врачам и медицинским сёстрам недостаёт эффективных средств защиты от смертоносного вируса. Кроме того, они недостаточно натренированы для работы в опасных условиях. Важно ведь не просто иметь средства индивидуальной защиты, но уметь правильно ими пользоваться. Подтверждением тому служит случай заражения медицинской сестры из Испании. Хотя среди медицинского персонала погибают, в основном местные специалисты, потому что менее обучены мерам самозащиты и менее осторожны в отношении заболевания.

К огорчению замечу, что эпидемическая ситуация час за часом меняется не в лучшую сторону. К названым мною трём странам «риска» ежедневно присоединяются всё новые. Ближайшая наша задача – прервать инфицирование населения и одолеть заболевание в очагах появления.

– Раз так всё драматично, видимо, есть угроза, что вирус вырвется с африканского континента и станет угрозой всему миру?

– Основная задача мирового и европейского сообщества

наша система здравоохранения хорошо подготовлена, чтобы бороться с любыми инфекционными заболеваниями. Поэтому мы можем прогнозировать лишь локальные вспышки. Известно, что инфекционные заболевания не могут продолжаться постоянно, вспышки неизменно пойдут на спад.

К сожалению, вследствие отсутствия эффективного лечения многие заболевшие погибают буквально в течение нескольких дней.

– Вы говорите, нет подходящего лечения, но известно, что ВОЗ, учитывая неординарность ситуации, дала зелёный свет применению экспериментальных вакцин Zmapp и TKM-Ebola. Не свидетельствует ли это, что выход на результат в создании эффективных лекарств – дело каких-то месяцев и даже недель?

– Действительно, уже существует несколько экспериментальных вакцин, в том числе в России, где в короткие сроки создали отечественные тест-системы для выявления вируса Эбола. А после визита М.Чен в Россию и её встречи с Президентом РФ эксперты ВОЗ в РФ и российские специалисты работают сообща. Вакцины готовы,

рекомендациям ВОЗ. Министр В.Скворцова и главный государственный санитарный врач РФ А.Попова встречались с М.Чен и обсуждали не только дополнительные меры поддержки со стороны РФ африканским странам, но и контроль над эпидемией, и защиту от неё в России. Они контролируют ситуацию, если вдруг вирус будет импортирован в страну. Для этого реализуется целый комплекс мер. Очень эффективной считаю установку в аэропортах в начале лета оборудования для проведения санитарного контроля, чтобы не допустить в Москву инфицированных вирусом Эбола. Но проблема в том, что специалисты с помощью тепловизоров могут заметить заболевшего, когда у него есть температура. Если же температуры нет, человек беспрепятственно проходит границу.

Поэтому очень важно иметь контроль не только в портах и аэропортах, но и в самой стране. И сегодня этим материалом в «Медицинской газете» наша задача не только проинформировать о состоянии проблемы, но также сделать так, чтобы все ваши коллеги, каждый российский врач имели настороженность в отношении лихорадки Эбола.

– Анализируя ситуацию с лихорадкой Эбола, невольно

лихорадки Эбола. Но сейчас это относится лишь к срочным мерам. Надо приложить все усилия и получить эффект. Иначе все деньги будут уходить в Сьерра-Леоне, Гвинею и Либерию, и, понятно, направлять дополнительные средства в другие страны не будет возможности. Если эффекта не последует и начнётся пандемия – это будет катастрофа. Поэтому мы должны контролировать заболевание территориально.

– Каков ваш прогноз по обузданию лихорадки Эбола?

– Заболевание это очень серьёзное. Подумайте: за столь короткий период оно унесло большое количество жизней. Оно также наносит весомый экономический урон, причём тем странам, которые являются экономически слабыми. Если отдельные случаи, маленькие вспышки появятся в Америке и Европе, это будет иметь как устрашающий, так и глобальный экономический эффект. Лучше не думать об этом, а сообща принимать действенные меры. Эпидемия нарастает очень стремительно. Прогноз, что будет инфицировано примерно 20 тыс. человек, сейчас кажется оптимистичным.

Но не всё так тяжело. Небольшие вспышки этого грозного заболевания происходят практически каждые пару лет. Всегда смертность от него была высокой – в пределах 97%. Сегодня уровень смертности составляет примерно 60%, что позволяет с осторожным оптимизмом заявлять о некотором прогрессе. Хотя и это слишком высокие цифры, ведь за ними – жизни людей.

Поэтому генеральный секретарь Организации Объединённых Наций Пан Ги Мун создал специальный совет ООН по чрезвычайному реагированию на ситуацию с лихорадкой Эбола. Также главы государств Б.Обама, Ф.Олланд, В.Путин и другие лично принимают активное участие в решении проблемы. Но мы, ВОЗ, являемся лидером этого процесса. Всем и каждому надо понять, что это заболевание не является проблемой только одной организации или одной страны.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото автора.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 74 (1841)

Надпочечники – сложная парная железа внутренней секреции, состоящая из коркового и мозгового вещества. В коре надпочечников синтезируются стероидные гормоны (глюкокортикоиды, минералокортикоиды и андрогены), в хромофинной ткани мозгового слоя – катехоламины (дофамин, норадреналин, адреналин).

Гистологически в коре различают 3 зоны: клубочковая, вырабатывающая альдостерон, пучковая, производящая кортизол, сетчатая, синтезирующая андрогены.

Стимулятором пучковой и сетчатой зоны коры надпочечников является АКТГ и КРГ (кортикотропин-рилизинг-гормон). Секретция альдостерона клубочковой зоной коры надпочечников регулируется системой ренин – ангиотензин – альдостерон, практически независимо от АКТГ.

Надпочечники расположены ретроперитонеально над верхними полюсами почек. У взрослого человека надпочечники имеют треугольную форму размером 4x2x0,3 см. Масса одного надпочечника 4-5 г.

Надпочечники были открыты Евстахием в 1563 г. Жизненно важную роль надпочечников в организме доказал Броун Секар, показавший, что экстирпация надпочечников приводит к гибели экспериментальных животных.

Заболевания коры надпочечников можно разделить на 2 группы: заболевания, связанные с повышенной продукцией гормонов и со сниженной, недостаточной продукцией гормонов.

Надпочечниковая недостаточность – тяжёлое эндокринное заболевание, обусловленное недостаточной секрецией гормонов коры надпочечников, являющееся результатом нарушения функционирования одного или нескольких звеньев гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Клиническая картина надпочечниковой недостаточности, связанная с деструкцией надпочечников туберкулёзного происхождения, впервые в 1855 г. была описана английским врачом Томасом Аддисоном, и поэтому синонимом первичной надпочечниковой недостаточности является термин «болезнь Аддисона».

В клинической практике в зависимости от скорости развития клинических симптомов заболевания выделяют острую и хроническую надпочечниковую недостаточность (ХНН).

В соответствии с локализацией патологического процесса различают первичную надпочечниковую недостаточность – уменьшение продукции гормонов коры надпочечников в результате деструктивного процесса в самих надпочечниках, вторичную – снижение или отсутствие секреции АКТГ гипофизом, третичную – неспособность гипоталамуса вырабатывать кортикотропин-рилизинг гормон.

Причины первичной ХНН

Аутоиммунное поражение надпочечников

Адренолейкодистрофия. Церебральная форма – в детском возрасте (5-12 лет), проявляется тяжёлой неврологической симптоматикой.

Адреномиелопатия – более мягкая форма заболевания, проявляется в возрасте 15-30 лет. В основном поражается белое вещество спинного мозга и периферических нервов с развитием моторных и сенсорных расстройств. Клинические проявления надпочечниковой недостаточности при обеих формах часто предшествуют неврологической симптоматике.

Метастатическое поражение надпочечников.

Грибковые инфекции.

ВИЧ-инфекция.

Вторичная и третичная надпочечниковая недостаточность – центральные формы заболевания: опухоли, кровоизлияния, ишемия.

Наиболее частой причиной третичной хронической надпочечниковой недостаточности является длительное применение подавляющих доз глюкокортикоидов при лечении системных заболеваний.

ХНН является компонентом аутоиммунных полигландулярных синдромов 1-го и 2-го типов.

Патогенез

В основе патогенеза первичной хронической надпочечниковой недостаточности лежит абсолютный дефицит кортикостероидов. Наиболее тяжёлые метаболические сдвиги развиваются вследствие дефицита основного минералокортикоида – альдостерона. Этот дефицит приводит к потере натрия и воды через почки и желудочно-кишечный тракт. Результатом этого является

Хроническая надпочечниковая недостаточность

связан со снижением соляной кислоты и пепсина, а также повышенной секрецией хлорида натрия в просвет кишечника. Рвота и диарея усиливают потерю натрия, что приводит к острой надпочечниковой недостаточности. Некоторые больные ощущают постоянную потребность в солевой пище.

Гипотония – один из характерных симптомов надпочечниковой недостаточности, нередко имеет место уже на ранних стадиях заболевания. Систолическое артериальное давление 90 или 80 мм рт.ст., диастолическое – ниже 60 мм рт.ст. С гипотонией связаны головокружения и обморочные состояния.

Основной причиной гипотонии является снижение объёма плазмы, общего количества натрия в организме. Однако у больных с сопутствующей артериальной гипертензией артериальное давление может быть нормальным или повышенным.

Гипогликемические состояния могут возникать у больных как натощак, так и через 2-3 часа после приёма пищи, богатой углеводами. Приступы сопровождаются слабостью, чувством голода, потливостью. Гипогликемия развивается в результате снижения кортизола, уменьшения глюконеогенеза, запасов гликогена в печени.

Нарушения функции ЦНС встречается более чем у половины больных и проявляются снижением умственной деятельности и памяти, апатией, раздражительностью.

Нередко отмечается никтурия на фоне снижения клубочковой фильтрации и почечного кровотока.

Прекращение секреции надпочечниковых андрогенов у мужчин мало влияет на состояние половых функций, если сохранена функция яичек. Однако у женщин это может определять снижение либидо и играть определённую роль в уменьшении или полном исчезновении подмышечного и лобкового оволосения в связи с тем, что у них надпочечники являются основным источником андрогенов.

Прежде всего это проявляется в снижении аппетита, нарушении всасывания в кишечнике, дегидратацией.

Гиперпигментация кожи и слизистых оболочек – частый и ранний признак первичной хронической надпочечниковой недостаточности. Она имеет вид

симптомов надпочечниковой недостаточности развиваются только после разрушения 90% объёма ткани надпочечников, поэтому клиническая картина развивается постепенно и характеризуется незаметным началом, медленным нарастанием утомляемости, мышечной слабостью, потерей аппетита, снижением массы тела, гиперпигментацией кожи и слизистых оболочек, гипотонией, иногда гипогликемией.

Одним из основных симптомов надпочечниковой недостаточности является выраженная общая и мышечная слабость. Вначале она возникает периодически во время стрессов, затем увеличивается к концу дня и проходит после ночного отдыха, в дальнейшем нарастает и становится постоянной, приобретая характер адинамии.

Потеря массы тела является постоянным симптомом надпочечниковой недостаточности и связана с понижением аппетита, нарушением всасывания в кишечнике, дегидратацией.

диффузного коричневого или бронзового потемнения как на открытых, так и на закрытых участках тела, особенно в местах трения одежды, на ладонных линиях, в области послеоперационных рубцов, на слизистой полости рта, в области ореола сосков, анального отверстия, наружных половых органов.

Генерализованная гиперпигментация связана с избытком АКТГ и меланостимулирующего гормона. У некоторых больных появляются тёмные веснушки, а иногда образуются участки депигментации – витилиго, которые являются проявлением аутоиммунного процесса. В качестве раннего признака больные могут отмечать сохранность загара после инсоляции.

Желудочно-кишечные нарушения – потеря аппетита, тошнота, рвота иногда могут наблюдаться уже в начале заболевания и обязательно возникают при нарастании надпочечниковой недостаточности. Реже бывают поносы. Патогенез желудочно-кишечных расстройств

связан со снижением соляной кислоты и пепсина, а также повышенной секрецией хлорида натрия в просвет кишечника. Рвота и диарея усиливают потерю натрия, что приводит к острой надпочечниковой недостаточности. Некоторые больные ощущают постоянную потребность в солевой пище.

Гипотония – один из характерных симптомов надпочечниковой недостаточности, нередко имеет место уже на ранних стадиях заболевания. Систолическое артериальное давление 90 или 80 мм рт.ст., диастолическое – ниже 60 мм рт.ст. С гипотонией связаны головокружения и обморочные состояния.

Основной причиной гипотонии является снижение объёма плазмы, общего количества натрия в организме. Однако у больных с сопутствующей артериальной гипертензией артериальное давление может быть нормальным или повышенным.

Гипогликемические состояния могут возникать у больных как натощак, так и через 2-3 часа после приёма пищи, богатой углеводами. Приступы сопровождаются слабостью, чувством голода, потливостью. Гипогликемия развивается в результате снижения кортизола, уменьшения глюконеогенеза, запасов гликогена в печени.

Нарушения функции ЦНС встречается более чем у половины больных и проявляются снижением умственной деятельности и памяти, апатией, раздражительностью.

Нередко отмечается никтурия на фоне снижения клубочковой фильтрации и почечного кровотока.

Прекращение секреции надпочечниковых андрогенов у мужчин мало влияет на состояние половых функций, если сохранена функция яичек. Однако у женщин это может определять снижение либидо и играть определённую роль в уменьшении или полном исчезновении подмышечного и лобкового оволосения в связи с тем, что у них надпочечники являются основным источником андрогенов.

Прежде всего это проявляется в снижении аппетита, нарушении всасывания в кишечнике, дегидратацией.

Гиперпигментация кожи и слизистых оболочек – частый и ранний признак первичной хронической надпочечниковой недостаточности. Она имеет вид

симптомов надпочечниковой недостаточности развиваются только после разрушения 90% объёма ткани надпочечников, поэтому клиническая картина развивается постепенно и характеризуется незаметным началом, медленным нарастанием утомляемости, мышечной слабостью, потерей аппетита, снижением массы тела, гиперпигментацией кожи и слизистых оболочек, гипотонией, иногда гипогликемией.

Одним из основных симптомов надпочечниковой недостаточности является выраженная общая и мышечная слабость. Вначале она возникает периодически во время стрессов, затем увеличивается к концу дня и проходит после ночного отдыха, в дальнейшем нарастает и становится постоянной, приобретая характер адинамии.

Потеря массы тела является постоянным симптомом надпочечниковой недостаточности и связана с понижением аппетита, нарушением всасывания в кишечнике, дегидратацией.

Гиперпигментация кожи и слизистых оболочек – частый и ранний признак первичной хронической надпочечниковой недостаточности. Она имеет вид

симптомов надпочечниковой недостаточности развиваются только после разрушения 90% объёма ткани надпочечников, поэтому клиническая картина развивается постепенно и характеризуется незаметным началом, медленным нарастанием утомляемости, мышечной слабостью, потерей аппетита, снижением массы тела, гиперпигментацией кожи и слизистых оболочек, гипотонией, иногда гипогликемией.

Одним из основных симптомов надпочечниковой недостаточности является выраженная общая и мышечная слабость. Вначале она возникает периодически во время стрессов, затем увеличивается к концу дня и проходит после ночного отдыха, в дальнейшем нарастает и становится постоянной, приобретая характер адинамии.

Потеря массы тела является постоянным симптомом надпочечниковой недостаточности и связана с понижением аппетита, нарушением всасывания в кишечнике, дегидратацией.

Гиперпигментация кожи и слизистых оболочек – частый и ранний признак первичной хронической надпочечниковой недостаточности. Она имеет вид

симптомов надпочечниковой недостаточности развиваются только после разрушения 90% объёма ткани надпочечников, поэтому клиническая картина развивается постепенно и характеризуется незаметным началом, медленным нарастанием утомляемости, мышечной слабостью, потерей аппетита, снижением массы тела, гиперпигментацией кожи и слизистых оболочек, гипотонией, иногда гипогликемией.

Одним из основных симптомов надпочечниковой недостаточности является выраженная общая и мышечная слабость. Вначале она возникает периодически во время стрессов, затем увеличивается к концу дня и проходит после ночного отдыха, в дальнейшем нарастает и становится постоянной, приобретая характер адинамии.

Потеря массы тела является постоянным симптомом надпочечниковой недостаточности и связана с понижением аппетита, нарушением всасывания в кишечнике, дегидратацией.

Лабораторные данные

В крови при ХНН часто выявляются нормохромная или гипохромная анемия, умеренная лейкопения, относительный лимфоцитоз и эозинофилия. Ускорение СОЭ лишь при наличии сопутствующего воспалительного процесса.

Характерным является повышение уровня калия и креатинина при снижении уров-

Тест с синактеном

Синактен – синтетический аналог АКТГ, выпускается в двух формах: в виде синактена для внутривенного введения (в России этот препарат не зарегистрирован), который применяется для проведения кратковременного теста.

Второй препарат – синактен-депо – для внутримышечного введения, выпуска-

емого в виде суспензии, содержащей 250-1000 мкг препарата в одной ампуле. Для стимуляции коры надпочечников достаточно 1 мкг, поэтому доза 250-1000 мкг является супрафизиологической. По современным представлениям этот факт не имеет значения, если идёт речь о диагностике ХНН.

В 8-9 утра первого дня пациенту определяется уровень кортизола крови, а в 21-22 часа больному глубоко внутримышечно вводится ампула синактен-депо (250-1000 мкг). На 2-й день в 8-9 ч утром исследуется уровень кортизола плазмы, и если он превышает 500-550 нмоль/л, первичная надпочечниковая недостаточность может быть исключена.

Инсулиновый тест

Гипогликемический стресс является сильным непрямым стимулятором секреции кортизола, которая опосредуется через активацию гипоталамических центров и кортикотропной функции гипофиза. Инсулин короткого действия в дозе 0,1-0,15 ед/кг массы тела вводится внутривенно, и через 20, 30, 45, 60 и 90 минут производится забор крови и определяется уровень глюкозы и кортизола.

Тест будет иметь диагностическое значение, если у пациента произойдёт снижение уровня гликемии менее 2,2 ммоль/л и разовьётся гипогликемическая симптоматика. Если на этом фоне уровень кортизола крови превысит 550 нмоль/л, можно говорить об отсутствии ХНН.

Инсулинолентный тест считается чувствительным, но опасным из-за развития тяжёлых гипогликемий на фоне ХНН. Противопоказан пожилым пациентам, лицам с сердечно-сосудистой патологией.

Современная этиологическая диагностика первичной ХНН в большинстве случаев подразумевает дифференциальный диагноз туберкулёза, аденолейкодистрофии и аутоиммунной деструкции коры надпочечников.

Проведение компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии у пациентов с установленным диагнозом первичной надпочечниковой недостаточности является диагностика туберкулёзного и опухолевого поражения надпочечников, а также аденолейкодистрофии.

У большинства больных при впервые выявленном гипокортицизме туберкулёзной этиологии надпочечники увеличены в размерах иногда в 2-3 раза. На более поздних стадиях заболевания они подвергаются атрофии, часто в них выявляются участки некроза, кальцификации. Диффе-

ренциальный диагноз первичной надпочечниковой недостаточности приходится проводить с гемохроматозом, пигментной формой диффузно-токсического зоба, склеродермией, хроническим энтеритом, пеллагрой.

Тяжёлым осложнением ХНН является надпочечниковый криз. Криз при аддисонической болезни – это острая надпочечниковая недостаточность на фоне хронической, обычно в связи с воздействием стрессорных факторов – инфекций, физической или психической травмы, оперативного вмешательства.

Иногда первичная надпочечниковая недостаточность, протекавшая до того более или менее скрытно, впервые проявляется аддисоническим кризом. Криз чаще развивается постепенно в течение нескольких дней, однако иногда тяжёлое кризовое состояние может развиваться на протяжении нескольких часов.

Начальные стадии криза характеризуются быстрым нарастанием всех расстройств, свойственных надпочечниковой недостаточности, – гипотонии, адинамии, пигментации. Особенно характерны желудочно-кишечные расстройства: рвота, нередко неукротимая, иногда с примесью крови вследствие появления множественных эрозий слизистой желудка, понос, боли в животе.

Желудочно-кишечные нарушения ещё более усиливают дегидратацию и обеднение организма натрием и хлоридами, которые имеют место с самого начала криза в связи с недостаточным действием кортикостероидов.

Состояние больных утяжеляется гипогликемией. При развившемся кризе больные находятся в состоянии протрации, сосудистого коллапса и резчайшей дегидратации. Сознание часто сохраняется даже при очень тяжёлом состоянии. Температура тела чаще снижена, но может быть и высокой. При обследовании выявляется гемоконцентрация, гипонатриемия, гипохлоремия, гиперкалиемия, высокий креатинин крови.

Лечение

Лечение ХНН направлено на замещение гормональной недостаточности и при возможности – на ликвидацию патологического процесса, вызвавшего поражение надпочечников.

Заместительная терапия синтетическими гормонами является жизненно необходимым лечением у больных ХНН и не может отменяться ни при каких условиях.

В клинической практике применяются гидрокортизон (кортизол), кортизона ацетат и их полусинтетические производные.

При приёме внутрь глюкокортикоиды быстро и почти полностью всасываются в верхних отделах тощей кишки. Приём пищи не влияет на степень всасывания гормонов, хотя скорость этого процесса несколько замедляется.

В зависимости от длительности действия все глюкокортикоиды делятся на 3 группы: короткого действия – период полувыведения менее 12 ч, средней продолжительности действия – 12-36 ч, длительного действия – более 48 ч.

Знание эквивалентных дозировок глюкокортикоидов позволяет в случае надобности заменить один препарат другим.

Препараты гидрокортизона и кортизона обладают минералокортикоидной активностью, хотя и более слабой, чем истинные минералокортикоиды. Глюкокортикоидная активность полусинтетических препаратов (преднизолон, преднизон, метилпреднизон) выше, чем у гидрокортизона и кортизона, что объясняется меньшим по сравнению с природными глюкокортикоидами связыванием с белками.

Особенностью фторированных глюкокортикоидов (дексаметазон, триамцинолон, бетаметазон) является более медленный метаболизм в организме, что влечёт за собой увеличение продолжительности действия лекарств. Минералокортикоидная активность у фторированных глюкокортикоидов практически отсутствует.

Гидрокортизон является единственным глюкокортикоидом, удовлетворяющим всем требованиям, которые предъявляются к препаратам, применяемым для постоянной заместительной терапии ХНН.

Дозы препаратов зависят от тяжести заболевания. При лёгкой форме ХНН рекомендуется лечение гидрокортизоном в дозе 15 мг в сутки или кортизона ацетата в дозе 12,5-25 мг в сутки в один или два приёма.

При заболевании средней тяжести и тяжёлой форме назначается обычно комбинированная терапия – сочетание гидрокортизона или кортизона ацетата, преднизолон и минералокортикоидов.

При средней степени тяжести заболевания назначается обычно гидрокортизон 15-20 мг утром, 5-10 мг после обеда, флудрокортизон 0,1 мг утром, преднизолон 5-7,5 мг и 0,1 мг флудрокортизона утром после завтрака, гидрокортизон

10 мг после обеда, 5 мг после ужина или кортизона ацетат 25 мг после обеда, 12,5 мг после ужина.

При выраженной декомпенсации желательнее перевести больного на внутримышечные инъекции гидрокортизона – не менее 3-4 инъекций в сутки в дозе 75-100 мг с последующим постепенным снижением дозы и переводом больного на приём препаратов per os.

Любой стресс, включая лихорадочное заболевание, травму, операцию, требует увеличения дозы глюкокортикоидов и минералокортикоидов в 2-5 раз по сравнению с поддерживающей терапией.

При заместительной терапии глюкокортикоидами возможно развитие признаков передозировки препаратов: быстрое увеличение веса, появление мышечной слабости, повышение АД, головные боли, задержка жидкости (появление отёков, снижение уровня калия и повышение натрия в плазме). В этом случае доза препаратов должна быть уменьшена. Устранение симптомов гиперкортицизма происходит медленно – в течение 4-8 недель.

Анаболические стероиды при ХНН назначаются лицам обоего пола. Лечение проводится курсами 3-4 раза в год. Ретаболил назначается в/м 25-100 мг (50 мг в 1 мл) каждые 3-4 недели в течение 3 месяцев через 3 месяца. У женщин во 2-ю фазу менструального цикла.

В терапии криза предпочтение отдаётся препаратам гидрокортизона. Их назначают в вену струйно и капельно.

Диета

Общая калорийность пищи должна быть на 20-25% выше обычной для данного возраста, пола, профессии. Мясо включают в пищу в виде разнообразных блюд. Из жиров предпочтительнее сливочное масло. Значительное место занимают и углеводы, в том числе легкоусвояемые. Последние назначаются дробно. Дополнительно назначается поваренная соль до 10-15 г натрия хлорида в сутки, вместе с тем ограничивают продукты, богатые калием (чернослив, абрикосы, изюм, инжир, мандарины, картофель, пенья). Важное место в диете занимают витамины.

Андрей ВЕРБОВОЙ,
заведующий кафедрой эндокринологии,
доктор медицинских наук,
профессор.

Самарский государственный
медицинский университет.

Синдром Рубинштейна – Тейби у ребёнка 5 лет с хроническим запором

Синдром Рубинштейна – Тейби (СРТ) описан авторами в 1963 г. Является редким заболеванием (популяционная частота 1: 25 000 – 1: 30 000), в основе которого лежит дефект в гене, ответственном за синтез белков CREBVP и EP300. Специфические симптомы представлены характерными чертами лица (микро- и брахицефалия, антимонолоидный разрез глаз, узкий крючковатый нос) и ширококрытыми, как бы расплюснутыми ногтевыми фалангами первых пальцев кистей и стоп.

Помимо этих симптомов отмечаются значительная задержка психомоторного и речевого развития. Могут быть пороки развития (гидронефроз, удвоение почек, крипторхизм, пороки сердца).

Лечение не разработано. В ряде случаев проводят хирургическую коррекцию костей стоп и кистей рук.

В 15-м отделении Морозовской детской городской клинической больницы в ноябре 2013 г. наблюдали мальчика 5 лет с СРТ. Поступил в связи запорами – задержка стула до 4, иногда до 7 дней.

Родился от первой беременности, роды в срок без осложнений, масса тела 2700 г, длина 52 см. В роддоме поставлен диагноз СРТ. С раннего возраста склонность к запорам, к трём годам жизни самостоятельный стул только после очистительной клизмы 1 раз в 3-4 дня, наблюдался амбулаторно, получал посла-



Характерная деформация ногтевых фаланг кистей рук

бляющую диету, ферменты, пребиотики без эффекта. Госпитализирован в связи с задержкой стула и болями в животе.

При осмотре в отделении состояние средней тяжести. Физическое развитие ниже среднего, рост 100 см, масса 17 кг. В контакт не вступает, команды не выполняет. Кожные покровы бледные чистые. Гримаса, напоминающая улыбку. Голова брахицефальной формы, низкий рост волос на лбу, антимонолоидный разрез глаз, гипоплазия крыльев носа, выраже-

ны надбровные дуги, арковидное небо, деформация ушных раковин, уплощение и укорочение ногтевых фаланг всех пальцев кисти, недоразвитие тенара. Сердечные тоны ритмичные, звучные, живот доступен глубокой пальпации, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в проекциях желчного пузыря, сигмовидной кишки. Не ориентирован во времени и пространстве, не ест самостоятельно, гигиенические навыки не привиты.

В общем и биохимическом анализе крови без отклонений от нормы.

В отделении стул 1 раз в 3-4 дня. Диета и слабительные препараты желаемого эффекта не дали.

Проведена ирригография: толстая кишка достаточно равномерно контрастируется до печёночного угла поперечно-ободочной кишки, содержит значительные каловые массы. Форма, размеры, положение контрастированных отделов не изменены. Проксимальные отделы (выше контра-

стированной части) значительно вздуты, образуют дополнительные петли, гаустрация регулярная, стенки её эластичные. Дефекты наполнения не определяются. Заключение – долихоколон.

Клинический диагноз: Долихоколон. Осложнение: Хронический запор. Сопутствующий диагноз: Синдром Рубинштейна – Тейби.

С рекомендациями по диете, рациональному применению слабительных и наблюдению детским хирургом больной был выписан из отделения.

Обсуждение. В литературе имеются указания на запоры у детей с синдромом Рубинштейна – Тейби. Однако сообщений о наличии у них порока развития толстой кишки в доступной литературе не было найдено. Поскольку у больных СРТ отмечаются врождённые пороки внутренних органов, в случаях развития у них хронических запоров следует в ранние сроки проводить исследования для выявления порока толстой кишки и обсуждения показаний к хирургической их коррекции.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор кафедры педиатрии Российского
национального медицинского университета
им. Н.И.Пирогова.

Людмила ГЛАЗУНОВА,
заведующая гастроэнтерологическим
отделением Морозовской детской городской
клинической больницы.

Москва.

В конце сентября в рамках договора о многолетнем сотрудничестве между Тверской государственной медицинской академией и Университетом земли Саар в Хомбурге состоялась очередная традиционная Российско-германская летняя школа по совместному медицинскому образованию отечественных и германских студентов-медиков. Инициаторами этой идеи стали тверской медицинский вуз и лично начальник Управления международного образования и сотрудничества Тверской ГМА кандидат медицинских наук Александр Калинин.

Клиника и эксперимент как единое целое

Данная поездка уже третья по счёту, ранее тверские студенты ездили в Университет земли Саар для обмена знаниями и практическими умениями по вопросам хирургии и анестезиологии. Вскоре после этого солидная делегация представителей профильного факультета дружественного Тверской ГМА немецкого вуза посетила Верхневолжскую кузницу медицинских кадров, где успешно прошла обучающая школа по лечению неотложных состояний в ургентной медицине. В рамках этой встречи своими знаниями и научным опытом поделились местные специалисты – тверские фармакологи, патофизиологи, кардиологи и хирурги. Состоялась и поездка германских гостей в Московский центральный госпиталь МЧС, с которым у тверского медицинского вуза имеются давние партнёрские связи.

В качестве ключевого направления нынешней Летней школы были выбраны неврология и нейрохирургия. В течение недели 10 перспективных студентов Тверской ГМА и дюжина студентов немецкого университета совместно, в единых учебных группах, изучали передовые методики работы с неврологическими больными, современные методы исследования и лечения патологий центральной и периферической нервной системы. Курсом обучения руководили лично декан медицинского факультета Саабрюккенского университета профессор Михаэль Менгер и его коллега профессор Антуан Хааз.

Лекционные и практические занятия проходили на базе экспериментальной хирургической лаборатории университета, где немецкие врачи в рамках традиционной системы медицинского образования оттачивают свои оперативные навыки на животных. Тверские гости отметили высокую степень оснащённости тамошних лабораторий – компьютерные томографы для кошек и кроликов, анестезиологические установки для операций на свиньях и даже сверхчувствительный аппарат УЗИ для беременных мышей. Во время проведения цикла занятий наши студенты смогли увидеть экспериментальные нейрохирургические операции на свиньях с использованием микроскопической и специальной оптической техники.

Клиническая часть российско-германской медицинской школы проходила в стенах многофункционального неврологического комплекса огромной университетской клиники, включающей несколько крупных клинических секторов – неврологического, нейрохирургического, психиатрического, реабилитационного, а также располагающей самостоятельным отделением по оказанию экстренной помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения. Одним словом, немецкий вариант крупного европейского научно-исследовательского института с мощной клинической базой, рассчитанной на несколько сотен человек.

Неслучайный выбор

Углублённая неврологическая направленность международного

образовательного проекта выбрана не случайно. В России сегодня лечение пациентов с острым ишемическим инсультом признано приоритетным – существенно модернизируются неврологические службы в субъектах страны, открываются новые и развиваются уже созданные региональные сосудистые центры, специализирующиеся на лечении больных с инсультами. С повсеместным внедрением в практическую деятельность врачей современного оборудования заметно расширя-

ются совершенствовались личные навыки диагностики расстройств нервной системы, познакомились с новейшими методиками оказания экстренной и плановой помощи пациентам с острыми нарушениями кровообращения головного мозга и дополнительными методами исследований. Кроме того, на практике и в эксперименте тверские курсанты обсудили с ведущими немецкими нейрохирургами возможности высокотехнологичного оперативного лечения паркинсонизма,

обеспечивающий постоянную стимуляцию повреждённого участка мозга. При этом пульт управления режимами генерации импульсов выводится на кожу и является для его обладателя предельно простым и удобным в использовании. Во время занятий ребятам продемонстрировали двух реальных пациентов, которые в условиях работы данной системы казались абсолютно нормальными в функциональном смысле. Однако при отключении стимуляции мозга, буквально в считанные минуты,

Перспективы сотрудничества

После окончания работы Летней образовательной школы руководители обоих партнёрских вузов – Саабрюккенского университета и Тверской государственной медицинской академии – отметили высокую эффективность выбранной программы и перспективный потенциал подобных проектов для будущего сотрудничества.

– Летние российско-германские медицинские школы, на

Сотрудничество

Тверь – Хомбург: в призме национального интереса

Российские студенты-медики в Германии изучили актуальные аспекты медицины



Делегация ТГМА в Хомбурге

ются диагностические возможности и совершенствуются консервативные и, в большей степени, оперативные способы лечения патологии головного мозга.

Принимая во внимание всё вышесказанное, тверские коллеги предложили немецким партнёрам провести совместное обучение молодых медиков именно по актуальным вопросам неврологии, предполагая, что студенты, мечтающие связать свою будущую судьбу с этим разделом медицинской науки, смогут почерпнуть немало нового и полезного из многолетнего клинического и экспериментального опыта хомбургских учёных и практических врачей. Высокая заинтересованность тверских студентов-медиков и завидные темпы положительных преобразований в сфере неврологии и нейрохирургии оказались интересными для специалистов земли Саар, где вопросы профилактики и лечения острых инсультов также считаются приоритетными.

Инновационный подход

Все занятия Летней школы по интенсивной программе проводились исключительно на английском языке. Каждый день, расписанный в плане обучения с утра и до вечера, был посвящён конкретному разделу неврологии и нейрохирургии. В рамках программы тверские студенты были ознакомлены с особенностями организации медицинской помощи в Германии,

гидроцефалии и других актуальных заболеваний центральной нервной системы, узнали новые подробности о перспективах развития нейронавигации и нейроонкологии в ближайшем будущем.

Так, самые запоминающиеся впечатления оставила у буду-



Во время экспериментальной операции

щих тверских докторов методика глубокой стимуляции головного мозга как вариант инновационного хирургического лечения болезни Паркинсона у пациентов с выраженной клинической картиной патологии. Профессор Петер Грунер увлечённо демонстрировал гостям технику вмешательства: суть операции заключается в том, что в подкорковые ядра имплантируется высокочувствительный электрод, генерирующий заданные параметры электрической активности и

нарастала тяжелейшая неврологическая симптоматика, и люди превращались в глубоких инвалидов, не способных совершить даже минимальные движения руками. Заинтересованные увиденным, тверские медики с удовольствием общались с пациентами, самостоятельно проводили обследование, узнавали особенности анамнеза их тяжёлой болезни.

Интересной и полезной для будущей практической деятельности тверским студентам показалась и необычная организация экстренной медицинской помощи при острых инсультах. Клиника университета широко использует специализированный автомобиль «Mobile Stroke Unit» с высокочастотным аппаратом компьютерной томографии на борту и комплектом необходимого оборудования и медикаментов для оказания неотложной помощи на месте или в пути. В нём всё устроено таким образом, что больному с острым нарушением мозгового кровообращения процедуру тромболизиса могут проводить прямо там, в просторном салоне. После срочной госпитализации пациента в клинику, ему при необходимости экстренно выполняют хирургическую эвакуацию тромботического сгустка. По мнению немецких

наш взгляд, являются невероятно важным и стратегически правильным вектором международного сотрудничества, – подвёл итог командировки верхневолжских студентов начальник управления ТГМА Александр Калинин. – Такая полезная и креативная модель интернационального медицинского сотрудничества, интересного и для нас, и для наших немецких коллег, безусловно, несёт не только познавательный или ознакомительный смысл. Это только малая часть огромной увлекательной работы. Наши давние совместные научные проекты с дружественным Саабрюккенским университетом уже принесли реальные результаты и воплотились в совместных научных исследованиях тверских и хомбургских учёных по актуальным проблемам педиатрии, офтальмологии, патологической физиологии, абдоминальной хирургии. Оригинальные публикации в рейтинговых международных изданиях за авторством одновременно российских и немецких учёных постепенно становятся приятной традицией академии. В перспективных планах – защита совместных диссертаций, в основе которых большая часть экспериментальной составляющей уже выполняется на базе подразделения Университета земли Саар. Как показало время, немецкий опыт и технические возможности германских партнёров прекрасно сочетаются с инновационными идеями, глубокими знаниями и высоким научным потенциалом тверских исследователей. В результате мы имеем совместные оригинальные открытия в прикладной и клинической медицине, которые, уверен, внесут существенную пользу в современную науку. Отрадно, что этим процессом всё активнее интересуются молодые люди, привнося свои свежие силы. Летние школы Тверь – Хомбург, на мой взгляд, способствуют этому будущему научному успеху. Именно поэтому в год празднования юбилея – 60-летия образования на Верхневолжской земле Тверской государственной медицинской академии – мы планируем провести новую Летнюю школу, в рамках которой делегация студентов Саабрюккенского университета посетит Тверь, где продолжится совместное изучение актуальных аспектов научной и практической неврологии.

Максим СТРАХОВ,
член Союза журналистов России,
хирург

Тверь.