

Медицинская

12 сентября 2014 г.
пятница
№ 68 (7493)

Газета®

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

В центре внимания

Средний балл стал выше!

И это вселяет надежду, что со временем у нас будет больше отличных специалистов



Вступительная кампания в вузы прошла в этом году на высоком уровне. Такое мнение высказала министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, отвечая на вопрос корреспондента «МГ» после посещения учебной виртуальной клиники Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

В этот день возможности университетского симуляционного центра также были продемонстрированы министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой, директору Московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии

С возможностями виртуальной клиники Первого Меда знакомятся (в центре, слева направо) Вероника Скворцова, Пётр Глыбочко, Леонид Рошаль

Леониду Рошалю и коллегам из ведущих университетов и ведомств здравоохранения Китайской народной республики.

О перспективах развития коучинг-центра гостям и журналистам рассказал ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко. Он пояснил, что одним из самых значительных проектов вскоре станет закупка оборудования и создание центра коллективного пользования роботической хирургии. Всё это вместе позволит собрать в Первом Меде полную «технологическую

линейку» подготовки современного специалиста.

Министр осталась довольна тем, как совершенствуются учебные программы, улучшается система контроля и аттестации. Она убедилась, что специалистами центра была реализована её идея оснастить некоторые манипуляторы дополнительными фронтальными камерами. Это значительно расширило как наглядность обучения, так и эффективность действий преподавателя.

(Окончание на стр. 2.)

Быть первыми!

В Государственном центральном концертном зале «Россия» состоялось посвящение в первокурсники Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

В этом году в Первый Мед поступили 3067 студентов и 2000 слушателей на последипломную форму подготовки, – сказал ректор университета, председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России Пётр Глыбочко, обращаясь к собравшимся

в зале. – Наши аудитории и лаборатории, оснащённые по последнему слову техники, готовы к приёму студентов. Вас ждут виртуальные клиники, электронная медицинская библиотека, практика на базе клинического центра Первого Меда, а также центральных больниц города Москвы.

Приёмная кампания в этом году проходила организованно и спокойно.

К первокурсникам со сцены обратилась и министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. Она поздравила их с началом новой жизни.

Отметила, что они прошли очень жёсткие испытания – по некоторым факультетам конкурс доходил до 165 человек на одно место! И, безусловно, они заслужили право стать студентами ведущего медицинского вуза России.

Конечно, звучали поздравления и от многих известных в нашей стране медиков. Ещё более торжественным мероприятием сделали концерт и яркая презентация альма-матер студентами старших курсов. Всё было сделано для того, чтобы первокурсники побывали на настоящем празднике.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Москва.

Дежурный по номеру: Екатерина ИВАНОВА

Главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа и Министерства здравоохранения Московской области, главный врач филиала по медицинской профилактике Клинического центра восстановительной медицины и реабилитации, профессор кафедры медицинской реабилитации и физиотерапии МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, кандидат медицинских наук.

Стр.13.



Работают мастера

За жизнь боролись несколько суток

Уникальная операция по спасению жизни 16-летнего подростка проведена в Омской областной детской клинической больнице.

Парень, на которого обвалилась стена старого кирпичного строения, сначала был доставлен бригадой скорой помощи в центральную больницу Калачинского района. Врачи диагностировали множественные переломы рёбер и одной из ключиц, а главное – смертельно опасную травму правого лёгкого: разрыв бронха. Медики ЦРБ обратились за помощью к коллегам из областной детской клинической больницы.

Реанимационная бригада под руководством заведующего отделением анестезиологии и реанимации клиники Петра Самбрата прибыла в Калачинск незамедлительно, однако в местных условиях, оказалось, спасти подростка было сложно, и его срочно перевезли в Омск. Расстояние в 85 км преодолели быстро.

А вот операция шла без

мало 3 часа. Высококвалифицированные специалисты (анестезиолог, торакальный хирург, травматолог, эндоскопист) и заведующий хирургическим отделением № 1 областной детской клиники Вячеслав Пономарёв сделали всё, чтобы сложнейшее оперативное вмешательство завершилось успешно. Была восстановлена целостность практически раздавленного лёгкого, а затем и костного каркаса грудной клетки.

Борьба за жизнь прооперированного паренька продолжалась ещё несколько суток в реанимационном отделении, оснащённом самым современным оборудованием. Сейчас он вышел из кризисного состояния, и скоро, как сообщили корреспонденту «Медицинской газеты» в Министерстве здравоохранения Омской области, будет переведён в реабилитационную палату.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Туберкулёз продолжает угрожать стране

Стр. 5

Малые города России: Трубчевск

Стр. 6.

Между нами, коллегами. Некоторые особенности системы здравоохранения и медицинского образования

Стр. 7

Конспект врача.

Инфекционно-аллергический миокардит

Стр. 8-9

Актуальное интервью с ректором Казанской государственной медакадемии Камилем Зыятдиновым

Стр. 10.

Новости

Из теории в практику

Министр здравоохранения Пермского края Анастасия Круть встретилась с главными врачами, только что окончившими обучение в Научно-исследовательском университете Высшей школы экономики по новой программе профессиональной переподготовки «Экономика и менеджмент в здравоохранении».

Слушателями данного образовательного проекта были 26 человек – организаторы здравоохранения, руководители медицинских учреждений регионов. Обучающимися были подготовлены и успешно защищены выпускные квалификационные проекты на темы актуальных проблем здравоохранения Пермского края на современном этапе. Результаты врачи продемонстрировали главе краевого Минздрава.

Так, на обозрение министра были представлены следующие работы: коллективный проект об организации медицинской помощи тяжёлым больным в условиях стационара на дому «Развитие паллиативной помощи в амбулаторно-поликлиническом звене», проект «Оптимизация маршрутизации пациентов кардиологического профиля посредством создания профессионального внутрисетевого сообщества», работа по внедрению эффективных контрактов у сотрудников терапевтического звена: она предполагает модернизацию модели формирования терапевтического участка.

Министр распорядилась составить план детального анализа проектов и рассмотрения возможности их внедрения в лечебных учреждениях региона. Получится или нет – жизнь покажет.

Валентин СТАРОСТИН.

Пермь.

Миллионы на чистоту Байкала

В формате Федеральной программы «Охрана озера Байкал и социально-экономическое развитие Байкальской природной территории на 2012-2020 гг.» председатель Правительства РФ Д. Медведев подписал распоряжение о выделении Республике Бурятия 289 млн руб.

Средства направят на строительство, модернизацию и реконструкцию очистных сооружений и систем водоотведения, строительство полигонов твёрдых бытовых отходов. Природоохранные мероприятия будут способствовать снижению загрязнения экологической системы Байкальской природной территории.

Людмила МИЛОВА.

Москва.

На месте – виднее

Эффективная система взаимодействия лечебных учреждений с окружным кардиологическим диспансером разработана в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре. За всеми 22 крупными муниципальными образованиями закреплены специалисты из числа ведущих сотрудников диспансера. Создан реестр, в который вошло 39 медицинских организаций, где оказывается помощь пациентам с болезнями системы кровообращения, как на амбулаторном, так и на стационарном этапе.

– Курация территорий окружным кардиологическим диспансером осуществляется в рамках организационно-методической работы, – говорит главный врач окружного кардиологического диспансера «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» Ирина Урванцева. – Её целью является содействие медицинским организациям автономного округа в организации оказания помощи кардиологическим больным и оценка эффективности деятельности медицинских организаций по снижению смертности населения от болезней системы кровообращения.

Помимо этого продолжают и выезды в районы врачебных бригад, которые ведут отбор пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Ежегодно осматривается более тысячи пациентов.

Несколько дней назад в рамках данного взаимодействия состоялась очередная выезд специалистов окружного кардиодиспансера в город Покачи. До этого в августе кураторы побывали ещё в трёх крупных муниципальных образованиях – Сургуте, Нижневартовске и Нефтеюганске. Население этих четырёх городов составляет 60% от числа всех жителей Югры.

Алёна ЖУКОВА.

Сургут.

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

Акции

Такая арифметика милосердия...

Доноры крови на Ставрополье продолжают помогать страдающим землякам

Модульная станция переливания крови на днях привлекла внимание горожан – она базировалась на площади у ДК химиков в Невинномысске, что на Ставрополье. Помимо зевак выстроилась небольшая, но всё же очередь доноров. В основном это были работники двух градообразующих химических предприятий.

Например, слесарь «Невинномысского азота» Владимир Козельский, узнав об акции, в свой выходной день приехал аж из села Ивановское, что в нескольких километрах от города. Он сдаёт кровь уже 3 года подряд.

Как пояснила председатель Невинномысского городского отделения Всероссийской общественной организации «Российский Красный Крест» Людмила Александрова, в прежние годы, когда в городе существовало отделение переливания крови, в обычные дни на сдачу крови приходило до 20-30 человек, а в дни донора, которые тогда проводились два раза в неделю, людей было и того больше. В 2005 г. это отделение закрыли, и теперь местный Красный Крест подстраивается в своей деятельности под график Ставропольской краевой станции переливания крови, которая организует забор крови как на базе городской поликлиники



Трансфузиолог Борис Татевосян беседует с донором Владимиром Козельским

№ 2 Невинномысска, так и в передвижных модулях.

Борис Татевосян, врач-трансфузиолог вышеназванной станции, который руководил работой бригады медиков, рассказал, что модуль оснащён самым современным на сегодня оборудованием, и это позволяет широко использовать его возможности в выездных плановых мероприятиях. Он считает весьма символическим то, что местом акции выбрана площадь у Дворца культуры: «Донорство – это не только культура своего здоровья,

но ещё и осознание человеком значимости этой процедуры как акта милосердия, возможности напрямую помочь страдающему человеку».

Остаётся добавить, что в этот день кровь сдали 100 человек. И это было 45 л – вот такая получается арифметика милосердия.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Перспективы

Молодые медики получают денежную поддержку

На заседании правительства Магаданской области, которое провёл временно исполняющий обязанности губернатора Владимир Печёный, утверждён порядок мероприятий по оказанию поддержки молодым специалистам, в частности медицинским работникам.

Согласно утверждённому порядку, на получение солидной денежной поддержки в размере 1 млн руб. могут рассчитывать молодые специалисты в возрасте до 35 лет, прибывшие после окончания медицинских вузов на работу в села и посёлки Магаданской области в 2013-2014 гг., либо переехавшие в регион из других населённых пунктов.

Как сообщил министр здравоохранения области Гарафитдин Зайнутдинов, социальную выплату смогут получить уже 6 специалистов, которые в настоящее время работают в районах области.

«Необходимо обратиться в Министерство здравоохранения области, написать соответствующее заявление и подписать договор, согласно которому медик обязан в течение 5 лет отработать в селе или посёлке Магаданской области. Только в таком случае молодой специалист может получить «подъёмные» средства в размере 1 млн руб.», – пояснил министр здравоохранения области.

По его словам, на эти цели в

областном бюджете уже предусмотрено 3 млн руб. Остальные 3 млн выделят из федеральной казны.

В правительстве не исключают возможность принятия других мер поддержки для привлечения молодых медиков в посёлки Колымы. Молодым специалистам предлагают получить ипотечные кредиты на льготных условиях. В лечебных учреждениях колымских посёлков устанавливается самое современное оборудование. Сельские больницы и амбулаторные пункты реконструируются.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Магадан.

В центре внимания

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Свою точку зрения Вероника Скворцова высказала и о планах вхождения российских вузов в международные рейтинги.

– Наши перспективы абсолютно реальны, – заявила она. – В настоящее время сразу несколько из 46 медицинских вузов России не только находятся на уровне лучших международных образцов, но и претерпевают такое активное развитие, что могут претендовать на ТОП-позиции в мире. Среди них, безусловно, претендент номер один и наш ведущий вуз – Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова.

Средний балл стал выше!

Стала известна и статистика, касающаяся вступительной кампании в этом году. По данным Минздрава России, проходной балл в вузах, подведомственных министерству, в 2014 г. колебался от 152 до 330. Самые высокие проходные баллы на специальность «лечебное дело» отмечались в следующих вузах: Казанском государственном университете Минздрава России (268 баллов), Московском государственном медико-стоматологическом уни-

верситете им. А.И.Евдокимова (239), Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова (257), Кубанском государственном медицинском университете (242), Нижегородской государственной медицинской академии (251).

А самый высокий конкурс оказался на «стоматологии». Среди наиболее популярных у абитуриентов по этой специальности высшие учебные заведения – Кубанский ГМУ 28,6 человек на место,

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова – 22,3, Башкирский ГМУ – 33,2.

Следующую строчку в рейтинге занимает «лечебное дело»: МГМСУ им. А.И.Евдокимова – 41 человек на место, Ивановская ГМА – 15.

Всего в медицинских вузах, подведомственных Минздраву России, было выделено 21 544 бюджетных места и 16 021 внебюджетное место. Наибольшее число студентов зачислено по специальности: «лечебное дело» (10 919 бюджетных мест, 7653 вне-

бюджетных), «педиатрия» (4993 и 2318 соответственно), стоматология (1884 и 3698).

Статистика обнадеживающая. Но главное всё-таки, чтобы студенты стали квалифицированными специалистами. А после окончания вуза пришли работать в практическое здравоохранение, не изменив выбранной профессии.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Несмотря на некоторые улучшения эпидемиологической ситуации по туберкулёзу, Россия всё ещё входит в число стран с высоким бременем распространённости этого заболевания. Значит, что-то не так...

О новых подходах в обуздании туберкулёзной инфекции в свете активной интеграции в международное медицинское сообщество мы беседуем с помощником министра здравоохранения РФ, сопредседателем Рабочей группы высокого уровня по туберкулёзу в РФ, доктором медицинских наук Лялей ГАББАСОВОЙ.

По пути прогресса

— Известно, что российское фтизиосообщество всегда настороженно относилось к навязываемым со стороны стратегиям борьбы с туберкулёзом. Многие, в частности авторитетный академик М. Перельман, неоднократно заявляли об отечественных достижениях, эффективность которых была признана во всём мире. Что ж теперь — в очередной раз выбираем «западные» ориентиры?

— Мы ни в коем случае не стремимся отказываться от собственных достижений в области фтизиатрии. Но необходимо осознавать, что сегодня существенно изменилась структура туберкулёза, он превратился в более серьёзную, чем прежде, проблему. Появились микобактерии с множественной, широкой, обширной лекарственной устойчивостью, нависла угроза двойной эпидемии — ВИЧ и туберкулёз и т.д. Как вы понимаете, бороться с сочетанной инфекцией намного сложнее. А в нашей стране на протяжении уже многих лет, даже десятилетий, использовались стандартные схемы лечения, которые не изменялись долгое время и не учитывали формирующуюся резистентность микобактерий туберкулёза. Поэтому после консультаций с ведущими российскими фтизиатрами, а также с зарубежными специалистами в области диагностики и лечения туберкулёза, при активной поддержке Всемирной организации здравоохранения, мы переходим к работе по международным принципам, сохраняя и развивая при этом достижения отечественной фтизиатрической службы.

— На заре третьего тысячелетия многие главы государств и правительства приняли Декларацию тысячелетия ООН, которая в числе прочего предусматривала решительное наступление на болезни вообще и инфекционные в частности, например туберкулёз и ВИЧ/СПИД. Позитивные результаты планировалось получить уже к 2015 г., но цели-то так и не достигнуты...

— Действительно, проведённый Всемирной организацией здравоохранения в середине нынешнего года краткий обзор по анализу принятой в 2000 г. Декларации тысячелетия ООН свидетельствует, что не все цели реализованы. Хотя и успехи налицо. Международные организации, в частности ВОЗ, пристальное внимание уделяют профилактике и лечению неинфекционных заболеваний. Наравне с ними не меньшее значение придать инфекционным заболеваниям, в частности туберкулёзу, ВИЧ/СПИДу, малярии и др. И хотя задача по туберкулёзу изначально была более скромной — к 2015 г. положить начало тенденции к сокращению заболеваемости, с этим удалось справиться. Количество больных, как и уровень смертности от туберкулёза в мире, пусть и небольшими темпами, но падает. В России мы также имеем устойчивый тренд к снижению эпидемиологических показателей. Так что, подводя промежуточные



схемами и в большом количестве. Поэтому так важно учитывать подходы к терапии. Уж коли мы столкнулись с тотальной антибиотикорезистентностью, стоит задуматься, какими препаратами будем пользоваться завтра: использовать уже имеющиеся, но не применяемые ранее во фтизиатрии или создавать новые?

Опирайсь на первичное звено

— Какое место в новой стратегии отводится специалистам первичного звена?

Авторитетное мнение

В русле глобальной программы

Борьба с туберкулёзом в России ведётся с учётом международных принципов

итоги, объективности ради следует отметить прогресс в решении поставленных задач.

Сегодня в рамках достижения задач тысячелетия действуют стратегия и глобальный план «Остановить туберкулёз». На этой основе нам предстоит сформировать новую российскую «страновую стратегию». Только приняв международную линию действий и работая «в одном ключе», мы сможем улучшить эпидемиологические показатели.

Оперативность прежде всего

— Что конкретно предполагается?

— Приоритетными в реализации являются мероприятия по совершенствованию микробиологической диагностики туберкулёза. Мы учитываем международный опыт и внедряем принципы, которые предусматривают быстрое выявление у больного бактериовыделения, с последующим определением чувствительности микобактерий к противомикробным препаратам. В то же время современная фтизиатрия остро нуждается в инновационных препаратах и новых методах диагностики. Всё это должно помочь взять под контроль эпидемиологическую ситуацию. Исходя из поставленных задач, от российских исследователей мы ожидаем, что они начнут развивать новые научные направления.

Прежде всего, их изыскания должны быть направлены на поиск ускоренных эффективных методов диагностики для определения резистентности возбудителя туберкулёза и оперативного их внедрения в практику. В мире наступило время инноваций, поэтому новая стратегия нацеливает отечественных специалистов-фтизиатров на развитие инновационных фундаментальных и прикладных подходов.

Большую угрозу представляет тотальная антибиотикорезистентность, причём это проблема не только сугубо фтизиатрическая, она касается всех сфер медицины. Таков результат серьёзных наших недоработок, плоды которых мы пожинаем сегодня. А её семена посеяны несколько десятилетий назад, когда врачи назначали антибиотики жёсткими

— В последние годы решение проблем современной фтизиатрии предусматривает широкое сотрудничество фтизиатров с представителями других врачебных специальностей, что позволяет обеспечивать мультидисциплинарный подход в борьбе с туберкулёзом. Без тесного взаимодействия с лабораторными службами, в частности микробиологической, молекулярно-генетической, специалистами по лучевой диагностике, хирургами, пульмонологами и т.д. фтизиатры не могут работать эффективно.

Также наметилась тенденция очень активного взаимодействия с докторами, работающими в первичном звене, первоочередная задача которых — это профилактика и раннее выявление заболеваний. Замечу, что именно ВОЗ зафиксировала наше внимание на необходимости ещё более тесного контакта с общей лечебной сетью, где, как правило, впервые сталкиваются с больным туберкулёзом. Ведь к фтизиатрам пациенты обычно направляются уже на диагностику, дифференциальную диагностику и последующее лечение.

Мы должны учить своих коллег. В этих целях в ряде стран, например в США, врачу общей практики выдают специальную памятку, содержащую алгоритм его действий по выявлению больных с подозрением на туберкулёз, ВИЧ и другие инфекционные заболевания. В этой брошюре содержится полный порядок действий специалиста — какие задавать вопросы, какой проводить скрининг и т.д. Такой опыт нуждается в тиражировании. Подобную памятку предстоит подготовить и распространить по всем медицинским учреждениям, чтобы каждый терапевт или любой другой врач при осмотре пациентов имел настороженность в отношении инфекционных заболеваний, прежде всего туберкулёза.

Ещё одна очень важная задача врачей первичного звена — продолжать сопровождение пациента после прекращения у него процесса бактериовыделения. То есть профессионально заниматься реабилитацией, осуществлять диспансерное наблюдение, как это делается во всём мире.

Используя опыт зарубежных коллег

— Вы изучали опыт борьбы с инфекцией в зарубежных странах, что полезного стоит перенять у них?

— На международных площадках мы знакомимся с опытом наших коллег. В частности, наработками в странах БРИКС, имеющих сходные с Россией географические, социально-экономические, демографические особенности. Соответственно, бремя туберкулёза для них и для нас общее. Так вот в некоторых из этих стран имеется немало хорошо разработанных элементов организации противотуберкулёзной помощи. Там удалось выработать новые эффективные подходы в плане

свободу компенсированными по заболеванию, не представлять собой источник инфекции. Пока здесь ещё остаются недоработки, поэтому нам предстоит выстроить чёткую систему преемственности между гражданским сектором и ФСИН.

Большое внимание за рубежом сейчас уделяется реабилитации. В нашей стране это направление также организационно сформировалось. Разработаны тарифы, с 2013 г. предусмотрена оплата этих услуг. Несомненно, это направление будет широко внедряться в практику российского здравоохранения. Необходимо рассмотреть эти возможности для оздоровления, в том числе больных туберкулёзом. Причём это надо сделать на качественно ином, современном уровне.

Прервать эпидемию!

— Какие процессы происходят и продолжатся в период оптимизации противотуберкулёзной службы?

— Фтизиосообщество получит дальнейшее развитие. В предстоящие 2 года продолжится программа по совершенствованию помощи больным в рамках нацпроекта. Это касается обеспечения лекарственными препаратами, лабораторным оборудованием и т.д. При этом в период развития и оптимизации службы нужно разрабатывать новые управленческие технологии, рассматривать новые источники финансирования. Учитывая масштабы нашей страны, мы не стремимся навязывать всем регионам универсальную модель, не диктуем, как им действовать. Тем не менее при широком применении инновационных методов диагностики и лечения считаем, что во главу угла должна быть поставлена экономическая целесообразность.

Фтизиосообщество постоянно работает с руководством регионов. Поэтому на площадке Минздрава России регулярно проводятся видеоконференции, охватывающие все актуальные на сегодня аспекты, включая дискуссионные вопросы вакцинации, миграционных потоков, беженцев, рационального использования в субъектах средств, которые выделяются в рамках Национального проекта «Здоровье» на закупку лекарственных препаратов и т.д.

За год сделано немало. Пока, может быть, результатов работы не так много, как хотелось бы, но она системная, я бы сказала, тотальная, и ведётся по всем направлениям, поэтому будет иметь не сиюминутный результат, а отсроченный.

Международное сообщество поставило перед нами задачу обеспечить мир без туберкулёза к 2030 г. Такова цель проекта глобальной стратегии. Приложив все усилия, сообщая мы обязаны прервать эпидемию этого тяжёлого заболевания.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 62 (1829)

Миокардиты вместе с миокардиодистрофиями и кардиомиопатиями объединены в группу некоронарогенных заболеваний миокарда, на долю которых приходится 7-9% всех заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Определение

Миокардиты представляют собой поражение сердечной мышцы преимущественно воспалительного характера, обусловленное опосредованным через иммунные механизмы воздействием инфекции, паразитарной или протозойной инвазии, химических и физических факторов, а также возникающее при аллергических и иммунных заболеваниях.

История изучения заболевания

Начало исследования воспаления сердечной мышцы можно отнести к первой четверти XIX века, впервые об этом упоминает J.N. Corvisart. Термин «миокардит» и концепцию миокардита как воспалительного поражения миокарда впервые предложил I.F. Soberheim в 1837 г.

В 1900 г. A. Fiedler, опираясь на клинические данные и результаты аутопсии, дал описание тяжёлого идиопатического поражения миокарда и обосновал концепцию первичного миокардита. Исследования, проведённые разными учёными до 1918 г., показали возможность возникновения миокардита в связи с инфекционными заболеваниями, в частности с гриппом и другими респираторными инфекциями.

Постепенно диагноз миокардита приобрёл весьма широкое распространение, и до 30-х годов XX века его использовали для обозначения патологических процессов в миокарде, отмечаемых при большей части заболеваний сердца. В качестве хронического миокардита рассматривались даже изменения в миокарде у лиц, страдавших ИБС и артериальной гипертензией.

В 30-е годы XX века появляется ряд исследований, в том числе и работы Г.Ф. Ланга, в которых указывалось, что при многих сердечных заболеваниях воспаление в миокарде отсутствует, а преобладающими являются дегенеративные изменения. Благодаря этим работам неоправданно популярный диагноз миокардита исчезает и заменяется термином «дистрофия миокарда».

До 50-х годов XX века к термину «миокардит» обращались только в связи с ревматизмом и дифтерией. Диагноз миокардита вновь завоевал себе право на жизнь после Второй мировой войны, когда были опубликованы результаты патологоанатомических исследований, где авторы I. Gorge и O. Saphir обнаружили на вскрытии в 4-9% случаев воспалительные изменения миокарда, причём выяснилось, что значительная часть умерших в своё время перенесла вирусные или риккетсиозные заболевания.

Наиболее активное изучение воспалительных заболеваний сердца началось в 80-е годы XX века с введением в широкую клиническую практику диагностической трансвенозной биопсии миокарда.

Кафедрой военно-морской и общей терапии, благодаря работам начальника кафедры А. Сененко и его учеников, с 1968 по 1988 г. был накоплен большой опыт в диагностике воспалительных заболеваний миокарда и проведении дифференциальной диагностики с иными формами некоронарогенной патологии.

Монография «Сердце и очаговая инфекция», опубликованная в 1973 г., обобщила знания и опыт по диагностике воспалительных заболеваний миокарда в связи с хронической очаговой инфекцией на тот временной этап. В настоящее время, опираясь на новые технические

возможности (радиоизотопная диагностика, магнитно-резонансная томография, трансвенозная пункционная биопсия миокарда), кафедра продолжает исследования по диагностике и лечению миокардитов у военнослужащих.

Распространённость

Данные о частоте распространения инфекционно-аллергического миокардита весьма недостаточны. Существующая информация основывается на результатах патоморфологических и некоторых клинических исследований.

Так, по данным патологоанатомов, воспалительное поражение миокарда

миокардитах, связанных с вирусной инфекцией, в биоптатах сердца выявлены воспалительные изменения; б) отработана экспериментальная модель миокардита при заражении животных вирусами.

Миокардит может возникнуть и при одновременном воздействии двух и более различных инфекций, когда одна из них, как правило, создаёт условия для поражения миокарда, а другая является прямой причиной поражения. Экспериментально доказано, что одновременное заражение мышей вирусами гриппа и стафилококками вызывает более тяжёлые изменения в миокарде животных.

Патогенез

Роль вирусной инфекции при воспалении миокарда может быть прослежена только в острой стадии процесса. При попадании вирусов в сердечную мышцу они укрепляются на поверхностных рецепторах миоцитов, а затем проникают

литических Т-лимфоцитов или комплекса. Таким образом, при длительном присутствии антигена в миокарде или при нарушениях иммунорегуляции включается аутоиммунная реакция. Переход острого миокардита в аутоиммунное заболевание характеризуется увеличением выработки антикардиальных антител, усилением клеточной иммунной реакции, продолжающейся циркуляцией иммунных комплексов в крови и отложением их в миокарде.

Фиксирующиеся на клетках миокарда иммунные комплексы усугубляют поражение сердечной мышцы. В ходе иммунных реакций в миокарде высвобождаются многие биологически активные вещества (лизосомальные ферменты, простагландины, кинины, серотонин, гистамин, ацетилхолин и др.), способствующие повышению проницаемости сосудов, вызывающие отёк, геморрагии и гипоксию миокарда.

При бактериальном миокардите преобладающей является гуморальная иммунологическая реакция, то есть об-

Инфекционно-аллергический миокардит

выявляется, в среднем, в 4-10% случаев вскрытий. Клинически, прежде всего электрокардиографически, миокардит диагностируется у 1-15% лиц, страдающих вирусной инфекцией. По данным ВОЗ (1972-1976), стабильное поражение сердечной мышцы при заражении вирусами Коксаки А развивается в 2,9% случаев, при гриппе А – в 1,4%, при гриппе В – в 1,2%, при парагриппе – в 1,7% и при аденовирусных инфекциях – в 1% случаев.

В Вооружённых силах РФ первичная заболеваемость миокардитом в 1999-2000 гг. регистрировалась на уровне 0,2-0,47%. Имеется расхождение между инфекционной заболеваемостью и количеством воспалительных поражений миокарда (миокардитов), в то же время достаточно высок уровень функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы, к примеру, нейроциркуляторная дистония регистрируется на уровне 5-27%. Статистическое несоответствие отчасти может быть следствием методологических недостатков диагностики воспалительных заболеваний сердечной мышцы.

Этиология

Инфекционные причины возникновения миокардита в течение последних десятилетий изучены довольно подробно, установлено, что заболевание вызывается самыми разнообразными вирусами, микробами, риккетсиями, грибами и простейшими. Доказано, что наибольшей кардиотропностью обладают вирусы, а вирусная этиология миокардитов считается наиболее аргументированной.

В доказательство вирусной теории миокардитов приводят следующие аргументы: 1) высокая заболеваемость миокардитами в период вирусных эпидемий; 2) обнаружение вирусов в носоглотке и испражнениях больного в течение 1-й недели острого миокардита; 3) появление в крови титра противовирусных антител, начиная со 2-3-й недели после развития острого миокардита; 4) выделение из миокарда вирусов и вирусных агентов; 5) при

клетки миокарда. Следует торможение функции клеток-хозяев, биосинтез и размножение вирусов – репликация, а повреждённый миоцит становится аутоантигеном.

В ответ на проникновение вируса в организм и сердечную мышцу активизируются защитные механизмы, увеличивается выработка интерферона, который сдерживает проникновение вирусов в другие, неповреждённые миоциты и активизирует Т-лимфоциты и макрофаги. Вырабатываются вируснейтрализующие антитела, относящиеся к Ig M. Макрофаги и Т-лимфоциты уничтожают поражённые клетки миокарда, содержащие вирусы.

В морфобиоптатах на этой стадии процесса отмечается накопление полинуклеарных лейкоцитов и макрофагов, а с 5-6-го дня – лимфоцитов, плазмочитов и моногиоцитарных клеток. Синтез коллагена начинается с 5-6-го дня, а после 14-го дня соединительнотканые процессы достигают максимума в виде развития локальных фиброзных очагов. Через 14 дней после начала заболевания вирусы в миокарде не обнаруживаются, а воспаление постепенно стихает.

В некоторых случаях вирусы и другие микроорганизмы способны к длительной латентной персистенции в миокарде и выходят из-под контроля иммунной системы организма, таким образом образуется замкнутый круг с последующим повторным поражением миоцитов.

Если вышеперечисленных защитных механизмов недостаточно для удаления из миокарда вирусов и продуктов их распада, подключается клеточный лимфоцитарный иммунный ответ. В миокарде накапливаются различные субпопуляции Т-лимфоцитов – CD-4, CD-8, CD-95, которые выполняют различные функции в регуляции клеточного иммунитета, но ведущую роль играют CD-95 (цитолитические Т-лимфоциты), так как только они уничтожают вирусы, находящиеся внутриклеточно. В крови появляются антикардиальные антитела (IgG), вырабатываемые В-лимфоцитами (CD-22).

Цитолитическое действие антикардиальных антител является вторичным и проявляется только в присутствии цито-

разование антител. При миокардитах, вызванных микобактериями туберкулёза или грибами, преобладают клеточные иммунные реакции, хотя немаловажную роль играют и гуморальные реакции.

Классификация миокардита

Наиболее полная классификация миокардитов принята на далёкой 8-й Всесоюзной конференции ревматологов (1981).

I. Этиологическая характеристика:
– вирусные (грипп, вирусы Коксаки, ЕСНО, полиомиелит и др.);
– инфекционные (дифтерия, скарлатина, туберкулёз, брюшной тиф и др.);
– спирохетозные (сифилис, лептоспироз, возвратный тиф);
– риккетсиозные (сыпной тиф, лихорадка Ку);
– паразитарные (токсоплазмоз, болезнь Чагаса, трихинеллёз);
– грибковые (актиномикоз, кандидоз, кокцидиомикоз, аспергиллёз и др.);
– инфекционно-аллергический;
– лекарственный;
– сывороточный;
– нутритивный;
– при системных заболеваниях соединительной ткани;
– при бронхиальной астме;
– при синдроме Лайела;
– при синдроме Гудпасчера;
– ожоговый;
– трансплантационный;
– тиреотоксический;
– уремический;
– алкогольный и при других отравлениях.

II. Патогенетические варианты:
– инфекционный и инфекционно-токсический;
– аллергический (иммунологический);
– токсико-аллергический.

III. Морфологическая характеристика:
– альтернативный (дистрофически-некробиотический);
– экссудативно-пролиферативный (интерстициальный):
а) дистрофический;
б) воспалительно-инфильтративный;
в) смешанный;
г) васкулярный.

- IV. Распространённость:
– очаговый;
– диффузный.
V. Течение:
– острое;
– abortивное;
– латентное;
– хроническое.
VI. Клинические варианты:
a. малосимптомный
b. псевдокоронарный
c. декомпенсационный
d. аритмический
e. псевдоклапанный
f. тромбэмболический
g. смешанный.

Морфологическая классификация, разработанная для диагностики миокардитов по эндомикардиальным биоптатам (Далласская классификация, 1984)

1. При первичной ЭМБ выявляется:
a) миокардит с фиброзом или без него;
б) пограничный миокардит (в этом случае возможна повторная биопсия);
в) отсутствие миокардита.
2. При последующей биопсии можно обнаружить:
a) продолжающийся миокардит с фиброзом или без него;
б) разрешающийся миокардит с фиброзом или без него;
в) разрешившийся миокардит с фиброзом или без него.

Количественные морфометрические критерии заключаются в присутствии более 5 лимфоцитов в поле зрения при увеличении микроскопа в 400 раз.

По Международной классификации болезней (МКБ-10), переход на которую осуществлён в соответствии с приказом Минздрава России, с 01.01.1999 миокардит относится к IX классу «Болезни системы кровообращения», разделу «Другие болезни сердца».

Различают следующие виды неревматических миокардитов:

- I40 Острый миокардит
- I40.0 Инфекционный миокардит
- I40.1 Изолированный миокардит
- I40.8 Другие виды острого миокардита
- I40.9 Острый миокардит неуточнённый
- I41* Миокардит при болезнях, классифицированных в других рубриках
- I41.0* Миокардит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках
- I41.1* Миокардит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках
- I41.2* Миокардит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках
- I41.8* Миокардит при других болезнях, классифицированных в других рубриках
- I51.4 Миокардит неуточнённый.

Клиническая картина

Клиническая картина миокардита сильно варьирует и зависит от степени поражения сердечной мышцы, а также от локализации очага поражения в миокарде. Поражение левого желудочка, в частности его передней стенки, влечёт за собой более выраженные нарушения гемодинамики, чем поражение других камер или участков сердца.

Воспалительный процесс в области синусового узла вызывает его поражение, как следствие этого, возникают пароксизмы мерцательной аритмии и суправентрикулярная экстрасистолия. Если воспалительный процесс локализуется в области атриовентрикулярного узла, появляется нарушение проводимости между предсердиями и желудочками. Небольшие очаги поражения в системе и проведения импульсов могут служить причиной нарушений сердечного ритма и приводить к летальному исходу даже без наличия других симптомов миокардита.

К основным клиническим проявлениям миокардита относят боли в области сердца, которые отмечают 62-80% больных, сердечное (23-48%), тахикардию (45-80%), одышку (50-60%), ослабление I тона (40-80%), систоли-

ческий шум над верхушкой (42-63%), увеличение размеров сердца (13-52%), артериальную гипотонию, недостаточность кровообращения. Могут наблюдаться экстрасистолы, пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия и фибрилляция желудочков. В большинстве случаев клиническая картина миокардита определяется лишь отдельными из перечисленных симптомов. У 24-33% больных миокардит может протекать малосимптомно.

Артериальное давление зависит от степени поражения миокарда и активности периферических компенсаторных механизмов. При тяжёлом поражении сердечной мышцы систолическое давление снижается, а диастолическое повышается. При незначительном поражении миокарда и в случае достаточной периферической компенсации систолическое давление повышается, а диастолическое либо повышается, либо существенно не меняется.

Изменения на ЭКГ при миокардите неспецифичны, поскольку совпадают с таковыми при многих заболеваниях сердца. Самыми ранними и наиболее частыми проявлениями в ответ на острую инфекцию могут быть уплощение T, смещение сегмента ST. Эти признаки встречаются у 69-83% больных. Если во время инфекционного заболевания возникают нарушения возбудимости и проводимости, это всегда свидетельствует о присоединившемся миокардите.

При рентгенологическом исследовании больных миокардитом дилатация сердца, в первую очередь левого желудочка, выявляется в 35-90% случаев.

Рутинные лабораторные методы исследования в диагностике миокардита считаются малоинформативными и не отличаются специфичностью.

В порядке убывающей частоты информативности лабораторные показатели расположены следующим образом: увеличение в сыворотке крови содержания α_2 - и γ -глобулинов, обнаружение антител к миокарду, положительная реакция торможения миграции лимфоцитов (РТМЛ), повышение сиаловых кислот, появление C-реактивного белка, повышение активности кардиоспецифичных энзимов и изоэнзимов в сыворотке крови.

Диагностика

Трудности в установлении диагноза миокардита и отсутствие общепризнанных диагностических критериев являются причиной диагностических ошибок. Наиболее часто миокардит остаётся не выявленным.

Для диагностики миокардита предложены различные клинические критерии (NYHA 1964, 1973), появляющиеся через 2-3 недели после перенесённой инфекции.

Однако из-за своего несовершенства не все они нашли своё признание. В настоящее время диагностический алгоритм основывается на следующих клинико-инструментальных критериях синдрома поражения миокарда. К таким критериям относят:

- 1) связь заболевания с перенесённой инфекцией;
- 2) патологические изменения на ЭКГ (нарушения реполяризации, ритма и проводимости);
- 3) повышение концентрации в крови кардиоселективных ферментов и белков (КФК, КФК-МВ, ЛДГ, тропонина T и I);
- 4) увеличение размеров сердца по данным рентгенографии или эхокардиографии;
- 5) признаки застойной сердечной недостаточности;
- 6) изменение иммунологических показателей (увеличение соотношения CD4/CD8, количества CD22 и ЦИК, положительная реакция РТМЛ), а также тахикардия, ослабление первого тона, ритм галопа.

Для подтверждения клинического диагноза «миокардит» в настоящее время используются три диагностические методики: гистологическое исследование морфобиоптатов миокарда; проведение радиоизотопной томографии сердца с

радиофармпрепаратами, тропными к воспалительному процессу; проведение МРТ сердца с контрастированием для выявления воспалительного отёка в миокарде.

Для морфологического исследования миокарда считается необходимым получить не менее 3 биоптатов. При воспалительном поражении миокарда в сердечной мышце гистологически обнаруживается отёк интерстициального пространства.

Наряду с экссудативными изменениями в интерстициальной ткани вокруг кровеносных сосудов выявляются клеточные инфильтраты, которые в начальной стадии миокардита состоят в основном из нейтрофильных лейкоцитов и макрофагов, а позднее – из лимфоцитов, плазматических клеток и моногистиоцитарных клеток.

При электронной микроскопии в миоцитах имеется отёк, расширение саркоплазматической ретикулярной ткани, а также отёк и жировое перерождение и митохондрий. При более выраженном поражении наблюдаются уплотнение хроматина и пикноз ядра, интенсивное увеличение рибосом и, наконец, деструкция митохондрий, миофибрилл и лизис самих миоцитов.

Результаты эндомикардиальной биопсии подтверждают клинический диагноз миокардита в 17-37% случаев. Сравнительно небольшая частота подтверждения диагноза связана с тем, что поражение миокарда может носить очаговый характер.

Радиоизотопные методы диагностики миокардита применяются с 80-х годов XX века. Введение в практику однофотонной эмиссионной компьютерной томографии позволяет получать качественные трёхмерные изображения миокарда, и по накоплению изотопа, тропного к воспалительному процессу, можно визуально определить выраженность поражения миокарда.

В качестве носителя радиоактивной метки используются аутолейкоциты, обработанные гексаметилпропиленаминоксимом (липофильный краситель, способный удерживать 99-Tc на мембране лейкоцита).

Для верификации воспаления используют также томосцинтиграфию миокарда с цитратом галлия-67. Галлий обладает аффинностью к нейтрофильным лейкоцитам, моноцитам и активированным T-лимфоцитам, которые способны мигрировать в воспалительные очаги. Радиоизотопные методы являются физиологичными, так как основаны на отслеживании естественной миграции лейкоцитов в места воспаления и нагноения. Специфичность скинтиграфии с мечеными лейкоцитами и цитратом галлия составляет 100%, а чувствительность достигает 85%.

МРТ миокарда с контрастированием также используется для визуальной диагностики воспалительных процессов. Парамагнитные контрасты (омнискан, галодиамид) накапливаются во внеклеточной жидкости, вызывают изменение интенсивности МР-сигнала, показывая воспалительный отёк. После обработки серии изображений миокарда до и после контрастирования можно сделать вывод о наличии или отсутствии миокардита. Чувствительность метода составляет 70-75%.

При обследовании больных миокардитом особое внимание необходимо обратить на этиологическую диагностику и поиск хронических очагов инфекции для проведения адекватной терапии.

Лечение

В острой стадии миокардита необходимо максимальное ограничение физической нагрузки, постельный режим на 1-2 месяца. Пища должна быть полноценной, то есть содержать все необходимые компоненты, прежде всего белки, витамины, микроэлементы, необходимые для анаболических процессов в миокарде.

В лечении миокардита можно выделить четыре направления:

- 1) этиологическое;
- 2) патогенетическое;

- 3) метаболическое;
- 4) симптоматическое.

Этиологическое лечение необходимо проводить с учётом выявленных возбудителей и очагов хронической инфекции. При бактериальных инфекциях назначают антибиотики и химиотерапевтические препараты после определения чувствительности микробного агента на различные препараты. При необходимости курс антибактериальной терапии следует повторить с использованием препаратов второго ряда. Для лечения вирусных инфекций, осложнившихся миокардитом, показаны противовирусные препараты (ремантадин, ацикловир, зовиракс, интерферон для энтерального и парентерального применения). При необходимости следует назначать противомикробные и противовирусные γ -глобулины. Обязательным считается поиск и санация очагов хронической инфекции (тонзиллит, отит, гайморит, периодонтит, аднексит, простатит и др.). После проведения санации (хирургическая или терапевтическая) очагов хронической инфекции, антибактериальной и противовирусной терапии необходимо провести микробиологический контроль. Без проведения этиологической терапии и санации гнойных очагов трудно рассчитывать на выздоровление, так как инфекционные агенты являются пусковым механизмом и поддерживающим фактором миокардита.

Патогенетическое лечение включает назначение иммуносупрессивных противовоспалительных и антигистаминных препаратов. Исходя из концепции миокардита как иммунного процесса при тяжёлом и прогрессирующем течении заболевания необходимо применение глюкокортикоидных гормонов. Применение кортикостероидных препаратов для лечения больных миокардитом основывается на следующих свойствах препаратов: 1) кортикостероиды тормозят клеточный и гуморальный иммунитет, тормозят синтез антител и образование иммунных комплексов; 2) препараты обладают прямым противовоспалительным действием, стабилизируя клеточные мембраны, уменьшая проницаемость стенок капилляров и тормозя активность протеолитических ферментов; 3) кортикостероиды замедляют пролиферацию клеток соединительной ткани и развитие фиброза. Для лечения миокардита необходимо назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, которые оказывают тормозящее влияние на синтез, высвобождение и действие медиаторов воспаления. Наиболее эффективными препаратами являются диклофенак, вольтарен, индометацин или ацетилсалициловая кислота. После курса нестероидных противовоспалительных препаратов рекомендовано применять далагил для длительной противовоспалительной и иммуносупрессивной терапии. Для блокирования высвобождающихся медиаторов воспаления рекомендованы антигистаминные препараты – димедрол, супрастин, пипольфен, тавегил.

Терапия, направленная на улучшение метаболических процессов в сердечной мышце, обязательна в комплексном лечении миокардита. Необходимо применение поляризующих смесей в/в, препаратов калия (панангин, аспаркам), рибоксина, виамина, кокарбосилазы, АТФ. Целесообразно в/в или в/м назначение средств, улучшающих тканевое дыхание – цитохром-С.

Симптоматическая терапия направлена на устранение нарушений сердечного ритма, признаков сердечной недостаточности, гипертонии, предупреждение тромбэмболических осложнений.

Длительность курса лечения больных миокардитом зависит от тяжести заболевания и эффективности проводимой терапии, но не менее 6 месяцев, а иногда и больше.

Михаил ДЕРЮГИН,
доктор медицинских наук,
профессор.

Кафедра военно-морской и общей терапии
Военно-медицинской академии
им. С.М.Кирова.

Казанская государственная медицинская академия вступает в 95-й учебный год. И в этом году коллектив академии, уверена, в очередной раз подтвердит своё кредо: уровень профессионального образования должен соответствовать запросам отрасли. Именно так ставится задача министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой: «Через 10-20 лет врачи уже не будут похожи на нас с вами, потому что меняются медицинские технологии, и нам предстоит сделать колоссальный рывок, чтобы перейти к персонифицированной медицине, к информационно-компьютерным технологиям во всех медицинских специальностях. Конечно, для этого нужно постоянно, всю жизнь учиться. Тем более что сегодня открываются просторы для бесконечного профессионального образования и совершенствования как в области первой специальности, так и, при желании, в других смежных областях». Специальный корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наила САФИНА встретила с ректором Казанской государственной медицинской академии, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом Российской Федерации и Республики Татарстан Камилем ЗЫЯТДИНОВЫМ, чтобы вместе с ним пройти исторический путь развития института с момента его становления до сегодняшних дней.

– Камиль Шагарович, совсем недавно с огромным размахом прошли Дни культуры Татарстана в Москве, свидетельствующие о небывалом расцвете всех сфер деятельности республики, включая здравоохранение и образование. Казанская государственная медицинская академия, будучи на стыке этих отраслей, как никакое другое учреждение вносит существенный вклад не только в развитие региона, но и в решение проблемы кадров в российском здравоохранении...

– ...и не только в российском, но и за рубежом. Позволю себе быть нескромным, но это во мне говорит, скорее, гордость за академию, – у нас учится немало иностранных граждан. Согласно действующему законодательству, академия входит в перечень образовательных учреждений, в которых постоянно действуют комиссии для проведения специальных экзаменов лицам, получившим медицинское образование в иностранных государствах и претендующим на право заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ.

А всё начиналось в 20-е годы хозяйственной разрухи, глубокого социального, национального, политического и идейного раскола российского общества в годы Гражданской войны, но ничто не смогло помешать созданию Казанского клинического института им. В.И.Ленина, предшественника нашей КГМА. Может, и не все сотрудники Российской медицинской академии последипломного образования знают, что профессор Роман Альбертович Лурия, до того, как стать инициатором создания в Москве Центрального института усовершенствования врачей, в течение 10 лет был первым директором Казанского клинического института, называемого с 1925 г. Государственным институтом для усовершенствования врачей им. В.И.Ленина. Работая в Казани, Р.Лурия также заведовал кафедрой внутренних болезней, и опыт, приобретенный в Казани, позволил ему организовать в Москве первую терапевтическую кафедру, которую он и возглавлял в течение почти 15 лет, совмещая с должностью заместителя директора по научно-учебной работе Центрального института усовершенствования врачей. Как видите, наша академия – это старейший центр медицинского образования с высоким по тем и нынешним временам научным потенциалом. Высокая образовательная планка была поднята известнейшими учёными

ступил к чтению «Курса болезней сердца и почек», имевшего особенное методологическое и клиническое значение и давшего основательную подготовку не только слушателям, но и опытным терапевтам. Осенью 1924 г. в ГИДУВ был приглашён профессор Н.К.Горяев, взявший на себя преподавание клиники болезней крови.

А сегодня у нас 39 кафедр, объединённых в 3 факультета, поликлиника КГМА, ЦНИЛ и прочие административные, хозяйственные структурные подразделения с общежитиями.

– История становления КГМА впечатляет. Понятно, что многие известные фамилии врачей, учёных, исследователей мы сегодня не

упомянули в силу их большого количества, но в течение этого юбилейного учебного года наше издание будет периодически вспоминать имена ваших великих предшественников. Перейдя же к современному этапу, хочется узнать, каким образом Казань участвует в реализации модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования?

– Вопросы реализации модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования вышли, действительно, на первый план, а сам термин «непрерывное медицинское образование» прочно обосновался в жизни медицинского сообщества. Как сказала заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Ирина Александровна Купеева, в настоящее время в проекте участвуют 735 врачей трёх специальностей – участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры, врачи общей практики, которые проходят циклы повышения квалификации в 15 вузах. Всероссийский учебно-научно-методический центр Минздрава России и члены координационного совета осуществляют методическое сопровождение проекта, в котором, конечно же, участвует и наша республика. В академии он стартовал в декабре 2013 г. Кафедрами терапии и семейной медицины, педиатрии и неонатологии разработаны программы обучения по специальностям, адаптированным под данный

проект, – педиатрия, терапия и общая врачебная практика. В нашем учреждении в рамках этого пилотного проекта проходят обучение 15 терапевтов, 24 врача общей практики и 31 педиатр. Для врачей участие в пилотном проекте является добровольным и бесплатным. К ним у нас особо пристальное внимание, несмотря на то, что общий поток обучающихся довольно большой. Так, только в прошедшем году подготовлено 8549 врачей, из них 7337 – по бюджету. Согласно государственному заданию, кафедрами академии за этот же период было проведено 368 циклов повышения квалификации, из них 36 – профессиональной переподготовки. В том же 2013 г. в

соискателя для выполнения диссертационных работ. Только в прошлом году аспирантами и соискателями академии защищены 25 диссертаций. Кафедры активно сотрудничают с 37 зарубежными медицинскими ассоциациями, организациями, центрами 17 государств ближнего зарубежья. За этот период 9 сотрудников кафедр прошли обучающие стажировки в 10 странах. Сотрудники 6 кафедр приняли участие в 19 международных клинических исследованиях.

Казанская государственная медицинская академия в лице профессорско-преподавательского состава стала организатором 17 научно-практических конференций, проведён-

Ориентир

Строить будущее, опираясь на традиции

Такой стиль работы прочно укрепился в Казанской медакадемии



– В.И.Иорданским, Р.А.Лурией, В.П.Первушиным, а также выдающимися учёными медицинского факультета Казанского университета М.Н.Чебоксаровым, В.С.Груздевым, Р.Я.Чистовичем и другими. Несмотря на все трудности финансового характера, в 1920 г. были сформированы первые 6 кафедр и клиник – внутренних болезней на 70 коек с рентгеновским кабинетом и центральной клинической лабораторией, нервных болезней на 30, ортопедии и травматологии на 35, кожных и венерических болезней на 40, акушерства и женских болезней на 60, болезней уха, горла, носа на 20 коек. Их возглавляли профессор Р.А.Лурия, В.П.Первушин, М.О.Фридрих, А.Л.Хитров, А.И.Тимофеев и М.А.Чалусов соответственно. С 1921 г. в работе клинического института принял участие выдающийся физиолог профессор А.Ф.Самойлов, обеспечивший не только крайне важный и интересный курс графических методов исследования сердечно-сосудистой системы, но и давший возможность институту пользоваться его лабораторией в Казанском университете для записей электрокардиограмм и звуковых явлений сердечной деятельности. С конца 1921 г. профессор С.С.Зимницкий при-

рамках подготовки к Всемирной летней универсиаде и зимним Олимпийским играм в Сочи мы обучили вопросам организации медицинского обеспечения в период проведения спортивных мероприятий, оказания помощи при неотложных состояниях, спортивной медицины и антидопинговой тематики, травматологии, инфекционных заболеваний и эпидемиологии 440 человек.

В прошедшем году наши преподаватели также провели специальный экзамен и для 17 врачей – представителей Украины, Узбекистана, Таджикистана, Казахстана, Киргизии и Азербайджана.

Как вы, вероятно, знаете, очень важным показателем образовательной деятельности является численность обучающихся в интернатуре и клинической ординатуре. В прошедшем году по программам интернатуры прошли обучение 178 человек, по программам ординатуры – 237. С целью повышения эффективности работы с интернами и ординаторами нами организовано интернет-сообщество «Интерны и клинические ординаторы КГМА». К этому нас побудили результаты проведённого анкетирования среди обучающихся в настоящее время интернов и ординаторов. Оказывается, только 36,8% из их числа знают о дальнейшем месте трудоустройства, что нас и озадачило.

– Понимаю вашу озабоченность, Камиль Шагарович, зная, что вы уже в самые первые годы после окончания института руководили поликлиникой ЦРБ, а в дальнейшем 13 лет возглавляли здравоохранение Татарстана. Но как бы то ни было, как вам видится – нынешнее молодое поколение стремится к науке?

– Конечно, и это радует. Численность аспирантов в академии на конец 2013 г. составила 79 человек, из них 22 – очной формы обучения. Также за кафедрами закреплено 63

ных в России, Украине, Португалии, Словении, Германии. С докладами на международных форумах учёные академии выступали в 15 странах. Считаем большим достижением полнотекстовый доступ академии к 1543 журналам ресурса Wiley Online Library и базе данных издательства Springer, на открытие которых был выигран грант в рамках конкурса Российского фонда фундаментальных исследований.

Большим подспорьем для нашего учреждения стало его включение в единую межведомственную систему электронного документооборота «Электронное правительство», объединяющую все органы государственной власти республики, что стало дисциплинировать нас ещё больше. Научная работа академии идёт бок о бок с лечебной деятельностью. Консультативно-диагностическая работа проводится профессорско-преподавательским составом 35 клинических кафедр хирургического, терапевтического и медико-профилактического факультетов. Клиническими базами кафедр академии является 61 учреждение здравоохранения. Общий коечный фонд, курируемый кафедрами КГМА, составляет около 10 тыс., а мощность амбулаторно-поликлинических учреждений и стоматологических клиник, на базе которых расположены кафедры, – почти 42 тыс. посещений.

– Очевидно, что создание Казанского института усовершенствования врачей в обстановке незаконченной Гражданской войны, голода, эпидемий, полной экономической разрухи было поистине смелым и рискованным решением, тем не менее время показало, что все замыслы воплотились в жизнь, а надежды сбылись. С юбилеем тебя, Казанская государственная медицинская академия!

Казань.

С 2014 г. в Нью-Йорке (США) прошёл V Всемирный конгресс Международной федерации специалистов по опухолям головы и шеи (IFHNOS) и Американского общества специалистов по заболеваниям головы и шеи (AHNS). Он проводился в нью-йоркском онкологическом центре Memorial Sloan-Kettering.

Более 3200 хирургов, врачей, учёных и других медицинских работников из 90 стран собрались, чтобы обсудить новейшие открытия в области хирургии головы и шеи и провозгласить 27 июля Всемирным днём борьбы с раком головы и шеи. Торжественная и красочная церемония открытия включала доклад председателя конгресса, президента IFHNOS, профессора Джатина Шаха, поздравление бывшего президента США Билла Клинтона.

К присутствующим обратился знаменитый американский киноактёр Майкл Дуглас, который не так давно сумел победить рак ротовой полости, диагностированный у него в 2010 г. «Отделение хирургии головы и шеи и онкологии в медицинском центре Memorial Sloan-Kettering состоит из группы полностью преданных делу выдающихся специалистов, которые работают не покладая рук в многопрофильной клинике, обеспечивая высокий уровень помощи больным раком головы и шеи. Я могу заверить вас, что эта команда является первоклассной в мире», – отметил известный актёр.

В составе российской делегации на конгрессе присутствовал главный специалист Минздрава Архангельской области по челюстно-лицевой хирургии, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Северного государственного медицинского университета, профессор Александр Минкин. Архангельский специалист отметил, что до 1914 г. в мире и до 1965 г. в нашей стране отсутствовала чёткая организационная структура оказания специализированной медицинской помощи больным с новообразованиями головы и шеи. В связи с этим пациенты были вынуждены обращаться к общим онкологам, хирур-



Профессор Александр Минкин

зультатам собственных исследований, в которых они ознакомили зарубежных коллег с опытом раннего выявления и органосохраняющего лечения злокачественных опухолей верхней челюсти и околоносовых пазух. В этом году все стендовые доклады были впервые представлены в электронном виде. Этот новый «ePoster»-формат издания и в дальнейшем будет способствовать более тесному взаимодействию авторов и возможности детального ознакомления с каждой из презентаций. По словам А.Минкина, то, что прошедший этим

мире. Подавляющее большинство ПРГШ различной локализации можно вылечить, если обнаружить на ранней стадии. Однако миллионы людей страдают этим видом онкопатологии из-за поздней диагностики, неадекватного лечения, неуместной паллиативной реабилитации. Контроль ПРГШ требует межведомственной инициативы правительств, неправительственных организаций, специалистов в области здравоохранения, гражданского общества, академической науки и промышленности. Чтобы сосредоточить внимание мировой общественности на эффективной помощи и контроле над ПРГШ, мы предлагаем объявить 27 июля Днём борьбы против рака головы и шеи, чтобы сделать

ные опухоли в области головы и шеи быстро распространяются на соседние структуры, вызывая значительное нарушение дыхания, глотания, зрения и других жизненно важных функций.

Несмотря на доступность злокачественных опухолей лица и полости рта для непосредственного осмотра и пальпации, больные поступают на специализированное лечение чаще с запущенными стадиями заболевания. Основная причина позднего поступления больных в лечебно-профилактические и специализированные учреждения по поводу онкологического заболевания лица и полости рта – это низкий уровень санитарной культуры населения, плохая осведомлённость о клинических признаках заболевания.

Деловые встречи

Вокруг головы и шеи

Крупнейший конгресс в своём направлении

гам, стоматологам, лор-врачам, дерматологам и другим специалистам, не имеющим глубоких специальных знаний и навыков для оказания этого вида помощи на высоком уровне. Сто лет назад, в 1914 г., в онкологическом центре Memorial Sloan-Kettering в Нью-Йорке впервые была разработана «Программа хирургии головы и шеи и онкологии», создано Американское общество специалистов по заболеваниям головы и шеи (AHNS) и открыто первое отделение опухолей головы и шеи. Этому знаменательному событию – 100-летию юбилею – и был посвящён V Всемирный конгресс. Программа конгресса включала 24 панельные дискуссии, 40 учебных курсов, 24 встречи с профессорами, 510 устных презентаций и просмотр 1300 постерных докладов.

Северная научная медицинская школа СГМУ была представлена двумя докладами профессора А.Минкина и соавторов по ре-

летом в Нью-Йорке всемирный конгресс стал крупнейшим в истории онкологии в области головы и шеи, признали как гости, так и организаторы форума. Участники смогли освоить новые технологии и методики, ознакомиться с результатами исследований последних лет, встретиться с коллегами со всего мира и обсудить эту значимую работу, которую они выполняют каждый день.

Председатель конгресса Джатин Шах выразил благодарность всем участникам за плодотворную работу и поддержку их инициативы по провозглашению Дня борьбы против рака головы и шеи IFHNOS и подчеркнул её важность для всего человечества. Это стало несомненным достижением конгресса.

Организаторы конгресса обратились к мировому сообществу с петицией, в которой говорится: «Плоскоклеточный рак головы и шеи (ПРГШ/HNSCC) является ведущей причиной смерти и инвалидности во многих странах

плоскоклеточный рак головы и шеи историей!»

«Международный Союз по борьбе с раком (UICC) был рад подписать петицию и оказать поддержку противораковой кампании, проводимой IFHNOS с целью повышения осведомлённости и мотивации национальных действий против этого вида онкопатологии», – сказал член UICC, глава совета директоров специалистов в области рака головы и шеи доктор Анил Д'Круз.

Новообразования органов головы и шеи встречаются весьма часто. Только злокачественные опухоли данной локализации, не считая опухолей мозга, составляют 20-25%.

В области головы и шеи расположены жизненно важные органы, патологией которых занимаются различные специалисты (хирурги, оториноларингологи, стоматологи, офтальмологи и др.). Из-за «тесного» расположения анатомических органов злокачествен-

Чтобы оздоровить ситуацию, в Европе стала проводиться неделя ранней диагностики рака головы и шеи под эгидой Европейского общества исследователей головы и шеи (EHNS), Федерации специалистов по заболеваниям органов головы и шеи, Российского партнёрства специалистов по опухолям головы и шеи. В состав рабочей группы входила мультидисциплинарная команда врачей и учёных из России, в том числе из её северных регионов. На V Всемирном конгрессе в Нью-Йорке были опубликованы итоги Европейской недели ранней диагностики опухолей головы и шеи – 2013. В этом году, в период с 22 по 26 сентября, во многих российских городах пройдёт вторая Европейская неделя ранней диагностики, в которой активное участие примет и Архангельск.

Екатерина НЕМАНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Архангельск.

Новые подходы

Как известно, каждый четвёртый мужчина после 50 лет страдает из-за доброкачественной гиперплазии предстательной железы или аденомы простаты. Недавно в России наряду с открытыми операциями по удалению аденомы стала применяться новая методика гольмиевой лазерной энуклеации. О новом методе хирургического вмешательства рассказывают молодые врачи: заведующий онкологическим и урологическим отделением клиники урологии им. Р.М.Франштейна Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова кандидат медицинских наук Николай СОРОКИН и старший научный сотрудник отдела урологии кандидат медицинских наук Алим ДЫМОВ.

Методика гольмиевой лазерной энуклеации аденомы простаты происходит из Новой Зеландии, а в последнее время получила широкое применение и в Германии. Гольмиевая энуклеация аденомы предстательной железы характеризуется работой с лазерной установкой, которая имеет определённые параметры частоты и мощности. Именно гольмиевый лазер успешно конкурирует с другими лазерными излучениями. Для предстательной железы

Лазер в роли пальца

С аденомой простаты теперь разбираются бескровно

подобный лазер мощностью 100 ватт уже стал в Европе золотым стандартом в лечении пациентов с аденомой предстательной железы.

Проводились сравнительные работы трансуретральной резекции предстательной железы, гольмиевой лазерной энуклеации и открытой операции аденомы. Лазерная энуклеация имеет преимущество перед трансуретральной резекцией в том, что данная методика может выполняться при любых объёмах предстательной железы, а не ограничиваться 80-90 см³. Свыше этого объёма, как правило, делается открытая операция. Также к существенным преимуществам можно отнести и то, что гольмиевая энуклеация выполняется на обычном физиологическом растворе NaCl 0,9%.

Ну и, конечно же, отсутствие рецидивов – ведь трансуретральная резекция не позволяет выполнить операцию на 100% радикально. При гольмиевой энуклеации методика примерно такая же, как при открытой аденомэктомии, когда узлы аденомы вылуциваются

пальцем. Только в роли пальца выступает лазер, и процесс рецидивов сводится к минимуму.

В чём же преимущество гольмиевой энуклеации перед открытой операцией? Это отсутствие разреза, это возможность удаления уретрального катетера, как правило, на 3-и сутки, что позволяет пациенту начать мочиться самостоятельно гораздо раньше – в случае открытой операции катетер ставят на 8-10 дней. Соответственно, сокращаются койко-дни в стационаре, существенно улучшается качество послеоперационного периода, ускоряется реабилитация больного.

В нашей стране методика гольмиевой энуклеации начала применяться с 2011 г., но при этом использовался гольмиевый лазер мощностью всего 60 ватт, что увеличивало продолжительность операции, ограничивало объём оперируемой предстательной железы. С применением 100-ваттного лазера с февраля 2012 г. возможности хирургов расширились. За этот период прооперировано более 160 пациентов, при этом

максимальные объёмы удалённых предстательных желёз составляли 270 см³. Время таких операций составляло около 3 часов – для сравнения, 120-150 «кубиков» удаляется всего за 1,5-2 часа.

Операция проходит в два этапа, как под общей анестезией, так и под местной. Первый этап – это, собственно энуклеация аденомы, когда энуклеированные узлы отделяют от окружающей их ткани простаты, а затем они смещаются в мочевой пузырь. Дальше идёт этап морцелляции – при помощи специального прибора в полости мочевого пузыря эта ткань измельчается и эвакуируется для морфологических исследований.

Какие нюансы ожидают пациента после подобной операции? Чем больше объём аденомы простаты, тем больше процент послеоперационного стрессового недержания мочи. Но к концу первого месяца после операции эти симптомы проходят. Рези и жжения при мочеиспусканиях практически отсутствуют. Исследования по влиянию лазерного воздействия

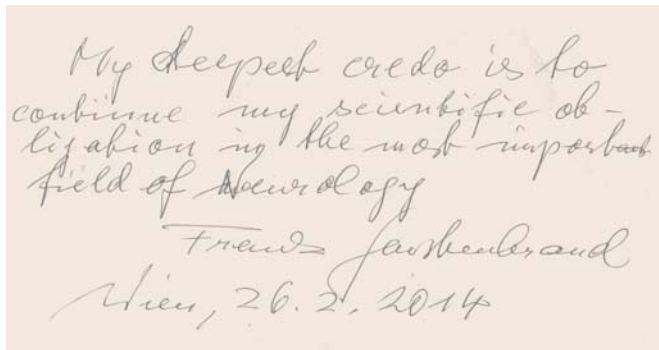
на потенцию дали отрицательный результат. А послеоперационных кровотечений выявлено не более 1% – кровопотеря практически сведена к минимуму. Пациенты, которые получают антикоагулянты на дооперационном этапе по определённым показаниям в связи с проблемами с сердцем, перед операцией их продолжают принимать. Разумеется, больной должен предупредить врачей о наличии у него искусственных клапанов сердца, стентов коронарной артерии, протезов суставов и кровеносных сосудов, регулярном приёме аспирина, варфарина и клопидогреля.

В России клиника урологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова на сегодняшний день имеет наибольший опыт по проведению подобных операций. Недавно на базе клиники прошёл мастер-класс по лазерной энуклеации с участием коллег из С.-Петербурга и Ростова под руководством специалистов из Германии. А чтобы самому стать специалистом в области гольмиевой лазерной энуклеации, бригаде обучающихся хирургов необходимо провести минимум 50 подобных операций, что по времени занимает около года.

Подготовил
Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Патриарху австрийской неврологии профессору Францу Герстенбранду 6 сентября 2014 г. исполнилось 90 лет. Он всемирно известен своими работами в области длительных бессознательных состояний, космической неврологии и нейрореабилитации, а также общественной деятельностью. Несмотря на почтенный возраст, он продолжает принимать больных в своём офисе рядом с университетской клиникой, украшенном живописными портретами Юлиуса Вагнера-Яурега и Ганса Гоффа. Там и состоялось наше интервью.



Франц ГЕРСТЕНБРАНД:



У меня особое отношение к России

– Профессор Герстенбранд, вас знают, наверное, все неврологи, но поскольку «МГ» рассчитана на широкую врачебную аудиторию, не могли бы вы кратко рассказать о себе и своих основных достижениях?

– Я – представитель венской неврологической школы. Моим великим учителем был Ганс Гофф, а его учителем был Вагнер-Яурега (лауреат Нобелевской премии по физиологии и медицине. – Б.Л.). Гофф утверждал, что каждый симптом должен иметь причину. Основное значение придавалось не описанию заболевания, а топической диагностике. Где расположен очаг поражения? Это был основной вопрос венской школы. Вагнер-Яурега был психиатром, а Гофф соединил органическую психиатрию с органической неврологией. Ассистенткой Гоффа была профессор Клара Вейнгартен, которая, как и её учитель, после аншлюса была вынуждена покинуть Вену из-за своего еврейского происхождения. Она преподавала нам неврологию.

– А почему вы решили стать неврологом?

– Во время Второй мировой войны я был пилотом «Люфтваффе». Мне надо было точно определить местоположение самолёта противника и направление его движения. Это очень близко к неврологическому мышлению: установить локализацию процесса. Мы видим симптомы и должны определить, что за ними скрывается: это локальное поражение или системное заболевание мозга? Немецкая неврологическая школа очень похожа на венскую, поэтому я говорю о центрально-европейской неврологической школе, которой противостоит американская.

– В чём же разница между этими двумя школами?

– Американцы описывают феномены, а мы задаёмся вопросом о том, что за этим стоит. Возьмём, например, так называемое «состояние минимального сознания» (minimally conscious state). Где локализуется очаг? Одно дело, если речь идёт о болезни Альцгеймера или боковом атрофическом склерозе, а другое – если о локальном поражении среднего мозга вследствие инсульта, травмы или опухоли.

– Как вы познакомились с Гоффом?

– Жена Гоффа – моя землячка. Она из Южной Моравии, из Никольсбурга (ныне Микулов, Чехия). Этот город знаменит благодаря Яну Пуркине, который там учился в семинарии. В то время это был чисто немецкий город, а сейчас в нём живут только чехи. Она встретила Гоффа в Праге,

где он работал доцентом в Немецком университете. А когда он вернулся в Вену, произошёл аншлюс. Директор университетской клиники Биркмайер явился на работу в форме офицера СС и сказал Гоффу, что он не может больше тут работать. А через год исключили из СС самого Биркмайера, потому что он скрыл, что его бабушка была еврейка. Жена Гоффа после увольнения мужа поехала в Берлин в штаб-квартиру СС и добилась разрешения уехать в Багдад, где Гофф создал неврологическое отделение, лечил королевскую семью и т.д. Его ассистентом был Тарик Хамди, чей племянник Раад Шакир недавно стал президентом Всемирной федерации неврологии.

В Праге Гофф дружил с профессором Густавом Шубертом, физиологом, чья книга об авиационной медицине была переведена и на русский. Шуберт тоже был родом из Никольсбурга и дружил с моим отцом, который был врачом общей практики в Южной Моравии. После Праги Шуберт оказался в Вене, а его жена была подругой жены Хоффа. Так состоялось моё знакомство с Хоффом.

В 1950 г. я окончил медицинский факультет Венского университета и собирался стать психиатром, но 5 лет спустя перешёл в неврологическую клинику. Моя докторская диссертация, защищённая в 1967 г., была посвящена посттравматическому апаллическому синдрому.

– Что нового вам удалось обнаружить?

– Была описана новая болезнь, которая называется сейчас длительной комой.

– Вы имеете в виду вегетативный статус?

– Вегетативный статус – это безнравственный термин, поскольку больные сравниваются с овощами.

– Весь мир пользуется термином «вегетативный статус». Почему вы упорствуете в его отрицании?

– Я описал данное состояние раньше, чем англоязычные авторы. Изначально данное состояние, при котором отсутствуют высшие психические функции, было названо мною посттравматической энцефалопатией. Затем я стал

использовать термин «апаллический синдром», введённый немецким психиатром Эрнстом Кречмером. Кречмер привёл всего один случай декортикации, а в моей работе их 72. Хронический апаллический синдром является исходом острого синдрома среднего мозга, который описал немецкий нейрохирург Ганс Пиа. Большинство таких больных погибает в остром или подостром периоде. Из 72 моих больных 70% умерло. У выживших отмечались грубые дефекты. Гофф обратил моё внимание на эту проблему. Я установил контакты с травматологами.

– А что было потом?

– Потом я стал личным помощником Гоффа, который побудил меня заняться паркинсонизмом. К тому времени Барбо и уже упомянутый Биркмайер обнаружили леводопу. Я был автором первой статьи о пероральном приёме леводопы. В США леводопу стали применять на несколько лет позже, чем в Европе. Между прочим, Гитлер страдал паркинсонизмом, и это многое объясняет в его поведении. Однажды мне довелось его видеть на таком же расстоянии, как вас.

– Каким образом?

– Мне было 14 лет, когда в 1938 г. Гитлер приехал в Никольсбург, поскольку в этом городе в 1866 г. был заключён знаменитый мирный договор между Австрией и Пруссией. По случаю приезда фюрера был устроен парад, и я стоял в шеренге, когда он проходил мимо. Это была очень необычная личность, настоящий артист. Запомнились его голубые глаза и пронзительный взгляд. Трудно передать словами те чувства, которые мы все испытали. Став пилотом «Люфтваффе», я встретил Геринга, но харизмы Гитлера у него не было.

– Давайте вернёмся к вашей неврологической карьере...

– В 1973 г. я возглавил неврологическое отделение в одной из венских больниц, а год спустя министр науки попросила меня возглавить университетскую неврологическую клинику в Инсбруке, которая находилась в плачевном состоянии: 71 койка, 8 ассистентов, один аппарат ЭЭГ, электромиографии (ЭМГ) не было

вовсе. Когда я уезжал из Инсбрука 20 лет спустя, в клинике было 114 коек и 34 ассистента, полностью оборудованная ЭЭГ-лаборатория, ЭМГ и первый в Австрии компьютерный томограф, а затем магнитно-резонансный. Это была самая оснащённая неврологическая клиника не только в Австрии, но в мире. Я установил военную дисциплину: профессор-лидер и команда, которая работает вместе с ним, беспрекословно выполняя его указания.

– Что вы изучали в инсбрукский период?

– Работа шла очень интенсивно. В 1974 г. у меня было 140 публикаций, а сейчас их 840. Мы создали Инсбрукскую шкалу комы.

– Но во всём мире пользуются не вашей шкалой, а Шкалой комы Глазго.

– В том-то и дело. Шкала комы Глазго очень примитивна и ничего не даёт клиницисту. Её необходимо пересмотреть. Она создаёт много проблем, особенно если речь идёт о прогнозе черепно-мозговой травмы. Я и моя команда занимались вопросами нейрореабилитации.

– Почему?

– Отцом нейрореабилитации является Ганс Гофф. Когда он вернулся в Австрию из США в 1948 г., он принёс с собой новые идеи о том, что необходимо продолжать лечение больных инсультом и тяжёлой черепно-мозговой травмой в подостром периоде. Моя первая статья по данному вопросу появилась в 1956 г. В Инсбруке мы стали активно сотрудничать с советскими исследователями в области авиакосмической медицины. В молодости я был специалистом по крылатым ракетам, которые напоминали самолёты. Нужно было подвести такую ракету к мишени (кораблю, мосту и т.д.), что было непростым делом, поскольку в нашем распоряжении было 60-90 секунд. У русских пилотов был большой опыт обращения с подобными ракетами. Однажды в Инсбруке проходила международная конференция по космонавтике, на которой я познакомился с Олегом Георгиевичем Газенко (возглавлял Институт медико-биологических проблем

в Москве. – Б.Л.). Мы стали друзьями. Благодаря Газенко мы стали сотрудничать с его коллегой нейрофизиологом профессором Инессой Козловской. Она экспериментировала на здоровых добровольцах, имитируя невесомость с помощью методики сухого погружения, когда много дней они находились в горизонтальном положении. Козловская описала синдром космической атаксии (или синдром космонавта). С помощью наших русских друзей мы организовали лабораторию космической неврологии в Инсбруке.

– Какое клиническое значение имеют полученные вами результаты?

– Уже через несколько дней у добровольцев появляются неврологические симптомы – затормаживание рефлексов, признаки полинейропатии, мышечные атрофии и т.д. Это следствие длительного лежания в постели (bed rest syndrome). Я продолжаю изучать этот синдром. После выхода на пенсию 20 лет назад, я организовал в Вене НИИ космической неврологии и нейрореабилитации на базе Института Карла Ландштайнера (аналог Академии медицинских наук, насчитывающий 24 НИИ медицинской профессии. – Б.Л.). Нашей клинической базой является неврологическая клиника Медицинского университета им. Парацельса в Зальцбурге, которую возглавляет мой ученик Евгений Тринка. У меня 3 молодых сотрудника. Мы изучаем остатки сознания больных с апаллическим синдромом с помощью функциональной МРТ (фМРТ) (bold-effect).

– Остаётся ли время на чтение?

– Сейчас нет. Мой любимый писатель – Фридрих Шиллер. Я до сих пор знаю наизусть некоторые его поэмы, так же как и стихи Гёте. Шекспира я не люблю, он кажется мне слишком грубым. После войны я читал русскую литературу – Пушкина, Достоевского, Толстого. Она очень эмоциональна. У меня особое отношение к России.

– Вы любите живопись?

– Мой дядя был известным художником. Я написал о нём книгу. Это он нарисовал портрет Вагнера-Яурега, висящий над моим письменным столом. Также он, подобно Тулузу-Лотреку, был известен своими карикатурами. На современную живопись я смотрю глазами психиатра.

– Что бы вы ответили на вопрос о смысле жизни?

– Я бы процитировал известный афоризм И.Канта о звёздном небе снаружи и моральном законе внутри. А также Гёте (цитирует наизусть стихи по-немецки). Речь идёт о необходимости следовать законам мироздания и выполнять свой долг, что очень близко буддийской философии. Гёте и Шиллер многому научились у буддистов.

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

Вена – Москва.

Перевод автографа: «Моё личное кредо – продолжать выполнение своих научных обязательств в самой важной области [медицины] – неврологии».

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: Ю. БЛИЕВ, В. ЕВЛАНОВА, В. ЗАЙЦЕВА, А. ИВАНОВ, В. КЛЫШНИКОВ, Т. КОЗЛОВ, Д. НАНЕИШВИЛИ, А. ПАПЫРИН, Г. ПАПЫРИНА, В. САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), Ф. СМОРНОВ, И. СТЕПАНОВА, А. ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К. ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В. МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – Ю. БЛИЕВ.

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mkgazeta@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/счёт 40702810738090106416, к/с 3010181040000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ЗАО «ПК-ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 14-07-00382
Тираж 34 970 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 (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (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.