

Медицинская

27 июня 2014 г.

пятница

№ 46 (7471)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам

Распространяется в России и других странах СНГ

www.mgzt.ru

События

Открылся крупнейший центр в Европе

Его профиль – хирургия головы и шеи, а мощность – 7 тысяч операций в год



В столице открылась новая клиника – Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России. Этот комплекс зданий является одним из крупнейших объектов отечественного здравоохранения, вводимых в эксплуатацию за последние годы. Его производственная мощность составляет 310 коек по одной из самых востребованных специальностей – болезням уха, горла и носа. Поэтому на торжественное открытие нового центра приехали министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, помощник председателя Правительства РФ Геннадий Онищенко, руководитель ФМБА России Виктор Уйба.

По словам директора центра профессора Николая Дайхеса, этот день является одним из самых счастливых в его жизни. Новая клиника – медицинская база центра (медицинское учреждение основано в 1935 г.) имеет площадь 42 тыс. м². Корпуса оснащены самым современным медицинским оборудованием для оказания специализированной, в

том числе высокотехнологичной, помощи. Строительство центра осуществлялось несколько лет за счёт средств федерального бюджета. Кстати, это была четвёртая попытка возведения подобной клиники в нашей стране. И лишь она завершилась успешно.

– Мы открываем сегодня не просто клинику, – отметила в своём вы-

ступлении Вероника Скворцова. – В новых корпусах будут совмещены медицинская помощь, научные исследования и учебная база. В результате лечебное учреждение ФМБА России стало крупнейшим в Европе центром в области хирургии головы и шеи. Планируется, что с вводом в действие нового комплекса будет проводиться до 7 тыс. операций в год.

(Окончание на стр. 2.)

НА СНИМКЕ: ведущий научный сотрудник доцент Ибрагим Нажмудинов демонстрирует министру Веронике Скворцовой работу симулятора в учебном центре.

Дежурный по номеру: Наталья МАРТЫНОВИЧ

Заведующая кафедрой педиатрии Иркутского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор.



Ситуация

Скорую помощь «заездили»

Минздрав Республики Тыва обратился в Министерство финансов республики с предложением увеличить межбюджетные трансферты из республиканского бюджета в территориальный фонд ОМС на устранение дефицита по финансовому обеспечению скорой медицинской помощи застрахованным в системе ОМС. Второе предложение к финансистам – выделить средства из республиканского бюджета на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи гражданам, которые не застрахованы и не идентифицируются в системе обязательного медицинского страхования.

Необходимость в таких мерах обусловлена, в частности, растущей нагрузкой на службу скорой помощи при плохой организации деятельности отделений неотложной помощи в поликлиниках: там явно ослаблена работа по профилактике и диспансерному наблюдению. По информации Минздрава Тывы, несмотря на то, что в поликлиниках созданы отделения неотложной помощи, количество вызовов, поступающих в службу «03», не сокращается. При этом чаще всего «скорая» выезжает не для оказания экстренной помощи, а к людям с хроническими заболеваниями.

Другая, не менее серьёзная проблема скорой помощи в регионе – выезды к пациентам, которые не имеют на руках полисов обязательного медицинского страхования, не застрахованы и не идентифицируются в системе ОМС. По статистике Минздрава республики, почти 40% вызовов не оплачиваются, хотя стоимость

оказанной пациентам медицинской помощи высока. Должна ли «скорая» работать себе в убыток, даже если она является государственным учреждением? Конечно, нет.

На очередной коллегии Министерства здравоохранения республики вопрос эффективности работы службы скорой помощи обсуждался скрупулёзно и со всех сторон. Руководству станции скорой медицинской помощи Кызыла поручено обеспечить преемственность с поликлиническими медицинскими учреждениями, доукомплектовать штат врачами, а заодно разработать проектно-сметную документацию на строительство нового здания станции: условия, в которых трудится персонал самой востребованной службы, уже не отвечают тем высоким требованиям, которые предъявляются к самой службе.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Кызыл.

Оrientиры

На страже прав медиков

Более 4,3 млн руб. дополнительно получили в 2013 г. работники здравоохранения Кузбасса в результате правозащитной деятельности Кемеровской областной организации отраслевого профсоюза. В том числе более 1,6 млн руб. – после восстановления прав на оплату труда. Такие данные привела в своём докладе профсоюзный лидер системы здравоохранения области Л.Егорова.

Не вступая в дискуссии о том, какая функция профсоюзов – правозащитная или распределительная является сегодня главной, Кемеровская областная организация профсоюза работников здравоохранения на деле защищает интересы людей. Только в 2013 г. обком профсоюза рассмотрел

3050 устных и письменных обращений своих членов, по каждому из которых были приняты меры или даны разъяснения. Специалисты провели в медицинских организациях более полутора сотен проверок на предмет соблюдения работодателями законодательства в области трудовых

прав, оплаты, охраны труда и здоровья работников. В результате было выявлено более 700 нарушений, из которых 93% были устранены в том же 2013 г. А из 20 дел о нарушении пенсионных прав членов профсоюза, рассмотренных в судах с участием профсоюзного правового инспектора, 18 были удовлетворены полностью или частично.

Валентина АКИМОВА, соб. корр. «МГ».

Кемерово.

СЕГОДНЯ В «МГ»

В обновлённое «Русское поле» будут поступать дети со всей страны.

Стр. 7.

Поиск решений в аритмологии продолжается.

Стр. 10.

Новости

Новый травмпункт во Владивостоке

Дополнительная круглосуточная травматологическая помощь доступна жителям Владивостока. К трём уже действующим государственным травмпунктам добавился ещё один – частный. Он также работает в круглосуточном режиме.

В нём можно получить все виды квалифицированной травматологической амбулаторной помощи. При необходимости можно сделать рентгеновские снимки, компьютерную томограмму. По результатам исследования пациенту будет оказано всё необходимое лечение, вплоть до экстренного оперативного вмешательства.

«После этого пациенту дадут рекомендации и выпишут направление в другое медучреждение либо в медицинский центр «Фальк», – рассказывает заведующий отделением неотложной помощи медицинского центра Максим Юренко.

К слову, медицинский центр «Фальк» открылся в октябре 2013 г. В состав клиники входят: поликлиническое, диагностическое, хирургическое, реанимационное, стационарное отделения и дневной стационар, круглосуточный травмпункт, служба скорой и неотложной помощи. Медицинский центр оснащён самым современным оборудованием, в том числе – уникальным лор-оборудованием, КТ-, МРТ-сканерами.

Николай ЧУГУРОВ.
МИА Сити!

Владивосток.

Выявлять туберкулёз на ранних стадиях

В Ярославле состоялась областная научно-практическая конференция, на которой поднимались проблемы детской фтизиатрии. В мероприятии приняли участие педиатры, фтизиатры, неонатологи, организаторы здравоохранения – всего около 100 человек.

Главный детский фтизиатр Минздрава России профессор Валентина Аксёнова ознакомила собравшихся с эпидемической ситуацией по туберкулёзу в стране и подробно рассказала о прививках БЦЖ. В частности, согласно новому приказу, ревакцинация (повторная прививка при условии, что реакции Манту за все предыдущие годы были отрицательные) в 14 лет с этого года не проводится. Она признана нерентабельной, поскольку проводится большая предварительная работа, а детей набирается очень мало. К тому же большого влияния на снижение заболеваемости эта ревакцинация не оказывает.

Раннему выявлению туберкулёза у детей был посвящён доклад главного педиатра-фтизиатра Комитета по здравоохранению С.-Петербурга профессора Ирины Довгалюк. Она, в частности, рассказала о таких современных методах, как диаскин-тест и компьютерная томография, которые позволяют выявлять минимальные формы заболевания и пролечивать их до появления первых симптомов.

Елена МАРЬИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

Выездной цикл в Приамурье

В течение 2 недель в Благовещенске работали специалисты Казанской государственной медицинской академии (учреждения дополнительного профессионального образования) – заведующая кафедрой инфекционных болезней, профессор Ильсияр Хаертынова, доцент Ольга Лазаренко, ассистент Венера Шакирова. На базе Амурской областной клинической инфекционной больницы они провели выездной цикл для врачей-инфекционистов Приамурья.

Программа цикла включала наиболее актуальные проблемы инфекционной патологии: грипп и другие ОРВИ, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция и др. Все лекции сопровождались тщательно подобранными и интересными презентациями. Материал излагался понятным языком, все лекторы приводили примеры из собственной практики и работы базового учреждения – Республиканской инфекционной больницы на 360 коек. Профессор И.Хаертынова ознакомила слушателей с работой и оснащением базового стационара, составом больных и возможностями лабораторного обследования. Все слушатели прошли тестирование, подготовили рефераты и были довольны содержанием и уровнем лекций.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Нет физического здоровья без духовного

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре управляющий Ханты-Мансийской епархией епископ Павел и главный врач Центра медицинской профилактики Василий Костин подписали соглашение о сотрудничестве. В нём сказано, что данное сотрудничество основывается на сохранении здоровья нации, учитывая взаимозависимость духовного и физического здоровья человека.

– Роль Русской православной церкви в становлении и развитии российской медицины велика, – отмечает В.Костин. – Мы считаем, что нельзя исключать её значение в жизни общества, а также её возможности по содействию и пропаганде здорового образа жизни. При этом, занимаясь медицинским просвещением населения, необходимо обратить особое внимание и на нравственное воспитание. Уверен, что совместными усилиями нам удастся добиться существенных результатов.

Сотрудничество Ханты-Мансийской епархии РПЦ (Московский патриархат) и Центра медицинской профилактики будет проявляться в проведении совместных мероприятий (конференций, семинаров, совещаний, акций), подготовке и издании печатных материалов, создании рабочих групп по разработке правовых актов и реализации иных проектов.

Также предусмотрено консультирование медиками священнослужителей для работы с прихожанами по вопросам здорового образа жизни.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Ханты-Мансийск.

События

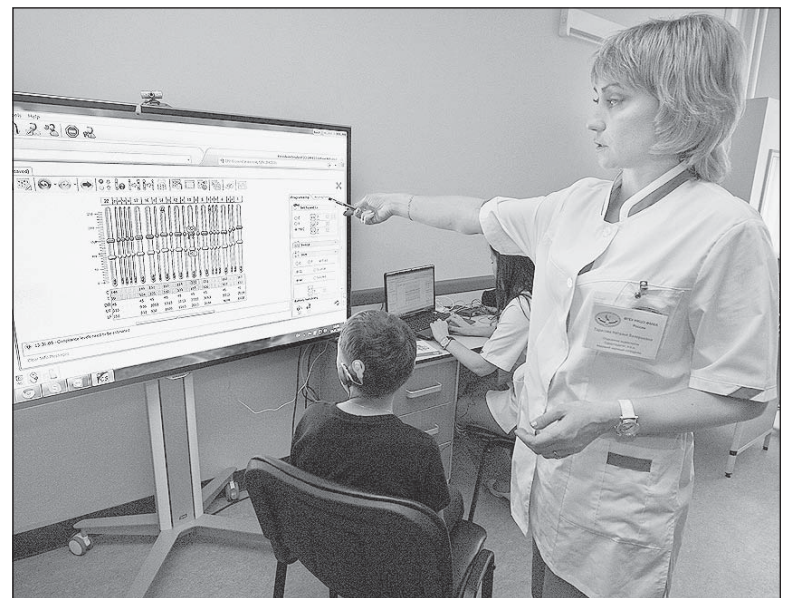
Открылся крупнейший центр в Европе



(Окончание. Начало на стр. 1.)

Презентация, проведённая для журналистов сотрудниками центра, доказывала, что здесь успешно выполняют операции, улучшающие слух, кохлеарную имплантацию, лечение болезни Меньера, конструктивно-пластическое вмешательство для восстановления функции гортани и трахеи, при доброкачественных новообразованиях околоносовых пазух, оснований черепа и среднего уха. В распоряжении специалистов сурдоаудиологическая, лабораторная, лучевая (КТ, МРТ, рентгенография), эндоскопическая, ультразвуковая, функциональная диагностика. В центре большое внимание уделяется и реабилитации.

Физиотерапевтическое отделение имеет ингаляторы. Оно проводит все виды электро- и магнитолечения. Конечно, больным при лечении в отделении проводится и массаж, и лечебная физкультура.



тельствует уже и следующий факт: на базе центра ежегодно проводится подготовка свыше тысячи медицинских специалистов по программе «Аудиологический скрининг ново-

Для этого созданы электронные модули, вебинары для дистанционного образования. Кроме того, центр развивает региональные филиалы. Один из них находится в Астрахани и предоставляет медицинскую помощь жителям Южного и Северо-Кавказского федеральных округов. Ещё один – в Томске и обслуживает жителей Сибирского федерального округа, а в Хабаровске – Дальневосточного.

С открытием нового комплекса расширяются возможности проведения хирургических вмешательств в оториноларингологии не только в клиниках ФМБА России, но и по всей стране.

Алексей ПАПЫРИН.
МИА Сити!

Москва.

НА СНИМКАХ: у входа в новый центр; ведущий научный сотрудник центра Наталья Тарасова проводит коррекцию имплантата; генеральный секретарь Международной федерации оториноларингологических обществ Милан Профант (Братислава, Словакия): «Это действительно самый большой лор-центр в Европе!»

Фото
Александра ХУДАСОВА.



О размещении пациентов достаточно сказать, что 10 профильных специализированных отделений имеют только одно- или двухместные комфортабельные палаты. О масштабах работы свиде-

рождённых». Серия выездных школ-семинаров, мастер-классов по наиболее важным вопросам клинических рекомендаций для лечения отитов, синуситов, тонзиллофарингитов также проводится сотрудниками центра.

Идеи

Чиновникам предложили лечиться дома

Но станет ли наше здравоохранение более качественным и доступным для россиян?

Государственным служащим и членам их семей за прецедентом выезжать на лечение в медицинские учреждения за пределами России, за исключением случаев выезда по официальному направлению, полученному в порядке общей очереди в Минздраве России. Это предусматривает проект федерального закона, который внесли в Госдуму РФ депутаты от КПРФ Владимир Федоткин и Олег Куликов.

Двойных стандартов быть не должно

Соответствующие поправки предлагается внести в Федеральный закон РФ № 79-ФЗ от 27.07.2004 «О государственной гражданской службе Российской Федерации». В пояснительной записке к законопроекту его авторы отмечают, что по многим показателям медицинской помощи Россия на протяжении многих лет находится на уровне самых слаборазвитых стран мира. По данным, которые приводят парламентарии, по доле финансирования здравоохранения в ВВП Россия занимает 115-е место в мире, по продолжительности жизни – 158-е, а по доступности медицинской помощи – 130-е.

Но всё же основная причина, по мнению депутатов, – в двойных стандартах. «В то время как

большинство населения России часами простаивают в очередях, чтобы получить медицинскую помощь врача, отдельные российские чиновники, пользуясь своим особым положением, выезжают или направляют членов своих семей (жён и детей) за границу с целью получения высокопрофессиональной медицинской помощи в максимально комфортных условиях», – пишут они в пояснительной записке.

Проблема усугубляется ещё и тем, что именно чиновники разных уровней отвечают за состояние дел в отечественном здравоохранении, за качество и доступность медицинской помощи. «При этом они же фактически отказываются пользоваться, по сути, результатами своего труда, а предпочитают лечиться за рубежом. Именно это и нарушает конституционный принцип равенства прав всех граждан РФ» – подчёркивают В.Федоткин и О.Куликов.

Если будет введён подобный запрет, то чиновники сделают всё возможное для того, чтобы российское здравоохранение стало качественным и доступным для граждан, полагает, например, В.Федоткин. По его мнению, когда госслужащих, их супругов и несовершеннолетних детей обяжут проходить лечение дома, чиновники будут вынуждены ознакомиться с реальным состоянием дел.

Исключения есть всегда

Это единственный способ возродить отечественное здравоохранение, убеждён депутат от КПРФ. Он считает, что если госслужащие сами будут лечиться в своей стране, они будут действительно заинтересованы развивать отрасль, станут контролировать качество подготовки кадров, направлять усилия на повышение качества предоставляемых медицинских услуг. «Если чиновникам и их домочадцам запретят лечиться за границей, то они сделают всё возможное для того, чтобы наше здравоохранение стало качественным и доступным для граждан», – объяснил В.Федоткин суть своей инициативы.

«В нашей депутатской поликлинике, – сказал он, – всё оборудование – иностранное. И всё равно едут лечиться за границу. Значит, дело не только в оборудовании? Если даже в поликлиниках такого уровня, как наша, есть сомнения, то что говорить об обычных, рядовых больницах?»

За нарушение запрета законопроект предполагает наказание в виде освобождения чиновников от занимаемых должностей.

Между тем председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко уже успела заявить, что этот запрет нарушает Кон-

ституцию РФ и вторгается в права человека на охрану здоровья. «Я считаю, такие законы неуместны в нашей стране, – сказала спикер верхней палаты парламента, комментируя законодательную инициативу депутатов от КПРФ.

Вместе с тем В.Матвиенко заметила, что чиновники должны подавать пример и, безусловно, проходить лечение в наших российских медицинских учреждениях.

«Но что касается юридической стороны, то такая жёсткая редакция нарушает права граждан, есть случаи, когда требуется лечение за рубежом, например, редкие заболевания», – уточнила спикер Совета Федерации.

Медицинский туризм становится популярным

Согласно данным РБК («Медицинские услуги: исследование потребителей России 2013»), доля россиян, выезжающих на лечение за рубеж, увеличилась в сравнении с 2010 г. на треть и составила в прошлом году 1% от всех опрошенных. Правительство РФ обновило своим постановлением Правила заключения федеральным органом исполнительной власти контракта с иностранной организацией на лечение российских граждан за пределами территории РФ за счёт государства (см. «МГ» № 15

от 28.02.2014 – «За здоровьем – за границу»). В прошлом году из федерального бюджета на это ушло 177 млн руб.

Между тем число пациентов, которым с 2005 г. высокотехнологичная медицинская помощь была оказана в нашей стране, выросло почти в 8 раз – с 60 тыс. до 450 тыс. человек. В 2013 г. её получили более полумиллиона пациентов. А всего, по данным Минздрава России, в рамках Национального проекта «Здоровье» такая помощь была оказана с 2005 г. более чем 2 млн пациентам. На эти цели из федерального бюджета было направлено 215 млрд руб.

Хотя председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья С.Калашников считает, что отечественная медицина, которая «переживает коллапс», не может предоставить сегодня весь спектр медицинской помощи, поэтому иногда граждане и вынуждены лечиться за границей. А некоторые благотворительные организации «паразитируют» на сострадании россиян. Депутат полагает, что с принятием закона начнётся «настоящее развитие здравоохранения, а не его имитация». Перемены в стране происходят только в том случае, если «затронуты интересы должностных лиц», – заметил С.Калашников.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Акции

Накануне Дня медицинского работника прошла торжественная церемония вручения премии «Призвание».

«За верность профессии» наградили хирурга городской клинической больницы № 11 (Рязань) Аллу Лёвушкину. В этой должности она работает с 1951 г.! «За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человека» поощрили хирургов Республиканской клинической больницы Республики Татарстан Руслана Зефирова и Ильнура Зайнуллину. «За создание нового метода диагностики» наградили Дмитрия Трофимова и группу врачей и учёных Научно-производственной фирмы «ДНК-технология», учебно-научного медицинского центра Управления делами Президента РФ, медицинского центра «Здоровье», Уральского государственного медицинского университета, Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова. Они предложили новый метод экспресс-диагностики акушерско-гинекологической патологии. «За создание нового метода лечения» – в этой номинации победу одержала группа врачей Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского (Краснодар) под руководством Сергея Богданова. Они разработали технологию пластики лица пациентам с тяжёлыми ожогами. «За вклад в развитие медицины, внесённый представителями фундаментальной науки» жюри конкурса отметило главного научного сотрудника Научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи (Москва) Эдуарда Коренберга за

«Призвание» — это признание

Премия Первого канала вручена 14-й раз – в семи номинациях



изучение группы этиологически самостоятельных инфекционных заболеваний, создание метода постэкспозиционной специфической антибактериальной профилактики. «За создание нового направления в медицине» премию получил Анатолий Сител и группа врачей центра мануальной терапии (Москва) за научное обоснование способов профилактики, диагностики и лечения и интеграцию методов мануальной терапии в систему практического здравоохранения и создание новой специальности «мануальная терапия». «За медицинскую

помощь пострадавшим во время войн, террористических актов и стихийных бедствий» признания удостоена группа санитарных врачей – участников ликвидации последствий наводнения на востоке страны под руководством Геннадия Онищенко (Москва, Иркутск, Амурская область, Хабаровский край, Еврейская автономная область).

Напомним, что с 2011 г. в соответствии с постановлением Правительства РФ лауреатам выплачивается единовременное денежное поощрение в размере 1 млн руб.

– У каждого человека всегда есть свой опыт общения с врачами, и обычно если речь идёт о каких-то достаточно сложных ситуациях, это врезается в память на всю жизнь, кем бы ни работал человек и сколько бы ему ни было лет – 5 или 95, – сказал в своём небольшом выступлении на торжественной церемонии председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев. – Именно поэтому ваша профессия, я бы даже сказал, ваше служение, столь значимо для всех наших людей.

Как всегда, среди лауреа-

тов учёные и обычные врачи. Это действительно лучшие из лучших – люди, которые проводят уникальные операции, выполняемые впервые в мире, специалисты, которые осваивают новые методы диагностики и лечения или даже формируют новые направления медицинской науки. Кстати, хорошо, что специальной премией отмечены те, кто помогал нашим людям в ликвидации последствий наводнения на Дальнем Востоке. Действительно, это была очень сложная работа, и была она выполнена на самом высоком уровне. А с учётом того, что страна наша сама по себе очень сложная и каждый год возникают какие-то новые проблемы, очевидно, что ваша помощь будет востребована и в этом году, и дальше. Конечно, не скрою, большая ответственность лежала и на медиках, которые занимались обеспечением Олимпиады.

Д.Медведев пообещал, что, несмотря ни на какие кризисы и возможные финансовые проблемы, государство (Президент и Правительство РФ и, естественно, министерство, вообще все, кто отвечает за эту сферу) будут делать всё, чтобы наше здравоохранение было современным, сильным, высокоэффективным.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Сотрудничество

Выступая на пленарном заседании, участники III Российско-французского форума по здравоохранению с российской стороны подчёркивали, что нынешняя государственная политика направлена на снижение смертности и повышение рождаемости. Так, в период социально-экономических потрясений в 90-е годы прошлого столетия был отмечен резкий рост смертности населения и снижение рождаемости, и только в 2012 г. эту ситуацию удалось переломить. А в году минувшем, впервые за долгие годы, был зафиксирован естественный прирост населения.

Плюс орден Почётного легиона

Россия и Франция продолжают укреплять научные и клинические связи

В конференции, проходившей на базе Федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова, приняли участие генеральный директор Главного управления предоставления медицинской помощи Министерства социальных дел и здравоохранения Франции Жан Дебопюи и посол Франции в РФ Жан-Морис Рипер.

Основные темы конгресса были посвящены государственной политике в сфере профилактики заболеваний и особенностям организации медицинской помощи в России и Франции, а также франко-российскому научному сотрудничеству в области здравоохранения. Особое внимание было уделено вопросам охраны здоровья матери и ребёнка, в том числе достижениям в выхаживании новорождённых с малым весом.

Участники конференции отметили, что принятие базовых для российского здравоохранения законов – «Об охране здоровья граждан», «Об обязательном медицинском страховании», а также Стратегии развития медицинской науки и Стратегии лекарственного обеспечения стало основой для серьёзных изменений в системе здравоохранения. Была утверждена Государственная программа развития здравоохранения, которая включает в себя целый комплекс мероприятий по развитию

отдельных направлений системы здравоохранения, начиная с профилактики и диспансеризации и заканчивая внедрением современных инноваций в рамках развития медицинской науки. Значительная роль в программе отводится повышению эффективности службы родовспоможения, развитию медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи.

Наиболее эффективной моделью организации медицинской помощи в регионах Российской Федерации стала трёхуровневая система, которая позволила повысить доступность медико-санитарной помощи, максимально использовать имеющуюся инфраструктуру государственных медицинских организаций, их кадровый потенциал и всё более активно участвующие в системе государственного здравоохранения частные медицинские организации.

Примечательно, что на этом мероприятии состоялось награждение проректора по международным связям Иркутского государственного медицинского университета Тамары Крупской высшей наградой Франции – орденом Почётного легиона за организацию обмена студентами-медиками России и Франции.

Марк ВИНТЕР.
МИА Сито!

Начало

Call-центр – работает!

Новые технологии на станции скорой помощи в Уссурийске

Специально для станции скорой помощи Уссурийска московские программисты разработали компьютерную программу по обработке звонков. Система call-центра уже прошла тестирование, и сейчас все звонки от пациентов поступают именно сюда. Диспетчеры в режиме он-лайн могут консультироваться со старшим врачом смены, чтобы быстро и правильно определить, какая помощь необходима пациенту.

Ещё не так давно в распоряжении двух диспетчеров станции скорой помощи в Уссурийске было 8 стационарных телефонов, на которые поступали вызовы от пациентов. Сейчас на столах стоят лишь компьютерные мониторы. Все звонки обрабатываются специально разработанной программой для данного медицинского учреждения. Время ожидания соединения с диспетчером составляет не более 2 минут.

– У нас появилась дополнительная функция, которая будет на пользу нашим пациентам. Ведь ситуации бывают разные: оборвался звонок, а по каким причинам, не всегда понятно. Сейчас все входящие звонки отображаются на экране монитора у диспетчера.

И если вдруг звонок прервался, то фельдшер может самостоятельно перезвонить на номер, с которого был сделан данный звонок, – рассказывает главный врач Станции скорой медицинской помощи Уссурийска Александр Федейкин.

При повторном вызове в базе данных сохраняется и адрес звонившего человека. Это также сократит время ожидания бригады скорой помощи. Новая программа позволяет, не снимая трубки, позвонить любому сотруднику станции скорой помощи на контактный телефон, где бы он ни находился, или связаться с дежурным врачом.

– У нас появилась ещё одна возможность: во время приёма вызова, если нужна консультация старшего врача, то он может подключиться к разговору, при этом его будет слышать только диспетчер, а звонящий – нет. Это даёт возможность быстрее сориентироваться, какая помощь нужна, – поясняет главный врач. Эту версию call-центра также уже используют в Находке. Подключают сейчас данную программу и в других городах Приморья.

Николай ЧУГУРОВ.
МИА Сито!

Приморский край.

Преодоление

Дважды счастливый

Как южноуральские врачи спасли женщину, а потом наперекор всему она стала мамой

В 20-летнем возрасте жительница города Бакала Челябинской области Надежда Боброва попала в областную клиническую больницу в отделение ревматологии с болями в животе. В экстренном порядке пациентку обследо-

вали и обнаружили серьёзную патологию – расслоение брюшного отдела аорты. Обычно такое заболевание диагностируется у возрастных пациентов и, как правило, приводит к летальному исходу.

Через сутки девушку прооперировали. Бригада сосудистых хирургов заменила аорту синтетическим протезом. После сложной операции и тяжёлого восстановительного периода врачи запретили Надежде любые тяжёлые физические нагрузки.

– Когда через 3 года после операции Надя пришла к нам и сообщила, что беременна и будет рожать, мы схватились за головы, – рассказывает заведующий отделением сосудистой хирургии Челябинской ОКБ Владимир Владимирский. – Она была настроена очень решительно, поэтому у нас был только один выход: помочь ей и постараться сохранить жизнь и здоровье и маме, и малышу. Беременность, на наше счастье протекала без осложнений. Но о самостоятельных родах даже речи не было: сделали кесарево сечение.

Лечащий врач Надежды Владимир Владимирович наблюдал свою необычную пациентку во время беременности и присутствовал на операции кесарева сечения. Опытный доктор с умилением рассказывает, что малыш оказался дважды счастливым. Во-первых, потому что его мама вообще решилась рожать, а во-вторых, родился



в рубашке. Ведь по старинным поверьям, ребёнок, родившийся с плёнкой на голове, будет в жизни счастливым.

Скоро сыну Надежды Богдану исполнится год. Малыш уже уверенно ходит. А при виде доктора Владимирского радостно лопочет слово «дядя» и даже не

плачет, когда его берут на руки люди в белых халатах.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

НА СНИМКЕ: мама и сын окружены заботой медработников.

Фото автора.

Современные технологии

Красноярцы помогли

Аортокоронарное шунтирование будут выполнять теперь и амурские врачи

В клинике кардиохирургии Амурской государственной медицинской академии впервые в регионе приступили к выполнению аортокоронарного шунтирования. Для проведения данных операций туда прибыли сердечно-сосудистые хирурги из Красноярска.

– Для внедрения в нашей клинике этого вида высокотехнологичной медицинской помощи мы готовились поэтапно, – рассказывает и.о. заведующего клиникой кардиохирургии Анжелика Дегтярёва. – Приобретали оборудование, обучали на центральных базах специалистов. Для выполнения АКШ мы подготовили 12 пациентов, имеющих для этого показание. С помощью ангиографа им было проведено такое важное для определения состояния сосудов сердца исследование, как коронарография, а также выполнен ряд других необходимых в этом случае обследований. И вот теперь краснояр-

ские коллеги, где операции по АКШ выполняются ежедневно, проводят мастер-класс здесь, непосредственно на рабочем месте. На данный момент такие операции выполнены 7 пациентам. Сегодня можно сказать, что всё идёт в штатном режиме, состояние больных стабильное.

При проведении операции по аортокоронарному шунтированию применяется аппарат искусственного кровообращения, и кардиохирурги клиники единственные в области, кто выполняет операции с его использованием. В ходе работы красноярским специалистам ассистируют благовещенские кардиохирурги, а также анестезиологи-реаниматологи, перфузиологи. Этот вид высокотехнологичной медицинской помощи будет оказываться жителям не только области, но и других регионов.

К слову, клиника кардиохирургии в Благовещенске была открыта на базе Амурской государственной медицинской академии в 1975 г. профессо-

ром Ярославом Куликом. Почти 40 лет здесь оказывают специализированную, в том числе высокотехнологичную, помощь взрослым и детям по профилям «сердечно-сосудистая хирургия» и «кардиология». Сегодня это единственное специализированное учреждение на территории Амурской области по оказанию кардиохирургической помощи.

В клинике имеется несколько отделений. Стационар рассчитан на 70 коек. Ежегодно здесь получают лечение до полутора тысяч взрослых и детей, возможности позволяют выполнять более 700 оперативных вмешательств в год. С 2013 г. клиника начала работать по федеральным квотам. В прошлом году были выделены федеральные средства на проведение 200 высокотехнологичных операций, которые и были успешно выполнены. Так же идёт работа и в этом году.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Его название – Лечебно-реабилитационный научный центр. Он расположился за городом, в бывшем санатории «Русское поле», и рассчитан на одновременное пребывание 200 пациентов. О том, кого он будет принимать и почему понадобилось это звено в цепочке возвращения онкобольных детей к полноценной жизни, наш разговор с директором Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д.Рогачёва (ФНКЦ ДГОИ) академиком РАН Александром РУМЯНЦЕВЫМ.

– Александр Григорьевич, возглавляемое вами учреждение можно поздравить с расширением возможностей?

– Да, спасибо. Мы ещё на один шаг приблизились к цели – максимально помочь пациентам. А предыстория такова.

Двадцать два года назад, когда стало ясно, что дети, страдающие онкологическими заболеваниями, выживают, мы (в то время НИИ детской гематологии) выступили с инициативой организовать для них санаторно-курортное лечение в каком-нибудь учреждении. Таким учреждением стал бывший санаторий Совмина СССР «Русское поле» под Москвой, находившийся в ведении Минздрава. Но, поскольку он изначально строился не для детей, а для взрослых, то существовал целый ряд ограничений, в частности, туда принимали детей только старше 4 лет и в основном после онкогематологических заболеваний, таких как лейкозы, лимфомы, когда уже достоверно было ясно, что это пациенты выздоровевшие. К счастью, в 2011 г. в Москве был построен уникальный центр, ставший правопреемником НИИ детской гематологии, названный именем умершего от лейкоза мальчика Димы Рогачёва и являющийся самым крупным в мире. В прошлом году через него прошло 7 тыс. детей, больных онкологическими заболеваниями.

– Он полностью загружен?

– Более того, мест не хватает, и приходится отказывать. Такая востребованность объясняется тем, что у нас имеются все современные технологии, чего нет в других учреждениях России. Приезжающие в ФНКЦ коллеги удивляются, как можно было в одном месте собрать всё. Мы оперируем разнообразную онкопатологию: от нейрохирургии до гинекологии. У нас есть лучевой центр, первый на территории Российской Федерации и СНГ аппарат томотерапии специально для детей, позволяющий проводить облучение повышенной точности, максимально безопасно для здоровых органов и тканей. В прошлом году осуществлено более 200 трансплантаций костного мозга, можно сказать, операция поставлена на поток, проводится практически каждый будний день. Для этого потребовалась большая подготовительная работа, специальная логистика, организация завоза клеточного материала.

Словом, ФНКЦ успешно функционирует. И он стал накапливать пациентов, которые не

могут вернуться домой сразу после лечения, им нужна ещё одна фаза – реабилитация, причём она должна занять место между интенсивной терапией с амбулаторным ведением и санаторно-курортным этапом. Поэтому мы выдвинули идею создания реабилитационного центра. В прошлом году решением Президента РФ Владимира Путина санаторий «Русское поле» был передан нашему ФНКЦ в качестве филиала. Понадобился год, чтоб приве-

детей. К счастью, сейчас она хорошо поддаётся лечению. Почти 70% детей выживает. Но они требуют реабилитации, в том числе медико-психолого-педагогической, социальной и, конечно, нейрореабилитации.

Появились новые возможности лечения и опухолей костей. Теперь можно не просто удалять конечности, а замещать их, мы, в частности, проводим трансплантацию суставов. Естественно, после такой операции должна следовать реабили-

К сожалению, пока у нас нет законодательной базы под такую реабилитацию и ещё не решён вопрос пребывания родителей. Но надеюсь, всё решится. На данный момент в реабилитационном центре бесплатно могут находиться родители детей только до 3 лет, а старше 3 по нынешнему закону должны заплатить за своё пребывание.

– Сколько?

– Примерно стоимость путёвки в оздоровительный лагерь

(По западным рекомендациям, обычно от 18 до 24 дней).

У нас большие, прямо-таки наполеоновские планы на будущее: хотим построить новый вариант реабилитационного центра, который аналогов ещё не имел, дополнительно к тому, что уже нынче открыт.

– В чём его суть?

– Попытаюсь объяснить. Сегодня в больницах, реабилитационных центрах всё организовано следующим образом: врач-реабилитолог идёт к больному в палату и там с ним работает. На самом деле он должен иметь рабочее место, хорошо оборудованный зал, где можно осуществлять по крайней мере 3 вида воздействия, а именно: дыхательную гимнастику (индивидуально), партерную гимнастику (в положении лёжа, сидя) и гимнастику на специальных тренажёрах с определёнными усилиями.

Мы посчитали, что врач за 6-7-часовую смену может провести 4 групповых или индивидуальных занятия (группа не должна быть больше, чем 4 человека). Для такого центра, как наш, где будет находиться 200 пациентов, нужно 20 таких залов и 20 специалистов (вместе с инструктором). Ну, пусть будет 10, но в две смены. Найдите хотя бы одно лечебное учреждение, в котором были бы такие условия. Их нет.

Очень важна психологическая реабилитация. Как правило, она индивидуальная или семейная. Не психолог должен приходить в палату к маме, где разговор с глазу на глаз невозможен. А наоборот. У психолога должен быть кабинет психологической разгрузки, куда может обратиться семья с ребёнком, чтобы можно было оказать влияние на этого пациента, провести сеанс психотерапии. Сколько таких психологов должно быть в таком коллективе, как наш, какое количество кабинетов нужно, тем более что психологические занятия на момент реабилитации должны быть ежедневными и служить расширению адаптивных способностей? Всё это предстоит просчитать, обосновать.

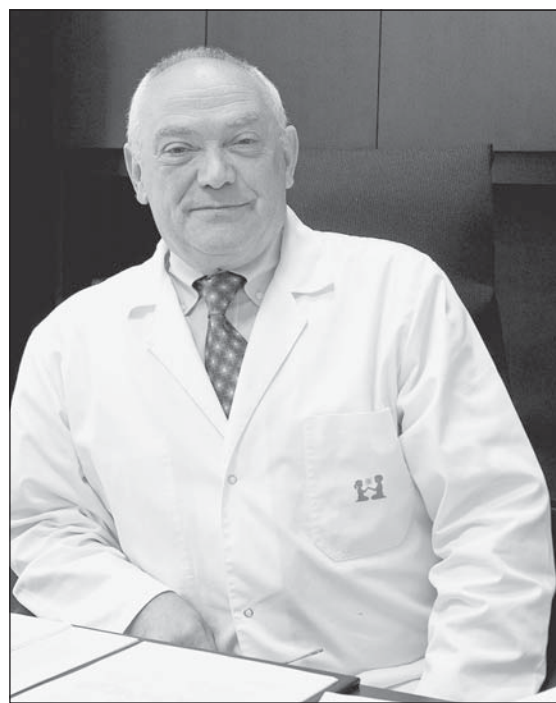
Хочется создать настоящий реабилитационный центр с кабинетами для специалистов, по которым можно будет проводить пациента. Ребёнок утром должен встать, позавтракать, а вечером доплотить до кровати. Он должен работать, постоянно быть занят. Реабилитация – это и есть форма многогранной polyvalentной работы, не только физической, но и умственной. Например, мы организовали у себя в центре школу, где обучаются больные дети с 1-го по 11-й класс. 16 из них в этом году сдали ЕГЭ. Это же здорово! Более того, недавно у нас в гостях был руководитель службы Минобрнадзора, который вручал нашим пациентам дипломы победителя международных соревнований в области математики. Занятия ведут учителя известной гимназии Евгения Ямбурга. Могу сказать, что больные дети не отпускают педагогов, они хотят учиться. Мы вместо того, чтобы превращать всё в больничное поле, наоборот, даём им возможность социально адаптироваться.

Беседу вела
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Перемены

«Русское поле», реабилитационное

Открылось новое структурное подразделение Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д.Рогачёва



тация. Ребёнок не может долгое время лежать в стационаре, ему нужны другие условия, помощь инструктора физкультуры, врача ЛФК, кинезиотерапевта, специалистов в области бальнеотерапии, физиотерапии и других методов воздействия. И такое специализированное отделение организовано.

Ну и отделение для реабилитации пациентов с онкогематологическими заболеваниями

(который ранее называли пинонерским).

Если пребывание ребёнка на реабилитационной койке (заключенный случай) обходится в 69 700 руб., то для родителей путёвка стоит примерно 38 тыс. руб., или 1887 руб. в день. А без родителей мы принимать не можем. Работа с ними просто необходима. Например, в Германии, где я недавно побывал, подобные центры функционируют в рамках семейной реабилитации: в них приезжают папа, мама, здоровые дети и один больной ребёнок. В таком реабилитационном центре, как наш, – на 200 коек – находилось 60 больных и 140 членов семей. И каждый человек имел социальную поддержку фонда обязательного медицинского страхования, пенсионного фонда с полной оплатой пребывания. Первое, что там делают, – больных детей распределяют по возрастам вместе со здоровыми и разъединяют с родителями, потому что надо разорвать патологические детско-родительские отношения, которые возникли в результате болезни (госпитализм, гиперопека и т.д.), затем социализируют. А родителей собирают вместе, показывая, что существует родительская среда, и обучают их жизни с больным ребёнком. Хотелось бы, чтобы так же было и у нас. В обновлённом «Русском поле» уже организована служба клинической психологии – это то, что нельзя организовать в высокоинтенсивном стационаре, когда ещё ментально родители борются за жизнь. А здесь они уже борются за здоровье, за восстановление – другая парадигма.

– Позвольте уточнить, ребёнок будет находиться в реабилитационном центре фиксированное количество дней, скажем, 3 недели, или же в зависимости от заболевания.

– Длительность госпитализации будет определяться по показаниям: кому-то нужно 2 недели, кому-то – 3, кому-то – 5. Но поскольку дело новое, то для того, чтобы произвести формализованную оценку стоимости, мы выбрали 21 день.

тоже сохранит своё значение.

– А кто будет работать в реабилитационном центре?

– Хорошая команда опытных людей.

– Эту команду набирали из ваших специалистов или привлекали людей со стороны?

– Она сформирована из наших сотрудников. Я бы так сказал: старшее поколение ФНКЦ по зову сердца переместилось в реабилитационный центр, уступив молодёжи более интенсивную часть работы по лечению онкопатологии. Мы все были подготовлены как педиатры широкого профиля, и нам понятно, что правильно построенное реабилитационное пространство способно полностью восстановить детей.

В нынешнем году реабилитационный центр должен принять 1350 ребят. Уже получено примерно 500 выписок из историй болезни детей, которые нуждаются в реабилитации. В следующем году речь пойдёт примерно о 3 тыс. со всей страны.

– Значит, вы будете принимать не только тех детей, которые получали интенсивное лечение у вас?

– Нет, наоборот. В реабилитационный центр по выпискам будут поступать дети от 0 до 18 лет из всех субъектов Российской Федерации, из всех федеральных центров.

сти всё в порядок: оформить землю, здание, осуществить техническое перевооружение (пока минимальное), и 1 июня центр для реабилитации детей, перенёсших онкологические заболевания, открыт. Теперь он будет принимать пациентов, начиная с самого раннего возраста. Вместе с неонатологами мы организовали специализированное отделение для грудничков и детей до 3 лет, которые будут находиться здесь вместе с родителями.

Помимо отделения для самых маленьких, в реабилитационном центре предусмотрено ещё четыре. Например, отделение для больных с иммунодефицитами и больных, перенёсших пересадку костного мозга, которым минимум 2 года после трансплантации нужно восстанавливаться. То есть дети ещё будут получать лекарства – поддерживающую терапию, но уже начнут входить в реабилитационное поле. Восстановление может проходить успешнее, если имеет медицинское сопровождение. Наша задача – обучить всему родителей, и специалисты реабилитационного центра помогут в этом.

Третье отделение – отделение для больных с опухолями головного мозга. Ежегодно в России данная патология является более чем у тысячи

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 41 (1808)

(Продолжение.
Начало в № 45 от 25.06.2014.)

Использование категорий СКФ и альбуминурии позволяет стратифицировать больных ХБП по риску почечных исходов (снижение СКФ, прогрессирование альбуминурии, ОПП, ТПН) и других осложнений (сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность, эндокринные и метаболические нарушения, лекарственная токсичность) (см. табл. 5).

2. Методы оценки функции почек

Согласно современным рекомендациям, с целью диагностики и классификации ХБП необходимо определение СКФ, которая может быть измерена клиренсовыми методами либо рассчитана при помощи специальных формул по концентрации в сыворотке крови креатинина или других веществ, которые выводятся из организма путём клубочковой фильтрации. Расчётный метод определения СКФ является предпочтительным для широкой практики как более простой и доступный.

при условии правильного проведения и точного измерения объёма мочи, который должен быть не менее 1000 мл. Она может использоваться при специализированном стационарном обследовании. Существуют ситуации, когда использование формул

которого, в отличие от креатинина, не зависит от мышечной массы, что позволяет более точно определять СКФ у людей с нестандартным телосложением, дефицитом или избыточным развитием мышечной массы, детей, пожилых, больных СД, ожирением, беременных. Уровень цистатина С в сыворотке крови более динамично меняется по сравнению с креатином при остром нарушении функции почек, что даёт ему большие преимущества в ранней диагностике ОПП. Однако высокая стоимость данного исследования в настоящее время ограничивает его широкое применение. Разработаны формулы для расчёта СКФ на основании цистатина С.

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

Комбинированный риск прогрессирования ХБП и развития сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от степени снижения СКФ и выраженности альбуминурии

				Альбуминурия**		
				A1	A2	A3
				Оптимальная или незначительно повышенная	Высокая	Очень высокая
				< 30 мг/г < 3 мг/ммоль	30-300 мг/г 3-30 мг/ммоль	>300 мг/г >30 мг/ммоль
Категории СКФ (мл/мин/1,73м²)	C1	Высокая или оптимальная	≥ 90	Низкий*	Умеренный	Высокий
	C2	Незначительно снижена	60-89	Низкий*	Умеренный	Высокий
	C3a	Умеренно снижена	45-59	Умеренный	Высокий	Очень высокий
	C3b	Существенно снижена	30-44	Высокий	Очень высокий	Очень высокий
	C4	Резко снижена	15-29	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий
C5	Почечная недостаточность		< 15	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий

Примечание.

* – низкий риск – как в общей популяции, в отсутствии признаков повреждения почек категории СКФ C1 или C2 не удовлетворяют критериям ХБП;

** – альбуминурия – определяется как отношение альбумин/креатинин в разовой (предпочтительно утренней) порции мочи, СКФ – рассчитывается по формуле Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI).

Из формул, используемых для расчёта СКФ у взрослых, на сегодняшний день наиболее совершенной является формула CKD-EPI, в которой учитываются раса, пол, возраст, креатинин сыворотки. Расчёт СКФ по этой формуле по сравнению с другими формулами (Кокрофта – Голта, Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) даёт результаты, наиболее точно сопоставимые с данными, полученными при оценке клиренса 99mTc-DTPA, в том числе и при сохранной функции почек. Нужный вариант формулы выбирается в зависимости от расы, пола и уровня креатинина сыворотки пациента, что позволяет преодолеть влияние различий в мышечной массе лиц разного возраста и пола и ошибку, связанную с активацией канальцевой секреции креатинина на поздних стадиях ХБП (см. табл. 6).

Для расчёта СКФ по формуле CKD-EPI можно воспользоваться калькуляторами, представленными в Интернете (http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/gfr_calculator.cfm, http://nkdep.nih.gov/professionals/gfr_calculators/index.htm), специальными приложениями для мобильных устройств (QxMDCalculator), номограммами (приложение 3).

Оценка СКФ клиренсовым методом с использованием 24-часовой пробы Реберга – Тареева характеризуется высокой точностью

некорректно и клиренсовый метод остаётся единственно возможным для оценки СКФ: беременность, нестандартные размеры тела, тяжёлая белково-энергетическая недостаточность, заболевания скелетных мышц, паралич и тетрапаралич, вегетарианская диета, быстро меняющаяся функция почек. При необходимости назначения нефротоксичных препаратов больным с нарушенной функцией почек, когда требуется особо точная оценка функционального состояния почек для определения безопасной дозы препаратов и при решении вопроса о начале заместительной почечной терапии также следует использовать клиренсовые методы определения СКФ.

Наиболее точным методом оценки СКФ остаётся метод измерения клиренса экзогенных гломерулотропных веществ, например радиофармацевтических препаратов [⁵¹Cr]-EDTA (этилендиаминтетрауксусная кислота) [^{99m}Tc]-DTPA (диэтиленetriаминпентауксусная кислота), [¹²⁵I]-иоталамат. Радиоизотопное исследование СКФ позволяет раздельно оценить функцию каждой почки, что имеет большое значение при односторонних поражениях.

В качестве альтернативного маркера для оценки функционального состояния почек и сердечно-сосудистого риска в последние годы рассматривается цистатин С, уровень

3. Оценка альбуминурии/протеинурии
Существуют качественные/полуколичественные и количественные методы оценки экскреции альбумина и общего белка (всех фракций белка, в т.ч. альбумина) с мочой. Качественную оценку альбуминурии/протеинурии выполняют с использованием тест-полосок (метод сухой химии), что привлекает доступностью, удобством, невысокой стоимостью определения. Однако данный метод характеризуется довольно большой погрешностью. Для количественного определения альбуминурии используются иммуноферментные, иммунотурбидиметрические и радиоиммунные методы. Наиболее чувствительными и точными методами определения общего белка в моче являются фотометрические (в частности, с использованием красителя пирогаллольного красного), широко используемые в России.

Организация исследования протеинурии/альбуминурии

• Для скрининговых исследований и обследования лиц с отсутствием факторов риска ХБП могут использоваться тест-полоски, дающие качественное или полуколичественное определение альбумина/общего белка в моче, что позволяет существенно снизить стоимость исследования.

• Лицам с положительными результатами исследования при помощи тест-полосок необходимо провести точное количественное определение.

• Обследование лиц с высоким риском развития ХБП целесообразно начинать сразу с количественных методов.

• При проведении скрининговых исследований среди условно здорового населения в качестве начального теста целесообразно определение уровня альбуминурии.

• У пациентов с выраженной потерей белка (> 0,5 г/сут) целесообразно с точки зрения экономии бюджета вместо определения альбуминурии проводить исследование общего белка в суточной моче или отношения Об/Кр в утренней порции мочи.

• Для исследований, требующих повышенной точности (уточнение диагноза, выбор и оценка эффективности лечения, оценка прогноза, экспертиза и т.д.), применяется количественное определение альбумина или общего белка в суточной моче, однако

это требует правильного сбора и измерения объёма мочи, поэтому больше подходит для стационарных обследований.

• Анализ разовых порций мочи даёт приблизительный результат, поскольку на концентрацию белка влияют случайные факторы (в частности, водный режим). Исследование утренней пробы мочи даёт более воспроизводимые результаты, чем в случайной порции, взятой в течение суток.

• Методом, повышающим точность оценки степени протеинурии/альбуминурии по разовой или утренней порции мочи, является поправка на уровень креатинина мочи, которая нивелирует искажения результатов, связанные с водным режимом.

• При оценке протеинурии/альбуминурии необходимо учитывать внепочечные факторы, влияющие на их уровень (интенсивная физическая нагрузка, лихорадка, злоупотребление белковой пищей), целесообразно соблюдение условий, минимизирующих вариабельность показателя протеинурии/альбуминурии.

• Впервые выявленная повышенная протеинурия/альбуминурия нуждается в подтверждении 1-2 повторными анализами с интервалом в 1-2 недели.

4. Алгоритм выявления хронической болезни почек у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями

• Для диагностики ХБП у взрослых пациентов с ССЗ или повышенным риском их развития необходимо определить уровень креатинина сыворотки и рассчитать СКФ по формуле CKD-EPI. Если рСКФ < 60 мл/мин/1,73 м², повторить исследование через 3 месяца или ранее. В утренней порции мочи определить отношение Ал/Кр. Если отношение Ал/Кр > 30 мг/г (> 3 мг/ммоль), повторить исследование через 3 месяца или ранее. Выполнить визуализирующие исследования для уточнения наличия почечного повреждения.

• Если значения СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² и/или отношение Ал/Кр > 30 мг/г (> 3 мг/ммоль) сохраняются по крайней мере 3 месяца, диагностируется ХБП, показано лечение в соответствии с рекомендациями.

• Если СКФ < 30 мл/мин/1,73 м² или быстро снижается или отношение Ал/Кр > 300 мг/г (> 30 мг/ммоль), пациента следует направить к нефрологу.

• Если признаки ХБП отсутствуют, рекомендуется ежегодный контроль выше названных показателей.

5. Принципы ведения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и хронической болезнью почек.

Несмотря на снижение сердечно-сосудистой смертности в последние десятилетия, ССЗ остаются основной причиной заболеваемости, смерти и инвалидизации как в развитых, так и в развивающихся странах. По данным различных популяционных регистров и исследований, распространённость почечной патологии составляет 10-13%, достигая в группах высокого риска 20%. При этом рост числа больных с почечной патологией в последние годы происходит за счёт их вторичного поражения в рамках АГ и СД. Смерть, обусловленная ССЗ, в 10-20 раз чаще встречается среди больных с ХБП, чем в популяции, а вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений в 25-100 раз выше, чем риск ТПН.

Заболевания сердца и почек имеют общие «традиционные» факторы риска (АГ, СД, ожирение, дислипидемия и др.), а при их сочетании действуют и «нетрадиционные» почечные факторы (гипергидратация, анемия, нарушения фосфорно-кальциевого обмена, системное воспаление и гиперкоагуляция), которые также могут оказывать влияние на риск развития и патогенез ССЗ.

По данным многочисленных проспективных исследований, даже незначительное снижение функции почек ассоциировано с увеличением риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смерти независимо от других факторов риска. Было показано, что распространённость ССЗ в популяции больных со сниженной функциональной способностью почек на 64% выше, чем у лиц с сохранной функцией. Выявлена независимая обратная связь между СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² и увеличением риска

Таблица 6

Формула CKD-EPI, 2009 г., модификация 2011 г.

Раса	Пол	Креатинин сыворотки, мг/100 мл	Формула
Белые и остальные	Женский	≤ 0,7	144*(0,993) ^{Возраст*Кр/0,7} -0,328
Белые и остальные	Женский	> 0,7	144*(0,993) ^{Возраст*Кр/0,7} -1,21
Белые и остальные	Мужской	≤ 0,9	141*(0,993) ^{Возраст*Кр/0,9} -0,412
Белые и остальные	Мужской	> 0,9	141*(0,993) ^{Возраст*Кр/0,9} -1,21
Азиаты	Женский	≤ 0,7	151*(0,993) ^{Возраст*Кр/0,7} -0,328
Азиаты	Женский	> 0,7	151*(0,993) ^{Возраст*Кр/0,7} -1,21
Азиаты	Мужской	≤ 0,9	149*(0,993) ^{Возраст*Кр/0,9} -0,412
Азиаты	Мужской	> 0,9	149*(0,993) ^{Возраст*Кр/0,9} -1,21

Примечание. Не приведены формулы для негроидной расы, испаноамериканцев и индейцев.

Таблица 7

Терапевтические стратегии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и хронической болезнью почек

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Пациентов с ХБП следует относить к группе высокого риска ССЗ	I	A
При лечении ИБС у пациентов с ХБП следует исходить из существующих рекомендаций при отсутствии противопоказаний*	I	A
Антитромбоцитарная терапия может назначаться пациентам с ХБП с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, если не повышен риск кровотечения*	II	B
Лечение СН при ХБП следует проводить в том же объеме, что и у пациентов без ХБП*	II	A
При болях в грудной клетке пациенты с ХБП должны обследоваться так же, как и пациенты без ХБП	I	B

Примечание: *необходима коррекция дозы препаратов с учётом СКФ.

смерти, сердечно-сосудистых осложнений и госпитализации. Частота новых сердечно-сосудистых осложнений составляет 4,8% у больных со 2-й стадией ХБП и возрастает почти вдвое при 3-4-й стадиях. Риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов у пациентов на диализе или у реципиентов почечного трансплантата в десятки раз выше, чем в общей популяции. При ТПН частота выявления гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) и ИБС составляет соответственно около 75 и 40%. У половины пациентов с ТПН инфаркт миокарда развивается в течение 2 лет от начала диализа. Более половины смертей при ТПН связаны с ССЗ.

Почечная дисфункция ассоциируется с более частым развитием осложнений и повышением риска сердечно-сосудистой смерти при остром коронарном синдроме, инфаркте миокарда, тромболитической терапии, чрескожном коронарном вмешательстве и аортокоронарном шунтировании.

При сочетании любых двух факторов сердечно-сосудистого риска вероятность снижения СКФ до уровня < 60 мл/мин/1,73

ней» и «Ассоциированные клинические состояния» исключены диагностические критерии по креатинину сыворотки, а критерии по СКФ заменены на категорию ХБП. При этом ХБП разделена по рубрикам в зависимости от уровня СКФ: пациенты с ХБП и СКФ 30-60 мл/мин/1,73 м² (3-я стадия) относятся к имеющим поражение органов-мишеней, а пациенты с ХБП и СКФ < 30 мл/мин/1,73 м² (ХБП 4-5-й стадий) – у находящихся в ассоциированном клиническом состоянии.

Вопрос о целевом уровне артериального давления (АД) у пациентов с ХБП до настоящего времени не имеет однозначного решения. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о наличии прямой взаимосвязи между АД и ХБП/ТПН. Данные исследования Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) (332 544 мужчины, средняя длительность наблюдения 16 лет) показали, что у лиц с высоким нормальным АД риск ТПН в 1,9 раз выше, чем у лиц с оптимальным АД (< 120/80 мм рт.ст.). На основании этих и других данных в середине 1990-х годов был выдвинут тезис: «чем ниже АД, тем меньше риск ТПН».

Таблица 8

Изменения диагностических критериев поражения почек в Европейских рекомендациях по артериальной гипертонии

	2007	2013
Поражение органов-мишеней		
Незначительное повышение креатинина сыворотки	Мужчины: 115-133 мкмоль/л (1,3-1,5 мг/дл); Женщины: 107-124 мкмоль/л (1,2-1,4 мг/дл)	Нет
Низкая СКФ или клиренс креатинина	< 60 мл/мин/1,73 м ² < 60 мл/мин	ХБП с рСКФ 30-60 мл/мин/1,73 м ²
Микроальбуминурия	30-300 мг/сут или Ал/Кр в моче: ≥ 22 мг/г (у мужчин) или ≥ 31 мг/г (у женщин)	30-300 мг/сут или Ал/Кр 30-300 мг/г, 3,4-34 мг/ммоль (преимущественно в утренней разовой порции мочи)
Ассоциированные клинические состояния. Заболевания почек		
Почечная недостаточность	Креатинин сыворотки > 133 мкмоль/л у мужчин, > 124 мкмоль/л у женщин	ХБП с рСКФ < 30 мл/мин/1,73 м ²
Протеинурия	> 300 мг/сут	> 300 мг/сут

м² в 3,7 раза больше, чем при отсутствии факторов риска, а у трети больных, перенёвших инфаркт миокарда, диагностируют ХБП 3-5-й стадии. При сердечной недостаточности (СН) уровень смертности обратно пропорционален СКФ, которая является таким же значимым прогностическим фактором, как и величина фракции выброса ЛЖ или функциональный класс СН.

Важнейшим положением, определяющим тактику ведения больных с ССЗ и ХБП, является признание ХБП независимым фактором риска развития ССЗ и эквивалентом ИБС по риску осложнений. Пациентов с ХБП относят к группе высокого/очень высокого сердечно-сосудистого риска. Соответственно пациенты с ХБП должны получать лечение по поводу кардиальной патологии в полном объёме в соответствии с национальными и международными рекомендациями, если нет противопоказаний (см. табл. 7). В то же время при проведении терапии, особенно СН, следует строго контролировать состояние больных и мониторировать СКФ и уровень калия сыворотки крови.

Следует иметь в виду, что при СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² (ХБП С3а-С5) сывороточные уровни тропонина и натрийуретических пептидов могут быть повышены и должны оцениваться с учётом функционального состояния почек и клинической картины (IV).

5.1. Артериальная гипертония

В европейских рекомендациях 2013 г. по АД был изменён почечный раздел (см табл. 8). В рубриках «Поражение органов-мише-

Однако проведённые до настоящего времени интервенционные исследования не дали достаточного обоснования для более строгого (< 125-130/75-80 мм рт.ст.) контроля АД при ХБП. Число исследований, посвящённых определению целевого уровня АД при ХБП, намного меньше, чем исследований, где изучается эффективность тех или иных препаратов. Для доказательства пользы и безопасности строгого контроля АД требуется исследование, включающее очень большое число пациентов и предусматривающее многолетнее наблюдение. На фоне приёма блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), обладающих помимо антигипертензивного выраженным антипротеинурическим и нефропротективным действием, различия в скорости прогрессирования ХБП при разном целевом уровне АД не доказаны. Наконец, у большинства пациентов с ХБП не удаётся достичь цифр АД < 125-130/75-80 мм рт.ст.

Исследование MDRD, в котором было изучено влияние сочетания малобелковой диеты и строгого контроля АД на скорость снижения функции почек, показало, что более строгий контроль АД (< 125/75 мм рт.ст.) и ограничение потребления белка по сравнению со стандартной терапией (АД < 140/90 мм рт.ст.) снижал риск ТПН у больных с выраженной протеинурией. У больных с протеинурией < 1 г/сут различий в группах с разным целевым уровнем АД не было. Оценка отдалённых исходов вне рамок основного исследования показала тенденцию

к снижению риска неблагоприятного почечного исхода у больных с более строгим контролем АД, малобелковой диетой и выраженной протеинурией. Анализ отдалённых результатов исследования The Ramipril Efficacy in Nephropathy (AASK) у больных ХБП в целом также не показал различий по влиянию более строгого и стандартного контроля АД на прогрессирование ХБП, однако достоверные различия были получены у больных с протеинурией. Таким образом, анализ результатов исследований, в которых больные ХБП были рандомизированы для достижения более низкого (< 125-130 мм рт.ст.) и обычного (< 140 мм рт.ст.) целевого уровня систолического АД, не выявил достоверных различий между группами по риску развития почечной недостаточности или смерти, однако в подгруппе пациентов с выраженной протеинурией более строгий контроль АД имел преимущества.

С позиций доказательной медицины у пациентов с ХБП диабетической и недиабетической природы следует достигать уровня систолического АД < 140 мм рт.ст. (IIaB). При наличии протеинурии или альбуминурии АЗ можно рассмотреть достижение целевого уровня АД < 130 мм рт.ст. при условии мониторингирования динамики СКФ (IIbB).

Данные об оптимальном уровне диастолического АД при ХБП ограничены, в большинстве исследований в качестве целевого показателя использовались цифры систолического АД. На сегодняшний день принято, что целевой уровень диастолического АД при ХБП составляет < 90 мм рт.ст. для всех пациентов, а для больных с СД в качестве целевых рассматриваются уровни между 80 и 85 мм рт.ст. (IA), которые обычно хорошо переносятся и безопасны.

По данным проспективных рандомизированных исследований (REIN, IDNT, RENAAL и др.), снижение протеинурии при использовании препаратов, подавляющих РААС, ведёт к достоверному снижению скорости прогрессирования ХБП, что позволяет считать их основным компонентом кардио-нефропротективной стратегии. Убедительно показано, что блокаторы РААС, ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина II 1-го типа (БРА), более эффективны в снижении альбуминурии по сравнению с плацебо или другими антигипертензивными препаратами у больных с диабетической и недиабетической нефропатией, ССЗ, а также эффективны в предотвращении высокой альбуминурии (IRMA-II).

В настоящее время мы не располагаем данными исследований, сравнивающих режимы более или менее агрессивного снижения протеинурии в отношении почечных или сердечно-сосудистых исходов. В большинстве исследований по нефропротекции достигали снижения исходного уровня протеинурии/альбуминурии в 1,5 раза, которое обеспечивалось использованием средних и субмаксимальных доз препаратов, что может быть использовано в качестве ориентира при выборе тактики лечения. Максимальный антипротеинурический эффект наступает через 3-6 месяцев после начала терапии.

Достижение целевого АД обычно требует использования комбинированной терапии. Сочетание ингибиторов АПФ либо БРА с диуретиками в 1,5 раза увеличивает их антигипертензивный и антипротеинурический эффект. В исследовании Action in Diabetes and Vascular disease: preterAx and diamicroN-MR Controlled Evaluation (ADVANCE) у больных с СД добавление фиксированной комби-

нации периндоприла 4 мг/индапамида 1,25 мг (нолипрел-форте) к обычной антигипертензивной терапии ассоциировалось со снижением как общей и сердечно-сосудистой смертности, коронарных событий, так и почечных осложнений (на 21%, р < 0,0001), в основном за счёт снижения риска умеренного повышения альбуминурии (на 21%, р < 0,0001), замедления дальнейшего прогрессирования альбуминурии (на 31%, р = 0,0074). Эффект лечения не зависел от уровня исходного АД. Это позволяет рекомендовать данную фиксированную комбинацию у пациентов с СД 2-го типа и АГ для снижения риска развития микро- и макрососудистых осложнений.

Важно учитывать, что тиазидные диуретики, широко используемые в составе фиксированных комбинаций, становятся малоэффективны, начиная с 3б стадии ХБП, и связаны с высоким риском гиперурикемии. Для поздних стадий ХБП предпочтительно использование петлевых диуретиков.

В исследовании Avoiding cardiovascular Events through combination (ACCOMPLISH) комбинация ингибитора АПФ с блокатором кальциевых каналов по сравнению с комбинацией ингибитора АПФ с тиазидным диуретиком была более эффективна в отношении предотвращения повышения креатинина сыворотки, но менее эффективна в отношении профилактики протеинурии.

Бета-адреноблокаторы, агонисты имидазолиновых рецепторов, альфа-адреноблокаторы, альфа-бета адреноблокаторы также могут использоваться при тяжёлой АГ в качестве препаратов 3-4-го ряда.

Возможности комбинированного назначения двух блокаторов РААС (ингибитор АПФ + БРА, БРА + ингибитор ренина, ингибитор АПФ + ингибитор ренина) с целью более полного антипротеинурического эффекта активно изучались в последние годы. Было установлено, что при выраженной протеинурии эти комбинации оказывают более выраженный антипротеинурический эффект по сравнению с монотерапией, однако преимущества комбинации в отношении темпов снижения СКФ остаются недоказанными. При альбуминурии уровня А1-А2 преимуществ комбинации двух блокаторов РААС в отношении снижения альбуминурии не установлено, в то же время по сравнению с монотерапией значительно повышается риск ОПП и гиперкалиемии, особенно у пожилых пациентов. На сегодняшний день комбинация двух блокаторов РААС не рекомендуется для широкого применения, несмотря на то, что она может быть эффективна при протеинурии более 1 г/сут, персистирующей на фоне монотерапии.

Антагонисты альдостерона обладают хорошим антигипертензивным эффектом, а также благоприятно воздействуют на процессы ремоделирования миокарда и фиброгенеза в почках и могут назначаться в дополнение к ингибитору АПФ или БРА, однако они могут усугублять гиперкалиемию, особенно при СКФ < 30 мл/мин/1,73 м². Применение неселективного антагониста альдостерона спиронолактона у мужчин приводит к гормональным нарушениям (гинекомастия) и повышает риск развития рака грудной железы, поэтому длительный его приём у мужчин нежелателен. Селективный антагонист альдостерона эплеренон более безопасен и не имеет гендерных ограничений по длительности применения.

Основные терапевтические стратегии у больных АГ с ХБП суммированы в таблице 9.

(Продолжение следует.)

Таблица 9

Терапевтические стратегии у больных артериальной гипертонией и хронической болезнью почек

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
У всех больных с ХБП следует снижать систолическое АД < 140 мм рт.ст.	IIa	B
Целевое диастолическое АД < 90 мм рт.ст. для всех больных, < 85 мм рт.ст. при СД	I	A
При наличии протеинурии или альбуминурии АЗ оправдана попытка снижения систолического АД < 130 мм рт.ст. при условии мониторингирования изменений расчётной СКФ	IIb	B
Блокаторы РААС более эффективны в снижении альбуминурии/протеинурии, чем другие антигипертензивные препараты, и показаны пациентам с АГ при наличии повышенной альбуминурии или явной протеинурии	I	A
Достижение целевого АД обычно требует комбинированной терапии, рекомендуется комбинировать блокаторы РААС с другими антигипертензивными препаратами	I	A
Комбинация двух блокаторов РААС не рекомендуется несмотря на то, что она может быть более эффективной в снижении выраженной протеинурии	III	A
Антагонисты альдостерона не могут быть рекомендованы при СКФ < 30 мл/мин/1,73 м ² , особенно в комбинации с блокатором РААС, учитывая риск ухудшения функции почек и гиперкалиемии	III	C

В НИИ кардиологии в Томске прошла 9-я научно-практическая конференция с международным участием «Клиническая электрофизиология и интервенционная аритмология». Более 300 отечественных и иностранных специалистов откликнулись на приглашение организаторов обсудить вопросы патогенеза, клинической электрофизиологии, течения и исходов различных тахикардий и тахикардий, возможности электростимуляции сердца в лечении сердечной недостаточности, пороков и ишемической болезни сердца, различные аспекты медикаментозного, катетерного и хирургического лечения аритмий, показания к проведению электрокардиостимуляции, её эффективность и меры профилактики тромбоэмболических осложнений.

Повторить и узнать новое

По словам заместителя директора томского НИИ кардиологии, руководителя Сибирского федерального центра хирургической и интервенционной аритмологии, члена-корреспондента РАН Сергея Попова, обмен информацией о результатах научных исследований и знакомство с новыми техническими разработками – важные, но не главные задачи томских форумов. Значительную часть научной программы всегда занимает обучение врачей практического здравоохранения основам аритмологических знаний. Учитывая, что в России ежегодно происходит порядка 200 тыс. случаев внезапной смерти, причиной большинства которых с высокой долей вероятности являются нарушения сердечного ритма (тема достоверности статистики причин ВС в России требует отдельного разговора), очень важно обеспечить работу аритмологов грамотной поддержкой специалистов первичного звена.

Именно этой – общеобразовательной – цели были посвящены лекция профессора Карло де Асмундиса (Бельгия) «Скрининг внезапной сердечной смерти», доклады М.Кандинского (Краснодар) «Варианты лечения жизнеугрожающих аритмий», О.Миллер (Новосибирск) «Идиопатическая желудочковая экстрасистолия. Существует ли такая?», М.Харлпап «Современные подходы к диагностике и лечению некомпактности миокарда левого желудочка» и другие сообщения.

«Фибрилляция предсердий: мифы и легенды» – слегка ироничным по форме и весьма серьёзным по содержанию было выступление доктора медицинских наук Михаила Медведева (Научно-клинический и образовательный центр «Кардиология» СПбГУ). Среди распространённых врачебных заблуждений, которые оказываются роковыми для пациентов, приведены, в частности, такие: наличие приступов неритмичного сердцебиения не связано с риском для жизни, уточнение генеза подобных приступов не предполагает избыточных усилий; восстановление синусового ритма при пароксизме не всегда требует профилактики тромбоэмболических осложнений, после успешной кардиоверсии можно расслабиться и спокойно жить до следующего пароксизма; для восстановления синусового ритма при пароксизме фибрилляции предсердий можно использовать 50 г коньяка, аспаркам, валокордин, верапамил, дигоксин, дилтиазем, корвалол, панангин, нитроглицерин, пропранолол, фуросемид, перцовый пластырь и соду.

Разумеется, целью было не только показать типичные ошибки в представлениях врачей об аритмиях, но и дать правильную

Современные технологии

Аритмология: шаг за шагом

Высокая распространённость нарушений ритма сердца диктует быстрый поиск научных и клинических решений



информацию. «Если в результате этой лекции вы усомнились в тех мифах, которыми окружено лечение ФП, а также запомнили, что лечение больных с ФП начинается с оценки риска тромбоэмболических осложнений и выбора метода их профилактики, то можно считать, что мы не зря потратили время», – с надеждой обратился оратор к аудитории.

У 10% больных с аритмиями отсутствуют признаки органической патологии со стороны сердца. Однако гистологические исследования миокарда у пациентов с «идиопатическими» желудочковыми аритмиями в 89% случаев обнаружили изменения, характерные для миокардита, кардиомиопатии, АДПЖ или аномалии мелких коронарных артерий. Н.Миронова (Российский кардиологический научно-производственный комплекс Минздрава России) представила коллегам результаты исследования «Уровни С-реактивного белка и натрийуретических пептидов у лиц с частой желудочковой экстрасистолией без признаков органической патологии сердца».

Учёные РКНПК показали, что повышение уровня NT-pro-BNP у лиц без признаков органической патологии сердца достоверно ассоциируется с отдалённым риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. А для пациентов с желудочковой экстрасистолией без признаков органической патологии сердца с уровнями СРБ > 2 мг/л и(или) NT-pro-BNP > 100 пг/л характерны более тяжёлые проявления желудочковой эктопической активности, что говорит о субклинической дисфункции левого желудочка у данной категории больных.

Пациент в поле зрения врача

Большой раздел программы конференции был посвящён возможностям электрокардиостимуляции. Антонио Курнис (Италия) рассказал о сроках службы имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов и возможных их удлинении, о профилактике неадекватных срабатываний.

Тема сообщения Ильдара Хасанова (Германия) – применение технологий дистанционного мониторинга состояния больных с имплантированными водителями ритма. Начиная с 1995 г. в мире создано уже несколько вариантов систем персонального телемониторинга, задача которых – удалённый контроль начала аритмии, её детекции и эффективности терапии, предупреждение осложнений и ятрогенных эффектов электрокардиостимуляции.

Есть несколько предположений развития данного метода: постоянный рост числа пациентов с имплантатами и, как следствие,

увеличение нагрузки на медицинский персонал по их наблюдению; от 70 до 90% амбулаторных наблюдений проходят без изменений терапии, а значит, пациенты напрасно тратят время на визиты к врачу; к тому же пациентам свойственно нарушать режим посещений врача. В центрах же дистанционного мониторинга данные с кардиостимуляторов обрабатываются автоматически, выделяются клинически важные сообщения, что помогает врачу определить пациентов, требую-



щих его внимания и возможных мероприятий.

В настоящее время в десяти российских кардиологических центрах проводится национальное многоцентровое проспективное исследование очередной системы мобильного телемониторинга.

Таблетка или интервенция?

Сообщение специалистов томского НИИ кардиологии «Радиочастотная абляция у детей первых лет жизни» открыла раздел конференции о современных методах лечения аритмий. По словам хирурга-аритмолога Сергея Криволапова, ведение маленьких пациентов с тахикардиями является большой проблемой: эффективность лекарственной терапии, по разным данным, не более 50%. По этой причине РЧА-абляция становится методом выбора при медикаментозно резистентных аритмиях у детей.

В Сибирском федеральном аритмологическом центре методом РЧА пролечены 40 пациентов в возрасте до 3 лет с предсердной тахикардией и синдромом WPW. Минимальный возраст пациента – 48 дней, минимальный вес – 3,8 кг. Результаты: эффективность после первой операции 90%, после второй операции – 100%.

– Радиочастотная абляция является безопасным и эффективным вариантом лечения тахикардий у детей первых лет жизни.

Успешная РЧА-абляция приводит к обратному ремоделированию аритмогенной кардиомиопатии.

В то же время такое лечение должно проводиться только в центрах с большим опытом в интервенционной аритмологии, а также с ЭхоКГ и кардиохирургической поддержкой, – подчёркивает С.Криволапов.

Его коллега, старший научный сотрудник Роман Баталов доложил о томском опыте применения антикоагулянтной терапии у пациентов с имплантированными устройствами. Речь идёт о новой технологии – установке окклюдера в ушко левого предсердия. Окклюдер изолирует проблемную зону от кровотока, уменьшая у пациента риск образования тромбов, а следовательно, возникновения инсультов после имплантации кардиостимуляторов.

Йозеф Каутцнер (Чехия) сообщил о возможных осложнениях при проведении катетерной абляции фибрилляции предсердий и способах их предотвращения и устранения, а также об использовании внутрисердечного ультра-

сердечно-сосудистой хирургии надо выделить отдельные квоты на дефибрилляторы, и тогда впервые было выделено 1000 квот на всю страну. При потребности 100 дефибрилляторов на миллион населения, то есть более 140 тыс. ежегодно. И с каждым годом число больных, которым данный вид помощи необходим, нарастает, ведь эти устройства периодически нуждаются в замене. В этом году томский НИИ кардиологии получил госзадание на имплантацию 198 дефибрилляторов. Казалось бы, много, такого количества квот у нас ещё не было, но потребности-то выше, – продолжает руководитель центра.

Говоря об актуальных научных исследованиях в области аритмологии, С.Попов выделил две темы: фибрилляции предсердий и желудочковые нарушения ритма сердца.

– Сюда и направлены наши усилия: новые схемы медикаментозного воздействия (к примеру, разработка специфической таргетной терапии), новые энергии для хирургического вмешательства. А поскольку доказано, что в ряде случаев, но не в 100%, причиной фибрилляции предсердий становится воспалительный процесс, вероятно, мы сможем составить классификацию фибрилляций предсердий, – продолжает мой собеседник.

Разрабатываются и новые хирургические подходы к лечению фибрилляции предсердий и желудочковой аритмии: если у какой-то категории пациентов внутрисердечная катетерная абляция неэффективна, можно попытаться выполнить её менее травматичным торакоскопическим доступом.

Как заметил С.Попов, фармакологический бум конца XX – начала XXI века, к сожалению, не затронул аритмологию. И вообще, хирург давно не питает иллюзий по поводу эффективной медикаментозной терапии при нарушениях ритма сердца. Вероятнее, на взгляд профессора С.Попова, перспектива, когда станет возможно лечить аритмии неинвазивными методами:

– Сегодня уже есть возможность неинвазивно картировать сердце с выведением трёхмерного изображения на экран, то есть до операции видеть очаг аритмии и прицельно идти именно туда. Так мы сокращаем время выполнения вмешательства и меньше повреждаем миокард. Задача будущего – создать технологию, с помощью которой можно будет чрескожно направить в очаг аритмии концентрированный пучок, к примеру, ядерной энергии и разрушить его по аналогии с лучевой терапией при опухолевых процессах.

Надежду и оптимизм томских учёных разделяют все участники прошедшей конференции.

Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Томск.

НА СНИМКАХ: открывает конференцию директор НИИ кардиологии академик Р.Карпов; в операционной НИИ кардиологии хирурги-аритмологи Сергей Криволапов (слева) и Антонио Курнис.

Она стала на редкость представительной и была посвящена 20-летию проведения I конгресса Российского общества ринологов (РОР). В С.-Петербург прибыли около 500 делегатов из 16 стран. Сюда съехались посланцы Австрии, Бельгии, Белоруссии, Болгарии, Великобритании, Германии, Египта, Казахстана, Латвии, Молдавии, США, Узбекистана, Украины, Швейцарии, Швеции. Наша страна была представлена специалистами из многих городов от Калининграда до Дальнего Востока. Организаторы конференции – РОР, Российская академия наук, Международная академия оториноларингологии – хирургии головы и шеи (IAO-HNS), Первый С.-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова.

Участников конференции, проходившей в гостинице «Пулковская», приветствовали ректор ПСПбГМУ им. И.П.Павлова академик РАН Сергей Багненко, президент РОР профессор Андрей Лопатин (Москва), президент IAO-HNS, директор Центра аудиологии и слухопротезирования, профессор Георгий Таварткиладзе (Москва), генеральный секретарь IAO-HNS, заведующий кафедрой оториноларингологии – хирургии головы и шеи госпиталя Миддлсгейм профессор Берт Шмельцер (Антверпен, Бельгия) и председатель оргкомитета конференции, заведующий кафедрой оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. И.П.Павлова профессор Сергей Карпищенко.

С первой лекцией выступил главный оториноларинголог Управления делами Президента РФ член-корреспондент РАН Геннадий Пискунов. Он провёл подробный анализ состояния дел в ринологии и напомнил некоторые исторические факты: ринология как отдельная область знаний выделилась из оториноларингологии 20 лет назад; тогда же в С.-Петербурге состоялся I съезд ринологов России и первым президентом РОР был избран заведующий кафедрой оториноларингологии С.-Петербургского ГМУ им. И.П.Павлова профессор Мариус Плужников.

Другие лекции были посвящены самым актуальным проблемам современной ринологии. Так, профессор Андрей Лопатин говорил о спонтанных перфорациях перегородки носа. Он коснулся новых взглядов на их патогенез и хирургическое лечение. Также хирургии перфораций носовой перегородки посвятил своё выступление заведующий лор-кафедрой Каирского универ-

лекцию, посвящённую современным возможностям исследования различных функций носа, прекрасные иллюстрации позволили ему интересно, доступно и очень живо представить сложный материал. Отметим, что совсем недавно С.Плонтке возглавлял конференцию, посвящённую 150-летию отиатрии в Германии, а на возглавляемой им кафедре работал знаменитый

Иностранный член-корреспондент РАН профессор Вольф Манн из знаменитой клиники Майнца в Германии представил два доклада, посвящённых наиболее сложной части эндоскопической хирургии околоносовых пазух – хирургии орбиты. В первом из них были рассмотрены различные варианты декомпрессии зрительного нерва, во втором – глубокий анализ разных

свищей может осложнить любую ринопластику или ринопластику.

Профессор Сергей Карпищенко представил свой опыт эндоскопического удаления остеома лобных пазух и решётчатого лабиринта, в том числе и с применением лазера.

Большой интерес участников конференции вызвала работа секции, посвящённой лазерной хирургии в ринологии. Лазерные аппараты российского производства используются в медицине более 30 лет, опыт их использования коллективом кафедры оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. И.П.Павлова основан на фундаментальных исследованиях, посвящённых изучению взаимодействия лазерной энергии с тканями человека, которые проводятся с 80-х годов XX века и продолжают в наши дни.

Впервые было проведено заседание секции стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, посвящённое междисциплинарным связям по патологии верхнечелюстных пазух и подходам к эндоскопической хирургии данной зоны. Совместная работа специалистов в этой области позволяет оптимизировать алгоритм диагностики и лечения пациентов с патологией средней зоны лица.

Интерес вызвали секции, посвящённые лечению вазомоторного ринита, детской ринологии, применению растительных препаратов в ринологии. Впервые целое секционное заседание было посвящено правовым вопросам специальности.

В рамках ежегодной встречи состоялась 28-я Международная конференция молодых оториноларингологов им. М.С.Плужникова, которая открылась специальной лекцией для молодых учёных доктора Моники Ленхардт-Гориани (Германия) – по истории развития кохлеарной имплантации в мире. В этом году первые места получили молодые специалисты из С.-Петербурга, Кишинёва и Ярославля, представившие работы на английском языке в секциях отиатрии, ринологии и ларингологии. Среди призов – денежные премии и бесплатные путёвки на стажировку в Галле, Стокгольме, Антверпене, Киеве, С.-Петербурге и Москве.

Геннадий НИКОЛОВ.
С.-Петербург.

Деловые встречи

Ринологический мир у берегов Невы

Ежегодная конференция Российского общества ринологов

ситета профессор Хешам Негм (Египет).

Заведующий кафедрой оториноларингологии медицинского центра Св. Елизаветы и профессор кафедры школы медицины Университета Тафта профессор Питер Каталано (Бостон, США) рассказал о возможностях хирургии при риногенных головных болях.

Признанный в мире эксперт и автор европейских стандартов диагностики и лечения аллергического ринита и хронического риносинусита профессор Валери Лунд (Лондон, Великобритания) представила несколько лекций, в которых чётко обозначила современные тенденции лечения аллергических и воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух. Она привела данные сравнения результатов лечения аллергического ринита, проводимого согласно международным рекомендациям и вне рекомендаций. Оказалось, что именно в первом случае был достигнут успех лечения не только клинический, но и экономический.

Заведующий лор-кафедрой Университета Халле профессор Стефан Плонтке (Германия) прочитал обширную академичную

профессор Шварце. Немецкие коллеги, изучая историю своей кафедры, обнаружили документ, свидетельствующий о том, что профессор Шварце в 1906 г. был избран почётным членом Петербургского научного общества оториноларингологов. Этот диплом был подписан профессором Б.Верховским, основателем кафедры оториноларингологии ПСПбГМУ им. И.П.Павлова. И вот теперь через 100 с лишним лет большинство сотрудников кафедры оториноларингологии Университета Халле приехали на петербургскую конференцию. Исторические связи в специальности получили своё продолжение.

Профессор Георгий Таварткиладзе сделал сообщение о современных имплантационных технологиях в реабилитации больных с глухотой. Лекция профессора Берта Шмельцера привлекла внимание аудитории необычным взглядом на аэродинамику в полости носа: влияние воздушных потоков в небе на формирование песчаных дюн в пустыне сопоставлялось с аэродинамическими процессами в полости носа. Была высказана новая гипотеза формирования гиперпластических процессов в полости носа.

подходов к хирургии орбиты с целью её декомпрессии. Богатый личный опыт лектора сделали эти сообщения очень содержательными.

Заведующий кафедрой стоматологии детского возраста с курсом челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. И.П.Павлова профессор Генрих Хацкевич говорил о необходимости более широкого использования методов эндоскопической ринопластики в лечении аномалий и заболеваний средней зоны лица.

Вопросам лечения риносинуситов у детей были посвящены лекции профессора стоковского Каролинского госпиталя Понтуса Штирны (Швеция) и профессора Диляны Витчевой (Пловдив, Болгария). Обширный статистический материал позволил сравнить два стратегических подхода в лечении риносинуситов у детей в разных странах.

Заведующий отоневрологическим отделением НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко профессор Дмитрий Капитанов представил опыт эндоназального способа закрытия ликворных фистул. Богатая коллекция иллюстраций помогла раскрыть эту крайне полезную тему, так как формирование ликворных

Опыт

Роботы-хирурги завоёвывают пространство

За ними инновационное будущее отечественной медицины

По оценкам экспертов, нашему здравоохранению требуется около 500 роботических установок для проведения хирургических операций, но на создание собственной техники уйдёт несколько лет. Пока же в стране работают лишь 20 импортных установок. Об этом шла речь на проходившем в Москве «круглом столе» на тему «Роботы-хирурги – перспектива российской медицины».

– У нас 140 млн населения – 20 таких установок явно недостаточно для того, чтобы полноценно бороться с обилием заболеваний, в первую очередь онкологических. Мы считаем, что как минимум 2-3 робота-хирурга должно быть в каждом регионе страны, – заявил главный уролог Минздрава России профессор Дмитрий Пушкарёв. – Использование роботических установок упрощает ход операции и снижает вероятность осложнений в дальнейшем. Время пребывания в стационаре уменьшается в 4 раза, сантиметровые разрезы заживают через 3 суток. Операции в исполнении роботов



не приводят к инвалидизации в отличие от полостных.

Д.Пушкарёв также рассказал, что с помощью робота хирургу удаётся оперировать в микроскопических масштабах. – Так, например, при операциях на предстательной железе с помощью этих установок гарантия сохранения эректильной функции повышается на 85% в сравнении с открытыми операциями. Колоссальный социальный эффект налицо.

Нужно отметить, что роботическая хирургия представляет собой инновационное направление современной медицины. Эти системы чаще всего применяют в урологии. Отрасль начала развиваться в 80-е годы XX столетия. Один из первых автоматических аппаратов в хирургии был создан в США. С 2000 г. с помощью роботизированных систем в мире было проведено более 1,5 млн операций.

– 95% вмешательств, производимых в США на предстательной железе, – роботические. Кроме того, эти установки широко используются в гинекологии, проктологии, оториноларингологии и общей хирургии. Нам нельзя отставать от Запада по этим показателям, – уверен доцент кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета Александр Говоров.

В ходе мероприятия были показаны видеоматериалы, демонстрирующие операцию в исполнении робота по удалению предстательной железы в связи со злокачественным новообразованием.

– Это, без преувеличения, – революция. Любая хирургическая

операция ограничивается физическими возможностями врача. Роботические установки расширяют эти возможности. Хочу подчеркнуть, что робот не оперирует самостоятельно, – отметил директор Института конструкторско-технологической информатики РАН Сергей Шептунов. – У нас есть всё для того, чтобы конкурировать с Западом в этом направлении не только в медицинском, но и в инженерном плане. Не хочу загадывать, но уже через 3-4 года у нас в стране появятся собственные роботические установки, не уступающие западным в техническом вопросе, – заключил он.

Безусловно, робототехника – огромный прорыв в медицине. Нужно приложить немало усилий для внедрения этой технологии в нашей стране. На врачах сегодня лежит огромная ответственность перед всей страной. Она даёт право ставить задачи и принимать решения. Врачебное сообщество своим непрерывным, кропотливым трудом демонстрирует руководству государства недопустимость снижения расходов на здравоохранение. Очень хочется надеяться на то, что операции с помощью

роботов в течение 4-5 лет станут в нашей стране рутинными. Закупать оборудование – неимоверно дорого для бюджета РФ. Однако, как уже было сказано выше, у нас есть всё для того, чтобы создавать собственные роботические установки.

Отвечая на вопрос корреспондента «МГ» о том, сколько времени потребуется хирургу для освоения операций с помощью робота, Д.Пушкарёв пояснил: «Прежде всего, нужно около 5 лет открытых операций. Только потом хирург будет полноценно привлечён к работе с роботической установкой, однако к ассистированию на таких операциях будут привлекаться все молодые врачи. Не знаю, как по другим специальностям, но в ординатуру по урологии уже через несколько лет будут включены циклы по роботической хирургии», – заключил главный уролог страны.

Борис БЕРКУТ.
МИА Cit!

НА СНИМКЕ: Дмитрий Пушкарёв рассказывает о будущем российской хирургии.

Фото автора.

В прошлом году первое место среди наиболее рекламируемых товаров заняли лекарственные препараты и БАД, обогнав по темпам рекламе косметики, ритейла, автотранспорта и продуктов питания.

В целом объём российского рекламного рынка в 2013 г. составил 327,8 млрд. руб., прирост по сравнению с 2012 г. – 10%. Практически половину занимает телевизионная реклама, четвертую часть – реклама в Интернете. Далее примерно равными частями представлены пресса, наружная реклама и радио. Об этом сообщила руководитель сектора по работе с рекламодателями компании «TNS Россия» Лилия Владимировна, выступая на очередном заседании Российской ассоциации фармацевтического маркетинга (РАФМ). Его основной темой стало обсуждение вопросов нозологических диспропорций российского фармрынка, а также их причин и последствий.

Аналитики сходятся во мнении, что колоссальные вложения в рекламу и её бурный рост в первую очередь вызваны тем, что обсуждается вопрос об отмене рекламы в СМИ ОТС-препаратов (которые можно приобрести без согласования с врачом – от англ. over the counter). По данным исследований видно, как фармацевтические компании пытаются сейчас использовать маркетинговую публикацию как рекламу, – пояснила эксперт.

По данным «TNS Россия», более всего в 2013 г. в СМИ рекламировались средства от кашля и болей в горле (8,8% от общих затрат на рекламу), обезболивающие и жаропонижающие препараты (7,8%), средства от насморка (5,7%), от болей в мышцах и суставах (5,3%) и витамины (4,8%). На эти пять категорий приходится практически 30% всей рекламы. По словам Л.Владимировой, именно по тем группам препаратов, которые активно рекламируются во всех типах СМИ, отмечается увеличение спроса.

Сам себе врач

Вложения в рекламу позволяют привлечь новую и более молодую группу населения. Во многом это обусловлено чрез-

Рынок и лекарства

Торговля без обмана

Необходимо усилить контроль в сфере рекламы лекарств и БАД, считают эксперты



вычайной распространённости самолечения. В большинстве случаев человек сам решает, какой препарат ему купить. И, делая свой выбор, ориентируется именно на рекламу, а не на советы врача или фармацевта. Согласно одному из исследований, проведённых «TNS Россия», 9 из 10 россиян принимают лекарства от боли постоянно, но только 5 из них делают это по назначению врача. В остальных случаях покупают лекарства самостоятельно или по рекомендации знакомых.

Коллегу поддержала независимый эксперт, врач Галина Дитина, имеющая 18-летний опыт работы в сфере фармацевтического маркетинга: «С наступлением эры коммерческой фармацевтики на нас хлынула в первую очередь телевизионная реклама, которая оказывала влияние на восприятие потребителя и решение о покупке лекарственного средства. В 90-е годы вследствие малодоступности квалифицированной врачебной помощи Минздрав дал чёткий ориентир на самолечение населения, с чем сейчас начинают бороться».

Среди других негативных факторов эксперт назвала недостаточную географическую доступность препаратов, выданные диагнозы, консультации по телефону, агрессивную маркетинговую активность фармкомпаний, самостоятельный поиск лекарств

в Интернете и отпуск без рецептов в аптеках.

– Сегодня пациент в условиях развитого фармрынка не может правильно ориентироваться в препаратах, предлагаемых рекламой, которая носит симптоматический характер. В основе рекламы отсутствуют нозологии, можно погасить симптом, но не вылечить болезнь, – считает эксперт.

Свои слова эксперт проиллюстрировала конкретными примерами из практики. Большой популярностью у населения (не без помощи рекламы) пользуются препараты от изжоги. Одним из обязательных условий приёма этих препаратов является контроль кислотности желудочного сока. Понятно, что практически никто из пациентов этого не делает. Как результат, рост заболеваемости гипо- и анацидными гастритами и запорами.

Бесконтрольный приём обезболивающих препаратов, в частности парацетамола, может спровоцировать серьёзные нефрологические нарушения. В частности, исследование, проведённое специалистами клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М.Тареева, продемонстрировало чёткую взаимосвязь между неконтролируемым приёмом парацетамолсодержащих препаратов и интерстициальным нефритом.

Среди наиболее рекламируемых ЛС – препараты, применяемые при проблемах с пищеварением. – Мне как гастроэнтерологу с большим стажем работы непонятно, что такое «ленивый желудок»? Такой нозологии нет ни в одном учебнике, ни в одной

классификации. Однако именно от этой псевдоболести рекламируется один из известных препаратов. И это лишь один из примеров некорректной и вводящей в заблуждение потребителя рекламы, – возмущается Г.Дитина.

Лечить болезнь, а не симптом

Реклама лекарственных препаратов обещает быстрое и эффективное излечение от болезни: «миг – и голова не болит!», «5 минут и никакой изжоги!» и т.д. Но при этом она не содержит информации о противопоказаниях и побочных эффектах. Согласно существующим требованиям, представители фармацевтических компаний должны досконально описывать производимый ими препарат, не забывая при этом упомянуть как положительные качества лекарства, так и возможные риски, связанные с его употреблением.

Во многих странах мира реклама лекарственных средств обязательно сопровождается блоком противопоказаний и предупреждений по поводу приёма, дозировки и т.д. К сожалению, в России этого нет, и фармпроизводители намеренно замалчивают информацию о побочных явлениях, не упоминают половозрастные особенности применения препарата и нередко микшируют данные, полученные в ходе клинических исследований, отметила Г.Дитина.

Касаясь работы медицинских представителей, эксперт обратила внимание на мотивационные схемы, используемые практически всеми компаниями. Не секрет, что большая часть дохода медицинских представителей зависит от выполнения или перевыполнения плана по продажам. При этом уровень образования и подготовки этих

специалистов за последние годы сильно снизился. И, если раньше медпредставители обязательно сдавали ежегодные тесты, проходили определённые ступени обучения в компании, то сегодня многие из них не знают даже содержания инструкций лекарственных препаратов, которые они предлагают врачам. Широкое распространение получила промоция off-label (не по показаниям).

Вместе с тем, по словам директора Центра социальной экономики Давида Мелик-Гусейнова, институт медицинских представителей, работающих в ОТС-сегменте, становится очень слабым и маловостребованным.

– Рост рекламы лекарственных препаратов продиктован тем, что усложнились требования аптечной сети, которые помимо маркетинговых контактов требуют определённой информационной и технической поддержки. Именно поэтому сегодня фирма понимает, что лучшим каналом донесения информации является телевидение, – считает аналитик.

Какие меры должно предпринять медицинское сообщество, чтобы противостоять сложившейся ситуации? По мнению экспертов, прежде всего необходимо усилить контроль в данной сфере и ужесточить требования к рекламе лекарств и БАД, выписке рецептов и отпуску рецептурных препаратов в аптеке.

– Если реклама будет носить нозологический, а не симптоматический характер, то потребление многих препаратов снизится, – уверена Г.Дитина. – Больные будут лечиться не от симптомов – изжоги, кашля и головной боли, а от конкретных нозологий.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Анализ и прогнозы

Американские учёные разработали рекомендации для Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) в связи с отзывом с рынка препаратов с опасными побочными эффектами – повышением артериального давления и риска развития инфарктов и инсультов. Результаты работы опубликованы в Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics.

В статье авторы отмечают, что агентству, несущему ответственность за безопасность действия утверждаемых препаратов, следует быть более строгим и бдительным, когда речь заходит о лекарственных средствах, имеющих серьёзные побочные эффекты.

К настоящему моменту уже несколько разрешённых FDA препаратов изъяты из продажи или находятся на повторном рассмотрении после сообщений об увеличении риска сердечных приступов и инсультов, связанных с приёмом препаратов.

Через три фильтра

О средствах, имеющих серьёзные побочные эффекты

Среди них – сибутрамин (меридиа), анорексигенное лекарственное средство, применяемое для лечения ожирения; вальдекоксиб (бекстра) и рофекоксиб (виокс), обладающие противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим эффектами. В 2004 г. с фармацевтических рынков всех стран мира компанией-производителем был отозван препарат виокс, который к тому моменту принимали свыше 80 млн человек, что стало крупнейшим удалением рецептурного препарата в истории. Годовой объём продаж всех препаратов этой группы составлял около 5 млрд долл., из которых половина приходилась на виокс.

Другие лекарственные средства, утверждённые FDA, включая некоторые антидепрессанты

и препараты для лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности, также повышают артериальное давление, однако они остались в продаже, несмотря на недостаточность данных о безопасности их применения.

Препараты, повышающие систолическое давление на 20 мм рт.ст. или диастолическое – на 10-15 мм рт.ст., рецензенты FDA классифицируют лишь как имеющие «клинически значимый» побочный эффект. Здесь, по словам авторов статьи, необходимо учитывать, что повышение систолического давления более чем на 2 мм рт.ст. или диастолического – более чем на 1 мм рт.ст. увеличивает риск развития сердечного приступа на 10%, а инсульта – на 7% у людей среднего возраста. У более молодых пациентов такой риск меньше.

– Неразумно утверждать препараты, предсказуемо увеличивающие такой риск, без достаточного количества данных об их безопасности, – подчеркнул главный автор исследования Роберт Блэнкфилд. – Риск должен быть определён количественно, и на этикетке препарата необходимо указывать его наличие.

Исследователи из медицинской школы Западного резервного университета Кейза в Кливленде предлагают ввести трёхступенчатую форму для принятия решений относительно утверждения таких препаратов.

Прежде всего, по их мнению, FDA следует установить конкретные руководящие принципы, указывающие, какая степень повышения артериального давления имеет риск для различных

групп людей (молодого, среднего или пожилого возраста, для больных сахарным диабетом, артериальной гипертензией и пр.).

Во-вторых, агентство должно требовать от фармацевтических компаний предоставлять данные об уровне безопасности препаратов, способствующих повышению артериального давления. И в-третьих, FDA следует обязать производителей препаратов указывать на этикетке предупреждение о наличии соответствующих рисков и противопоказаний.

– Это позволит врачам и пациентам принимать обоснованные решения о выборе препарата, – сказал профессор Блэнкфилд. – Врачи и общественность могут считать, что если препарат одобрен FDA к применению, то он безопасен. Однако необходимо учитывать, что даже умеренное повышение артериального давления увеличивает риск развития инфарктов и инсультов.

Ирина АНДРЕЕВА.
По информации medportal.ru

А ещё был случай

В начале экспертных трудов

Гуля

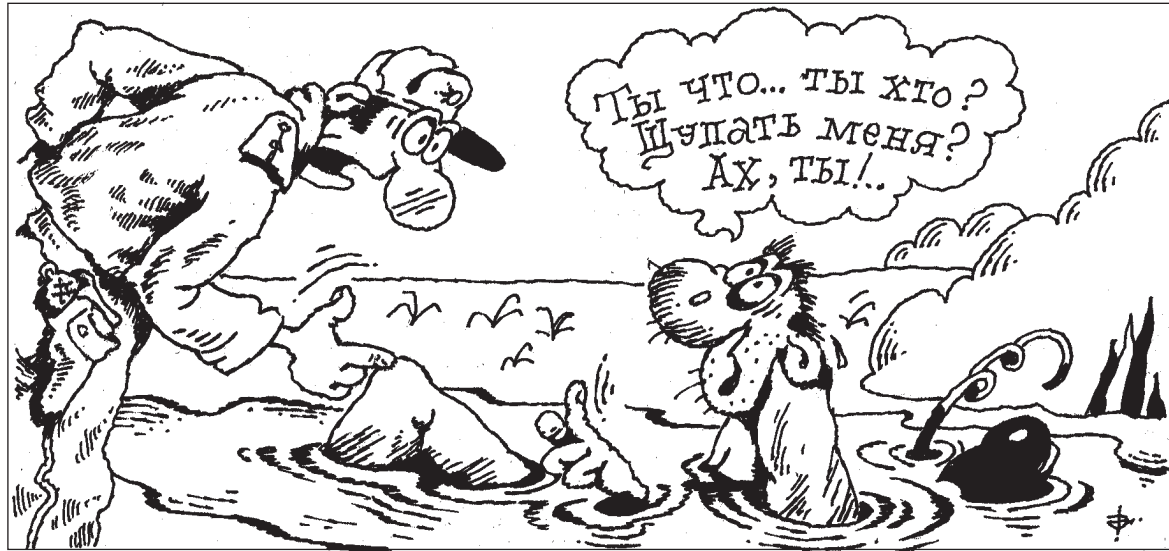
Подробно, до деталей, помню свой первый выезд на место происшествия в составе оперативно-следственной бригады. В те годы такой выезд осуществлялся группой сотрудников на стареньком «козлике» дежурного сержанта милиции. Телефонов – ни мобильных, ни стационарных – у подавляющего большинства жителей посёлка П. не было. Пока я собирался (обычно это занимало 5-6 минут), сержант Паша Андреев дал «вводную»: «На 3-м километре от посёлка в канаве – труп мужика лицом вниз, в воду. На затылке – запёкшаяся кровь. Видно, огнестрел... Прокурор уже приехал в отдел, сам собирается ехать на место».

Взволнованный предстоящей перспективой впервые продемонстрировать свои новейшие знания местной правоохранительной элите, я прихватил с собой общую тетрадь с записями лекций профессора Нины Михайловны Дементьевой в надежде успеть по дороге прочесть раздел по тактике осмотра места преступления, совершённого в условиях неочевидности, а также при огнестрельных повреждениях.

В милиции меня уже ждали прокурор Виталий Ротенко, следователь Женя Оспельников, начальник отдела внутренних дел Николай Волков, оперативники. Убийства в те годы были редки, а потому все были встревожены и оживлённо обсуждали предстоящую работу. Прокурор, оглядев собравшееся «войско», дал команду на выезд. Через 10 минут мы вышли из автомашины на обочину грунтовки, ведущей в соседний районный центр. Участковый инспектор поджидал нас на месте. Потрясающей красоты сосновый бор с редким еловым подлеском тянулся по обеим сторонам шоссе. Лишь щебетание птиц нарушало торжественный покой природы.

Глубина придорожной канавы была около метра. На дне её лицом вниз лежало тело мужчины в старой поношенной одежде. Руки были подведены к груди, ноги вытянуты. Ротенко внимательно осмотрел следы на дороге, спуск в канаву, у которого лежал труп. Оспельников, усевшись на раскладной деревянный стул, обычно служивший предметом шуток опергруппы, приготовился записывать диктуемые судебным медиком сведения, характеризующие труп. На соседней коряге, нагло разглядывая нас, сидела большая коричневатая-зелёная лягушка. При первом же фотоснимке со вспышкой лягушка плюхнулась в родную придорожную жижу.

– И где же кровь? Где огнестрельная рана затылка? – грозно спросил Ротенко участкового



инспектора, сообщившего о трупе. – Ты тело осматривал?

– Так точно, детально обглядел, Виталий Дмитриевич! – ответил участковый.

Тучный пожилой прокурор, обутый в лёгкие полуботинки, попытался было спуститься в кювет, но я опередил его: «Давайте, я гляну быстро повреждения, а потом переместим тело на дорогу!» Предусмотрительно надев резиновые сапоги, я опрометчиво решил, что тем самым нет проблемы. Первый блин, вернее труп, однако, оказался «комом»...

Осторожно спустившись в кювет, я приступил к осмотру. «Запёкшаяся кровь» в затылочной области оказалась засохшей грязью. Методически обследуя на ощупь целостность костей черепа, я внезапно почувствовал, как грудная клетка трупа, на которую я попытался опереться, вдруг... стала «уходить» от меня. Голова, только что обследованная мною, приподнялась. Разমেжив заляпанные грязью веки, «труп», обдав меня страшным перегаром, заплетаящимся языком произнёс: «Ты что... ты кто? Щупать меня? Ах, ты!..» Я онемел от неожиданности и изумления. Секунда – и молодой специалист, бросив в канаву экспертный чемоданчик, пулей вылетел на шоссе. Вдребезги пьяный мужик, пытаясь пуститься за мной в погоню, с трудом поднялся на ноги, покачнулся и вновь плюхнулся задницей в болотную жижу. Грязные брызги долетели до опергруппы.

– Да это же Ваня Гуля с Пионерской улицы, – взглядевшись, опознал пьяницу Ротенко, знавший в лицо и по фамилии весь «антисоциальный элемент» в районе.

Волков, еле сдерживаясь, чтобы не расхохотаться, командовал:

– Гуля, пьяная рожа, вылезай, пока я не распорядился тебя прямо в канаве отметелить! Без суда!

Эпизод этот много лет служил поводом для весёлых воспоми-

наний об «историческом» осмотре трупа на месте обнаружения, превратившись со временем в экспертный анекдот. Гуля, встречая меня потом в посёлке, приподнимал засаленную кепочку и говорил: «Здравия желаю, доктор! Чур меня не вскрывать, когда копыта по-настоящему отброшу!» Смеясь, я отвечал: «Это добрая примета тебе, Петрович! Проживёшь сто лет!»

Необидчивая Настя

Кратко упомяну ещё об одном виде деятельности, которым приходится заниматься людям моей специальности. Это – экспертиза «потерпевших, обвиняемых и других лиц», как официально называется этот контингент граждан. Предметом такой экспертизы могут явиться оценка степени вреда здоровью вследствие причинения человеку повреждений, установление последствий преступлений против половой неприкосновенности (чаще всего при изнасилованиях), идентификация личности и другие ситуации, когда дознанию, следствию, суду требуются судебно-медицинские познания...

Районные эксперты, длительно живущие в «зоне обслуживания», как правило, со временем узнают контингент так называемых хронических травматиков – постоянных посетителей амбулаторного приёма. Это – супруги, привыкшие выяснять отношения с помощью кулаков и иных твёрдых тупых предметов, это – алкоголики и бомжи, систематически избиваемые собутыльниками, это – ворышки, застигаемые на месте преступления, наказание которых осуществляется без привлечения милиции. Есть ещё один контингент, о котором я хотел бы сказать особо. Это – женщины так называемого лёгкого поведения. Они оказываются на панели, которая служит им рабочим местом, в силу разных причин. «Профессия» ввиду нелегального статуса всегда

чревата травмами. Конфликт с клиентом из-за неоплаты услуги, недовольство её качеством, просто хулиганство – вот основные источники причинения телесных повреждений несчастным девочкам. Я уже не говорю о различных «мамах» и «папах» – сутенёрах, содержателях притонов, паразитирующих на этих женщинах.

Первой посетительницей на амбулаторном приёме у меня как судебно-медицинского эксперта была молодая красивая блондинка Настя Н. «Ой, новый доктор! Совсем молоденький! Женат? Надолго к нам? Небось питерский? На три года сослался, бедненький!» – без умолку трещала она, начав без приглашения раздеваться практически догола и демонстрировать садины и кровоподтёки на молочных железах, предплечьях, ягодицах. Несколько смутившись от такого напора, я словно в рот воды набрал.

Ситуацию разрядила фельдшер Нина Васильевна, моя помощница на амбулаторном приёме: «Анастасия, заткнись! Давай направление от участкового и паспорт! Нету? Уматывай за документом! Нечего голову доктору морочить! Купи селёдку на свои трудовые и морочь голову ей!»

Настя не обиделась, быстренько оделась, распространяя на всю комнату терпкий аромат духов, подмигнула мне накрашенным в синий цвет веком: «Васильевна! Ты мои денежки не считай! На сладком месте счётчика нет! Зачем тебе мой паспорт? Ты и так меня как облупленную знаешь. Мне только Женьку погугать экспертной справкой. Нахал, что натворил вчера во время сеанса! Я мигом до дома слетаю – меня любой водила домчит!» Выходя из кабинета, снова улыбнулась мне: «Доктор, пригласите девушку в ресторан...» Закончить Настя не успела, краем глаза уловив начало стремительного движения в свою сторону Нины Васильевны...

За 3 года моей работы в посёлке эта девочка побывала у меня на приёме раз 15. И повреждённый с каждым разом становился всё больше, одежда – грязнее, духи – дешевле. Приехав лет 10 назад на Псковщину, узнал я, что Анастасия и закончила свою жизнь «на приёме» у эксперта. Судебно-медицинское исследование трупа установило печальный итог её жизни: острое отравление этиловым спиртом...

Эта проблема, не урегулированная в нашем обществе, интересует меня с профессиональной точки зрения. Ведь традиции введения в легитимное русло этого вечного, как мир, явления существуют. Почему-то не принято вспоминать о том, что в дореволюционной России за проститутками вёлся жёсткий полицейский и медицинский контроль, а труд их был легальным, облагаясь подходящим налогом. Видимо, существующий беспредел кого-то устраивает? Здесь много вопросов, даже в определении понятий. Например, где та грань поведения, переход за которую мы вправе безжалостно расценить как проституцию? Не всё ли равно – получать плату за секс повременнó или денежные подачки на протяжении года? И почему одни «вознаграждаемые» – вне закона, а другие – героини светских хроник?

Несмотря на то, что проституцию называют «продажной любовью», дело вовсе не в факте её продажи. Наше нынешнее общество привыкло, что, по большому счёту, мы покупаем и продаём всё. Ответ на вопрос о «границах» прост. Проститутка – та, которая продаётся любому. Её не интересует ни пол, ни возраст, ни интеллект, ни цвет глаз. Не стоит обманываться, эти существа, которые не выбирают, трудятся не только в секс-индустрии. Милицейские облаты не помогут закрыть бордели, существующие во многих профессиональных сферах. Как только журналист, политик или актёр забывают о моральном выборе, руководствуясь лишь размером вознаграждения, – добро пожаловать в клуб фирменных проституткок. По сравнению с ними эти заклеймённые всеми бедные девчонки, что стоят на улице в любую погоду, почти что невинны. Мимо на роскошных «мерседесах» катит элита их профессии!

Юрий МОЛИН.

С.-Петербург.

ОБ АВТОРЕ. Юрий МОЛИН – профессор, заслуженный врач РФ, заместитель начальника по медицинской работе Бюро судебно-медицинской экспертизы Комитета по здравоохранению правительства Ленинградской области. Член Союза писателей РФ. Победитель литературного конкурса им. М.А.Булгакова «МГ» 2012 г.

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



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

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

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: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/сч 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ОАО «Красная Звезда» 123007 Москва Хорошёвское шоссе, 38, Тел.: (495) 941-28-62, (495) 941-34-72, (495) 941-31-62 http://www.redstarph.ru E-mail: kr_zvezda@mail.ru

Заказ № 2678. Тираж 36 320 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент-сеть «МГ»: 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; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (438044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (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.