

Праздники

Начало зимы как... предчувствие весны

Прошла промо-акция X Международного фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников «Три дня в Екатеринбурге»



Столица Урала встретила нас настоящим крепким морозом. «Такого я на своём веку не помню, – сказал нам водитель по пути из аэропорта «Кольцово». – А в последние годы снег здесь только к Новому году выпадал.

Через час, когда мы поселились в одном из корпусов Уральского государственного медицинского университета, большинство участников промо-акции уже прибыли из десятка городов. После вкусного обеда в вузовской столовой нас повели в музей истории Уральского ГМУ.

– В сентябре 1920 г. в Екатерин-

Так встречали гостей студенты Уральского ГМУ

бурге был открыт медицинский факультет Уральского государственного университета, – рассказывает доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Николай Скоромец. – А через 10 лет начал работу Свердловский государственный медицинский институт. Тысячи врачей были выпущены из наших стен за эти десятилетия. Вуз, совсем недавно получивший статус университета, по праву гордится своими научными школами – хирургов, терапевтов-кардиологов, неврологов и нейрохирургов, физиологов и

патофизиологов, акушеров-гинекологов, гигиенистов, педиатров, хирургов-ортопедов, анестезиологов и реаниматологов, стоматологов. Например, дело физиолога академика АН и АМН СССР Василия Васильевича Парина сейчас продолжает член-корреспондент РАН Анатолий Петрович Ястребов, хирургов-ортопедов членов-корреспондентов АМН СССР Василия Дмитриевича Чаклина и Фёдора Родионовича Богданова – нынешний ректор профессор Сергей Михайлович Кутепов.

(Окончание на стр. 14-15.)

Дежурный по номеру: Михаил ЛАЗУТКИН

Министр здравоохранения
Забайкальского края,
врач-организатор высшей
квалификационной
категории.

Стр. 13.



Профилактика

Старт к здоровой жизни

В подмосковных Луховицах прошла акция, посвящённая Всемирному дню борьбы с диабетом. Её организовали Министерство здравоохранения Московской области, Московский областной центр медицинской профилактики МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, отделение здравоохранения Комитета по социальным вопросам администрации Луховицкого муниципального района.

Мероприятия для жителей проводились в районном доме культуры «Старт». Все желающие могли проверить состояние своего здоровья. Скрининговое обследование прошли более 250 человек. Участники акции получили консультации терапевтов и эндокринологов.

Прошла научно-практическая конференция, которую провели главный специалист по медицинской профилактике Центрального

федерального округа РФ и Министерства здравоохранения Московской области, главный врач Московского областного центра медицинской профилактики, кандидат медицинских наук Е.Иванова и главный врач Луховицкой центральной районной больницы Г.Пончакова.

Надежда ПЯГАЙ,
врач-методист Московского
областного центра
медицинской профилактики.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Онкологи – о костных
осложнениях без косности.

Стр. 4

Что показала
4-я Международная
конференция по клинической
фармакологии
и фармакотерапии

Стр. 5-6

Конспект врача. Ранние
осложнения сахарного диабета

Стр. 8-9

В центре внимания

Против столичной реформы

Митинг за достойную медицину прошёл в Москве. В ходе него была принята резолюция «в защиту здравоохранения» с требованием остановить массовые сокращения медицинских работников, отменить задуманную реорганизацию больниц и организовать широкое обсуждение запланированных реформ. Такие акции прошли и в других городах страны. Об этом мы более подробно расскажем в одном из ближайших номеров «МГ».

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова уже прокомментировала прошедшую в столице акцию, отвечая на вопросы корреспондентов в ходе пресс-конференции 1 декабря.

– Минздрав России внимательно ознакомился со всеми замечаниями и требованиями медицинского со-

общества Москвы после митинга 2 ноября, – сказала она. – Прозвучавшие предложения были обсуждены вместе с руководителем Департамента здравоохранения Москвы Алексеем Хрипуном и заместителем мэра по социальным вопросам Леонидом Печатнико-

вым. Началось серьёзное обсуждение реорганизации столичного здравоохранения с экспертами. Особенно конструктивно оно проходило на заседании Совета по правам человека при Президенте РФ.

Кроме того, Минздрав России достиг договорённости с одним из крупнейших порталов по трудоустройству. И теперь вакансии и резюме медицинских работников будут размещаться на нём бесплатно.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ
И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

На этот раз мероприятие было посвящено сразу двум юбилеям – 40-летию клинической фармакологии в нашей стране и 80-летию одного из её основоположников, заведующего кафедрой клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, директора Центра клинической фармакологии Научного центра экспертизы средств медицинского применения Минздрава России, академика РАН Владимира КУКЕСА. Три дня в рамках тематических симпозиумов, пленарных заседаний, «круглых столов» обсуждались актуальные вопросы данного направления в медицинской науке и практике. В работе конференции приняли участие почти 500 специалистов из разных регионов России и из-за рубежа. Перед собравшимися в Доме учёных выступили директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Елена МАКСИМКИНА и ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, член-корреспондент РАН Пётр ГЛЫБОЧКО.

Признание

Открывая конференцию, П.Глыбочко отметил, что подготовке клинических фармакологов и кадров фармацевтической отрасли, созданию новых препаратов и фармлиний сегодня уделяется особое внимание. Это продиктовано Федеральной целевой программой «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу». Поэтому проблемы, заявленные к обсуждению в программе форума, имеют чрезвычайную важность, подчеркнул Пётр Витальевич.

Далее ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова перешёл к юбилейной теме. Он назвал Владимира Кукеса патриархом отечественной клинической фармакологии и в то же время человеком, который постоянно движется вперёд. Владимир Григорьевич ставит новые научные задачи перед собой и своими коллегами. Во многом благодаря его усилиям Первый МГМУ им. И.М.Сеченова и Департамент здравоохранения Москвы создали научно-образовательный клинический центр персонализированной медицины. Отметив заслуги юбиляра, П.Глыбочко объявил, что единогласным решением учёного совета Первого МГМУ В.Кукес удостоен медали за заслуги перед университетом. Под аплодисменты участников конференции ректор вручил академику эту награду.

В последний день конференции в рамках пленарного заседания «Фармакотерапия с позиции персонализированной медицины», посвящённого юбилею В.Кукеса, с докладом «Слово о нашем учителе» выступил доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Дмитрий Сычёв. Вот некоторые запоминающиеся фрагменты этого доклада.

В.Кукес родился в Ленинграде в семье служащих, не имевших отношения к медицине. Однако

города Осиповичи, куда родители отправили ребёнка летом 1941 г. на отдых к родственникам. Поезд, на котором ехал маленький Володя с мамой, сестрой и братом, подвергся авиационному налёту. Семье удалось спастись, но именно тогда маленький мальчик увидел кровь, смерть, страшные мучения умирающих. Вообще, Владимир Григорьевич называет себя ребёнком войны. Она многое определила в его судьбе, взглядах, отношениях к людям.

В 1951 г. В.Кукес поступает в 1-й МОЛМИ (нынешнюю Сеченовку). На экзамене вытаскивает билет № 13... Счастливый билет! Поступал он, кстати, со своим другом Александром Лившицом,

не цикл по клинической фармакологии под руководством Б.Е.Вотчала. Именно тогда у Владимира Григорьевича зародилась идея развивать клиническую фармакологию как самостоятельную научную дисциплину. В 1964 г. – кандидатская. В 1970 г. – докторская. В 1973 г. на базе 23-й московской городской больницы во многом благодаря В.Кукесу создаётся первый в стране отдел клинической фармакологии. А спустя немногим более 10 лет кафедры клинической фармакологии открываются в медицинских и фармацевтических вузах. В Первом МГМУ им. И.М.Сеченова с того времени и по сей день такую кафедру воз-

знание классификации фармакотерапевтических групп лекарственных средств. Разумеется, учитываются навыки безопасной и эффективной фармакотерапии.

На кафедре активно внедряются инновационные формы обучения: от мультимедийных презентаций лекций до учебных кинофильмов. Примеры таких кинофильмов были продемонстрированы участникам «круглого стола».

Основная учебная литература – это учебники, а также учебно-методические пособия для самостоятельной работы, которые создаются сотрудниками кафедры самостоятельно и совместно с выпускающими кафедрами

В центре внимания

В рамках двойного юбилея

В Москве в Центральном доме учёных РАН на Пречистенке прошла 4-я Международная конференция по клинической фармакологии и фармакотерапии



Юбилера Владимира Кукеса (в центре) поздравляют Пётр Глыбочко (слева) и Алексей Прокофьев

его дед по линии матери Нахим Френклях служил фельдшером в Императорском гвардейском корпусе. Может быть, от него передались внуку какие-то «медицинские гены». Однако сам Владимир Григорьевич рассказывает, что желание стать врачом запало ему в душу в первые дни Великой Отечественной войны во время эвакуации из белорусского

который тоже окончил медицинский, но которого мы знаем не как врача, а как талантливого эстрадного артиста, одного из ведущих знаменитой «Радионяни».

После успешного окончания института В.Кукес хотел продолжить обучение в ординатуре у выдающегося терапевта В.Х.Василенко. Но, как говорилось в советские годы, помешал пятый пункт. И молодого доктора отправляют в Магадан с условием, что отработав там 3 года, он сможет пойти в ординатуру.

Три года на Севере не стали для В.Кукеса потерянным временем. Помимо врачебной практики он вёл и научную работу. Например, в 1959 г. в журнале «Клиническая медицина» опубликовал статью с описанием двух случаев выраженной аллергической реакции на пенициллин, проявившихся зоинофилией и токсикодермией – фактически первое отечественное описание синдрома Стивенса – Джонсона. Бывал и дальше Магадана – на Чукотке, лечил там местных жителей и одновременно изучал особенности их витаминного статуса.

Вернувшись в Москву, В.Кукес проходит первый в нашей стра-

главляет Владимир Григорьевич.

По окончании доклада юбиляра долго поздравляли представители Минздрава России, РАН, профильного комитета Государственной Думы РФ, коллеги, ученики, многие из которых приехали из других городов и стран СНГ.

Светильник, который надо зажечь

В рамках «круглого стола» «Преподавание клинической фармакологии: проблемы на додипломном и послевузовском этапах обучения» о работе профильной кафедры в Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко рассказала заведующая кафедрой, доктор медицинских наук, профессор Галина Батищева.

Подготовка по клинической фармакологии включает чтение лекций, проведение практических занятий, самостоятельную работу обучающихся, зачёт и итоговую государственную аттестацию. В рамках внедрённой балльно-рейтинговой системы учитываются текущая успеваемость, результаты итогового компьютерного тестирования,

других факультетов. В ходе самостоятельных занятий обучающиеся овладевают навыками структурировать теоретический материал (заполняют таблицы, схемы и др.), учатся использовать справочную литературу и интернет-ресурсы, анализируют врачебные рецепты на предмет ошибок и правильность оформления, решают клинические задачи.

На кафедре понимают важность непрерывного совершенствования учебного процесса. Для этого стараются шире внедрять интерактивные формы обучения (межгрупповые конференции с обсуждением клинического материала и новых информационных данных). Проводятся олимпиады по клинической фармакологии с освобождением от сдачи зачёта. Всё это соответствует тому принципу, который Г.Батищева высказала в конце своего доклада: «Студент – не сосуд, который надо наполнить, а свечильник, который надо зажечь».

На послевузовском этапе

В рамках вышеозначенного «круглого стола» вопросы преподавания клинической фармакологии на послевузовском этапе обучения осветила заведующая кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Морозова.

Начиная с 2007 г. на кафедре института проходят плановые циклы по подготовке врачей клинических фармакологов. Как показывает статистика, из числа проучившихся только 53% врачей в итоге работают по данной специальности. Это проблема, которая должна решаться системой здравоохранения на федеральном уровне и органами управления здравоохранением на местах. С 2010 г. проводятся и циклы повышения квалификации клинических фармакологов с выдачей сертификата.

В процесс обучения внедрены программы с использованием дистанционных образовательных технологий: единый образовательный портал и вебинары. Так,

(Окончание на стр. 6.)



Во время симпозиума

(Окончание. Начало на стр. 5.)

вебинары обеспечивают повышение количества обучающихся, увеличивают охват территорий, на которых можно проводить программу обучения, не выезжая к слушателям. Они также позволяют объединять слушателей разных регионов и в то же время экономить затраты на проезд и проживание в столице. Помимо дистанционного обучения с успе-



Татьяна Морозова

хом используются ролевые игры на месте.

Организация учебного процесса различается в зависимости от целевой аудитории и уровня базовых знаний слушателей. Например, для врачей лечебных специальностей больший упор делается на проблемы нежелательных побочных реакций, их выявление и предупреждение, подробнее освещается роль медицинских ошибок и полипрагмазии. Клинические фармакологи же активнее изучают общие вопросы фармаконадзора, особенности организации системы фармаконадзора на уровне ЛПУ и т.д.

Перспективы развития преподавания клинической фармакологии на послевузовском этапе во многом связаны с повышением доли дистанционных образовательных технологий, сокращением сроков обучения за счёт интенсификации учебного процесса.

Всё есть яд и всё лекарство...

А разница лишь в дозе. Это знаменитое высказывание Парацельса во многом отражает суть терапевтического лекарственного мониторинга, о необходимости которого рассказал в ходе своего выступления доктор биологических наук, профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Андрей Соколов.

Безопасная фармакотерапия подразумевает достижение положительного эффекта и избежание отрицательных последствий при приёме назначаемого препарата. Следует ли говорить, что и первая и вторая цели достигаются далеко не всегда. Статистика свидетельствует, что не отвечают на фармакотерапию при депрессии 20-40% пациентов, при язвенной болезни – 20-70%, при бронхиальной астме – 40-75%, при артериальной гипертензии – 10-75%. Что касается нежелательных лекарственных реакций, то в США ежегодно регистрируют

В центре внимания

В рамках двойного юбилея

более 2 млн случаев (примерно 5% – летальных), схожие картины в Великобритании и во Франции.

Достижению целей фармакотерапии служит терапевтический лекарственный мониторинг, ключевым моментом которого является измерение концентрации препарата в сыворотке крови. Это позволяет выяснить истинные значения концентрации препарата, избежать потенциально токсической концентрации, скорректировать суточную дозу или режим дозирования, поставить вопрос о замене препарата.

Терапевтический лекарственный мониторинг приобретает особое значение при значительной вариации фармакокинетических параметров (крайне важен у детей, у которых имеются существенные различия в весе и скорости метаболизма). Не меньше его значимость при нелинейной кинетике препарата, при узком терапевтическом коридоре (опасность получения нежелательных побочных и токсических проявлений), при специфическом контингенте пациентов (беременные и кормящие женщины, лица пожилого возраста, грудные дети и т.д.), при нарушении функции почек, печени или желудочно-кишечного тракта.

Процесс мониторинга дорог. Он требует наличия сложного оборудования и высококвалифицированной команды специалистов (клинические фармакологи, врачи, биохимики, аналитики).



Теотонио Альбуерк (Испания)

Однако терапевтический лекарственный мониторинг – кардинальное требование современной медицины, основа персонализированной терапии.

Только вместе

В рамках пленарного заседания «Фармакотерапия с позиции персонализированной медицины» с докладом «Фармакоэкономические подходы к терапии. Доказательная медицина при проведении антибактериальной терапии» выступила главный специалист клинический фармаколог Департамента здравоохранения Москвы, доктор медицинских наук, профессор Марина Журавлёва.

Вопросы антибактериальной терапии являются одними из наиболее важных в работе клинического фармаколога. В структуре общей смертности населения во всём мире и в нашей стране инфекционные заболевания занимают лидирующие позиции и входят в первую пятёрку причин летальности.

18 ноября Европа ежегодно отмечает День ответственного отношения к применению антибиотиков. В его рамках проходит множество мероприятий. Их цель – привлечение всеобщего внимания к проблеме роста резистентности к противомикробным препаратам, а также к разработке эффективных путей сдерживания роста антимикробной резистентности и поиску путей повышения рационального и ответственного использования антибиотиков. Распространение резистентности к антибиотикам не знает национальных границ и достигло таких масштабов, которые требуют неотложных действий на национальном, региональном и глобальном уровнях.

По данным статистики, каждый второй антибиотик назначается нерационально. 50% пациентов плохо соблюдают режим дозирования. В то же время половина населения планеты не имеет доступа к основным антибиотикам вообще.

Очень чётко прослеживается зависимость между количеством курсов применения антибактериальных средств и риском возникновения резистентных штаммов. Если человек применяет 4 раза в год различные по режиму дозирования и продолжительности приёма антибиотики, то этот риск в 7-10 раз превосходит аналогичный показатель у тех, кто за год не получил ни одного курса антибиотиков.

Есть и другая статистика, ещё более тревожная. В России практически нет ни одного ребёнка в возрасте до 3 лет, который бы не получил антибиотикотерапию. В большинстве случаев она назначается по причине респираторных заболеваний, банальных катаральных явлений слизистой носа. Чтобы получить быстрый эффект, родители часто занимаются самолечением. К 14 годам более половины наших детей свыше 16 раз получили курс антимикробной терапии. Всё это, естественно, предтеча тех процессов, которые ведут к повышению резистентности.

Миссия клинического фармаколога – быть центральной фигурой вместе с врачом-микробиологом и сотрудниками микробиологической лаборатории в микробиологическом мониторинге как в стационаре, так и в поликлинике. Клинические фармакологи должны нести знания о правильном применении антимикробных препаратов врачам других специальностей.

Известно, что в 2013 г. в России стартовала программа ЭРГИНИ (аббревиатура расшифровывается как Экспертная рабочая группа по изучению нозокомиальных инфекций), в Москве она называется М'ЭРГИНИ. Её цель – изучить распространённость и клиническое значение нозокомиальных (внутрибольничных) инфекций в ЛПУ страны. В Москве в ней принимают участие 15 ЛПУ, в других городах России – 17.

Общие подходы для решения проблемы антибиотикорези-



Василий Вельков

стентности состоят в назначении антимикробных препаратов строго по показаниям, основываясь на клинической и лабораторной картине заболевания, с учётом существующих клинических рекомендаций медицинских сооб-

ществ. В этом плане особо важную роль приобретают последипломная подготовка врачей и создание образовательных программ по просвещению населения. Только совместными усилиями врачей, учёных-медиков, фармацевтов и населения можно оптимизировать и рационализи-

ровать один из ведущих разделов клинической фармакологии – применение антимикробных средств.

Подготовил
Тимофей КОЗЛОВ.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

ПРЕСЕПСИН

Новый высокоспецифичный и высокочувствительный маркер сепсиса



Пресепсин

- Циркулирующий белок, маркер фагоцитоза
- Диагностирует сепсис раньше, чем другие маркеры
- Быстро повышается или снижается при изменении тяжести сепсиса

Пресепсин быстро и точно диагностирует:

- Обширные инфекции
- Сепсис
- Тяжелый сепсис
- Септический шок

Пресепсин не повышается при:

- Синдроме системного воспалительного ответа, не связанного с инфекциями
- Вирусных инфекциях
- Хирургии, травмах и ожогах, не связанных с инфекциями

Повышенные уровни пресепсина прогнозируют тяжесть сепсиса и неблагоприятные исходы.

PATHFAST® LSI Medience Corporation, Япония
Автоматический иммунохемилюминесцентный анализатор

Параметры тестирования:

- Пресепсин – новый маркер сепсиса (20-20 000 пг/мл)
- NTproBNP (15-30 000 пг/мл)
- Миоглобин (5-1 000 нг/мл)
- Креатинкиназа MB (2-500 нг/мл)
- Высокочувствительный СРБ (0,05 - 30 мг/л)
- Д-димер (0,005-5 мкг/мл)
- ХГЧ (1-500 мМЕ/мл)
- Высокочувствительный Тропонин I (0,001-50 нг/мл)

Измерение:

- 6 независимых каналов с произвольным доступом
- Режимы random, batch и profile
- Тестирование в цельной крови, сыворотке и плазме
- Высокая точность результатов (CV < 10%)
- Время аналитического цикла - 15 мин



ЗАО «ДИАКОН» 142290, Московская область,
г. Пушкино, ул. Грузовая, 1-а
Телефон: 8 (495) 980-63-39

E-mail: sale@diakonlab.ru
www.presepsintest.ru
www.diakonlab.ru

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 79 (1846)

Финалом нарушенного метаболизма при сахарном диабете являются острые коматозные состояния. Наиболее частыми осложнениями являются кетоацидотическая, гипергликемическая, или диабетическая, гипогликемическая комы. Более редкими, их также называют атипичными, являются гиперосмолярная и молочнокислая комы.

Диабетический кетоацидоз

Частота диабетического кетоацидоза в России варьирует от 5 до 20 случаев на 1000 больных в год. Смертность от кетоацидотической комы составляет в среднем 5-15%.

Причиной кетоацидоза является абсолютный дефицит инсулина. Некоторые состояния могут быть как причиной, так и следствием кетоацидоза. Так, инфаркт миокарда, инсульты, шок могут явиться осложнениями обезвоживания и гипоперфузии, которые развиваются при кетоацидозе.

Наиболее частыми провоцирующими факторами декомпенсации сахарного диабета и развития кетоацидоза являются любые интеркуррентные заболевания (острые воспалительные процессы, обострения хронических болезней, инфекционные болезни), хирургические вмешательства, травмы, нарушения режима питания, не введение инсулина, эмоциональные стрессы.

Патогенез. Диабетический кетоацидоз и кома являются следствием прогрессивно развивающейся инсулиновой недостаточности, и почти у всех больных в период комы С-пептид и иммунореактивный инсулин в сыворотке крови не определяются.

При недостаточности инсулина уменьшается утилизация глюкозы периферическими тканями, приводя, с одной стороны, к гипергликемии, с другой – к внутриклеточному энергетическому дефициту («голодание среди изобилия»). В ответ на энергетическое голодание организм повышает выброс контринсулярных гормонов, действие которых направлено на активацию процессов, способствующих восстановлению энергетического снабжения тканей.

Действие это может быть реализовано только в присутствии инсулина, которого нет. Увеличивающееся образование и поступление глюкозы в кровь при отсутствии инсулина не ликвидирует «энергетический голод» клеток и создаёт условия для лавинообразного повышения гликемии в крови и нарушения обмена веществ как следствия описанного изменения обмена глюкозы.

Гипергликемия – следствие не только снижения утилизации глюкозы, но и повышенного её образования в процессе гликогенолиза (печень, мышцы) и глюконеогенеза (печень и почки). Стимуляция последних осуществляется контринсулярными гормонами (глюкагон, катехоламины, глюкокортикоиды, гормон роста).

Глюконеогенез, то есть образование глюкозы из неуглеводных соединений, осуществляется в основном за счёт белков организма, и диабетический кетоацидоз характеризуется катаболизмом белков, аминокислотурией, выходом калия и других ионов из клеток в кровь и потерей их с мочой.

Гипергликемия при превышении почечного порога приводит к глюкозурии, осмотическому диурезу с избыточным выведением из организма не только воды, но и электролитов. Как следствие этого, развиваются дегидратация организма, гемоконцентрация, недостаточность периферического кровообращения и микроциркуляции, гипотония, гиповолемия, снижение почечного кровотока, олигурия, анурия, кома и смерть.

Недостаточность инсулина и повышение контринсулярных гормонов, главным образом гормона роста, способствуют мобилизации жира из жировых депо, свободные

жирные кислоты поступают в печень и усиливают образование кетоновых тел. Образование кетоновых тел сопровождается эквимольной продукцией ионов водорода. В условиях декомпенсации сахарного диабета продукция кетоновых тел и, следовательно, образование ионов водорода превышает буферную способность тканей и жидкостей организма, что приводит к развитию тяжёлого метаболического ацидоза.

Избыток жирных кислот усиливает глюконеогенез и синтез кетоновых тел. Их образование в печени активизируется из-за подавляемых эффектов глюкагона.

Кетоновые тела представляют собой кислые продукты, обмена и при их избытке развивается метаболический аци-

доз, приводящий к дыханию Куссмауля. Ацидоз приводит к инсулиновой резистентности, которая является следствием высокого содержания в крови свободных жирных кислот и контринсулярных гормонов, а также низкого pH крови.

Гипергликемия при диабете стимулирует осмотический диурез, приводя к дегидратации. Потеря воды организмом может составлять от 5 до 12 л (около 10-15% массы тела). В ответ на потерю жидкости повышается секреция катехоламинов, альдостерона, что ведёт к потере калия и задержке натрия в организме.

Таким образом, тяжесть состояния при диабетической коме обусловлена резкой дегидратацией организма, декомпенсированным метаболическим ацидозом, выраженным дефицитом электролитов (калия, натрия, фосфора, магния), гипоксией, гиперосмолярностью (в большинстве случаев) и нередко сопутствующими интеркуррентными заболеваниями.

Клиника. В развитии диабетической комы выделяют 3 стадии: кетоацидоза, диабетической прекомы и собственно комы.

Ранними симптомами кетоацидоза являются типичные признаки декомпенсации сахарного диабета, такие как нарастающая жажда, полиурия, сухость кожи и слизистых, головная боль, снижение аппетита, потеря массы тела, тошнота, рвота. В выдыхаемом воздухе появляется лёгкий запах ацетона.

Если помощь не оказывается, рвота учащается и становится неукротимой. Рвота может быть по типу «кофейной гущи» из-за геморрагического гастрита. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе усиливается, а дыхание становится частым, шумным и глубоким.

Более чем у половины больных появляются боли в животе. Сочетание болей в животе, рвоты и наблюдаемого при кетоацидозе лейкоцитоза приводит к ошибочному диагнозу острого живота.

При физикальном обследовании выявляются признаки обезвоживания: снижение тургора кожи, глазных яблок, мышечная слабость, снижение АД. Мышечный тонус, сухожильные рефлексы, температура тела снижены, пульс частый, слабого наполнения. Нередко выявляются признаки псевдоперитонита: напряжение и болезненность брюшной стенки, уменьшение перистальтики.

Эти симптомы вызваны раздражающим действием кетоновых тел на желудочно-кишечный тракт, дегидратацией брюшины. Угнетение ЦНС вначале проявляется раздражительностью, головной болью, затем возникают заторможенность, вялость, сонливость, состояние оглушённости. Как

только присоединяются изменения со стороны ЦНС, можно говорить о диабетической прекоме. При отсутствии помощи через некоторое время сознание теряется, наступает собственно кома.

Диагностика. Базируется на определении гликемии и ацетона. В реанимационном отделении лабораторный контроль проводится по следующей схеме:

- анализ крови на определение глюкозы каждый час до снижения гликемии до 13-14 ммоль/л, затем 1 раз в 3 часа
- ацетон определяется 2 раза в сутки в первые 2 суток, затем 1 раз в сутки
- ОАК, ОАМ
- натрий, калий 2 раза в сутки
- креатинин
- гематокрит, газовый состав крови, pH крови 1-2 раза в сутки до нормализации КОС
- почасовой контроль диуреза
- контроль ЦВД, АД, пульса
- ЭКГ.

Лечение начинают немедленно. В состоянии кетоацидоза больной поступает в отделение, где начинают заместительную инсулинотерапию, назначают обильное

корректируется в зависимости от ЦВД. Общее количество жидкости, введённое в первые 12 часов, не должно превышать 10% массы тела. За сутки вводят 7-8 л жидкости под контролем ЦВД.

При кетоацидозе, кетоацидотической коме развивается дефицит калия. Если нет анурии, то уже с самого начала инсулинотерапии даже при нормокалиемии начинают непрерывную инфузию калия, стремясь поддерживать его уровень в крови в пределах от 4 до 5 ммоль/л. Если уровень калия неизвестен, то в/в введение препаратов калия начинают не позднее, чем через 2 часа от начала инсулинотерапии под контролем ЭКГ и диуреза. В течение суток не следует вводить более 15-20 г калия.

Гипогликемическая кома

У человека без диабета гипогликемией называют снижение уровня глюкозы крови ниже 2,8 ммоль/л, которое сопровождается определёнными клиническими симптомами.

Основная причина гипогликемии – из-

быток инсулина в организме по отношению к количеству углеводов.

Наиболее частыми факторами, провоцирующими этот дисбаланс, являются несоответствие дозы инсулина количеству принятых углеводов, пропуск приёма пищи, незапланированная физическая нагрузка выше обычного уровня и приём алкоголя.

Что характерно, нарушения функций печени и почек также могут быть причиной тяжёлых гипогликемических состояний.

Патогенез. Низкое содержание глюкозы в крови прежде всего сказывается на состоянии ЦНС. Глюкоза в физиологических условиях является единственным субстратом метаболизма головного мозга. В связи с этим снижение концентрации глюкозы в крови до 2,6 ммоль/л и меньше приводит к уменьшению потребления глюкозы мозгом и энергетическому голоду нервных клеток, то есть к нейрогликопении.

Особенно не адаптированы к последствиям гипогликемии клетки коры головного мозга, интенсивность обменных процессов в которых наибольшая.

В ответ на снижение поступления глюкозы в мозг организм приводит в действие механизмы, поддерживающие её гемостаз. Резко повышается выброс контринсулярных гормонов: глюкагона, глюкокортикостероидов, катехоламинов, соматотропного гормона, АКТГ. Под их влиянием усиливается гликогенолиз, глюконеогенез, протеолиз, липолиз, торможение утилизации глюкозы периферическими тканями. При этом гиперкатехолемиа немедленно проявляется клинически.

Клиника. Адренергические симптомы: сердцебиение, дрожь, потливость, тошнота, голод, беспокойство, агрессивность, мидриаз.

Нейрогликопенические симптомы: слабость, нарушение концентрации, головная боль, головокружение, чувство страха, дезориентация, поведенческие, зрительные, речевые нарушения, амнезия, спутанность сознания, кома.

Симптомы гипогликемии у больных с декомпенсированным диабетом могут проявляться и при гликемии 5-7 ммоль/л, если она длительное время колебалась в пределах 10-15 ммоль/л.

Диагностика обычно не вызывает трудностей. Внезапная потеря сознания на фоне удовлетворительного самочувствия больного, страдающего сахарным диабетом, прежде всего должна наводить на мысль о гипогликемической коме.

Потеря сознания сопровождается клоническими и тоническими судорогами. Кожные покровы влажные, обычной окраски, тургор тканей удовлетворительный, тонус глазных яблок на ощупь нормальный,

Острые осложнения сахарного диабета

дыхание ровное, пульс частый, ровный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД нормальное или с тенденцией к повышению, реакция зрачков на свет сохранена. У части больных в состоянии комы отмечается гипертонус мускулатуры.

Случаи глубокой и длительной гипогликемической комы могут сопровождаться стволовой симптоматикой в виде неустойчивости дыхания и сердечной деятельности. Прогностически фатальным признаком при этом служит отсутствие реакции зрачков на свет, указывающее на структурные изменения в стволе мозга.

Лечение. Лёгкую гипогликемию купируют приёмом легко усвояемых углеводов в количестве 1,5-2 ХЕ. При тяжёлой гипогликемии потерявшего сознание пациента следует уложить на бок, освободить полость рта от остатков пищи. Внутривенно струйно вводится 40%-ная глюкоза в количестве от 40 до 80 мл до полного восстановления сознания.

Альтернативой этому является подкожное или внутримышечное введение

1 мл глюкагона. Сознание обычно восстанавливается через 5-10 минут. Глюкагон стимулирует эндогенную продукцию глюкозы печенью, поэтому для его эффекта необходимы запасы гликогена в печени. Глюкагон неэффективен при алкогольной гипогликемии, когда печень заблокирована этанолом, и гипогликемии, вызванной массивной передозировкой инсулина или препаратов сульфонилмочевины, когда истощаются запасы гликогена в печени.

Профилактика. Перед и после незапланированной кратковременной физической нагрузки необходим дополнительный приём углеводов в количестве 1-2 ХЕ. Длительные физические нагрузки должны планироваться. Доза инсулина в этот день должна быть снижена на 20-50%.

Гиперосмолярная кома

Эта кома встречается реже, чем кетоацидотическая. Она характеризуется отсутствием кетоза и ацидоза, гипергликемия при ней резко выражена – до 55 и более ммоль/л. Большинство больных с

гиперосмолярной комой – старшего возраста, причём чаще с сахарным диабетом 2-го типа. Летальность при ней достигает 60%.

Факторы, способствующие развитию гиперосмолярной комы:

- рвота, диарея (особенно при инфекционных заболеваниях, остром панкреатите)
- приём диуретиков
- кровотечения
- ожоги
- несахарный диабет
- уменьшение потребления жидкости
- хирургические заболевания и травмы
- лечение антагонистами инсулина
- пожилой возраст.

В основе патогенеза гиперосмолярной комы находятся:

- гипергликемия и осмотический диурез с развитием выраженной дегидратации
- гиперосмолярность плазмы как результат гипергликемии и дегидратации.

Клиника. Особенности клинической картины:

- выраженное обезвоживание как результат гипергликемии и полиурии

• фокальные и генерализованные судороги

- ригидность затылочных мышц в результате раздражения мозговых оболочек
- признаки дегидратации: жажда, сухость слизистых оболочек, тахикардия, артериальная гипотензия, тошнота, слабость
- тромбозы глубоких вен, часто – пневмонии.

Лечение. Основные принципы лечения этой комы такие же, как и при кетоацидотической.

Но при гиперосмолярной коме необходимо переливать жидкость в большем объёме: гипотонический раствор хлорида натрия 0,45% за 1 час – 1,5-2 л, за 2-й и 3-й часы – 1 л, далее по 0,5 л. При осмолярности ниже 320 ммоль/л переливают физиологический раствор. За сутки – 8-10 л. Потребность в введении калия больше.

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

Самарский государственный
медицинский университет.

Волонёрское движение в Ивановской медицинской академии: история, опыт, перспективы

(Окончание.
Начало в № 89 от 28.11.2014.)

Периодически мы слышим вопросы о том, имеют ли участники волонёрского движения в нашей академии какие-либо предпочтения в процессе обучения или при трудоустройстве. И в данном случае затрагивается одна из системных, стержневых проблем добровольческой деятельности, решение которой не всегда лежит в плоскости возможностей/желаний администрации вуза. Думаем, те, кто интересуется вопросами волонёрского движения, знает, что вот уже не первый год в России идёт обсуждение законопроекта «О добровольчестве (волонёрстве)», который призван решить вопросы правового обеспечения этой деятельности, но в существующем виде вызывает массу критики, в том числе и со стороны представителей самих добровольческих организаций.

И во многом критические замечания касаются «заорганизованности», излишнего усиления роли и влияния государства в этой сфере. Идут дискуссии о том, каковы наиболее оптимальные формы материального и морального поощрения волонёров, а также компенсации их расходов.

В России пока не широко используется мировой, в частности, европейский опыт волонёрской работы и, судя по законопроекту, пока этого и не планируется. У нас нет такого общественно-организационного явления, как «социальный год», практикуемый, например, в Германии, после которого участник добровольческого отряда, в частности, имеет ряд предпочтений при поступлении в вуз или при трудоустройстве. Думается, это одна из перспектив совершенствования законодательного и практического обеспечения системы привлечения выпускников вузов к работе в здравоохранении.

Однако мы считаем, что участие в волонёрской работе всё-таки имеет большое значение для профессиональной ориентации наших студентов, выбора ими того конкретного направления, специализации, которое послужит основой трудовой деятельности.

Другое дело, что вуз не может, не имеет права гарантировать студенту, например, активно работающему в отряде «Кардиогвардия», что после окончания специалитета он продолжит обучение в ординатуре по кардиологии, поскольку зачисление туда идёт в соответствии с контрольными цифрами приёма, определяемыми в настоящее время Министерством образования России и правилами приёма, установленными в соответствии с федеральным законодательством.

Но точно так же, как при зачислении абитуриентов в вуз в настоящее время, кроме баллов ЕГЭ учитываются некоторые дополнительные позиции, так и при поступлении на обучение по программам

подготовки кадров высшей квалификации (ординатуры, аспирантуры) можно было бы учитывать профильную волонёрскую деятельность. Но это к вопросу о перспективах.

Пока же в Ивановской медицинской академии участие студента в деятельности волонёрских групп, наряду с иными видами работы (учебной, научно-исследовательской, общественной, культурно-творческой и спортивной), учитывается при назначении повышенной государственной академической стипендии. И здесь вновь хотелось бы остановиться на достаточно серьёзной проблеме учёта волонёрской деятельности конкретным студентом и степени её активности.

Безусловно, администрация вуза понимает, что заставлять студентов заниматься добровольной деятельностью бессмысленно и незаконно. Поэтому мы с пониманием относимся к тому, что далеко не каждый, изначально изъявивший желание войти в ту или иную волонёрскую группу и даже прошедший соответствующую подготовку, будет активно и систематически участвовать в проведении конкретных мероприятий. Однако крайне нежелательной является ситуация, когда такой человек только на основании того, что он заявлен в группе, претендует на поощрение в виде дополнительных баллов для начисления повышенной стипендии.

Поэтому мы стремимся к тому, чтобы возможно было вести учёт реально проведённых мероприятий. Ответственными за это являются координаторы групп из числа студентов, а также руководители групп – преподаватели.

Часть групп ведёт книжки волонёра по форме, разработанной в академии, где каждое проведённое мероприятие подтверждается записью, заверенной подписью лица от принимающей стороны (учителя в школе, преподавателя в колледже и т.д.) и, что наиболее желательно, печатью организации, где проводилось мероприятие. Но в отношении части групп (в основном работающих с детьми и в системе реабилитации) мы не требуем таких форм подтверждения, потому что невозможно озадачивать медицинский персонал фиксацией каждого прихода студентов в дом ребёнка или больницу. Здесь повышенная ответственность за контроль и учёт возлагается на координаторов групп и руководителей, однако и принцип «презумпции добросовестности» вполне успешно реализуется.

Пока в академии не было случаев, когда мы выявили бы, что поощрили «не того» волонёра. Кстати, установлена и ещё одна любопытная, на первый взгляд, закономерность – как правило, активные волонёры имеют неплохой набор баллов и за хорошую учёбу, и за результаты научной работы, и за другие виды общественной деятельности, поэтому назначение им повышенной стипендии

вполне обоснованно в любом случае. С другой стороны, ничего удивительного в этом нет – изначально волонёрами становятся ребята с достаточно активной жизненной и гражданской позицией, видящие перспективы своего обучения, стремящиеся к самореализации и повышению профессионализма.

И даже те, кто приходит за компанией с другом или из любопытства, впоследствии чаще всего с достаточным энтузиазмом участвуют в волонёрской работе. Очень часто студенты-волонёры, отвечая на вопрос, почему они этим занимаются, говорят просто – нам интересно.

Безусловно, мы стараемся отмечать активную и добросовестную волонёрскую деятельность также формами морального поощрения. На прошедшем в сентябре втором слёте волонёров ИвГМА целая группа ребят получила такие награды, а студентке 6-го курса лечебного факультета Юлии Казариной был вручён диплом Совета студентов ИвГМА «Доброволец года».

Когда в прошлом учебном году формировалась группа для поездки в Марбург на стажировку по вопросам социальной политики и развития здравоохранения в Германии, именно участникам волонёрского движения отдавался приоритет при отборе претендентов. И нужно отметить, что на занятиях в рамках стажировки волонёры показали достаточно глубокое понимание концептуальных, организационно-правовых, социально-психологических основ добровольческой деятельности, провели их грамотный сравнительный анализ в России и Германии, а в результате сумели разработать и презентовать вполне дельные и обоснованные предложения по оптимизации этой работы в России.

У наших волонёров уже сложилась система достаточно традиционных, ежегодных акций, проводимых во Всемирный день здоровья, Всемирный день борьбы со СПИДом, Всемирные дни без табака, Всемирный день сердца и т.д., когда ребята проводят собственные мероприятия, а также активно участвуют в общегородских акциях. Однако системная работа ведётся и вне этих дат, что, на наш взгляд, более соответствует принципам и духу добровольчества.

Мы всегда искренне радуемся, когда слышим слова благодарности от тех, с кем работают наши волонёры (руководителей школ, колледжей, вузов, медицинских организаций), от представителей органов власти Иванова и Ивановской области. Совсем недавно наши волонёры успешно выступили на межрегиональном конкурсе «Курс на здоровье», в котором в течение года участвовали добровольческие отряды Ивановской, Костромской и Ярославской области. В номинации «Конкурс социальных проектов «Дорога здоровья!» наши студенты заняли 1-е место, а также два 3-х места в других номинациях.

В этом году мы планируем заключить договоры о совместной деятельности с рядом высших образовательных организаций Ивановской области для координации и дальнейшего развития волонёрской деятельности. Надо сказать, что вузы с позиции организации и проведения волонёрских мероприятий – довольно проблемная группа. Если в школах и колледжах есть такая форма работы, как классные часы, которые учителя охотно отдают под просветительские занятия, то в вузах собрать аудиторию сложно, никто не приветствует, когда жертвуется время лекций или семинаров, да даже и перерывов.

Поэтому мы предложили представителям администрации ивановских вузов проводить волонёрские мероприятия для студентов, которые проходят оздоровление в профилакториях вузов. Надеемся, что такой формат позволит существенно активизировать работу наших волонёров в студенческой среде без ущерба для процесса обучения обеих сторон.

Перспективы развития волонёрского движения мы видим также в консолидации с другими добровольческими группами и организациями нашего региона. На прошедшем в сентябре втором слёте волонёров академии были подписаны соглашения о сотрудничестве нашей академии с уполномоченным по правам ребёнка в Ивановской области и Ивановским региональным отделением Всероссийской общественной организацией «Союз добровольцев России».

Надеемся расширить и диапазон направлений волонёрского движения. Получен социальный заказ от Департамента здравоохранения Ивановской области на проведение просветительской работы, направленной на улучшение репродуктивного здоровья молодёжи и профилактику абортот. Для школьников и учащихся средне-специальных учебных заведений очень актуальной является тематика здорового питания, которую вполне по силам освоить нашим студентам (в том числе и с пользой для себя).

Ведь в волонёрской работе с тематикой здорового образа жизни есть и ещё один немаловажный момент. Убеждая, мотивируя и информируя других людей, наши студенты и сами проникаются тем, насколько ценно здоровье и важен здоровый образ жизни, это становится частью их самосознания и укладывается в известный постулат «Врач, исцелился сам!»

Евгений БОРЗОВ,
ректор, профессор.

Елена БАКЛУШИНА,
заведующая кафедрой организации
здравоохранения и общественного здоровья
Института последипломного образования,
директор центра здоровья, профессор.

Ивановская государственная
медицинская академия.

О ценности российского опыта

В России, в отличие от подавляющего большинства стран мира, сохранена развитая инфраструктура фтизиатрической службы, поэтому российский опыт вызвал пристальный интерес зарубежных коллег. В конференции с нашей стороны участвовали ведущие отечественные специалисты в области фтизиатрии.

На симпозиуме, посвящённом актуальным вопросам борьбы с туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя, с привлечением сил сообществ, с докладом «Пути повышения эффективности лечения туберкулёза: лучшие практики в Российской Федерации» выступила заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Тереза Касаева. В своём выступлении она отметила, что РФ поддерживает Глобальную стратегию ВОЗ по борьбе с туберкулёзом на период после 2015 г., и представила основные положения Национального плана по борьбе с туберкулёзом. Кроме этого, ознакомила с текущей ситуацией по туберкулёзу в стране и достигнутыми успехами. Выступление Т.Касаевой нашло широкий отклик. В ходе обсуждения доклада председательствующие и участники симпозиума отметили большую работу, проделанную Россией по снижению бремени туберкулёза в стране, а также особую ценность этого опыта для других стран мира.

Под председательством главного фтизиатра Минздрава России Ирины Васильевой и главного детского фтизиатра Минздрава России Валентины Аксёновой состоялся сателлитный симпозиум «Программный подход к диагностике и лечению туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя в Российской Федерации», организованный Российским обществом фтизиатров и Центральным НИИ туберкулёза.

Кстати, один из первых «русских симпозиумов» прошёл более 10 лет назад. Он охватывал большой спектр проблем и имел большой эффект и резонанс. Правда, затем последовал перерыв. И вот пару лет назад Россия уверенно заявила о себе собственным «русским симпозиумом», который продолжается и поныне, что очень важно, ведь до сих пор многие наши проблемы международным сообществом воспринимались не совсем правильно. И теперь отечественные специалисты имеют возможность из первых уст представить реальную картину по туберкулёзу в нашей стране.

На этот раз российские специалисты представили опыт организации работы по выявлению, диагностике и лечению туберкулёза с МЛУ и ШЛУ возбудителя. Вниманию участников симпозиума были предложены современные рекомендации Российского общества фтизиатров по диагностике и лечению туберкулёза, получившие признание мирового научного сообщества.

Первоочередными задачами российской фтизиатрии сегодня являются широкое внедрение в клиническую практику новых методов ускоренной диагностики лекарственной устойчивости возбудителя туберкулёза, современных



Д. Картер (слева) и О. Пономаренко

На орбите – «Спутник»

Специальный сателлитный симпозиум был посвящён лечению туберкулёза с МЛУ. На нём был представлен опыт работы Партнёрства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ.

Салман Кешавджи (Гарвардский университет) выступил с докладом о 10-летнем опыте работы в России проекта «Спутник» в группах высокого риска. Он рассказал об организации контролируемого лечения больных туберкулёзом в Томской области и об эффективности этой программы, проведённой с вовлечением широкого

выбором и зависит от самого человека, можно влиять, предотвращая прерывание лечения. Фтизиослужба Томской области в сотрудничестве с «Партнёрами во имя здоровья» реализовывала масштабные мероприятия, мотивирующие пациентов принимать противотуберкулёзные препараты, широко использовала лечение на дому и выдачу продуктовых наборов. Принципами работы программы стали минимизация причин, способствующих уклонению от лечения, оценка всех факторов, влияющих на приверженность к лечению, определение нюансов ведения конкретного случая, лечение под контролем персонала в удобном для пациента месте и в удобное время, интенсивный поиск пациента при пропуске приёма пре-

В обсуждении докладов принял участие сотрудник благотворительной организации «Партнёры во имя здоровья» Дмитрий Таран. Напомним читателям «МГ», что он отмечен специальной номинацией конкурса научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века», организованного в 2014 г. Российским обществом фтизиатров совместно с Минздравом России, при поддержке ВОЗ, «Медицинской газеты» и Партнёрства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ. Кстати, среди активных участников Всемирной конференции по здоровью лёгких был также другой победитель этого конкурса – врач клиничко-диагностический лаборатории Архангельского

Итоги и прогнозы

К миру без туберкулёза

Пути избавления от опасной инфекции рассматривали на 45-й Всемирной конференции по здоровью лёгких

Форум Международного союза борьбы с туберкулёзом и лёгочными заболеваниями является крупнейшей ежегодной конференцией. В нынешнем году она прошла в Барселоне уже в 45-й раз на тему: «Решения для будущих поколений с учётом потребностей сообществ». На ней рассматривались последние события, возможности и проблемы в борьбе с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, табакокурением, но прежде всего с туберкулёзом. Конференция отразила необходимость поиска путей решения проблем, с которыми сталкивается мир при борьбе с туберкулёзом и заболеваниями лёгких, привлекая все заинтересованные стороны, начиная от специалистов здравоохранения и заканчивая сообществами и конкретными людьми. В целях достижения глобальной задачи одоления этой напасти необходимо объединение не только врачей разных специальностей, но и учёных, представителей граждан-

ского общества, общественных, религиозных и иных организаций, деловых кругов, меценатов, каждого заинтересованного человека.

«Такой подход, – отмечалось в обращении к участникам форума, – признаёт важнейшую роль людей, непосредственно затронутых проблемами здравоохранения, и активистов, которые должны вносить свой вклад в формирование концепций, разработку и проведение различных интервенций, наряду с практическими специалистами и учёными, государственными работниками и донорами».

Действительно, единство крайне необходимо, особенно в нынешние, очень напряжённые времена. Без единства сегодня никуда. География, широта и многообразие тематики форума подтверждают это. На конференции присутствовали участники практически со всех континентов земного шара, а в её рамках прошло свыше тысячи мероприятий!

режимов химиотерапии, эффективных программ повышения приверженности пациентов к лечению. Были представлены современные российские научные разработки и инновации в области выявления, диагностики и лечения туберкулёза. Особое внимание было уделено клиническим вопросам в лечении пациентов при наличии лекарственной устойчивости. На конференции отмечалось, что те регионы Российской Федерации, которые внедряли в практику работы противотуберкулёзных служб современные программные подходы к диагностике и лечению туберкулёза с МЛУ и ШЛУ возбудителя, продемонстрировали высокую эффективность лечения, сопоставимую с эффективностью в странах европейского региона.

У нас есть свои преимущества. Есть система противотуберкулёзной службы, препараты, новые технологии, бесплатная помощь и т.д. Но даже при этом нам вряд ли удастся распрощаться с туберкулёзом к 2035 г. Похоже, каждому сейчас нужно «встрепенуться» и начать действовать по-новому, поставить более амбициозные цели, чтобы выполнить те задачи, которые намечены в новой Глобальной стратегии борьбы с туберкулёзом. Только так можно повернуть туберкулёз вспять ещё при нашей жизни.



В. Аксёнова (слева) и И. Васильева беседуют с коллегой из Конго

круга медицинских и немедицинских специалистов. Когда они только начинали работать в Томске, смертность в учреждениях пенитенциарной системы достигала 386 случаев на 100 тыс. населения! Прерывание химиотерапии туберкулёза было одним из наиболее «весомых» исходов среди всех негативных результатов лечения. Но, как показал опыт проекта «Спутник», на приверженность пациента к терапии, хотя это является поведенческим

паратов до результата, ежедневный продуктовый набор, активное выявление и купирование побочных эффектов, помощь в сопутствующих заболеваниях и социальных проблемах, партнёрские взаимоотношения «пациент – медицинский персонал». Больных не осуждали за их образ жизни и отказ от приёма препаратов. Персонал проявлял стремление помочь, уважительное и терпеливое отношение, заботу, конфиденциальность, старался создать максимально комфортную атмосферу лечения, обсуждая с пациентом каждый следующий шаг. Потребности каждого пациента, а также ход программы, успехи и неудачи еженедельно обсуждались на собрании персонала программы с участием координатора, лечащего врача, психолога или нарколога.

В итоге благодаря проекту большинство продолжили лечение, и 70,5% окончили химиотерапию успешно (в том числе 68% с МЛУ-МБТ). Результаты работы программы «Спутник» показывают, что комплексный командный подход, ориентированный на пациента, и адекватное управление ресурсами позволяют успешно продолжать химиотерапию до выставления благоприятных исходов у большинства пациентов даже с самыми неблагоприятными факторами риска.

областного клинического противотуберкулёзного диспансера, младший научный сотрудник Северного государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук Платон Елисеев. Это не может не радовать, поскольку наши молодые специалисты блестяще владеют английским языком и их проекты вызывают интерес иностранных учёных и практиков.

Мы – часть большой общины

Как отметила на конференции президент Международного союза борьбы с туберкулёзом и лёгочными заболеваниями Джейн Картер, ныне как никогда важны социальные инициативы. Все, кто занимается болезнями лёгких, – часть единой общины, в которую входят врачи, медицинские сёстры, социальные работники, психологи, иные специалисты и, конечно же, пациенты. Все члены этой общины движимы одной миссией – чтобы не было ни одного страдающего человека. «Мы находимся на новом этапе истории, – подчеркнула Д. Картер. – В наших силах объединиться и найти решение, которое есть, в том числе, в каждом из нас».

На конференции действительно ощущался особый дух энтузиазма и приверженности к единому делу борьбы с глобальным злом, которым является туберкулёз. Залог успеха – в активном сотрудничестве правительств всех стран, медицинских служб, социальных институтов, гражданского общества, частного сектора, доноров, волонтеров, исследователей, практиков и т.д. Сила людей – в партнёрстве.

По опыту России можно сказать, что у нас есть государственная воля, финансовая поддержка, все необходимые методы и практики, новейшее оборудование, а ещё вера в победу над смертоносным заболеванием. Туберкулёз излечим, а значит, его нужно победить.

Александр ИВАНОВ,
спец. корр. «МГ».

Барселона – Москва.

Фото автора.

Ирина ВАСИЛЬЕВА, главный фтизиатр Минздрава России, доктор медицинских наук:

– За последние годы в нашей стране произошло очень много позитивного, мы привнесли в свою работу немало новшеств – в организации противотуберкулёзной работы, в подходах к выявлению, диагностике и лечению заболевания. Всё это позитивно отражается на эпидемических показателях. Мы активно используем как все известные мировые методики, так и отечественные ноу-хау. Кроме того, нами разработаны режимы лечения больных с ШЛУ-туберкулёзом, которые прошли клиническую оценку с точки зрения доказательной медицины. Мы внедряем их в практику и уже получаем первые результаты, которые очень обнадеживают.

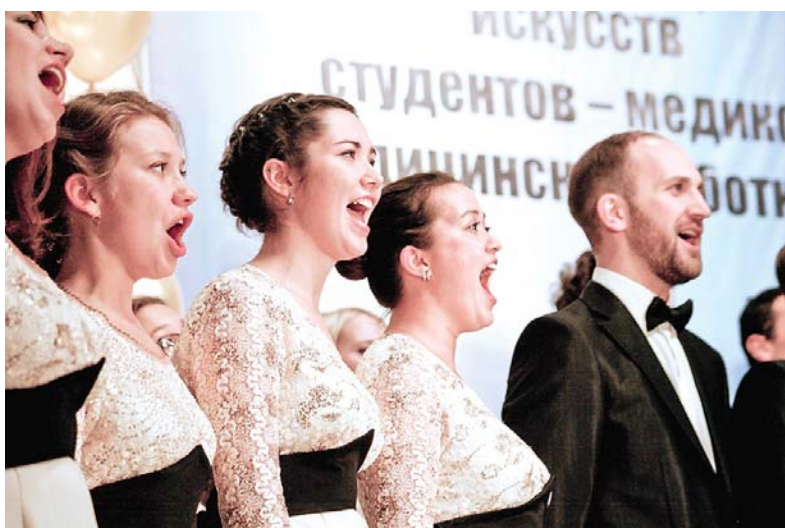
Оксана ПОНОМАРЕНКО, директор благотворительной организации «Партнёры во имя здоровья»:

– На этой конференции, пожалуй, впервые начали говорить не только о необходимости своевременной

диагностики и эффективного лечения, но и о том, сколь важно вовлекать в борьбу с этой глобальной бедой все слои населения, ведь это такое заболевание, с которым невозможно справиться одними медикаментами и одним только врачам.

Евгений БЕЛИЛОВСКИЙ, заведующий отделом эпидемиологического мониторинга Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулёзом, кандидат биологических наук:

– В течение нескольких лет я занимаюсь эпидемиологией, правда, не в строго российском понимании, а несколько ином – зарубежном, где этот термин в большей степени подразумевает организацию любых исследований на тему здравоохранения. С этой точки зрения, к сожалению, я должен заметить, что у нас во фтизиатрии не всегда хорошо понимают эпидемиологические законы, законы организации исследования, культуру и даже философию представления данных.



Хор Уральского ГМУ исполняет «Гаудеамус»...

Лауреаты фестиваля сделали селфи на фоне памятника основателям Екатеринбурга Василию Татищеву и Вильгельму де Геннину и старинной водонапорной башни, а потом автобус повёз нас по проспекту Ленина мимо необыкновенного дома уральского предпринимателя Николая Ивановича Севастьянова, фотографического музея «Дом Метенкова», штаба Приволжско-Уральского военного округа с памятником великому полководцу Георгию Жукову.

Особое оживление среди пассажиров автобуса наблюдалось, когда мы проезжали мимо филармонии и театров



...дирижирует хормейстер Анна Новикова

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Широко известны имена уральских корифеев – член-корреспондента АМН СССР стоматолога Аркадия Тимофеевича Лидского, акушеров-гинекологов Александра Юдимова Лурье и Ивана Ивановича Бенедиктова, многих-многих других. Выпускники вуза становились очень известными людьми, крупными государственными деятелями, руководителями здравоохранения и медицинской науки прошлого и настоящего, среди них: министр здравоохранения СССР Мария Дмитриевна Ковригина, олимпийский чемпион профессор Аркадий Никитич Воробьёв, член-корреспондент АМН СССР и РАН Ангелина Константиновна Гуськова, академики РАН Борис Тихонович Величковский, Владимир Иванович Стародубов, руководитель ФМБА России Владимир Викторович Уйба...

Переходя от стенда к стенду, Николай Михайлович, наш уважаемый экскурсовод в прошлое Уральского ГМУ, говорил о преданном служении народу преподавателей и их учеников, следовавших девизу университета: «Во благо здоровья уральцев – изучать, исцелять, вос-

Праздники

Начало зимы как... предчувствие весны



Ректор Уральского ГМУ профессор Сергей Кутепов рассказывает журналистам о предстоящем фестивале



Экскурсию по музею истории вуза проводит Николай Скоромец

питывать!» Мы смотрели на награды и личные вещи известных знаменитых докторов прошлого и думали о нынешнем труде уральских медиков, например, какой вклад сейчас вносят в разработку Национальных клинических рекомендаций по хирургии специалисты во главе с главным хирургом Уральского федерального округа профессором Михаилом Иосифовичем Прудковым – продолжателем дела своего отца, одного из основателей отечественной эндоскопической хирургии...

В чаше большого города

На выходе из музея истории Уральского ГМУ участников

промо-акции ждал автобус, чтобы провезти по заснеженному Екатеринбургу. Первая остановка – в самом центре города, в Историческом сквере. Здесь весной 1723 г., по указу Петра I началось строительство железоделательного завода, положившему начало столице Урала. Именно отсюда особенно видна масштабность города, настоящая и будущая его красота. Мы будто находились внутри огромной чаши, где через плотину, или Плотинку, как её называют местные жители, бурлила вода Исети, а вдали по краям высились небоскрёбы со знаменитым «Высоцким» и шпиль телебашни.

– Оперы и балета, Эстрады, Музыкальной комедии. Наши врачи и студенты-медики, накрепко связавшие свою жизнь со сценой, стараются во время фестивалей или промо-акций попасть в местные драматические заведения, коль время позволит. Вот и сейчас с разных мест то и дело раздавалось: «Ах, не успеем – завтра



Виктория Аболишина и телебашня

сами выступаем!» или «Может остаться ещё на пару дней?» Надо сказать, что кое-кому из нас всё-таки удалось сходить на премьеру оперы «Евгений Онегин» в очень необычном современном прочтении.

Следующая остановка – у Храма-на-Крови, одного из крупнейших православных соборов России. Он был построен в 2000-2003 гг. на месте Ипатьевского дома, где был расстрелян последний российский император Николай II и его семья.

Ну а потом мы узнали о потере в наших рядах. Позвонили из Уфы и срочно отозвали домой победителя последнего фестиваля в Казани, вокалиста и сотрудника Республиканской клинической психиатрической больницы № 1 Салавата Халилова.

– Ему надо завтра выступать на отборочном туре для концертной программы июльского саммита стран БРИКС в Уфе в 2015 г., – объяснила сопровождающая Салавата, заведующая лечебно-трудовыми мастерскими РКПБ № 1 Мунира Сабитова. Как мы узнали потом, наш лауреат отборочный тур прошёл и в будущем году выступит перед главами дружественных государств.

Концерт как летопись фестивалей

Второй день промо-акции был посвящён подготовке к вечернему концерту. Вокалисты опробовали звуковую аппаратуру

актового зала университета, принаровились к сцене танцоры. Одновременно наши мэтры – члены жюри будущего фестиваля доцент кафедры факультетской хирургии с курсом онкологии Тверской государственной медицинской академии вокалист Георгий Вакулин и врач общей практики казанской поликлиники № 20, чемпион Европы в сольных танцах по версии Всемир-



Сиамский танец Айрата Фазылзянова

ной танцевальной конвенции Айрат Фазылзянов давали мастер-классы для студентов Уральского ГМУ.

К 17 часам зал начал заполняться, и на сцену вышел знаменитый хор Уральского ГМУ под руководством дирижёра Марины Бекташевой. Лауреат многих международных конкурсов, обладатель серебряного диплома в Германии, пяти золотых дипломов в Чехии и двух золотых дипломов в Испании безукоризненно исполнил «Гаудеамус». Этот коллектив в университете имеет особое значение: в своё время именно его участники создали вузовский актив, ставший «Союзом студентов и аспирантов УГМА». Хоровики возглавили кавэзовское движение и созда-



Звезда Индии и Рязани – Саарика Балакришнан Рави

ли рок-клуб, сплотили студенческий городок, организовывали спортивные соревнования. Ну и конечно, хор активно концертирует и обычно открывает многочисленные медицинские форумы, проходящие на Среднем Урале. В его репертуаре преобладает русская музыка – Архангельского, Бортнянского, Сариева, Чайковского, Рахманинова, Свиридова, Щедрина, Гаврилина, а лучшие образцы зарубежной хоровой музыки представлены произведениями Лассо, Моцарта, Дворжака, Гершвина. Гостей Екатеринбурга приветствовал ректор Уральского ГМУ профессор Сергей Кутепов. Он говорил о чести быть



Творческий союз вокалистов Твери и Воронежа – Надежда Волкова и Денис Нижельский

ла на сцену поднялись звёзды смоленских фестивалей 2006-2008 гг. Спустя много лет мы увидели Николая Шадрина, покорившего авторскими песнями самую первую нашу аудиторию. Сейчас он – один из уважаемых врачей Екатеринбурга, анестезиолог-реаниматолог Уральского НИИ кардиологии. Вслед за Николаем Шадринным с куплетами Николай

из музыкальной комедии Евгения Птичкина «Бабий бунт» выступил руководитель делегации Тверской ГМА Георгий Вакулин, обладающий одним из самых ярких голосов врачебного сословия. Ещё один «герой Смоленска» – врач и профессиональный хореограф Айрат Фазылзянов исполнил танец «Сувенир из Таиланда». Напомним, что Айрат Мансурович сам готовит номера и костюмы, основываясь на традициях танцевального искусства народов мира.

Ведущие концерта Ксения

Мартынова и Александр Цимцушкин произнесли: «Рязанский фестиваль 2009 г.», и на сцену вышел представитель Рязанского ГМУ им. И.П.Павлова сосудистый хирург Антон Минаев с песней «Сердце на снегу» Арно Бабаджаняна на стихи Александра Дмоховского. В этом году рязанцы блестяще выступили как на Всероссийской студенческой весне в Тольятти, так и в составе российской команды в Чите на Международной студенческой весне стран ШОС.

Один из основателей нашего фестивального движения, руководитель отдела Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Николай Игнатов перед своим выступлением сказал о том, что весенний екатеринбургский форум 2015 г. будет посвящён 70-летию Великой Победы советского народа над фашизмом – такое решение принял недавно Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России. В исполнении Николая Николаевича прозвучала песня «И всё-таки мы победили» из кинофильма Петра Тодоровского «По главной улице с оркестром».

Далее, в соответствии с хронологией фестивалей, яркая звезда астраханского и самарского форумов, студентка РНИМУ им. Н.И.Пирогова Елена Удалова продолжила военную тему сложным вокальным номером «Ариозо матери» Анатолия Новикова – ещё один прекрасный голос прозвучал в зале Уральского ГМУ.

Тепло приветствовали зрители выступление рязанской студентки Саарики Балакришнан Рави с индийским танцем, которое напомнило нам о её победе на фестивале в Твери в 2012 г. в составе блистательного дуэта «Маюри».

После вокальной партии Надежды Волковой из Тверской ГМА, лидера классики Красноярского и казанского форумов, ей вручили сертификат «Зала фестивальной славы медиков» № 25. Теперь портрет Надежды украсит фойе родной для неё академии по решению оргкомитета последнего фестиваля наряду с киностудией ART PROJECT из Пермской ГМА им. Е.А.Вагнера, мастером художественного чтения Анной Смоляниновой из Рязанского ГМУ им. И.П.Павлова и председателем Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаилом Кузьменко – за большой вклад в становление фестивального движения медиков, организацию первых международных фестивалей студентов-медиков и медицинских работников.

Тем временем концерт продолжили те, кто прославился на двух последних форумах искусств медиков – в Красноярске и Казани. Хореографической постановкой «Большие гонки» «зажгли» зал хозяева – студия современного танца «Индиго» под руководством Марии Семериковой. Совсем недавно к своим победам этот замеча-

тельный коллектив добавил ещё один – Гран-при Международного фестиваля искусств в Италии. Затем зал наполнили прекрасные голоса Дениса Нижельского из Воронежа («Желаю вам», муз. Юрия Гуляева, стихи Роберта Рождественского), Кристины Мазуровой (цыганская народная песня «Солнышко»), Гульназ Шарафудиновой из Казани



Авторский «нerv» Николая Шадрина



«Ариозо матери» исполняет Елена Удалова

студе с инвентарным номером лор-отделения, который Вика использует в своём номере и который вызывает немалое удивление у сотрудников аэропортов. Стоит видеть изумлённых прохожих, когда мимо них шествует необычайно привлекательная девушка... со стулом на плече!

Заканчивал концерт хор Уральского ГМУ, после чего началась тёплая дружеская вечеринка – и опять лились красивые душевные песни...

* * *

В последний день пребывания в Екатеринбурге гостям также удалось многое: кто-то посетил Музей изобразительных искусств с великолепной коллекцией каслинского литья и богатым собранием произведений русского и западноевропейского искусства, кто-то восхищался драгоценными камнями в Уральском геологическом музее, а кому-то удалось побывать на самом верху небоскрёба «Высоцкий». Прошли по пешеходной улице Вайнера, в архитектурный ансамбль которой удачно вписано красивое здание Министерства здравоохранения Свердловской области.

– Фестиваль с самого своего рождения стал большим стимулом развития творчества медиков, – сказала нам на прощанье Татьяна Ярунина. – Мы с нетерпением будем ждать вас весной, только в значительно большем формате. Приезжайте в Екатеринбург в апреле!

**Альберт ХИСАМОВ,
Александр ХУДАСОВ (фото),
специальные
корреспонденты «МГ».**

Екатеринбург – Москва.



Анастасия Пономарёва – настоящий виртуоз



Во время дружеского вечера все были счастливы