

Nº 85 (7510)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам Распространяется в России и других странах СНГ

www.mgzt.ru

События

Искусство, рождённое в операционных...

Продолжает работу II Московский международный фестиваль эндоскопии и хирургии

Его программа увеличилась на день по сравнению с трёхдневным дебютным форумом прошлого года, расширилась и научная составляющая. Среди событий фестиваля, проходящего в Институте хирургии им. А.В.Вишневского, - конференция «Толстая и тонкая кишка», симпозиум «Стентирование пищеварительного тракта и дыхательных путей», и каждый день - мастер-классы, от 3 до 6 трансляций из находящихся в том же здании операционных.

После слов приветствия директора Института хирургии им. А.В.Вишневского, главного хирурга Минздрава России, академика РАН Валерия Кубышкина первое заседание открыла мемориальная лекция «Профессор Владимир Павлович Стрекаловский». Об основателе отделения эндоскопической хирургии Института хирургии им. А.В.Вишневского, отмечающего 25-летие, рассказал его ученик, руководитель отдела эндоскопической диагностики и хирургии ГНЦ колопроктологии профессор Виктор Веселов. «Хирургия, к сожалению, - это искусство, - сказал Виктор Владимирович, говоря о своём учителе. - Ведь если бы это было повторением движений, это принесло бы больше пользы нашим последователям». Генеральный секретарь Российского общества хирургов профессор Андрей Фёдоров говорил, что у В.Стрекаловского был наибольший в мире опыт колоноскопических исследований, а японские приборы разрабатывались «под Стрекаловского». Далее на трибуну поднимались руководитель отделения гастроэнтерологии и интервенционной эндоскопии клиники Фри-



Трансляция показательной операции в исполнении профессора Виктора Веселова, в президиуме профессора Юрий Старков (справа) и Пётр Щербаков

дрихсхайн Юрген Поль (Берлин, Германия) и директор Всемирного исследовательского института эндоскопии пишеварительного тракта Хосе Рамон Арменгол Миро (Барселона, Испания), и то, что они показали аудитории, тоже было искусством.

О подробностях фестиваля читайте в ближайших номерах «МГ».

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

Москва

«Открытые ладошки»

В Морозовской детской городской клинической больнице Москвы стартовала благотворительная программа «Открытые ладошки» в поддержку детей с ревматическими заболеваниями, реализуемая фондом помощи детям с нарушениями иммунитета. Её целью является привлечение внимания общества к детской ревматологии, а также внедрение практики ранней диагностики и раннего начала лечения.

Программа предусматривает проведение мастер-классов «Творчество как лекарство», психологические консультации и помощь в больницах, занятия по интеллектуальному и физическому развитию вне больничных стационаров. Эти мероприятия будут проводиться в 2014-2015 гг. в Москве, Челябинске и Владивостоке.

В апреле 2014 г. по приказу Департамента здравоохранения Москвы на базе нашей больницы создан городской центр детской ревматологии, - говорит главный врач Морозовской больницы, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Игорь Колтунов. - Таким образом, произошла централизация и координация деятельности городских

лечебных учреждений, включённых в единую систему оказания медицинской помощи детям и подросткам с данными заболеваниями. Он рассказал также. что здесь внедряются эффективные диагностические, терапевтические и хирургические методики обследования и лечения профильных пациентов, постоянно улучшается качество оказания плановой и экстренной специализированной медицинской помощи профильным пациентам.

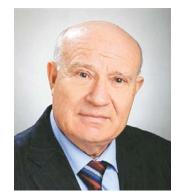
Президент фонда помощи детям с нарушениями иммунитета Виолетта Кожерева отмечает:

- Мы надеемся, что программа поможет детям бороться с болезнью, быть полноценными членами общества.

Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ». Москва.

Дежурный по номеру: Николай ШИБКОВ

Заведующий кафедрой «Общественное здоровье и здравоохранение» Ставропольского государственного медицинского университета, профессор, заслуженный врач РФ.



Cmp. 13.

Помогая детям и семьям

Врачи Челябинской областной детской клинической больницы начали оказывать паллиативную помощь, направленную на улучшение качества жизни маленьких пациентов с неизлечимыми заболеваниями. Специалисты только что созданного отделения также оказывают социальную и психологическую поддержку детям и их близким родственникам.

Врачи обеспечивают маленьким пациентам подбор необходимой обезболивающей и симптоматической терапии и проводят поддерживающее лечение, обучают родственников пациентов навыкам ухода за больными. Помимо этого мы даём направление пациентам на

медико-социальные экспертные комиссии, оказываем консультационную помощь, в том числе по правовым вопросам, - пояснила заведующая отделением выездной паллиативной помощи детям областной детской клинической больницы Наталья Тарасова.

- Специалисты помогают преодолеть серьёзное испытание попавшим в беду, они даже настроены сохранять семьи, - прокомментировала заместитель министра здравоохранения Челябинской области Виктория Сахарова.

Сотрудники отделения уже взяли под опеку около 100 семей южноуральской сто-

> Мария ХВОРОСТОВА, внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Новые подходы к формированию инфекционной службы

Стр. 4

Благоприятные условия старения возможность раскрыть себя

Стр. 5

Ассоциация клинических фармакологов С.-Петербурга участвует в повышении квалификации врачей

Стр. 7

Конспект врача. Синдром Пиквика с клиническим примером

Стр. 8-9

Инновации и сердце. Отчёт специального корреспондента «МГ» о конгрессе Европейского общества кардиологов в Барселоне

Стр. 10-11

Автограф для «МГ» вице-президента РАН Анатолия Григорьева

Стр. 16

Hobocmu

В красивом здании

Верхне-Хавская детская консультация, рассчитанная на 100 посещений в смену, разместилась в красивом современном здании, построенном рядом с главным корпусом районной больницы. В ней начали вести приём 4 педиатра и врачи-специалисты: хирург, травматолог-ортопед, невролог, психиатр, психолог и стоматолог. В состав консультации входят лечебно-диагностические кабинеты электрокардиографии, аудиометрии, процедурный и прививочный, а также кабинеты массажа, лечебной физкультуры, здорового ребёнка и неотложной помощи.

Внутренний интерьер консультации оформлен в стиле детских мультфильмов – привлекательно для детей, красочно и с высоким качеством исполнения. В уютном холле ожидание врача проходит незаметно.

Новое здание возведено за год за счёт средств муниципального бюджета. Общая площадь помещения – около 1 тыс. M^2 .

Оксана КОЗЛОВА,

советник Департамента здравоохранения Воронежской области.

«Фабрики анализов»

Лаборатории при столичных амбулаториях в скором времени будут ликвидированы. Об этом рассказал заместитель мэра Москвы по социальным вопросам Леонид Печатников. Вместо них столичные власти планируют создать 9 так называемых централизованных «лабораторных фабрик». Л.Печатников отметил, что эти производственные комплексы уже работают в городской клинической больнице № 67 и консультативно-диагностическом центре № 6. «Там три человека обслуживают лабораторный комплекс: с одной стороны этого станка закладывается пробирка, с другой выходит бланк со всеми результатами анализа», – пояснил вице-мэр.

Также Л.Печатников подчеркнул, что данная реформа никак не коснётся порядка сдачи анализов пациентами, то есть никоим образом не повлияет на привычный порядок сдачи анализов жителями столицы. «Граждане по-прежнему будут сдавать анализы в поликлиниках по месту жительства, откуда образцы уже будут доставляться «в центральную лабораторию», — сказал он.

Цель создания единых лабораторий – выполнение диагностических процедур по единому стандарту. Это позволит персоналу стационара относиться с доверием к результатам анализов, сделанных в амбулаторных условиях, не переделывая их при госпитализации пациента.

Стоит добавить, что закрытие лабораторий при поликлиниках является ещё одним моментом в реформе здравоохранения Москвы, берущей своё начало в 2012 г.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ.

Один орган — две жизни

В Кемерово прошла научно-практическая конференция трансплантологов, в которой наряду с кузбасскими специалистами приняли участие врачи и учёные Москвы и Новосибирска.

Выступая на открытии конференции, директор Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова, главный трансплантолог Минздрава России, академик РАН Сергей Готье, отметил, что четверть всех пересадок органов, выполняемых сегодня в России, проводит возглавляемое им учреждение, и это явление – патологическое. «Московский регион перенаселён потенциальными реципиентами, которые едут сюда со всей страны, – сказал академик. – Чтобы помощь такого рода развивалась в регионах, нужно понимание и политическая воля руководителя территории. В Кузбассе это присутствует».

Кемеровский центр трансплантации органов создан в конце 60-х годов. За годы его деятельности операционная летальность снизилась с 71 до 0%. К настоящему времени здесь выполнено уже 880 пересадок почки, из них более 220 – за последние 5 лет, включая 25 повторных трансплантаций. Сегодня здесь наблюдаются около 250 пациентов с пересаженными органами, в том числе и такие, кто прожил с чужой почкой четверть века и более. В последнее время центр стабильно проводит до 50 трансплантаций почки в год. Кроме этого, начиная с 2013 г. в Кузбасском кардиоцентре выполнено уже 9 успешных пересадок сердца. А в 2014-м врачи Кемеровской ГКБ № 3 провели две пересадки печени. Оба пациента, женщина 44 лет и мужчина 46 лет, чувствуют себя хорошо. До недавнего времени в Сибири пересадку сердца и печени делали только в Новосибирске.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

В Смоленск — за новой... коленкой!

В Федеральном центре травматологии и ортопедии города-героя успешно прошла операция по эндопротезированию коленного сустава пациентке Валентине Новиковой. Имплантация произведена при помощи компьютерной навигации, помогающей по экрану монитора проанализировать индивидуальное состояние анатомических точек сустава, создать 3D-модель и провести грамотное планирование операции. Благодаря такой «основе» заменённый сустав (элемент из металла и полиэтилена) будет нормально выполнять функцию «родного» до конца жизни пациента, подчеркнул в беседе с корреспондентом «МГ» главный врач центра кандидат медицинских наук

Операция, проводившаяся в Смоленске впервые, продолжалась 60 минут. Максимальный срок реабилитации после неё – 1,5 месяца. Главным консультантом смоленских специалистов был травматологортопед из Израиля Вадим Бенкович.

информационного агентства «МГ» Cito!

(inform@mgzt.ru)

Владимир КОРОЛЁВ.

Смоленск.

Сообщения подготовлены корреспондентами «Медицинской газеты» и Медицинского

Праздники

«Скальпель» марширует на параде



В Москве на Красной площади прошёл торжественный марш, посвящённый годовщине исторического парада 1941 г. Медиков на нём представляли студенты Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

Представители студенческого спасательного отря-

да МГМСУ «Скальпель» прошли в парадном расчёте РОССОЮЗСПАСа и получили именные благодарности от правительства Москвы.

Венера ПОРЯДИНА.

Москва.

Сотрудничество

Делегация Амурской государственной медицинской академии приняла участие в праздновании 60-летия вузапобратима — Хейлунцзянского университета китайской традиционной медицины и в работе XI Китайско-российского биомедицинского форума, который прошёл в Харбине.

Начало праздничным мероприятиям положило пленарное заседание форума «Исследование и инновация национальных и народных медицинских опытов». С докладом от амурской делегации выступили ректор Амурской ГМА профессор Татьяна Заболотских и ассистент кафедры госпитальной хирургии кандидат медицинских наук Сергей Аникин. Девять докладов преподаватели академии представили на форуме по актуальным вопросам медицинской науки и обмену новыми клиническими и лечебными технологиями, инновационным методам диагностики и лечения заболеваний. Немало интересного услышали и увидели амурские гости и в выступлениях китайских коллег.

На студенческой секции ребята из молодёжного инновационного центра академии в своих докладах рассказали о научно-экспериментальных исследованиях по выработке методов медикаментозной коррекции заболеваний.

На совместном концерте в честь юбилея китайского вуза выступали самодеятельные артисты двух стран. Как правило, итогом подобных мероприятий становятся договорённости о развитии дальнейшего сотрудничества сторон, определение основных направлений совместной деятельности.

– Мы пришли к обоюдному выводу о том, чтобы на следующем биомедицинском форуме, который пройдёт в Благовещенске, организовать работу секции, на которой с обеих сторон будут представлены новые инновационные методы лечения и диагностики заболеваний,

Амур соединяет



Сергей Целуйко и профессор Ван – проректоры по научной работе вузов-побратимов

которые уже внедрены в практику или это случится в скором времени, показана эффективность этих новшеств. - говорит проректор Амурской ГМА по научной работе профессор Сергей Целуйко. - Нам, к примеру, на этом форуме было очень интересно познакомиться с теми видами и методами акупунктуры, показанными китайскими профессорами, которые применяются ими в лечении инсульта, остеохондроза, нервных заболеваний, глазных и ряда других. В ходе переговоров мы обсудили и тему медицинского туризма. Ещё одно направление сотрудничества - это обмен студентами, но не только для прохождения практики, а для обучения в течение учебного года. Детали этой работы будут оговорены.

В ходе данной поездки был заключён договор о сотрудничестве Амурской ГМА ещё с одним китайским вузом — Харбинским

медицинским университетом. Его ректор профессор Ян Баофэн и ректор Амурской ГМА профессор Т.Заболотских договорились развивать сотрудничество в области медицинского образования и научных исследований. Тем более что учебные программы вузов совпадают. Договор подписан на 5 лет.

К слову, с предложением о сотрудничестве к руководству Амурской ГМА обратились представители ещё двух китайских медицинских университетов – Модунзянского и Тинзинского. В Харбине уже состоялась встреча ректоров, которые обменялись мнением по поводу будущих взаимоотношений: была высказана заинтересованность в скорейшем их развитии.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Перспективы —

Поправлен закон о лекарственных средствах

Президент РФ Владимир Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств».

Изменения касаются:

 процедур подачи и рассмотрения заявлений о государственной регистрации лекарственных препаратов для ветеринарного применения (статья 18 закона);

- принятия решения о выдаче задания на проведение экспертизы лекарственных средств для ветеринарного применения (статья 19);

- порядка проведения экспертизы качества лекарственного средства и экспертизы отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения лекарственного препарата для ветеринарного применения (статья 24).

Статьи 29 и 34 закона дополняются положениями, устанавливающими основания для отказа в подтверждении государственной регистрации лекарственного препарата и во включении фармацевтической субстанции в государственный реестр лекарственных средств.

Статьёй 43 закона, определяющей, в том числе, особенности проведения клинического иссле-

дования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов детей, установлено, что дети могут рассматриваться в качестве потенциальных пациентов такого исследования. Но только если его проведение необходимо для укрепления их здоровья или профилактики инфекционных заболеваний в детском возрасте либо если целью такого исследования является получение данных о наилучшей дозировке лекарственного препарата для лечения детей. В этих случаях такому исследованию должно предшествовать клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения на совершеннолетних гражданах.

С учётом практики применения названной статьи из установленного порядка предлагается исключить случаи, когда исследуемый лекарственный препарат предназначен исключительно для использования несовершеннолетними гражданами, то есть не может быть проверен на совершеннолетних гражданах.

Согласно статье 45 закона производство лекарственных средств должно соответствовать правилам организации производства и

контроля качества лекарственных средств, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. При принятии закона (статья 71) предполагалось, что переход к производству лекарственных средств, полностью соответствующему названным правилам, должен был быть осуществлён до 31 декабря 2013 г. Вместе с тем на настоящий момент работа по переходу на такое производство не завершена, поэтому необходимо время для её окончания. Особенности перехода производства отдельных лекарственных средств на их производство в соответствии с названными правилами будут определяться Правительством РФ.

Между тем Росздравнадзор в очередной раз потребовал закрыть все интернет-аптеки в стране. В ведомстве считают, что в сети часто продают фальсифицированные препараты, от которых страдают потребители, а продажа лекарств по Интернету остаётся вне закона. В российской правовой системе нет. В России пока нет закона, который позволил бы Роскомнадзору без суда блокировать такие ресурсы.

Иван ВЕТЛУГИН. МИА Cito!

Официально —

Академия стала университетом

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации N^2 693 от 31.10.2014 Оренбургская государственная медицинская академия переименована в Оренбургский государственный медицинский университет. Это особенно актуально в связи с предстоящим 70-летием вуза, которое будет отмечено в конце ноября.

Евгения ВАСИЛЬЕВА.

Оренбург.

AKUEHMЬ

Минздраву доверяют

Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) составлен рейтинг открытости федеральных органов исполнительной власти. В ходе подготовки его было опрошено 12 тыс. человек. Система оценки включала самоанализ ведомств, экспертную оценку и социологические исследования. По выводам экспертов, Минздрав России занял второе место. В комплексном рейтинге открытости — пятое.

В требования стандарта, введённого Открытым правительством, входит взаимодействие министерства с экспертным сообществом и референтными группами на федеральном и региональном уровнях, оперативное реагирование на обращения граждан, обеспечение работы с открытыми данными, размещение полной и достоверной информации о работе ведомства на сайте, включая нормативную правовую документацию, комментарии специалистов.

«Результаты рейтинга отражают нашу работу по внедрению механизмов открытости в деятель-

ность министерства, - комментирует помощник министра Ирина Андреева. - Минздрав активно сотрудничает с экспертным профессиональным сообществом, пациентскими и другими социально ориентированными организациями и объединениями, представляющими интересы разных референтных групп. Широкое общественное обсуждение разрабатываемых нормативных документов, государственных политик и программ, реализуемых министерством, позволяет не только учитывать мнения заинтересованных сторон, но и обеспечивает понятность нашей деятельности», - говорит Ирина Андреева.

Помощник министра также отметила, что все решения, принимаемые в министерстве, оперативно доводятся до региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения. Комментарии и разъяснения специалистов по различным направлениям деятельности широко представлены в средствах массовой информации.

Павел АЛЕКСЕЕВ. МИА Cito!

Решения

Хорошо ли используется медоборудование?

Правительство РФ сообщило о ходе работы по выполнению поручения Президента России № Пр-78 от 16.01.2014 (подпункт «в» пункта 3) о контроле за эффективным использованием медицинского оборудования, в том числе закупленного в ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения в субъектах Федерации.

По информации Росздравнадзора, по состоянию на 1 сентября 2014 г. по этим программам в регионы поставлено 393 тыс. единиц оборудования (99,8%) из предусмотренных к поставке 393,8 тыс. единиц. Введено в эксплуатацию 389,9 тыс. единиц (99,2%). Выявлены факты простоя по 3144 единицам оборудования в связи с отсутствием подготовленных помещений, соответствующих специалистов, длительной под-

готовкой конкурсных процедур и задержками проведения торгов, нарушением графиков поставок и условий договоров о сроках монтажа, несвоевременным получением разрешительных документов.

Реализация региональных программ модернизации здравоохранения обеспечила повышение качества и доступности медицинской помощи, в том числе за счёт внедрения современных методов диагностики и лечения, подчёркивается в отчёте кабинета министров, опубликованном на его сайте. Это оказывает существенное влияние на показатели заболеваемости и смертности населения.

Минздравом России осуществляется мониторинг эффективного использования медицинского оборудования, находящегося на балансе медицинских организаций субъектов Федерации, с применением информационноаналитической системы. В полной мере используется медицинское оборудование в С.-Петербурге, Кемеровской, Ростовской, Тюменской областях.

Среди субъектов Федерации, где зафиксированы факты длительного (свыше 180 дней) простоя медицинского оборудования, включая дорогостоящее, в 2014 г. выделяются Кабардино-Балкарская Республика, Курская, Нижегородская, Орловская, Саратовская области.

По результатам 4403 проверок, проведённых Росздравнадзором в 2013 г. и за 6 месяцев 2014 г., составлены акты и выданы предписания руководителям органов исполнительной власти субъектов Федерации в сфере здравоохранения, составлены протоколы об административных правонарушениях.

Органами исполнительной власти принимаются меры по устранению выявленных нарушений.

Иван МЕЖГИРСКИЙ. МИА Cito!

Ughako

Здоровье по принуждению



В Министерстве труда и социальной защиты РФ предложили «надавить» на отечественных работодателей, чтобы те, в свою очередь, в обязательном порядке оплачивали занятия спортом в фитнес-клубах для своих сотрудников. Ведомство настаивает на том, чтобы практическое применение данной инициативы началось с наступлением нового, 2015 г.

На сегодняшний день, как свидетельствует статистика, лишь 18% работающих россиян получают скидки на занятия спортом от своих работодателей. Кроме того, часть суммы, предназначенной для оплаты фитнес-клубов, вычитается из заработной платы работника.

Статистика говорит и о том, что около 65% женщин и 50% мужчин уверены, что будут активно пользоваться абонементом в

спортклуб, если у них будет такая возможность. Причём, что, впрочем, неудивительно, чем моложе коллектив, тем больше у него энтузиазма относительно здорового образа жизни.

А вот «трудящиеся» постарше отнюдь не горят желанием посещать спортзал. Большинство работающих не пользуются имеющимися абонементами на занятия спортом. Так, по официальным данным, 40% совсем не посещают фитнес-клубов, ещё столько же появляются там единожды, 10% посещают занятия спортом не чаще, чем раз в месяц.

Как результат – работодатель просто-напросто «сворачивает» все спортивные программы, дабы деньги, предназначенные для занятий спортом сотрудников, не уходили в никуда.

Алина КРАУЗЕ. МИА Cito!

lengenuuu

Московское здравоохранение избавляется от плохих специалистов

Заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников выступил с заявлением, что власти столицы планируют включить экспертов из-за рубежа в комиссии по аттестации московских врачей, провидимые раз в 5 лет с целью подтверждения профессиональной квалификации. Представитель мэрии, который, кстати говоря, сам является известным среди врачей клиницистом, выразил готовность лично принимать экзамены.

– В состав такой экзаменационной комиссии могут входить представители Департамента здравоохранения, но когда экзамен при-

нимают только сотрудники клинической кафедры, на которой проходит повышение квалификации, аттестация зачастую превращается в профанацию, – справедливо заметил Л.Печатников. – Врачи могут туда просто не ходить. Экзамен – платный. Деньги заплатил, ни разу не пришёл, сертификат выписали. Мы хотим прекратить выдачу сертификатов «просто так», – подчеркнул он.

Итак, с 2015 г. в состав кафедральных аттестационных комиссий будут входить сотрудники других медицинских вузов нашей страны, как московских, так и региональных. «Если удастся, то в аттестационных комиссиях будут и иностранные специалисты», – добавил Л.Печатников.

Кроме того, заместитель мэра признался, что малейшая мысль о том, а сколько же столичных докторов могут «завалить» экзамен, приводит его в страх и ужас. Однако он пообещал, что малоквалифицированных специалистов в системе столичного здравоохранения в ближайшем будущем не останется вовсе.

Московские власти уже выделили 1,5 млрд руб. на переобучение и переквалификацию докторов. Такое переобучение, как отмечают эксперты, длится от 3 месяцев до года в зависимости от исходной специализации врача.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ № 85 • 14. 11. 2014

Наша газета держит в зоне особого внимания вопросы инфекционной безопасности. Ведь показатели заболеваемости инфекционными патологиями в России остаются очень тревожными, и Минздрав России считает эту проблему крайне актуальной.

К сожалению, квалификация медицинских кадров не всегда отвечает вызовам времени. Уже неоднократно вслед за специалистами мы говорили о необходимости изменений, связанных не с чисто формальной, но глубинной реорганизацией всей инфекционной службы, обеспечением её высококвалифицированными специалистами. Между тем средний возраст врачей-инфекционистов у нас составляет 51 год...

решения в связи с предстоящей аккредитацией медицинских ра-

В частности, докладчик отметил, что основными проблемами в системе здравоохранения РФ являются недофинансирование, дефицит кадров и неудовлетворительное качество оказываемой медицинской помощи, которая, к сожалению, у нас не измеряется по мировым

актуализация образовательных стандартов и учебных программ на отработку практических навыков у выпускников.

Докладчик наметил главные задачи, которые необходимо решить совместно с Минздравом России. Они подразумевают повышение квалификации преподавателей, регулярный пересмотр образовательных программ, широкое стандарты третьего поколения, участники заседания обратили внимание на необходимость создания единого образовательного пространства по дисциплине «инфекционные болезни».

На научных симпозиумах прозвучали доклады по актуальным инфекционным заболеваниям - вирусным гепатитам, природно-очаговым, кишечным, респираторным

Поиском путей решения этих и многих других насущных проблем в очередной раз занимались участники прошедшей на базе Казанского государственного медицинского университета Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии». Конференция была посвящена 200-летию Казанского ГМУ (одного из старейших в России) и 90-летию кафедры инфекционных болезней университета. Также в рамках форума прошло расширенное заседание учебно-методической комиссии (УМК) по инфекционным болезням Учебно-методического объединения (УМО) Минздрава России по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов РФ с участием заведующих кафедрами инфекционных болезней на тему «Совершенствование учебно-методической работы на кафедрах инфекционных болезней в свете Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации».

В работе конференции, расши-

ренного заседания УМК и профильной комиссии по специальности «инфекционные болезни» приняли участие около 300 человек. В их числе ведущие учёные и практики России и стран ближнего зарубежья - главный специалист по инфекционным болезням Минздрава России И. Шестакова, председатель УМК по инфекционным болезням УМО Минздрава России, президент и заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, академик РАН Н.Ющук, директор НИИ детских инфекций ФМБА России академик РАН Ю.Лобзин, главный инфекционист Минобороны России К.Жданов, проректор Казанского ГМУ по научной и инновационной работе С. Маянская, проректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова А.Свистунов, проректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова член-корреспондент РАН И.Маев, руководитель комиссии по непрерывному медицинскому образованию Национальной медицинской палаты профессор Г.Улумбекова, заместитель председателя правления Ассоциации медицинских обществ по качеству З.Балкизов, ректоры, заведующие кафедрами инфекционных болезней медицинских вузов всех российских регионов.

Казанская земля выбрана местом проведения конференции неслучайно, и. думается, не стоит в очередной раз напоминать о значении казанской школы в ввитии поссийской И татарстанский опыт в области инфектологии также важен для коллег всей страны.

Заместитель министра здравоохранения Республики Татарстан И.Фатихов отметил, что среди широкого круга заболеваний, которые являются актуальными в целом в системе здравоохранения, вопросы инфекционной заболеваемости являются особо важными. Лечение инфекционной патологии очень затратно, но это не снижает ответственности регионального здравоохранения по выделению приоритета инфекционной патологии. В Татарстане налажено тесное взаимодействие между кафедрой инфекционных болезней и практическим здравоохранением. Такой тандем плодотворно сказывается на снижении инфекционной заболеваемости и, что очень важно, при подготовке врачей-инфекционистов.

Специалисты обсудили психолого-педагогические аспекты раз-

Mmosu u nposhosh

Инфекционная служба как зеркало проблем

Об этом шёл заинтересованный разговор на очередной конференции специалистов



Во время работы конфереции (слева направо): И.Фатихов, Н.Ющук, заведующий кафедрой инфекционных болезней КГМУ В.Фазылов, доцент кафедры инфекционных болезней И.Кравченко, С. Маянская, Ю. Лобзин

работки учебной образовательной программы по инфекционным болезням, учебные модули по отдельным нозологическим формам для дистанционного обучения по дисциплине «инфекционные болезни», рейтинговую систему оценки знаний студентов, базу тестовых заданий к практическим занятиям и экзамену по этой дисциплине. Особое внимание сконцентрировали на использовании симуляционных технологий в преподавании инфекционных болезней и организации элективов по краевой инфекционной патологии. Приняли участие в работе мастер-класса «Симуляционные технологии в преподавании инфекционных болезней», в рамках которого отрабатывалась техника люмбальной пункции, посетили центр симуляционного обучения на базе Казанского медуниверситета.

В рамках конференции прошли двусторонние встречи со специалистами медицинских вузов Москвы, С.-Петербурга, Казани, Уфы, Иркутска, Тюмени. Это позволило обсудить проблемы, стоящие перед кафедрами инфекционных болезней при переходе на федеральные государственные образовательные стандарты третьего поколения.

От анализа проблем к решениям

В ходе расширенного заседания УМК по инфекционным болезням прозвучал программный доклад её председателя Н.Ющука. В своём выступлении «Специальность «инфекционные болезни»: от анализа проблем к решениям» Николай Дмитриевич охарактеризовал сложившуюся ситуацию в инфекционной службе страны, выделил основные тенденции развития непрерывного медицинского образования, обозначил вопросы, которые требуют безотлагательного

стандартам, а те показатели, что измеряются, - в 2-3 раза хуже, чем в странах Евросоюза. По данным ФОМС и экспертных комиссий по качеству медпомощи, несоответствие лечения установленным стандартам и клиническим рекомендациям достигает 15-30%, в то время как в ЕС – не более 5-8%.

По мнению Н.Ющука, инфекционная служба - это своеобразное зеркало общероссийских медицинских проблем. Те проблемы, которые имеются в инфектологии, отражают состояние российского здравоохранения. И при этом инфекционная служба оказалась брошенной Минздравом России. Ею занимаются вроде бы все, но никто конкретно. Действительно, получить сегодня в Минздраве какую бы то ни было точную цифру в области инфекционных болезней практически невозможно. Более того, ин-«теряется». Та заболеваемость, что регистрируется, не соответствует реальной действительности. Основная задача инфекционистов – с помощью главного специалиста по инфекционным болезням Минздрава России И.Шестаковой донести свою «боль» до Минздрава и Правительства России. Остро необходим некий «штаб» в Минздраве, который бы занимался инфекционным контролем.

Главное, чем сегодня можно помочь службе, - это качественное образование. В образовательном процессе налицо пробелы и проблемы – дефицит преподавателей и низкая мотивация молодёжи к занятию педагогической деятельности, незаинтересованность главных врачей в клинических базах вузов, трудности при устройстве преподавателей на работу в медицинские организации, низкая мотивация и недостаточность условий для повышения квалификации преподавателей, недостаточная использование современных образовательных технологий, улучшение инфраструктуры преподавания, разработку новых учебно-методических материалов, определение требований к новым участникам процесса повышения квалификации. Кроме того, нужно развивать непрерывное медицинское об-

Состоянию инфекционной службы РФ и перспективам её развития был посвящён доклад И.Шестаковой. О новшествах в педагогической работе с учётом закона «Об образовании в Российской Федерации» рассказал А.Свистунов. Новые образовательные технологии в учебном процессе рассмотрел в своём докладе И.Маев. Особое внимание привлекло яркое выступление Г.Улумбековой, в котором она охарактеризовала состояние здравоосновные проблемы дальнейшего развития непрерывного медицинского образования.

Во время обсуждения представленных материалов коллеги отметили, что происходящие динамичные изменения в системе российского здравоохранения требуют пересмотра подходов к непрерывному медицинскому образованию. В частности, это касается более широкого использования симуляционных технологий, внедрения в образовательный процесс дистанционных форм обучения. А переход на личностно-ориентированный подход с оценкой общекультурных и профессиональных компетенций У ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ на основе качественно новых контрольно-измерительных материалов позволит повысить их конкурентоспособность на рынке труда.

Принимая во внимание основные тренды педагогических технологий и переход на федеральные государственные образовательные и стрептококковым инфекциям, гельминтозам, ВИЧ-инфекции. Специалисты не обошли своим вниманием актуальную проблему борьбы с вирусом лихорадки Эбола, представляющей реальную угрозу не только африканскому континенту, но и всему миру.

Пути намечены

В целях совершенствования учебно-методической работы на кафедрах инфекционных болезней участники конференции приняли несколько решений. В частности. учитывая напряжённую ситуацию с дефицитом кадров на кафедрах, сохраняющуюся высокую заболеваемость, возрастающую смертность от инфекционных болезней. решено обратиться в Министерство здравоохранения РФ с предложением об организации при высшем медицинском ведомстве страны отдела, курирующего инфекционные болезни, туберкулёз и кожновенерические заболевания.

Кроме этого, руководству Учебно-методического объединения предложено проинформировать Минздрав России и Правительство РФ об острой нехватке кадров профессорско-преподавательского состава на кафедрах инфекционных болезней. Намечено незамедлительно решить вопрос с их аккредитацией. Члены УМК считают целесообразным, чтобы аккредитационные комиссии профессорско-преподавательского состава работали под руководством УМО с привлечением профильных комиссий по специальностям.

Специально созданной рабочей группе поручено разработать учебные пособия «Критерии определения стандартного случая нозологической формы инфекционной болезни» и «инфекционные болезни: синдромальная диагностика». а также базу тестовых заданий по дисциплине «Инфекционные болезни» с тестовыми заданиями в закрытой форме, стандартизованными ситуационными клиническими задачами и визуализированными

Ректорам медицинских вузов рекомендовано рассмотреть вопрос о закупке симуляторов, необходимых для освоения практических навыков на кафедрах инфекционных болезней. В свою очередь, заведующим кафедрами инфекционных болезней рекомендовано более широко использовать в педагогическом процессе дистанционные образовательные технологии.

Понятно, что только квалифицированный труд врача является важным залогом качества и эффективности в здравоохранении. Вне сомнения, прошедшая конференция стала значимым этапом в процессе преобразования инфекционной службы и обеспечении новых условий, направленных на улучшение качества и доступности медпомощи.

> Александр ИВАНОВ, спец. корр. «МГ». Фото Александры БЕЛОВОЙ.

Казань - Москва.



ВЫПУСК № 75 (1842)

Синонимы: Пиквикский синдром, синдром ожирения-гиповентиляции, сердечнолёгочный синдром при ожирении.

Синдром Пиквика – тяжёлое заболевание, при котором у человека развивается патологическое ожирение и хроническая прогрессирующая дыхательная недостаточность, несмотря на отсутствие первичной патологии в лёгких, и сомнамбулия.

Такое название этому синдрому было дано в 1937 г. C.S.Burwell, E.D.Robin, R.O.Whaley и A.G.Bickelmann. Как известно, человек со сходной симптоматикой был описан Чарльзом Диккенсом в его широко известном в ХХ столетии романе «Посмертные записки Пиквикского клуба». В романе это был жирный мальчишка на побегушках, Джо, который засыпал на ходу и в любой ситуации: ...«Джо, Джо! – закричал дородный джентльмен... - негодный мальчишка, он опять заснул!» Джо разбудили, «ущемив большим и указательным пальцем кусок ляжки», и он принял участие в сервировке стола для пикника на лужайке, но... тут же заснул опять. «Теперь птицу, Джо. Несносный мальчишка - он опять заснул! Джо! Джо! (Несколько ударов тростью по голове и жирный парень не без труда очнулся от летаргии...)».

Сам Пиквик ни полнотой, ни сонливостью не страдал. Отсюда этому синдрому следовало бы дать название «синдром Джо», но этого не случилось... То ли доктор Burwell с коллегами не читали романа, которому в тот 1937 г. исполнилось 100 лет со дня выхода, то ли какая другая причина... Кстати многие современные авторы также, видимо, не читали романа, ибо они пишут: «название было дано по имени одного из персонажей романа Ч.Диккенса «Записки Пиквикского клуба». А ведь роман-то назывался «Посмертные записки Пиквикского клуба»...

верифицированного диагноза, хотя, разумеется, инструментально-лабораторная диагностика делает эту симптоматику более достоверной.

Из обследования в диагностике помогут многие тесты:

- 1. Индекс массы тела, в обиходе называемый индексом Кетле, который определяется очень легко: масса тела в кг. делённая на м² поверхности тела. Допустим, масса тела 140 кг, поверхность тела - 1,65 м. $1,65^2 = 2,72$. 130 кг, делённое на 2,72 =51,4. Как правило, у больных с синдромом Пиквика индекс Кетле бывает > 45-50.
- 2. Общий анализ крови: увеличение количества гемоглобина, гематокрита и эритроцитов. Могут выявляться столбики агрегированных эритроцитов в окрашенном мазке периферической крови.
- 3. Сатурация кислорода крови (SaO₂). В норме почти весь гемоглобин связан с кислородом, при этом показатель насыщения варьирует в диапазоне от 96 до 99%. Снижение уровня SaO, крови ниже 95-96% может наблюдаться при тяжёлых заболеваниях дыхательной и сердечно-сосудистой системы. У больных с тяжёлыми формами синдрома Пиквика SaO, может быть < 80%.

пациентов с синдромом Пиквика эхокардиография обнаруживает нарушения в работе и левого желудочка.

- 9. ЭКГ подтверждает перегрузку и гипертрофию правого желудочка.
- 10. Лучевые исследования. МРТ, допплерография, спиральная компьютерная томография, УЗИ и т.д. из-за большой массы тела больных оказываются неинформативными или их удаётся произвести не всегда.
- 11. Изучение липидного обмена выявляет изменения, подобные тем, что находят у ожирелых, в частности гиперглицеридемия и увеличение уровня свободных жирных кислот в крови. Сведения об этом в литературе скудны.
- 12. Исследование гормонов гипофиза (ТТГ) и щитовидной железы (T_3 и T_4). У 3-5% пациентов с синдромом Пиквика выявляют снижение функции щитовидной железы (повышение ТТГ при нормальном или сниженном уровне свободных Т₃ и T_{A} – гипотиреоз), что усугубляет развитие патологического ожирения и развитие других симптомов болезни.
- 13. Спирография. Из-за избыточного отложения жира в области грудной клетки и передней брюшной стенки возникает

Этиология

По сути дела, этиология болезни неизвестна. Имеются гипотезы о возможности влияния психических травм ЦНС, инфекционных заболеваний и т.д. Однако даже близкой к относительной истине теории до сих пор нет. Не ясна роль ожирения в развитии этого синдрома, поскольку есть немало людей, у которых подбородки многократно «переползают за галстуки», вес уходит крупно за цифру 100, однако «Пиквик» у них не развивается. Возможно наличие каких-то наследственных моментов, предрасполагающих к его развитию при возникновении соответствующих условий.

Патогенез

Как известно, одним из симптомов гипоталамического синдрома является полнота, развитие кушингоидизма. В связи с этим в развитии синдрома Пиквика считается возможным участие гипоталамуса. У больного возникает обусловленное гипоталамическими медиаторами повышение аппетита, быстро приводящее к патологическому ожирению.

Высокая степень ожирения - жировые отложения в области грудной клетки и передней брюшной стенки нарушают механику дыхания - меняется ритм дыхания и снижается объём вентиляции лёгких. Это влечёт за собой рестриктивный тип нарушений внешнего дыхания. Последние нарушения сопровождаются изменениями биохимии дыхания со снижением концентрации кислорода и повышением концентрации углекислого газа в крови. Снижается чувствительность дыхательного центра к этим субстратам. Гипоксия приводит к развитию симптоматического эритроцитоза, реологическим нарушениям, расстройству сна с сомнамбулизмом. В то же время роль ожирения в развитии синдрома Пиквика остаётся не очень ясной. Наблюдения свидетельствуют: да. ожиэтого заболевания. Однако нет никакого знака равенства между ожирением и синдромом «ожирения-гиповентиляции». Миру известно огромное количество ожиревших людей - ныне на Земле 25% всех людей страдает патологическим ожирением. Но синдром Пиквика среди них встречается в ничтожном проценте. Множество таких джентльменов было и в Пиквикском клубе.

Например, Треси Тапмен. «...Время и аппетит увеличили объём этой некогда романтической фигуры, размеры чёрного шёлкового жилета становились всё более и более внушительными, дюйм за дюймом золотая цепь для часов исчезала из поля зрения Тапмена; массивный подбородок дюйм за дюймом переползал через край белоснежного галстука...» И тем не менее он не страдал сомнамбулизмом и не засыпал на ходу, как мальчишка Джо.

Из-за высокого стояния диафрагмы развивается вторичная гипертензия малого круга кровообращения. На правый желудочек сердца падает большая нагрузка, он

Синдром Пиквика

гипертрофируется, развивается лёгочное сердце, гиперкапния с нарушением кислотно-щелочного равновесия.

Клинические проявления

Больные могут жаловаться на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, плохой сон ночью, сонливость днём, утомляемость, снижение либидо. Нередко ведущей жалобой является непреодолимая сонливость - больные засыпают, что называется, на ходу, в любой обстановке, как только присядут или прилягут и даже во время разговора, деловой встречи, за столом при приёме пищи, осмотре больного врачом. Во время сна у больных наблюдаются короткие (клонические) непроизвольные мышечные подёргивания (тики) в самых различных частях тела.

В ночное время нередко у больных возникают перерывы в дыхании по типу сонного апноэ. И поскольку таких апноэ бывает множество, то больной не высыпается ночью. Скорее всего, и по этой причине у него развивается дневная непреодолимая сонливость. Хотя очень трудно исключить, что здесь определённую роль играет длительная и выраженная гипоксия мозга.

Разумеется, одним из ведущих признаков, на которые жалуются больные и который бросается в глаза при внешнем осмотре, является ожирение. Как правило, ожирение тяжёлое, патологическое, 3-4-й степени, когда индекс Кетле зашкаливает за 50. Ожирение больше абдоминального типа, как при метаболическом синдроме, хотя жира хватает и на шее, и на лице, и на груди, и на конечностях.

Объективно виден и цианоз лица, слизитых оболочек и кожи. Учашено лыхание оно короткое, частое, нередко ротовое с пришлёпыванием губ. Проведение перкуссии и аускультации затруднено - перкуторный звук тупой, удары пальца-плессиметра остаются на поверхности, не проникают через толщу жира; дыхание, как правило, плохо прослушивается. У ряда больных могут выслушиваться мелкие влажные хрипы с обеих сторон в нижних частях лёгких. По этим признакам картина напоминает известную картину лёгочного сердца.

У ряда больных артериальное давление оказывается повышенным.

При декомпенсации правого желудочка наблюдаются тахикардия, набухание шейных вен даже в положении сидя, появляются отёки.

Диагностика

Как и всегда в основе предварительного диагноза лежат данные опроса и внешние признаки. В какой-то мере при синдроме Пиквика клинические данные следует считать основными в постановке

4. Система коагуляции. Установлены склонность к гиперкоагуляции, торможение эндогенного фибринолиза. Повышен уровень ингибитора активатора плазминогена-1 (ИАП-1), фибриногена, VII и VIII плазменных коагуляционных факторов, фактора Виллебранда, по сравнению с группами здоровых и популяционными показателями. ИАП-1 у больных синдромом Пиквика значительно повышен из-за того, что вырабатывается адипоцитами, а он является главным физиологическим ингибитором активации плазминогена in vivo, тормозя, таким образом, растворение нитей фибрина и способствуя тромбозу.

Повышается активность внешнего пути коагуляции, запускаемого тканевым фактором (фактор коагуляции III), а также увеличением активности фактора VII. Это запускает каскад внешнего пути свёртывания крови.

Снижен также адипонектин, который является эндогенным антитромботическим фактором, дефицит которого способствует гиперкоагуляции и атеротромбозу.

- 5. Реологические показатели крови. Как правило, резко увеличен гематокрит до 70%. Повышена вязкость крови, которая определяется разными методами, в том числе измерением вискозиметром капиллярного типа ВК-4. Повышается агрегационная способность эритроцитов, что ведёт к накоплению в крови устойчивых агрегатов из эритроцитов, затрудняющих кровоток по капиллярам. Одновременно снижается способность эритроцитов к деформации, что резко ухудшает критический статус проходимости микрокапилляров. Нарастает агрегационная и адгезивная спо-CONTRACTS TROMPOUNTED UTO CHOCONCERVET развитию ДВС-синдрома. Всё это ведёт к хронизации и прогрессированию процесса поражения лёгочного сосудистого дерева.
- 6. Газовый состав артериальной крови. Одним из главных критериев диагноза является увеличение парциального давления углекислого газа в артериальной крови в дневное время выше нормальных значений (> 45 мм рт.ст.). Часто обнаруживается гипоксемия. Так, в исследовании S.Javaheri, L.A.Simbartl (2014) было показано, что РСО, у больных синдромом Пиквика составлял 52 ± 5 против 40 ± 3 мм рт.ст. в контрольной группе, а PO₂ - 59 ± 8 против 75 ± 10 мм рт.ст. соответственно.
- 7. Инсулинорезистентность и нарушение углеводного обмена. Как и при метаболическом синдроме, часто имеет место нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2-го типа.
- 8. Эхокардиография выявляет гипертрофию правого желудочка, расширение правых отделов сердца и повышение давления в лёгочной артерии. Нередко у

значительное препятствие для нормальной работы диафрагмы и движений самой грудной клетки. Поэтому спирография может выявить уменьшение дыхательного объёма, резервных объёмов вдоха и выдоха, снижение жизненной ёмкости лёгких. Как правило, выявляются значительные рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания. У части больных выявляют обструктивные нарушения по типу развивающихся при ХОБЛ, особенно у курильщиков.

14. Полисомнография при синдроме Пиквика выявляет сложные расстройства сна. Особенно они выражены, если он сочетается с синдромом сонного апноэ, которое встречается довольно часто (D.Banerjee et al., 2007).

Лечение

Лечение первично выявленных больных с синдромом Пиквика целесообразно начинать в стационаре и продолжать в амбулаторных условиях. Ведущим симптомом синдрома Пиквика является ожирение. В его лечении в настоящее время используются консервативные и хирургические методы.

Консервативное лечение. Поскольку ожирение является одним из важных компонентов синдрома Пиквика, прежде всего рекомендуется диета. Самое лучшее - назначить больному жёсткое гипокалорийное питание (из расчёта 600-800 ккал в первые 7-10 дней, затем по 1200 ккал в день). Всё же здесь необходимы продуманные подходы. Если ожирение крайней степени. возможна попытка быстрого снижения веса с помощью такой диеты. Если же ожирение 3-4-й степени (инлекс Кетле в пределах 40 45), снижение веса не следует проводить ускоренными темпами.

Быстрая потеря веса нередко сопровождается слабостью, плохим самочувствием. Поэтому может быть рекомендована диета, которую мы назначаем при метаболическом синдроме: пищу принимать 5-6 раз в сутки, повышенное содержание мясных блюд из постного мяса. Проводить дни разгрузок: 2 раза в неделю за целый день принимать только 600 г обезжиренного творога и 1200-1500 мл простокваши или 1500 г яблок и т.д.

Следует значительно ограничивать сахар, мёд, конфеты, жиры, жидкости, соль, картофель, морковь и блюда из яиц, сладкие сорта винограда, виноградный сок.

Назначаются современные лекарства, способствующие снижению веса или приостановке его набора.

1. Акарбоза (глюкобай). Препарат угнетает альфа-амилазу поджелудочной железы и кишечную альфа-глюкозидазу. В результате тормозится распад олигосахарид, трисахарид и дисахарид до глюкозы и замедляется всасывание сахара из кишечника, тем самим предотвращается дальнейшее нарастание веса. Доза 50 мг – в 1-й день 1 таблетку, во второй – 2, с третьего – 3 раза в сутки длительно. Принимать перед самой едой или во время еды.

- 2. Сибутрамин (меридиа, линдакса) обладает выраженной анорексигенной способностью, что и приводит при длительном приёме к снижению веса. 1-12 недель по 1 таблетке (5 мг) 2 или 3 раза в день, перерыв 7 недель. Вновь приём с 19-й до 30-й недели, перерыв 7 недель и вновь приём с 37-й до 48-й недели.
- 3. Орлистат (ксеникал), ингибирующий желудочные, панкреатические и кишечных липазы и блокирующий расщепление триглицеридов, что приводит к уменьшению поступления в кровь свободных жирных кислот и моноглицеридов и также к потере веса. Доза 120 мг в капсуле 3 раза в сутки во время еды, также длительно.

Поскольку все три препарата обладают различными механизмами действия, их следует давать одновременно.

Эффективность консервативных методов лечения не очень высока. Она больше помогает в лёгких случаях синдрома и требует от больного большого упорства, дисциплинированности и терпения.

Хирургическое лечение. В настоящее время разработаны достаточно эффективные бариатрические (т.е. направленные на снижение веса тела) хирургические методы. Их следует применять при средних и тяжёлых степенях ожирения и наличии ясно выраженного добровольного информированного согласия больных на эти операции. Желательно получение разрешения этического комитета больницы на проведение операций.

Бандажирование желудка – уменьшение объёма его наложением на него специального силиконового бандажа в виде кольца. Бандаж накладывается и затягивается на желудке таким образом, чтобы разделить его на две части, верхнюю и нижнюю. Регулируя степень сжатия бандажа, специалисты добиваются оптимального режима прохождения пищи по пищеварительному тракту и контролируют скорость потери веса пациента. Операция занимает 20-30 минут и хорошо переносится пациентами.

Вертикальная бандажная гастропластика или рукавная гастрэктомия: удаляется большая часть желудка, из оставшейся части формируется очень тонкая трубка (рукав), через которую пища проходит лишь малыми порциями и длительно.

Желудочное шунтирование: желудок поперечно прошивают танталовыми скрепками. Верхняя часть желудка делают маленький ~ 50 мл. К нему подтягивают тонкую кишку и пришивают. Пища поступает лишь малыми порциями и обходит большую часть тонкой кишки.

Билиопанкреатическое шунтирование: то же, только верхний желудок ~ 200 мл, а тонкая кишка подшивается к нему с максимальным укорочением оставшейся части – не более 50 см.

В настоящее время многие операции выполняются лапароскопически. Открытые и лапароскопические операции действенны одинаково.

Данные по метаанализу и когортным исследованиям по оценке хирургических методов лечения ожирения у больных синдромом Пиквика можно найти в обзоре J.Picot et al. (2009).

В когортном исследовании было показано, что после хирургического лечения потеря веса продолжалась в течение 10 лет, тогда как леченные нехирургическими методами за это время даже набрали вес. Кроме того, после хирургических методов снизилось число больных с метаболическим синдромом и был выше процент ремиссий по диабету. За 10 лет у леченных хирургическим путём сократилось число сопутствующих болезней.

Желудочное шунтирование было более эффективно, чем вертикальная гастропластика и регулируемое бандажирование желудка. Лапароскопическая гастрэктомия была более эффективной, чем желудочный бандаж. Основные осложнения оперативного лечения: нарушение анастомоза, тромбофлебит, пневмония, эрозия желудка. Летальность при хирургических операциях колеблется от 0 до 19%.

Бариатрическая хирургия была экономи-

чески более эффективной по сравнению с нехирургическими методами.

Тем не менее все эти оценки пока остаются предположительными, до тех пор, пока не будет большей группы наблюдения. Идут поиски новых оперативных вмешательств, более эффективных по исходам и по экономическим затратам.

Терапия гепоксии. Воздействие на второй признак болезни - гипоксию. Здесь имеется необходимость продумать лечебные мероприятия. Мы знаем, что ряд больных лёгочным сердцем плохо переносит ингаляции кислорода. Поэтому оксигенотерапия должна проводиться, особенно на первом этапе, под тщательным контролем. Наладив ингаляции кислорода. следует оценивать реакцию больного. При хорошей переносимости - интенсивную кислородотерапию продолжать. При отрицательной реакции - обсудить вопрос о дальнейшей тактике. Например: наладить прерывистую оксигенотерапию: доказано, что кислород, подаваемый периодически с достижением уровня сатурации 92-95%, действует более эффективно, чем при непрерывной его подаче.

Кроме того, кислород в такой ситуации следует сочетать с дыхательными аналептиками (кофеин или кордиамин внутрь или внутримышечно, подбирая дозу по массе тела) и с обязательным контролем ${\rm CO_2}$ в крови.

Назначают ЛФК с целью стимулирования диафрагмального дыхания. Для улучшения ночного сна больному рекомендуют возвышенное положение туловища в постели, приём на ночь кордиамина (1 чайная ложка внутрь).

Респираторная поддержка. У больных, имеющих синдром Пиквика, чаще всего используется неинвазивная вентиляция лёгких через маску с постоянным положительным давлением во время вдоха и выдоха (СРАР – continuous positive airway pressure), при котором положительное давление (выше атмосферного) устанавливают на протяжении всего дыхательного цикла. В большинстве случаев давление во время вдоха поддерживается па уровне 8-11 см вод.ст., а в конце выдоха – 3-5 см вод.ст. Частоту дыхания обычно устанавливают от 12-16 до 18-20 в минуту (у пациентов с ослабленной дыхательной мускулатурой).

Такое лечение позволяет значительно уменьшить тягостные клинические симптомы (одышку, сонливость, нарушение сна); улучшить газообмен; повысить качество жизни; уменьшить нагрузку на аппарат дыхания и улучшить функцию дыхательных мыши.

Если имеются признаки правожелудочковой сердечной недостаточности (ХСН), как при лёгочном сердце: для снятия тахикардии – ивабрадин (кораксан) по 5 мг утром и вечером 8-10 дней, затем по 7,5 мг 2 раза в день. Верапамил по 240 мг в 15 и 20 часов (!) (при таком приёме его действие в 4 раза сильнее) 2 месяца (или дольше по эффекту).

Внутривенно вводить 100 мл поляризующей смеси, в которую добавить дигоксин или корглюкон по 2 мл капельно, с частотой 60 капель в минуту, 1 раз в день. Такие инфузии проводят 2-3 дня, решая после этого вопрос о целесообразности их продолжения. Мочегонные (фуросемид (лазикс) по 40 мг или больше внутрь или внутримышечно или торасемид (диувер) по 5 или 10 мг внутрь – по необходимости.

После завершения капельниц с поляризующей смесью – современные средства лечения сердечной недостаточности – карведилол (дилатренд) от 6,25 до 25 мг в сутки либо ИАПФ или блокаторы рецепторов АПФ, подбирая эффективные дозы по массе тела.

Можно вспомнить (особенно при наличии XCH) старый метод – кровопускания по 500 мл 1 раз в неделю, 3-4 процедуры. Эта процедура уменьшает реологические нарушения и улучшает кровообращение и микроциркуляцию, уменьшает симптоматику XCH.

При наличии бронхообструктивного синдрома – вдыхание через небулайзер 1 мл беродуала и 2 мл будесонида 3 раза в день 2-3 месяца, а затем по потребности. Там, где нет тахикардии и артериальной гипертензии, можно давать теофедрин. Одновременно со снятием бронхоспастического синдрома входящий в состав этого препарата эфедрин будет стимулировать

центральную нервную систему, дыхательный центр, уменьшая сомнамбулизм и улучшая качество жизни.

Для уменьшения явлений гипоксии мозга: цитохром С (цито-мак) по 2-4 мл в/м 2 раза в сутки, 15-25 дней. До начала введения нужна проба – инсулиновым шприцем внутрикожно ввести 0,1 мл препарата. Если через 30 минут не будет реакции – покраснения лица, крапивницы, можно проводить лечение. В сутки можно ввести до 32 мл цитохрома. Можно цитофлавин по 10 мл на 200 мл физраствора или волювена, хаес-стерила, капельно, с частотой 20-40 капель в минуту (вводить за 7-8 часов), 1 раз в сутки также 15-25 дней.

С целью улучшения реологических свойств крови: антиагреганты – ацетилсалициловую кислоту (аспирин) по 350 мг 1 раз в сутки. Вместо аспирина можно тромбоАСС 100, или кардиомагнил 75, или 150, или клопидогрель (плавикс) 75 мг (детям до 18 лет противопоказан), или другие на выбор пациента и врача. Эти препараты назначаются во время или после ужина 1 раз в сутки.

Показаны современные гепарины, например, надропарин кальция (фракиспарин) по 0,6 мл 2 раза в сутки под кожу живота – 2 недели. Вводится, вкалывая иглу готового шприца на всю длину горизонтально. Растирать место укола нельзя!

По мере необходимости другая симптоматическая (сопроводительная) терапия. Следует помнить, что снотворные, транквилизаторы, опиаты, антигистаминные препараты первого поколения и другие лекарства с седационным эффектом больным синдромом Пиквика противопоказаны.

Прогноз

Как правило, прогноз неблагоприятный. Как вычислили учёные, каждый килограмм излишней массы тела сокращает продолжительность жизни на 3 месяца. Повидимому, смертность зависит также от целого ряда других причин, ибо больные синдромом Пиквика умирают примерно в 2 раза чаще по сравнению с пациентами, имеющими только ожирение. Часто смерть наступает из-за синдрома сонного апноз и остановки дыхания во сне. Играют роль также тромбозы и тромбоэмболии, часто тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА), изменения со стороны сердца и другие причины.

Пример случая синдрома Пиквика

Больная К., 1952 г.р., поступила в реанимационное отделение Республиканской клинической больницы Дагестана 09.06.2014.

Жалобы на одышку в покое, заплетающийся язык, выраженную прибавку в весе, сонливость, галлюцинации. Анамнез: год назад перенесла пневмонию, через 6 месяцев болела повторно (данные по жалобам и анамнезу собраны через родственников. Сама больная на вопросы внятно не отвечает, даже после растормаживания тут же впадает в сон).

Объективно: общее состояние крайне тяжёлое, положение в постели пассивное, вынужденное, сидячее. Неадекватна, дезориентирована, находится в сомнамбуле. Диффузный, выраженный цианоз лица, губ, нижних конечностей. Ожирение диффузного типа – жир на конечностях, спине, груди, животе. Шея укорочена, голова как бы вдавлена в надплечье, склонена кпереди. Живот увеличен в размерах, висит «фартуком». Передняя брюшная стенка цианотична. На голенях обеих конечностей трофические изменения кожи, цианотичные отёки.

Пропальпировать что-либо в брюшной полости невозможно – больная не может лежать, а сидя проникнуть далее жировой массы не удаётся. Язык обложен белым налётом, влажный.

Аускультативно в нижних отделах дыхание не проводится. ЧДД по монитору от 42 до 46 в минуту.

Тоны сердца глухие. ЧСС по монитору от 94 до 112, на периферийном пульсе – то же. АД 160/120, при динамическом мониторном наблюдении от 120/80 до 170/100. Нижние конечности, кисти рук – отёчные. Моча выделяется по катетеру.

Диагноз: синдром Пиквика, ожирение выше IV степени (масса тела 127 кг, рост 150 см, индекс Кетле 66,7), резко выра-

женный синдром гипоксии и гипоксической энцефалопатии: диффузный цианоз почти всего тела, сомнамбулическое состояние с нарушением контакта, отёчный синдром неясного генеза; варикоз вен обеих голеней.

Обследование:

Рентгенография (сидя): левое лёгкое уменьшено в объёме вследствие периферических интенсивных наслоений. Правое лёгкое также уменьшено, хотя менее выражено, чем левое. Тень сердца расширена. Диафрагма не визуализируется.

ЭКГ: ЧСС 102 в минуту. Ритм синусовый. Резкое отклонение электрической оси сердца вправо. Перегрузка правого предсердия. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Выраженные диффузные неспецифические изменения миокарда.

Дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Эхографические изменения в больших подкожных венах с обеих сторон, признаки недостаточности остиального клапана БПВ с обеих сторон.

УЗИ брюшной полости: печень 16,8 см, капсула плотная, эхогенность мелкозернистая. Звукопроводимость по диафрагмальному краю снижена. v.portae 1,1 см, vcava 2,6 см. Жёлчный пузырь с перифокальным фиброзом. Поджелудочная железа не визуализируется. Селезёнка 11,1 х 4,6 см. Контуры ровные, структура однородная. vlienale 0,8 см.

УЗИ почек: расположены в типичном месте, подвижность в пределах нормы, контуры ровные. Размеры: правая $10,7 \times 5,1$ см, левая $12,2 \times 5,4$ см. Толщина паренхимы правая 1,7 см, левая 1,5 см. Эхоплотность паренхимы снижена. Соотношения паренхима/чашечно-лоханочная система в норме (1/2). Чашечно-лоханочная система умеренно уплотнена. Во всех отделах единичные микролиты. Надпочечники не визуализируются.

УЗИ плевральных полостей: визуализируется жидкость справа до 35 мл, слева до 120 мл.

Температура тела колебалась от 36,9 до 37,5 $^{\circ}$ С.

SpO₂ за время пребывания в отделении 70%, 70% и 68%, несмотря на постоянные ингаляции кислорода.

Общий анализ крови: гемоглобин 150 г/л, гематокрит 58,4%, эритроциты 5,69 х 10^{12} л, лейкоциты 11,4 х 10^{9} /л, COЭ 19 мм/час, тромбоциты 267 х 10^{9} /л, сегм. 70%; лимфоциты 17%, моноциты 10.

Диурез (через постоянный катетер) – 1300 мл за 11 часов пребывания в реанимационном отделении. Общий анализ мочи: относительная плотность 1015-1016, белок 1,39-0,45 г/л, эритроциты 3-4-5, лейкоциты 5-6-7 и плоский эпителий 7-8, цилиндры гиалиновые 0-1-2 в п/зр.

Общий белок 79,1 г/л, мочевина 9,1 ммоль/л, креатинин 83 мкмоль/л, сахар крови 7,89 ммоль/л, билирубин 16,4 мкмоль/л, АСТ 27,7, АЛТ 27,7, Na 139 ммоль/л, К 5,4 ммоль/л, холестерин 5,01 ммоль/л, ЛПВП 0,51 ммоль/л, ЛПНП 3,86 ммоль/л, триглицериды 1,4.

Свёртываемость крови 3 мин 10 с, повторно 3 мин 30 с. Длительность кровотечения 1 мин, повторно 40 с, АЧТВ 29, фибриноген 4,4 г/л, протромбиновый инлекс 100.

Лечение. Приём препаратов per оз затруднён. В условиях асептики установлен подключичный катетер по Сельдинскому справа без технических трудностей.

Назначения: надропарин (фраксипарин) 0,6 под кожу живота 2 раза в сутки, в/в нефракционированный гепарин 10 тыс. МЕ; реополиглюкин 400 мл, капельно, с частотой 60 капель в минуту; одновременно физиологический раствор 200 мл, в который добавлены трентал 5 мл, мексидол 2 мл, милдронат 5 мл; в трубочку катетера – витамин B₁₂ – 500 мкг, цефтриаксон 1 г 3 раза в сутки, лазикс 1 мл; постоянные ингаляции кислорода через носовой катетер.

Состояние больной не улучшалось. К 20-му часу пребывания больной в отделении оно резко ухудшилось и наступила внезапная остановка сердца. Проведённые интенсивные меры реанимации эффекта не дали. Предположительная причина смерти – ТЭЛА.

Ибрагим ШАМОВ, профессор.

Махачкала.

Европейское общество кардиологов (ЕОК) насчитывает в своих рядах 80 тыс. членов, а его ежегодные конгрессы являются самыми большими кардиологическими форумами в мире. В нынешнем форуме приняло участие более 30 тыс. человек, а число присланных тезисов достигло рекордной отметки 11 500. Одних только представителей СМИ зарегистрировалось несколько сотен. Всесторонне осветить конгресс, программа которого представляет собой увесистую книжку объёмом 566 страниц, - невыполнимая задача. Но можно попытаться подвести некоторые итоги, тем более что наиболее важная информация сообщалась на многочисленных ежедневных пресс-конференциях.

Смена парадигм?

Согласно «Философской энциклопедии», парадигма (от греч. paradeigma - пример, образец) -«совокупность научных достижений. признаваемых всем научным сообществом в тот или иной период времени и служащих основой и образцом новых научных исследований». Известный американский историк науки Томас Кун охарактеризовал научные революции как процесс смены парадигм. Но у кардиологов всего мира это слово будет теперь ассоциироваться с названием клинического испытания (КИ) PARADIGM-HF (Prospective comparison of ARNI with ACEI to **Determine Impact on Global Mortality** and morbidity in Heart Failure).

Речь идёт о том, что экспериментальное лекарство LCZ696, представляющее собой сочетание блокатора рецепторов ангиотензина (БРА) валсартана и ингибитора неприлизина сакубитрила (AHU377), значительно эффективнее ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) эналаприла для снижения смертности и частоты госпитализации при хронической сердечной недостаточности (ХСН). Его результаты были доложены на конгрессе ЕОК одновременно с их публикацией в The New England Journal of Medicine.

Это было двойное слепое КИ, в котором участвовало 8442 больных из 47 стран с сердечной недостаточностью II-IV степени и фракцией выброса не более 40%, которые получали либо LCZ696 в дозе 200 мг дважды в день, либо эналаприл по 10 мг дважды в день. КИ было преждевременно прекращено, поскольку показало неоспоримые преимущества LCZ696. В группе, получавшей этот препарат, смертность от сердечно-сосудистых причин была на 20% ниже, а вероятность госпитализации уменьшилась на 21% по сравнению с группой, получавшей эналаприл.

Более того, LCZ696 переносился больными лучше эналаприла. По словам одного из исследователей Мильтона Пакера (М.Раскег, США), новое лекарство должно заменить ингибиторы АПФ и БРА в лечении XCH.

Однако комментарии читателей на сайте The New England Journal of Medicine настраивают на менее оптимистичный лад. «Нам, наверное, необходимо другое лекарство – для лечения эйфории», – пишет терапевт Адам Кортовски из Польши. Дэвид Эванс из США отмечает ущербный дизайн данного КИ.

Во-первых, больные в контрольной группе были обязаны прекратить предшествующее лечение, которое часто включало более высокие дозы эналаприла.

Во-вторых, «относительное» снижение летальности не имеет прямого отношения к судьбе конкретного больного. Если внимательно прочесть публикацию, то абсолютная польза нового препарата составила менее 3%. Сравниватьновые препараты с устаревшими в заниженных дозировках – излюбленный трюк фармкомпаний.

Так что для подтверждения полученных результатов необходимы независимые КИ. Только кто же будет их финансировать?

Деловые встречи

Инновации и сердце

Под таким девизом в Барселоне прошёл конгресс Европейского общества кардиологов

Разочаровали результаты стимуляции блуждающего нерва (СБН) у больных сердечной недостаточностью. По данным РКИ NECTAR-HF, СБН не улучшила сердечную функцию у этих больных. Устройство для СБН было имплантировано 96 больным в области шеи вблизи правого блуждающего нерва и соединено с подкожно расположенным пульс-генератором в области грудной клетки.

В контрольной группе устройство оставалось выключенным, а в другой группе средняя амплитуда стимуляции в начале исследования составляла 1,24 мА. Полгода спустя результаты объективных показателей сердечной деятельности оказались одинаковыми. Как известно, в древнегреческой мифологии нектар – напиток богов, дарующий вечную молодость. По-



Джон Эйкельбоом

хоже, подбирая броское название для своего КИ, экспериментаторы забыли, что слово «нектар» происходит от греческого уєкро́ς, то есть «мёртвый», и похоронили СБН как метод лечения сердечной недостаточности.

Где найти дефибриллятор?

Незадолго до конгресса от внезапной остановки сердца скончался 24-летний Артём Чечиков, который возвращался из Барселоны в Челябинск из свадебного путешествия. Этот случай широко освещался в российских СМИ. В частности, приводились слова заместителя директора Федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова Александры Конради: «Молодого человека мог бы спасти дефибриллятор в аэропорту. Их наличие в общественных местах - принципиально важная вещь. В некоторых странах Европы они установлены в троллейбусах и крупных супермаркетах - персонал обучен, как с ним работать, и эти дефибрилляторы спасают много жизней».

Тем интереснее было услышать выступление Бенджамина Дахана (В. Dahan, Франция), посвящённое новому методу определения оптимального числа и расположения сердечных дефибрилляторов. Внезапная остановка сердца является проблемой общественного здоровья, поскольку число таких случаев в Европе ежегодно достигает полумиллиона, а частота выживания – менее 5%.

Как правило, внезапная остановка сердца дебютирует фибрилляцией желудочков, и каждая минута задержки с дефибрилляцией снижает шансы выживания на 10%. Но где же должны находиться дефибрилляторы? В районных управах? В почтовых отделениях? На станциях метро? В аптеках? На велостоянках? Их оптимальное размещение остаётся нерешённым вопросом.

Докладчик показал карту Парижа, сплошь испещрённую точками – местами, где за последние 10 лет останавливались сердца. Буду-

чи географом, он разработал компьютерную модель, позволяющую рассчитать оптимальное расстояние до дефибриллятора в любой точке Парижа. По-видимому, эта модель может быть востребована для любого крупного города. Не только врач, но и обычный человек должен знать, где находится ближайший к месту происшествия дефибриллятор.

Весьма интересным показалось выступление профессора Петера Швандта (P.Schwandt, Германия), представившего результаты 15-летнего обсервационного исследования ожирения и повышенного артериального давления у 14 213 детей и 7838 подростков. Встречаемость (prevalence) артериальной гипертензии при нормальном весе составила 5,4%, при избыточном весе - 9,8%, при ожирении - 21,5%. По сравнению с детьми и подростками с нормальным весом риск гипертензии у ожиревших девочек был в 5,9 раза выше, у мальчиков - в 4,3 раза.

Примером инноваций в кардиологии может служить водитель сердечного ритма, работающий без батареек от энергии бьющегося сердца (А.Цурбухен (A.Zurbuchen) и соавт., Швейцария). Из-за разряжённых батареек приходится периодически менять имплантаты путём хирургического вмешательства. Однако энергию можно получить от работающей сердечной мышцы, что было продемонстрировано в эксперименте на свиньях. Сердце 60-килограммовой свиньи. бьющееся с частотой 130 ударов в минуту, вырабатывает в среднем 52 µW энергии, которой достаточно для работы водителя сердечного

Триумфальная пятилетка

Новые оральные антикоагулянты (НОАК) продемонстрировали несомненное преимущество по сравнению с антагонистом витамина К варфарином для профилактики инсульта при мерцательной аритмии или фибрилляции предсердий (ФП). Первый НОАК - прямой ингибитор тромбина дабигатран появился на рынке 5 лет назад после публикации результатов КИ RE-LY. На сегодняшний день он разрешён к применению более чем в 100 странах, включая Россию. Пятилетние результаты клинического применения дабигатрана были доложены на сателлитном симпозиуме в рамках конгресса ЕОК.

Как отметил Питер Кампгуйсен (Р.W. Катрhuisen, Нидерланды), слово «новые» применительно к дабигатрану и антагонистам Хафактора свёртывания ривароксабану, апиксабану и эдоксабану уже некорректно – разве вы назовёте «новым» автомобиль 5-летней давности? Предлагаются другие варианты – прямые оральные антикоагулянты (ПОАК), селективные (СОАК) и т.д. Однако пока нет консенсуса по поводу названия этой группы, по инерции продолжают пользоваться аббревиатурой НОАК.

Стюарт Коннолли (S.Connolly, Канада) продемонстрировал большую эффективность и безопасность дабигатрана по сравнению с варфарином в разных подгруппах больных, а также привёл данные катамнеза, превышающего 6 лет (продолжением RE-LY стало КИ RELY-ABLE). Комбинированные данные обоих КИ подтвердили клиническую эффективность дабигатрана в дозировке 110 мг дважды в день и 150 мг дважды в день по сравнению с варфарином для длительной профилактики инсульта у больных с неклапанной ФП.

Геморрагический инсульт встречался при приёме дабигатрана крайне редко (1 случай на 1 тыс. в год). Независимый сравнительный анализ применения дабигатрана и варфарина по программе Medicare (США) более чем у 134 тыс. больных с ФП подтвердил результаты КИ RE-LY (в котором участвовало более 18 тыс. больных).

Выступление вышеупомянутого П.Кампгуйсена было посвящено практическим вопросам защиты больного в эпоху НОАК. Например, как подготовить больного, получающего дабигатран, к плановому хирургическому вмешательству? Тактика зависит от степени почечной дисфункции (оцениваемой по клиренсу креатинина) и риска операционного кровотечения. Если почечные нарушения лёгкие, а риск кровопотери невысок, то дабигатран отменяют за сутки до операции, а при тяжёлой почечной недостаточности и высоком риске кровотечения - за 5 дней до операции.

А что делать при жизнеугрожающем кровотечении (например, вследствие травмы) у больного, принимающего НОАК? Вводить концентрат протромбинового комплекса и (в случае приёма дабигатрана) проводить гемодиализ. Создан антидот к дабигатрану идаруцизумаб, который проходит КИ RE-VERSE AD, начавшееся в апреле этого года (см. «МГ» № 67 от 10.09.2014).

Другим показанием к применению НОАК является венозная тромбоэмболия (ВТЭ), которая является в Евросоюзе (ЕС) причиной более полумиллиона смертей ежегодно. С 2014 г. в странах ЕС и США дабигатран был разрешён для лечения и профилактики повторной



Гарри Бюлер

ВТЭ и тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА).

Алекс Спиропулос (A.Spyropoulos, США) рассказал о применении дабигатрана при ВТЭ у более 10 тыс. больных при КИ RE-COVER, RE-MEDY и RE-SONATE. Эффективность варфарина и дабигатрана в дозе 150 мг дважды в день для предотвращения повторной или фатальной ВТЭ (у больных, ранее получавших парентеральные антикоагулянты по поводу тромбоза глубоких вен (ТГВ) или ТЭЛА) оказалась одинаковой, однако в группе принимавших дабигатран отмечалось значительное снижение частоты кровоизлияний. Эффект от препарата сохраняется даже спустя несколько месяцев после прекращения его приёма.

О новых возможностях дабигатрана при ВТЭ и ТЭЛА также говорилось на специальном медиабрифинге. По словам профессора Гарри Бюллера (H.Bueller, Нидерланды) – тромбоз глубоких вен и ТЭЛА являются проявлениями одного заболевания. О значимости проблемы свидетельствует статистика – от ТЭЛА ежегодно умирает больше людей, чем от дорожной травмы, рака простаты, рака лёгких и ВИЧ вместе взятых. Предполагается, что встречаемость ВТЭ

в США к 2050 г. удвоится (сейчас частота ВТЭ составляет там более 900 тыс. случаев в год). В Европе ВТЭ является причиной более 500 тыс. смертей ежегодно. ТЭЛА является непосредственной причиной смерти 10% больных, умирающих в больницах.

Дабигатран может быть назначен при ВТЭ и ТЭЛА после начального лечения инъекциями низкомолекулярного гепарина. При этом, по данным метаанализа КИ, на 40% снижается частота кровотечений по сравнению с приёмом варфарина.

Профессор Джон Эйкельбоом (J.Eikelboom, Канада) рассказал на брифинге об опыте применения НОАК. В его университетской клинике каждый второй больной с неклапанной ФП получает НОАК. По сравнению с группой, принимавшей варфарин, при назначении дабигатрана удалось снизить на четверть частоту ишемических, и на 2/3 – геморрагических инсультов.

Ответственность перед больными

По завершении брифинга профессор Ейкельбоом любезно согласился ответить на вопросы корреспондента «МГ»:

- Почему КИ RE-LY и последующие КИ дабигатрана были открытыми (open-label), а не слепыми (blinded)?
- Если вы посмотрите на КИ варфарина, проведённые много лет назад, то они тоже были открытыми. Эффективность варфарина зависит от того, насколько хорошо контролируется МНО. Лучший способ доказать эффективность нового препарата - плохо контролировать МНО в группе сравнения (как это было, например, в слепом КИ Rocket-AF). Поэтому мы должны были обеспечить оптимальную концентрацию варфарина. Во-вторых, представьте, что у вас возникло кровотечение, необходима срочная операция, а ваш врач понятия не имеет, какой препарат вы получаете.

Однако, решив проводить открытое КИ, мы стремились избежать систематических ошибок (biases). Летальность была ниже в группе принимавших дабигатран, и там реже встречались внутричерепные кровоизлияния. Это жёсткие конечные точки, где невозможна подтасовка результатов. Кроме того, у нас было ослеплённое сравнение (blinded comparison) двух доз дабигатрана, показавшее, что более высокая доза эффективнее, но приводит к увеличению частоты кровотечений.

Когда компания-производитель обратилась к нам с предложением провести данное КИ, наш ответ был таким: «Мы его проводим при условии, что мы же будем его контролировать». База данных находится в Университете МакМастера, мы сами решаем вопросы, связанных с публикацией полученных результатов. Оргкомитет данного КИ включал кардиологов, терапевтов, неврологов и т.д. из разных стран мира. Я являюсь гематологом.

Какова ситуация с назначением НОАК в Канаде? Возмещается ли больным их стоимость?

- В разных провинциях ситуация различна. В моей провинции Онтарио для возмещения стоимости препарата вы должны быть старше 65 лет и, прежде чем принимать НОАК, должны попробовать варфарин (безуспешно), или же ваш лечащий врач должен обосновать, почему вы не можете принимать варфарин.

- Это каким же образом?

- Например, если ваш больной живёт в 200 км до ближайшей больницы. Или же это колясочник, который не может добраться зимой до лаборатории, или имеется аллергия на варфарин и т.д.
- Недавно в British Medical Journal (ВМЈ 2014;349:g4517 doi: 10.1136/bmj.g4517) появилась критическая статья Томаса Мора (Т.Мооге) и соавт., подвергающая сомнению безопасность дабигатрана и требующая обязательного мониторинга кон-

центрации данного препарата в плазме. В редакционной статье этого же номера ВМЈ читаем: «Нынешняя ситуация оставляет клиницистам и пациентам выбор между чёртом, который им знаком (имеется в виду варфарин. – Б.Л.), и чёртом, которого они не знают».

- Как врачи, так и журналисты несут колоссальную ответственность перед больными. Если я дам больному неверные рекомендации, он будет их выполнять. Если ВМЈ пишет, что НОАК опасны, то на следующий день это тиражируется популярной прессой, и больные начинают отказываться от их приёма. Это напрямую отражается на работе нашей клиники. Ко мне приходит больной и заявляет, что хочет принимать варфарин вместо дабигатрана. «Вы с ума сошли», говорю я ему. На мой вопрос, почему он так решил, следует ответ: «Я прочёл об этом в газете». Это одна из причин того, что только половина больных в нашей клинике принимают НОАК.

Другая причина в том, что многие больные годами находятся на варфарине и не хотят менять препарат. Некоторые не в состоянии оплачивать из своего кармана лечение дабигатраном или другими НОАК. Разница в стоимости зависит от того, как вы будете её подсчиты-

фоне приёма ривароксабана или апиксабана больных следует переводить на дабигатран в дозе 150 мг.

- Можно ли проводить таким больным тромболизис?

- Здесь есть два подхода. Первый - ни в коем случае. Второй проводить тромболизис некоторым больным, не принимавшим дабигатран в предшествовавшие 48 часов, или если их активированное частичное тромбопластиновое время в норме. Консенсуса по данному вопросу на сегодняшний день нет. Когда мы научимся точно определять уровень лекарства в плазме, мы сможем дать какие-то рекомендации.

- Участвуете ли вы в КИ нового антидота к дабигатрану?

Да, участвую. Антидот (идаруцизумаб) необходим в редких случаях жизнеугрожающего кровотечения или когда необходима экстренная операция, а также, возможно, для проведения тромболизиса. Согласно КИ II фазы на здоровых добровольцах, вводимый антидот производит моментальную, полную и постоянную нейтрализацию дабигатрана. Сейчас проходит КИ идаруцизумаба у больных с ФП, которое займёт 2-3 года.

- В качестве гематолога вы участвовали в КИ всех четырёх НОАК. Могли бы вы сравнить новые препараты?



Директор Федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова академик РАН Евгений Шляхто (в центре) с

вать. Если смотреть только на стоимость таблеток НОАК, то разница с варфарином колоссальна. Если же учитывать необходимость постоянных лабораторных анализов (определения МНО) и большую частоту внутричерепных кровоизлияний при приёме варфарина, то картина окажется иной. В конце концов речь идёт о соотношении цены и эффективности (costeffectiveness), и в этом отношении НОАК выглялят предпочтительнее.

 На сегодняшней сессии вы приводили убедительные аргументы в пользу того, что нет необходимости осуществлять мониторинг концентрации дабигатрана в плазме. Однако, несмотря на приём НОАК, у больного с ФП развивается ишемический инсульт. Что делать?

– Ежегодный риск инсульта у больного с ФП, не получающего антикоагулянтной терапии, составляет в среднем 5%. Если назначен дабигатран, он снижается до 1% (т.е. на 80% по сравнению с отсутствием какого-бы то ни было лечения). Если у этого 1% возникает инсульт, нужно, вопервых, проверить, регулярно ли принимался дабигатран (комплаенс). Во-вторых, что послужило причиной инсульта?

В одном случае из трёх или четырёх он возникает от кардиогенной тромбоэмболии, а в остальных случаях - вследствие тромбоза сосудов. В этих случаях дабигатран неэффективен. Но даже при самом лучшем лечении в полости сердца могут образовываться тромбы. Обычно при этом нужно придерживаться наиболее эффективной терапии антикоагулянтами. Согласно Европейским рекомендациям, при возникновении инсульта на

- Раньше в моём арсенале был один инструмент (варфарин. -Б.Л.), а теперь их стало четыре или пять (эдоксабан ещё не разрешён к клиническому применению). Это хорошо для больных. Инструменты очень похожи, но имеют ряд важных различий, которые надо использовать. Например, если я хочу максимально снизить вероятность инсульта, я назначу дабигатран в дозе 150 мг. Если больной хочет принимать лекарство один раз в день, я рекомендую ему ривароксабан. Если он ослаблен, то препаратом выбора станет апиксабан. Дело в том, что НОАК не только могут заменить варфарин, но могут назначаться тем больным, которым мы раньше не могли ничего больше предложить. Не следует также забывать удобство приёма НОАК.

В аэропорту Барселоны в мои руки попал номер газеты Daily Mail с заметкой с конгресса ЕОК. В ней цитировалось исследование с участием полумиллиона китайцев в течение 7 лет. У счастливчиков, кто ежедневно ел одно яблоко и половину банана, риск сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта снижался на 25-40% по сравнению с теми, кто фруктов не ел никогда. «Чем больше фруктов вы едите, тем ниже риск сердечно-сосудистых заболеваний», - утверждает ведущий исследователь Хуайдонг Дv (Huaidong Du), Об очередных инновациях в кардиологии мы узнаем на следующем конгрессе ЕОК в Лондоне.

* * *

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

Барселона - Москва.

Акценты

Первичная помощь на повестке дня

Ещё раз подтверждается актуальность этих проблем

Проблемы первичного звена всё более актуальны для жизни российского здравоохранения. В Москве, в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы модернизации системы первичной медицинской помощи и повышения эффективности управления медицинскими организациями». В ней приняли участие Министерство здравоохранения РФ, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Научно-исследовательский институт общественного здоровья и управления здравоохранением. Конференцию открыл академик РАН Анатолий Вялков.

Первичная медицинская помощь является наиболее массовой и ответственной за решение проблем охраны здоровья населения. Всемирное сообщество уже давно сформулировало тезис о глобальной политике достижения здоровья для всех в XXI столетии. В соответствии с ней развитие систем здравоохранения, включая общественное, должно быть основано на опережающем развитии первичной медико-санитарной помощи, которая стала центральным звеном всей системы. Она привлекательна тем, что наиболее доступна, экономически и социально приемлема, оказывает большое влияние на обеспечение качества и эффективности медицинской помощи в целом. Это также неотъемлемая часть всего процесса социально-экономического развития общества.

В последние годы модернизация системы здравоохранения в Российской Федерации объявлена практически наиболее значимой задачей отрасли на ближайшие годы, в стране утверждены и реализуются региональные программы модернизации. Но вместе с тем органы управления здравоохранением, медицинское сообщество не выработали пока единых взглядов на проблемы, цели, задачи и подходы к развитию и формированию более современной системы охраны здоровья и медицинского обеспечения граждан. Поэтому необходимы глубокая проработка поставленной цели по модернизации, обмен мнениями по различным её аспектам.

На конференции обсуждались значимые вопросы: реформирование амбулаторно-поликлинических учреждений - взгляды, здоровья и управления здраво-

программы, прогнозы, организационно-функциональные модели амбулаторно-поликлинических учреждений, подходы и задачи проводимых преобразований. Также были затронуты вопросы состояния и перспектив развития диагностической, профилактической, лечебной, реабилитационной и медико-социальной помощи на догоспитальном этапе, этапность оказания медпомощи в современных условиях, с учётом расширения прав застрахованных по выбору врача и лечебно-профилактического учреждения. Нечасто мы обращаемся сегодня к проблемам организации медицинской помощи работникам промышленных предприятий в современных условиях, особенностям работы амбулаторно-поликлинических объединений и учреждений в сельской и городской местности, в условиях Крайнего Севера и др. Все эти темы прозвучали в докладах выступающих.

Значимыми становятся вопросы профилактической медицины и задачи медицинских учреждений первичного звена по формированию мотивации к здоровому образу жизни и здоровьесберегающему поведению граждан, им был посвящён не один доклад.

Слабым звеном здравоохранения называют сегодня первичную подготовку и переподготовку руководителей амбулаторно-поликлинических учреждений, врачей и среднего медицинского персонала по актуальным проблемам здравоохранения, в том числе по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». Обсуждение этого вопроса прошло активно, прозвучали в выступлениях острые замечания и предложения. Сегодня специалистам явно не хватает информационного обеспечения. знаний, как управлять качеством медицинской помощи в учреждениях, осуществлять медицинский маркетинг, создавать новые, более широкие возможности оказания медицинских услуг в учреждениях первичной медицинской помощи.

С докладом «Модернизация амбулаторно-поликлинических учреждений. Итоги и перспективы» на пленарном заседании выступил заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России С.Вылегжанин, Профессор Г.Сквирская ознакомила участников с результатами научнопрактических исследований, проведённых в НИИ общественного

охранением, а также с актуальными проблемами модернизации системы первичной медицинской помощи и повышения эффективности управления медицинскими организациями. Всего на двух пленарных заседаниях было заслушано 10 докладов, с которыми выступали директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России профессор С.Бойцов, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения Высшей школы экономики профессор С.Шишкин, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, советник при ректорате Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, профессор В.Решетников, руководитель Управления здравоохранения Якутска кандидат медицинских наук Л.Афанасьева, директор Всероссийского научнометодического геронтологического центра кандидат медицинских наук И.Архипов и другие. На пленарных заседаниях были представлены доклады иностранных гостей - «Инновации в первичной медицинской помощи. Модель, ориентированная на потребности населения» начальника Управления организации медицинской помощи Минздрава Республики Беларусь Е.Богдан и «Неотложная медицина во Франции. SOS-врач. Адаптация к модели в российских условиях» генерального директора консалтинговой организации Д.Бейве.

На двух секционных заседаниях было заслушано 15 сообщений на актуальные темы, докладчики - учёные Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, других научных, образовательных организаций, органов и учреждений здравоохранения, в том числе из 8 регионов Российской Федерации, а также зарубежные представители – из Высшей школы общественного здравоохранения Республики Казахстан, и два доклада из Республики Беларусь. В рамках конференции проведены два мастеркласса. Участники познакомились с работой городской московской поликлиники № 220, где успешно прошло реформирование.

В работе конференции приняли участие около 300 специалистов в области здравоохранения из 62 регионов России, представители зарубежных стран. Всем участникам конференции были вручены материалы конференции и сертификат участника.

> Валентина ЗАЙЦЕВА. корр. «МГ».

Учиться в медколледже — это здорово!

В приёмной комиссии медицинская колледжа Омской области подвели итоги набора учащихся на 1-й курс по специальностям «лечебное дело», «стоматология ортопедическая», «стоматология профилактическая». Отделения «сестринское дело» и «акушерское дело» в этом перечне стоят несколько особняком здесь практикуются две формы обучения: очно-заочное для имеющих аттестаты о среднем образовании и дневное на базе 9-х и 11-х классов.

Членов приёмной комиссии порадовал высокий уровень интереса абитуриентов к специальностям медицинского профиля. Количество подавших заявление на поступление в колледж, составило 866 человек, что значительно превышало число вакансий. Особенной популярностью, оказалось, в наборе этого года пользовались специальности «сестринское дело» и «стоматология ортопедическая». В среднем конкурс по колледжу составил 2,8 человека на место. Любопытно, что на «сестринское дело» больше всего было заявлений от уже имеющих стаж работы в учреждениях здравоохранения, а значит, выбор был осознан.

Общий же итог таков. Успешно прошли испытания и зачислены на 1-й курс более 500 человек. Это больше, чем было выпускников в нынешнем году, - 348. Из чего следует, что в молодёжной среде профессия среднего медицинского работника становится престижной.

> Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Он стал родиной первой сберкассы, в честь которой в Старом городе - Альштадте - названа улица, Придворной пивоварни (Хофброя), праздника Октоберфест и Чёрного обелиска, воздвигнутого в центре круглой Кёниген-плац в память о 60 тыс. баварцев, погибших в снегах России в 1912 г.

Перед величественным зданием Госбиблиотеки и Людвиг-кирхой с её высокой колокольней обращаешь внимание на небольшой указатель «Йозефиниум», висящий у начала небольшой улочки, ведущей к бескрайнему Английскому саду. Свернув в неё. приходишь через минуту-другую к частной клинике Святого Иосифа, предлагающей своим «клиентам» широкий спектр современнейших медицинских услуг. Открыв дверь, я попал в чистую и аскетичную по своему внешнему виду регистратуру, персонал которой тут же перешёл на английский. Женщина с косынкой на голове сказала, что их клиника может предоставить обслуживание и на русском, поскольку русская диаспора в Мюнхене довольно обширная.

Медицинский факультет университета и его клиники отделились от альма-матер и были вынесены далеко за пределы Альштадта и его Зендлинген-тор (как Боткинская больница в Москве, расположенная вдали от медицинского факультета МГУ им. М.В.Ломоносова на Моховой). Здесь возвышается старый готический собор Святого Павла, стоящий на краю лугов Терезии, где проводится знаменитый Октобер-фест. Перед собором через дорогу высится тёмная колокольня кирхи Лазаря, название которой объясняют расположенные рядом корпуса городской больни-

Прогулка по медицинскому Монахиуму

Так в XVII веке назывался всем хорошо известный Мюнхен



Городская больница в Мюнхене

цы. От собора к старому городу ведёт прямая улица к Зендлингентор, идя по которой я оказался в средоточии самых разных клиник и мединститутов, то есть в самом сердце университетского Медгородка, о котором читал ещё в Москве. Первой на пути от лугов Терезии и бульвара с монументом королю Максимилиану была Психиатрическая клиника – так гласит старая надпись над входом, к названию которой теперь добавилось

рапия». Напротив неё располагается большая хирургическая клиника, у входа в которую нежились на солнце люди с гипсом на ногах и руках, а также на креслахкаталках.

Вход в лечебные учреждения был совершенно свободный, охраны не наблюдалось, и служащие в регистратурах не возражали,

чтобы я поснимал внутри. Далее по пути к старому городу я пришёл к большому указателю, показывающему расположение всех лечебных заведений в городке, за пределы которого «выбились» Глазная клиника (Augen - так понемецки пишется привычное нам латинское «око»), а также большой параллелепипед красно-жёлтого кирпича, в котором, как оказалось, расположен Институт фон Петтенкофера, знаменитого гигиениста и инфекциониста. Баварец, как известно, не верил в «вирусы» Пастера, вызывающие специфические инфекции и, согласно научному фольклору, даже вызвал француза на дуэль. Пастер отвечая на вызов, заявил, что имеет право на выбор оружия, и предложил противнику две пробирки, в одной из которых была вода, а в другой культура холерного вибриона. Петтенкофер бактериологическое оружие испытывать на себе не стал и ретировался. Тем не менее это не умаляет его заслуг перед медицинской наукой и авторитет в глазах сограждан, которые установили ему и известному химику Либиху памятники на бульваре, у начала которого льются воды фонтана с пышнотелой Европой, увлекаемой быком с рыбьим хвостом.

В переулке, отходящем от центральной улицы Медгородка, тянущейся к воротам Зендлинген, стоит старое здание Медклинического института с расположенным сбоку приёмным покоем, над входом в который сооружён прямоугольный плоский козырёк, под который въезжает «скорая», распугивающая участников дорожного движения своей громкой сиреной.

Про «скорые» необходимо сказать несколько слов отдельно, поскольку носятся они довольно быстро и звук их сирен слышишь чаще, нежели полицейских и пожарных. Скорость передвижения медиков по улицам города обеспечивается наличием выделенных полос и невозможностью следования по ним других машин. Помимо выделенных полос для спецмашин на улицах имеются также и дорожки для велосипедистов, по которым они носятся, распугивая зазевавшихся прохожих. Дело в том, что поверхность дорожек в отличие от мощёных тротуаров очень гладкая и удобная для ходьбы.

Последнее, что хотелось бы отметить, - это отсутствие на улицах полных людей. И это при изобилии весьма калорийной еды на больших тарелках и льющегося везде рекой пива (явный контраст с США). Скорее всего это както связано с особой генетикой баварцев, организм которых не переводит излишние калории в отложения подкожной клетчатки...

> Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

Мюнхен - Москва

Исследования

Как показывает целый ряд исследований, уход на пенсию плохо сказывается на здоровье. Согласно докладу, опубликованному лондонским Институтом экономических проблем, вероятность наступления депрессии у новоиспечённых пенсионеров возрастает на 40%. А шансы того, что у них найдут по меньшей мере одно заболевание, увеличиваются на 60%. Эти данные были получены после проверки контрольной выборки людей на свойственные их возрасту заболевания и недомогания.

могут стать причиной физических болезней, поскольку человек перестаёт заботиться о себе.

Снижение уровня доходов также может сказаться на здоровье. Человек, который получает меньше денег, может начать покупать более дешёвые продукты, реже ходить к

Пенсия — медленная смерть

О результатах исследования, в котором участвовали 9 тыс. человек из 11 европейских стран, сообщает Гэбриэл Сальгрен, руководитель исследовательского подразделения. Как выяснилось, проблемы у всех похожие.

В первый год после ухода на покой здоровье человека обычно улучшалось («Хорошо немного отдохнуть от работы»), но уже через 2-3 года психическое и физическое состояние пенсионеров начинало ухудшаться. Результаты других исследований также подтверждают эти выводы. В Университете Бентли, штат Массачусетс (США), эксперты наблюдали за состоянием 12 тыс. американцев и обнаружили, что в среднем на протяжении 6 лет после ухода на пенсию у человека диагностируют какое-нибудь заболевание. Среди распространённых диагнозов - гипертония, сердечнососудистые заболевания, инсульт и артрит. Кроме того, выяснилось, что у пенсионеров чаще начинается депрессия.

Одиночество – это диагноз

Хотя возраст выхода на пенсию в разных странах различается например, в Китае мужчины завершают карьеру в 60 лет, в Индии пенсионный возраст колеблется между 60 и 65 годами, а в Норвегии он составляет 67 лет, – результаты исследования в разных государствах в целом похожи. И физические, и психические проблемы усугубляются с уходом на покой, вне зависимости от того, сколько лет пенсионеру - 65 или 75.

Существует ряд предпосылок для ухудшения состояния здоровья после выхода на пенсию, однако важнейшей из них является потеря социальной среды, стимулирующей человека. Для многих людей работа – это место, где они наиболее социально и физически активны. Когда основные социальные контакты перестают быть актуальными, здоровье деградирует.

Если взаимодействие с другими людьми исчезает, человек становится более одиноким. Как показывают исследования, одиночество приводит к психическим заболеваниям, а они, в свою очередь,

врачу и отказаться от абонемента в тренажёрный зал, поясняет экс-

Наблюдая за пенсионерами, психиатры отмечают: самые здоровые из них по-прежнему работают, занимаются волонтёрством, спортом, ведут активную общественную жизнь. Именно в этом, по мнению исследователей, и кроется спасение от проблем со здоровьем на пенсии. Пенсионерам необходимо заполнить пустоту, которая появляется в их социальной и физической активности после ухода с работы, причём занятиями, которые их стимулируют.

Kcmamu

Когда «ложиться под образа»?

Американские специалисты утверждают, что потеря способности различать запахи у пожилых людей является предвестником скорой смерти. В исследовании, стартовавшем в 2005 г., врачи предложили более 3 тыс. пожилых добровольцев пройти тест, который предполагал распознавание пяти запахов (апельсина, мяты, кожи, рыбы и розы). 78% добровольцев прошли тест успешно, правильно определив 4-5 запахов. Ещё 20% распознали 2-3 запаха. Один запах удалось определить 3,5% респондентов, сюда же вошли те, кто не определил ни одного.

Эксперимент продолжили через 5 лет, 12,5% испытуемых (430 человек) к тому времени умерли. Сравнив показатели с результатами тестирования. учёные установили, что смертность среди людей со слабым обонянием оказалось значительно выше.

Авторы исследования отмечают, что потеря обоняния сама по себе не приводит к смерти, она представляет собой признак того, что в организме происходит что-то опасное, выступая, таким образом, своеобразным предвестником близкой смерти.

> Юрий БОРИСОВ. По сообщению сайта reuter.com

Конкурсы -

Самая лечебная... песня



Таковой, согласно опросу, проведённому в Великобритании, признана Bohemian Rhapsody британской группы Queen. Она лучше других помогает поднять настроение. В опросе участвовали тысяча человек, которым на выбор было предложено 10 различных музыкальных произведений.

На втором месте в списке терапевтически полезных композиций респонденты указали Dancing Queen шведского квартета ABBA, а на третьем - сравнительно недавний хит британца Фаррелла Уильямса Нарру. Правда, Фарреллу пришлось поделить третье место с классической музыкой в целом.

Более 75% опрошенных заявили, что им нравится слушать музыку, когда им нездоровится или что-то идёт не так, и 9 из 10 признались, что музыка помогает улучшить настроение или даже отвлечь от плохого самочувствия.

Люди старше 65 лет отдали предпочтение классической музыке в целом, а среди молодёжи наиболее терапевтической оказалась песня Нарру. В списке также фигурировали хиты Боба Марли, Майкла Джексона и Робби Уильямса.

Шестиминутная композиция Bohemian Rhapsody не впервые возглавила списки самых популярных мелодий. Она дважды оказывалась на первой строчке британского хит-парада: в момент выхода в свет в ноябре 1975 г. и в ноябре 1991-го - после смерти солиста группы Queen Фредди Меркьюри. Bohemian Rhapsody представляет собой искусное смешение различных музыкальных стилей и, по признанию самих музыкантов, как нельзя лучше демонстрирует исполнительское мастерство каждого

Примечательно, что в тексте этой композиции, которую многие слушатели считают наиболее жизнерадостной и поднимающей настроение, содержится признание в убийстве, что только добавляет ей типично английского колорита.

> Юрий ГОРСКИЙ. По сообщению ВВС.

Академик РАН Анатолий Григорьев - вице-президент Российской академии наук, почётный доктор ряда университетов Европы и США. Говоря о главных направлениях научной деятельности, Анатолий Иванович на первое место ставит выяснение закономерностей адаптации организма при воздействии факторов космического полёта, создание и совершенствование системы медицинского обеспечения, внедрение в клиническую практику средств и методов контроля состояния человека, проблемы гравитационной физиологии, гормональной регуляции в условиях микрогравитации.

Родина, как известно, начинается с картинки в твоём букваре... А с чего начался ваш путь в профессию?

- Именно с книги. Дома у нас очень любили книги. Роман «Дорогой мой человек» Юрия Германа я прочитал уже старшеклассником. и он произвёл на меня сильнейшее впечатление. Чистое, светлое произведение! Я сказал маме, что тоже стану врачом. Она одобрила это намерение. В отличие от отца. который считал, что медицина дело для девочек, а мужику надо получать техническое образование или посвятить себя военной службе.

Нашли компромисс: поступаю в Военно-медицинскую академию в Ленинграде... Но я замешкался с получением направления из военкомата и к вступительным экзаменам опоздал. В результате стал студентом 2-го Меда. И сразу как-то «прикипел» к будущей альма-матер, учёба здесь стала одним из самых интересных периодов моей жизни. Друзья-студенты, мудрые преподаватели... В 1966 г. я получил диплом по специальности «лечебное дело».

- Кого из своих наставников вы бы выделили?

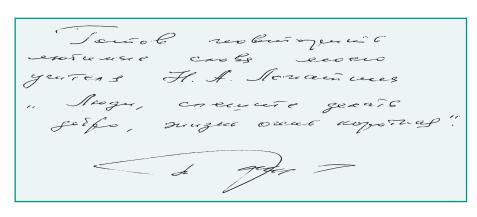
- Со 2-го курса я занимался в студенческом кружке по урологии у Н.Лопаткина, потом его сменили Ю.Пытель и А.Даренков... Меня как-то больше тянуло в теорию, к изучению физиологии почки. Хотя первая публикация была чисто клиническая.

Особый след в моей жизни оставил Николай Алексеевич Лопаткин. Я сразу же влюбился в педагога. Перед аудиторией стоял не романтик - хирург, человек чёткий, конкретный, любящий своё дело, умеющий рассказывать о сложном не то чтобы красочно, но доходчиво и очень увлекательно.

Николай Алексеевич навсегда остался для меня эталоном врача. Мне нравилась его резковатость. требовательность. Он не однажды говорил: хирургия - это как военное дело, где не должно быть людей расхлёстанных, несобранных. Хмурился: «Врач должен быть в белой рубашке и в галстуке»... В этом был весь Николай Алексеевич. Его взыскательность к будущим коллегам. уверенность - пациент должен уважать врача, в том числе и за его внешний вид. Ему ещё не было сорока, но это был уже маститый хирург. Выхаживание больного, снова и снова повторял Николай Алексеевич, - «это, не менее сложный и значимый процесс, чем сама операция».

Отмечу ещё одну важную черту





Анатолий ГРИГОРЬЕВ:

Науку надо делать весело

академика. Никогда не слышал от него недобрые слова в адрес своих коллег, даже если у них были не самые простые отношения. Всегда вёл себя достойно.

Вы затронули принципиально важную часть нашей жизни: роль педагога в воспитании профессиональной смены. Сохранилось ли такое отношение ныне?

- Боюсь, что многим из тех, кто постарше, не хватает времени для своих учеников. Может быть, и потому, что ученики не проявляют порой активности, которым отличалось наше поколение, - в желании воспринимать новые знания. Похоже, калибр учителей немножко стал не тот. Я не вижу, чтобы педагоги так же вот – нет. не цацкались, а возились, воспитывая юных студентов. Мы учились у наших наставников литературе, культуре поведения, вместе ходили в музеи, театры... Сегодня общение заменил компьютер. Нам же повезло: мы постоянно общались с великими людьми.

- Что можно – и можно ли – изменить здесь?

- Ситуация в какой-то степени тупиковая. С приходом новых информационных технологий перемены коснулись не только научных школ, но и взаимоотношений в семье, когда ребёнок на отдыхе вместо письма родителям шлёт эсэмэску... Стоит задуматься, как попытаться остановить этот «кариес», который разъедает общество. Снижение порога сопереживания особенно опасно для медицины. Стандарты, формализация, обучение на расстоянии - это всё технически облегчает нашу жизнь. Помогает быстрее приобщаться к знаниям. Но вот ведь – противоречие: при этом ослабевает духовная взаимосвязь. Всегда ли мы просчитываем конечный результат?

И ещё, вечное... Старшее поколение полагает, что оно всё знает. Надоедливо поучает молодых. Хорошо бы чувствовать меру нотациям. Кто-то мудро заметил: «Меня отец воспитывал полоской света под дверью. Она виднелась глубокой ночью. Все спали, а он работал»..

Что дают земной медицине ваши космические исследования?

Самое главное - не приборы. не методы, которые мы использовали для космоса, а сейчас передали в клиники. Главное – философия космической медицины!.. Её смысл - попытаться сохранить здоровье здоровых людей, занятых полётами в космос. Перед нами иная медицина: важно не только и не столько провести диагностику и лечение, а оценить уровень здоровья и не допустить, чтобы возникло заболевание. То, что когда-то Н.И.Пирогов назвал профилактической, превентивной медициной.

Великий Авиценна ещё в X веке говорил о наличии градаций уровня здоровья и уровня предболезни до того, как человек ощущает недомогание. Среди его оценок была, к примеру, такая: ещё не больной, но уже не здоров... Наша задача количественно определить уровень здоровья. Это удалось сделать с помощью нагрузочных проб, оценивающих резервы функциональных систем организма. Была разработана концепция медицины здорового человека. Открытия космической медицины откликнулись полноценным «эхом» для традиционного здравоохранения.

- Нельзя ли несколько иллю-

страций? В условиях невесомости возникает атрофия мышечного аппарата, деминерализация костной ткани как ответ на слабые нагрузки на организм при исчезновении земной гравитации. Были разработаны специальные костюмы - «Пингвин», позволяющие создать в невесомости адекватные нагрузки.

В начале 90-х ко мне пришли детский врач К.Семёнова вместе с профессором института И.Козловской: нельзя ли использовать такие костюмы для детишек с расстройствами двигательной сферы, в частности при детском церебральном параличе? Мы сообща взялись за решение непростой задачи. В итоге появились детские нагрузочные костюмчики «Адели». Академик Г.Северин создал специальный цех, поставив на поток изготовление спасительных для ребят «маленьких пингвинчиков».

Оказалось, что их использование помогает возвращать больному ребёнку не только радость движения, но и восстанавливает речь. Это было чудом – дети не только стали ходить, но и заговорили! Позднее новые костюмы стали применять и при сосудистых нарушениях,

после инсульта. Врачи получили инструмент для реабилитации пациентов при различных заболеваниях. Реабилитационные центры заработали не только в России, но и в Польше, Израиле, Италии, США и других странах.

Вклад космоса в традиционную медицину - это специальные электростимуляторы, использование отрицательного давления к нижней части тела в кардиологии, новые лекарственные препараты, в том числе эффективные средства для нормализации кишечной флоры... С космической медициной связано создание универсальных телемедицинских систем. С их помощью теперь можно получать высокое качество передаваемой медицинской информации, обеспечивая диагностику заболевания и выдачу рекомендаций для лечения.

Кардиоцентр, Институт неврологии, кафедры неврологии 1-го и 2-го московских медицинских институтов. Институт пульмонологии, многие другие клинические центры взяли на вооружение наши методы обследования, лечения и восстановления здоровья.

Осознаёт ли огромные возможности космической медицины молодёжь, та, что собирается дать Клятву Гиппократа?

- Мне приходится часто встречаться со студенческой аудиторией, в том же МГУ. Его ректор В.Садовничий создаёт все условия для того, чтобы сотрудники и студенты занимались космическими исследованиями. Однако бывает обидно, когда иные юноши и девушки не знают, кто такой был Королёв, Гагарин. Им о них не

рассказывали. В советские годы наука была очень престижной сферой деятельности. Можно ли вернуть такое?.. Сразу и не ответишь. Мало – только обучать. Надо ещё, чтобы люди видели, что наука является заботой, приоритетом государства. Я не против других приоритетов. Но в этой области v нашей страны всегда были достойные позиции. И очень важно сохранить и развить их. Хотя бы для того, чтобы, опираясь на фундаментальные исследования, понимать и ценить своё прошлое, уверенно смотреть в будущее.

Слагаемые творческого долголетия...

Мне повезло с учителями,

настоящими мудрецами по жизни. Н.Лопаткин, О.Газенко - оба долгожители, утверждали: главное иметь цель. И того и другого до последних дней не покидал высочайший профессиональный интерес. Для Николая Алексеевича, врача, он заключался в том, чтобы оказать помощь больному человеку. Для Олега Георгиевича - попытка узнать что-то новое с помощью космических исследований. Конечно, многое определяет генетика. Но оба не раз повторяли, как важно жить в ладу с самим собой... Долгожителями становятся те, кто много работает. Тот же, кто почивает на лаврах, быстро теряет интерес к окружающему.

- Когда выдаётся свободная минута...

- Беру в руки книгу. Предпочитаю мемуарную литературу. Чем старше, тем больше ценишь мнение других - интересны военные полководцы и деятели культуры, политики и учёные... Недавно с большим интересом прочитал биографию Черчилля. Не перестаю восхищаться, как много талантливых, ярких людей жили и

Дружите ли с искусством?

 Моя супруга Белла Радиковна, учёный-биохимик, - любительница живописи, музыки приобщила и меня - я ей очень благодарен за это - к театру, к консерватории. Предпочитаю классику – Моцарта. Шопена... С удовольствием встречаю на концертах своих коллег, у нас сложился свой своеобразный кружок поклонников музыки.

– Цените ли юмор?

- Не раз цитировал слова замечательно биолога, генетика Н.Тимофеева-Ресовского: «Науку надо делать не с мрачным лицом». Он, конечно же, прав: науку надо делать весело. Когда люди ироничны, когда у них хватает мудрости быть ещё и самоироничными, - это замечательно!..

- Любимый афоризм?

- Надежда - наш вечный двигатель жизни. Важно, чтобы врач умел вселить пациенту надежду, а пациент понимал: если рядом с ним достойный врач, то надежда есть всегда.

> Беседу вёл Михаил ГЛУХОВСКИЙ, корр. «МГ». Фото автора.

Директор-издатель В.МАНЯКО.



Главный редактор А.ПОЛТОРАК Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретары) И.СТЕПАНОВА, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Материалы, помеченные значком \square , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответст

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/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 14-10-00391 Тираж 35 005 экз. Распространяется по подписке в Росс и других странах СНГ.

- 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 (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124