



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Декабрь 2010

№ 9 (111)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Полная версия газеты <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>
Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте <http://www.zdrav.net>

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

С медицинскими кадрами проблема у нас повсеместная, на всех уровнях и во всех профессиях. Вот проблемы «руководства» (не будем поминать набившее оскомину: будешь хорошо учиться — будешь хорошим врачом, плохо — станешь главным врачом).

Руководят медицинскими и научно-медицинскими учреждениями врачи, врачи-ученые, иногда хорошие специалисты. Вместе с тем, хороший врач и хороший менеджер — не одно и то же. В нашей стране должность главного врача, руководителя медицинской организации является вершиной карьерного роста от простого врача, через заведующего отделением, заместителя по лечебной части (начмед) и далее. Формирование корпуса министров здравоохранения территорий идет из кадрового резерва главных врачей. Нередко — главных врачей районов, проявивших себя «крепкими хозяйственниками». Оставим в стороне коррупционную составляющую (об этом говорят в открытую — про стоимость административных должностей всех уровней в здравоохранении, причем за последние 5–6 лет «цена вопроса» возросла в 10 раз). Но с точки зрения «менеджмента» эти кадры не являются профессионалами-управленцами, не знают целей, задач и методов современного управления в системе здравоохранения, мало знакомы с правовой базой и т. д. Только на то, чтобы «войти» чиновнику в курс дела, уходит много месяцев, а к этому сроку уже кончаются полномочия.

Наш главный врач отражает глубинные деформации в менеджменте отечественного здравоохранения — профессиональную его направленность. Вместе с тем, здравоохранение является неотъемлемой частью экономической системы, и, как и в иных экономических подсистемах, во главе любой организации должен стоять управленец — менеджер. Вполне вероятно, и абсолютно справедливо, что он должен иметь определенный уровень медицинского образования. Так, например, в США обычно медицинской организацией руководит специалист с «высшим сестринским образованием». На самом деле, это образование медицинского менеджера, но так как там исторически организационные функции принадлежали медицинским сестрам, то и образование получило такое название.

Попытки создать кадровый потенциал «сестер с высшим образованием», менеджеров, оказались в России неудачными: теоретическое, а потому схоластическое образование без социального заказа на подобных специалистов — вот печальный итог этого образовательного проекта на протяжении уже почти 20 лет. Выпускники не могут найти адекватную работу в государственном секторе и в основном оказываются востребованными коммерческими структурами, где потребность в образованных управленцах высока.

Представляется оптимальной следующая форма управления медицинской организацией:

- менеджер со специальным образованием — директор,
- консультативный профессиональный орган с расширенными полномочиями по принятию стратегических и тактических решений (совет, дирекция),
- наблюдательный орган из лиц, не работающих в организации (местные жители, религиозные деятели, юристы, представители обществ больных и инвалидов).

Первый совет определяет общую профессиональную политику, руководитель является исполнительным органом, не имеющих больших прав на самостоятельные решения. Наблюдательный орган следит за соблюдением прав, ответственности медицинской организации, принимает участие в этической экспертизе, разборе конфликтных ситуаций. Все эти положения находят отражение в Уставе медицинской организации.

Кадровая проблема в районных и поселках существенно сложнее, чем в городах. Низкие зарплаты, крайне низкий процент укомплектованности штатов, непрерывный, практически круглосуточный, без выходных дней режим работы (а нередко — и без отпусков, так как нет свободного персонала, готового подменить коллегу на этот период, приходится зазывать на время варягов), отсутствие жилья, отсутствие реальных перспектив профессионального роста, отдаленность делают работы в районных и поселках крайне малопривлекательной. В результате, чем удаленнее и малонаселеннее пункт, тем меньше там медицинских работников и тем хуже укомплектованность штатов. Обычное положение — на 5–8 ставок лишь 1 врач. Именно отсутствием штатов в

первую очередь обусловлено значительное — в разы — сокращение участковых больниц и фельдшерско-акушерских пунктов, произошедшее за последнее десятилетие.

Неравномерность в заработной плате и условиях труда приводит к миграции медицинских кадров как

Медицина страны

из окна автомобиля

Из путевых заметок автопробега Москва–Сахалин 2010
«За справедливое здравоохранение»

П. Воробьев

Часть 2

Кадровый вопрос без ответа



между регионами страны, так и внутри регионов. Обычно сманивают специалистов «поштучно». Но иногда переманиваются целые коллективы. Характерен пример с анестезиологами: они составляют во всем мире осо-

бую касту специалистов. Анестезиологи все более востребованы, так как появляется все больше операций и процедур, которые проводятся с использованием анестезиологического пособия. Однако это одна из наиболее профессионально вредных специальностей (постоянное вдыхание газовых смесей и лекарственных препаратов в процессе проведения пособия). Из-за нехватки анестезиологов в настоящее время развернута настоящая охота по их переманиванию из больницы в больницу, из региона в регион и даже — в развитые страны. Так, например, в 2009 г. в Омске наблюдался дефицит анестезиологов из-за их переманивания в Ханты-Мансийский округ высокими окладами. В 2009–2010 гг. в Благовещенске разгорелся трудовой конфликт между главным врачом и анестезиологической бригадой из-за разногласий в сфере оплаты труда. В результате чего все анестезиологи крупной больницы разом уволились, получив место в других больницах.

Появление федеральных центров высокотехнологичной помощи привело к переезду специалистов из одних областей (например, Архангельска) в другие (например, в Астрахань). Аналогично, при открытии центра сердечно-сосудистой хирургии в Хабаровске в него ушли специалисты из соответствующего отделения краевой больницы. Таким образом, число специалистов, оказывающих данный вид помощи, не увеличивается в регионе. Сокращение персонала в имеющихся центрах, разрушение сложившихся коллективов приводит, скорее всего, к сокращению объемов высокотехнологичной помощи и ухудшению ее качества.

Вымывание специалистов нередко происходит за счет предоставления жилья. Так при открытии федеральных центров одним из условий соглашения с властями регионов является разовое выделение квартир для приезжающих специалистов. Ясно, что медицинские работники, которые не могут получить квартиры в месте своего постоянного проживания, уезжают на работу «за квартиру». При этом могут полностью обнажаться отдельные медицинские направления в регионах-донорах.

В отдельных регионах и даже районных центрах поняли возможность «заманивания» молодых специалистов с помощью надления их жильем. Примеров тому достаточно много. Так, например, поступили при открытии межрайонного диагностического центра в Комсомольске-на-Амуре, куда приехало много специалистов (именно спе-

Продолжение на стр. 2

Оплатите доставку Вам газеты

Дорогие друзья!
Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшать объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газеты адресату. На 2011 год мы планируем рассылать газету 1 раз в месяц. Убедительно просим вас оплатить доставку газеты за год в сумме 500 рублей. Оплатить можно в любом банке. В документе нужно указать фамилию, имя, отчество полностью, подробный почтовый адрес доставки газеты с индексом. Сохраняйте копию квитанции для контроля! Бесплатная рассылка сохраняется для членов МГНОТ, оплативших членские взносы в установленном порядке. Если по какой-либо причине Вы не можете оплатить доставку, напишите, пожалуйста, в редакцию письмо с просьбой-обоснованием по адресу: 115446, Москва, а/я 2, МТП НЬЮДИАМЕД
Просим вас, при желании в 2011 г. получить газету, оплатить ее доставку до 1 января 2011 г.!
С полной версией газеты, и значительно оперативнее, вы можете ознакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

ИЗВЕЩЕНИЕ

ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)	
7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа)	(номер счета получателя платежа)
в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)	
БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор/с банка получателя платежа)	
Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)	
Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2011 г. (с НДС-18%)	
Сумма платежа: 500 руб. 00 коп.	Дата: _____ 2010 года
Плательщик: _____ (подпись)	

КВИТАНЦИЯ

ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)	
7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа)	(номер счета получателя платежа)
в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)	
БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор/с банка получателя платежа)	
Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)	
Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2011 г. (с НДС-18%)	
Сумма платежа: 500 руб. 00 коп.	Дата: _____ 2010 года
Плательщик: _____ (подпись)	

ИнтерНьюс

Обман потребителей: «нетоксичная», «экологически чистая» бытовая химия

Исследователи из США продемонстрировали, что бытовая химия с отдушками и ароматизаторами, которую часто метят как «экологически безопасную» («green»), может быть источником опасных химических веществ, обычно не включаемых в перечень компонентов стирального порошка или посудомоечного средства. Исследователи из группы Анн Штайнеманн из Университета Вашингтона (Сиэтл) использовали методы газовой хроматографии для анализа летучих органических соединений (volatile organic compounds, VOC), выделяющихся из двадцати пяти марок средств бытовой химии, являющихся лидерами продаж на рынке США, таких как стиральные порошки, моющие средства и освежители воздуха. Было обнаружено, что вся эта бытовая химия является источником опасных химических соединений. Среди обнаруженных токсичных соединений были найдены такие канцерогены как ацетальдегид, формальдегид, 1,4-диоксан и дихлорметан. По словам Штайнеманн, Агентство по защите окружающей среды США не допускает даже следового содержания этих соединений в химических продуктах бытового назначения. Другие обнаруженные исследователями из Сиэтла опасные соединения, для которых, однако, существуют нормы содержания — метанол, кумол, гексан и хлорметан. В соответствии с законодательством США, производители химических продуктов бытового назначения не обязаны указывать состав смеси, применяющейся для отдушки товара. Также законом строго не определяются употребления таких характеристик как «экологически чистый» (green), «природного происхождения» (organic), «нетоксичный» (non-toxic) или «натуральный» (natural). Десять из 25 изученных продуктов были помечены вышеперечисленными метками, однако было обнаружено, что продукты с заманчивыми метками также испускают токсичные соединения, как и продукты, которые не помечены как «экологически чистые». Ян Колбек, специалист по экологии воздуха из Университета Эссекса, отмечает, что в настоящее время никто точно не знает, что конкретно могут обозначать термины «экологически чистый» или «природного происхождения» по отношению к продуктам бытовой химии, и поэтому, полагает он, производители химических продуктов бытового назначения только бы выиграли, если бы был разработан ряд правил, законодательно закрепляющих правомерность использования терминов «натуральный» и других. Колбек обеспокоен незначительной информацией о влиянии компонентов парфюмерных отдушек на здоровье человека, однако Штайнеманн полагает, что сделать окончательный вывод об опасности или безопасности бытовой химии сложно — влияние летучих органических соединений на здоровье человека практически невозможно отделить от влияния других факторов, воздействию которых подвергается организм человека. Штайнеманн подчеркивает, что исследование токсичности обнаруженных в моющих средствах соединений может быть индивидуально для различных людей — вещество, которое безопасно для большинства людей, у кого-то может вызвать приступ астмы, а у кого-то — эпилептический припадок. Может получиться и так, что два летучих органических вещества, безопасных по отдельности, будут наносить вред здоровью при их совместном воздействии. Соглашаясь с тем, что незначительные количества летучих органических соединений могут не представлять значительной опасности для большинства домохозяек, Колбек, тем не менее, предполагает, что нужно исследовать влияние продуктов бытовой химии на тех, кого, благодаря частым контактам с ними, можно включить в группу повышенного риска — например, работников прачечных служб или клининговых компаний.

Источник: ChemPort.Ru

Начало на стр. 1 ↗

циалистов, а не молодых врачей), главным образом из Амурской области. Аналогичная приманка для молодежи действует в Холмске, где, по-видимому, за счет отъезда из города значительной части населения высвобождается муниципальное жилье. Обратная тому ситуация в Каргаске, Томской области, где многолетние обещания жилья молодому специалисту-хирургу, представление площади в помещениях самой больницы, делают существование семьи сложным, а потому — недогловечным.

Еще раз следует подчеркнуть — наделение квартирами не является сегодня государственной политикой, программой, а лишь местной инициативой. Эти меры используются властями для откровенного переманивания специалистов из региона в регион и ведут не к улучшению системы здравоохранения в целом, а к ее деградации, эрозии.

Особым образом выглядит Москва и Московская область. С учетом «лужковских надбавок» к заработной плате, последняя весьма привлекательна не только для медиков близлежащих областей (Владимирская, Калужская, Рязанская, Смоленская, Тверская, Тульская), но и более дальних регионов, и даже сотрудников федеральных НИИ. Не столь привлекательны, но все равно существенно выше зарплаты медицинских работников в Московской области. Врачи и медицинские сестры тратят ежедневно по 2—3 часа для поездки в одну сторону, чтобы получать в Москве высокие оклады. На определенных рабочих местах удается работать по несколько суток подряд вахтовым способом (например, суточное дежурство, несколько часов отдыха и снова суточное дежурство на скорой помощи или в приемном отделении больницы). Более высокая платежеспособность населения делает привлекательными для гастарбайтеров и работу в коммерческих медицинских структурах. Известны случаи, когда целые отделения и коллективы представлены сотрудниками из одного региона.

На протяжении последних 15—17 лет большая часть выпускников медицинских ВУЗов (по разным оценкам, вероятно — в зависимости от регионов — от 30 до 50—60%) не приступала к работе по специальности. По официальной статистике, только треть выпускников остается работать в медицине. Связано это, главным образом, с низкой оплатой труда медицинских работников при высокой профессиональной нагрузке и ответственности врача, падающим престижем профессии. Значительная часть выпускников сразу трудоустроивается в фармацевтических компаниях, компаниях по продажам медицинской техники (нередко начиная работать в них еще в студенческие годы), другая — вообще не имеет в дальнейшей трудовой деятельности отношения к медицине.

При острой нехватке медработников тысячи выпускников медицинских ВУЗов 2010 г. были лишены возможности получить необходимое последипломное образование и оказались



С руководством здравоохранения г. Холмска



Лекция в Абакане

выброшены на улицу решением Минздравсоцразвития: выпускникам медицинских ВУЗов запретили прохождение интернатуры на базе лечебных учреждений, не имеющих статуса «клинических больниц». Точнее — запретили городскую интернатуру — т. е. проходить ее можно теперь только в ВУЗе. Выпускники медицинских ВУЗов к моменту выхода соответствующего приказа уже поступили в интернатуру, и об этом решении молодые врачи-выпускники узнали постфактум, когда в конце лета пришли в выбранные больницы для трудоустройства и продолжения учебы. Некоторые проделали путь в тысячи километров к месту своей работы и оказались без средств, чтобы вернуться в институт.

Да их там никто и не ждал. Все бюджетные места в интернатуре ВУЗов сразу после выпуска студентов уже заняты. Особенно пострадали выпускники медицинских вузов в регионах страны, где бесплатных мест в интернатуре меньше. В некоторых вузах плата за год обучения достигает 120 тысяч руб.

Одновременно с осени 2010 г. врачам-интернам и клиническим ординаторам снизили стипендию с 5800 до 2300 рублей. Врачи-интерны и клинические ординаторы лишены всех прав на общежитие и на льготный проезд в транспорте. Многие из них уже имеют семьи, снимают жилье. Интернатура и клиническая ординатура являются основным местом работы выпускника, а формальной возможности подрабатывать по специальности у интернов и ординаторов нет: с одной стороны, они заняты полный рабочий день, с другой — не могут подрабатывать дежурствами, так как не имеют сертификата по специальности.

Правовая коллизия возникла не вчера, и ее разрешить следовало уже давно. Интерны и ординаторы не являются «работающими», они — «учащиеся». Поэтому к ним применимы иные, чем к другим работниками, положения, касающиеся трудового законодательства, выплаты стипендии и др. Больницы действительно не могут «обучать» интернов и ординаторов в связи с тем, что у них нет лицензии на образовательную деятельность. Однако эта ситуация, постоянно обсуждаясь, не решалась годами, и абсолютно неприемлем способ ее решения в 2010 году.

Скорее всего, столь странное распоряжение было продвинуто ректорами с целью увеличения платных услуг в медицинских ВУЗах. Не очень понятно, почему ВУЗы надо поддерживать в ущерб всему остальному здравоохранению? Лишь потому, что ВУЗ в ведении Минздравсоцразвития? Главный совещательный орган по вопросам медицинского образования — Совет Ректоров, и мнение главврачей или министров здравоохранения субъектов Федерации никого не волнует. Дефицит обязательного послевузовского образования обеспечивает второй после поступления в институт конкурс и усиление коррупционной составляющей! Возникает принуждение к получению платной услуги, причем подвержены этому люди, затратившие на обучение шесть лет. Уже не развернешься и не уйдешь, нужно в кошелек лезть.

Вот такая кадровая политика — с перекосами.



КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

Издательство Ньюдиамед

Научно-практический медицинский журнал

Для практических врачей различных специальностей и социальных работников, которым постоянно приходится решать многие клинические и социальные проблемы больных пожилого и старческого возраста.

Знакомит читателя с фундаментальными вопросами биологии и патофизиологии старения, особенностями течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современными методами диагностики и лечения, социальными вопросами, организации здравоохранения, этическими вопросами, законодательством.

Имеет следующие разделы: передовые, оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, вопросы этики, деонтологии, медико-социальные проблемы, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах, рефераты статей, опубликованных в зарубежных журналах, ситуационные задачи с ответами и комментариями к ним; одна из рубрик журнала посвящена творческому долголетию.

Оформить подписку можно:

- по каталогу агентства «Роспечать» (индекс 72767);
- в редакции, заполнив бланк

Бланк-заказ на подписку журнала на 2011 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте). Ваш адрес просим указывать печатными буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие		
		1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
Номера журнала						
Цена одного номера в руб.						
		1100	1100	1100	1100	1100
ИТОГО (впишите сумму):						
НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.						

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, А/Я 2 Издательство «Ньюдиамед».

При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdrav.net

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

- в графе «Получатель» — ООО «МТП Ньюдиамед»;
- в графе «Назначение платежа» — адрес доставки, стоимость дана с учетом НДС (10%).

Первый опыт использования радиохиргии при лечении больных с немелкоклеточным раком легких (Центр онкологии и радиохиргии «Киберклиника Спиженко», Украина)

Ю.П. Спиженко, О.Е. Бобров, Т.И. Чеботарева, А.Л. Леонович, Ю.Н. Лещенко, О.А. Шараевский, С.Н. Лучковский

Лечение больных с немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) до настоящего времени остается одной из наиболее сложных проблем онкологии. Прежде всего, это связано с особенностями таких опухолей (Р.В. Орлова, 2000, J.F. Fowler et al., 2004):

— НМРЛ у 70% больных диагностируют при значительном местном и регионарном распространении (III В стадия и выше);

— НМРЛ малочувствителен к существующим стандартным методам лечения (хирургическому, лекарственному и традиционному лучевому).

Сводные сведения о выживаемости больных с НМРЛ при стандартном лечении в стадиях от 0 (T₁ N₀ M₀) до IIIA, B (T₁₋₃ N₀₋₁ M₀) в некоторых странах Европы представлены в таблице 1.

Страна	Выживаемость		
	1-летняя	3-летняя	5-летняя
Австрия	34	14	9
Англия	21	7	5
Германия	30	10	8
Исландия	35	16	10
Испания	30	13	11
Италия	32	11	8
Польша	27	9	6
Россия (С.-Пб.)	38	—	—
Финляндия	39	13	9
Франция	40	15	11
Швейцария	30	15	10
Швеция	30	10	7
Сводные данные	26,8	12,1*	8,5*

* — данные без учета России.

Как свидетельствуют показатели, приведенные в таблице 1, большинство больных с НМРЛ, у которых заболевание было диагностировано на достаточно ранних стадиях, после стандартного лечения не переживают даже первого года от установления диагноза, а пятилетняя выживаемость в этой группе больных не превышает 5–11%.

Еще хуже прогноз у больных, диагноз которым устанавливают на более поздних стадиях. Как горько шутят американские онкологи, «Если на Пасху больному устанавливают диагноз рака легких, то подарки на Рождество ему покупать не нужно».

Ситуация с НМРЛ в Украине также далека от удовлетворительной. По данным Бюллетеня Национального канцер-реестра № 10 «Рак в Украине, 2007–2008», в первый год от установления диагноза умирают 63,9% больных, а пятилетняя выживаемость составляет только 9,4%.

Именно этим и обусловлена актуальность научных исследований, направленных на поиск путей для улучшения результатов лечения больных с НМРЛ.

В конце XX века надежды клиницистов при лечении больных с НМРЛ связывали с включением в комплекс лечебных мероприятий лучевого воздействия — дистанционная лучевая терапия (ДЛТ), эндобронхиальная лучевая терапия (ЭБЛТ), брахитерапия и т. п., однако эти надежды не оправдались. Успехи, несомненно, были, но они оказались более чем скромными. Так, по данным С. Mountain (1994), у 152 пациентов с НМРЛ (стадия IIIA, B (T₁N₁M₀, T₂N₁M₀, T₃N₀M₀)), которым проводили фракционированную лучевую терапию по «радикальной программе» (с суммарной дозой до 60 Гр), удалось добиться увеличения 5-летней выживаемости на 10%. Еще более скромные результаты были получены С. Peres (1997), который пришел к выводу, что «... лучевая терапия не позволяет добиться полного регресса опухоли, но у 5–10% больных обеспечивает положительный паллиативный эффект, улучшая качество жизни пациента».

В итоге в начале XXI века лучевую терапию стали рассматривать не более чем малоэффективную альтернативу хирургии у пациентов, которые не могут перенести традиционную операцию из-за тяжести сопутствующей патологии, либо как сугубо паллиативный метод лечения легочных метастазов у больных с мультифокальными опухолями (G.E. Venn et al., 1989, U.B. Pastorino et al., 1999).

Изменения отношения клиницистов-онкологов к возможностям лучевого воздействия при лечении больных с НМРЛ сегодня связано с разработкой принципов «радиохиргии» и изобретением в 2001 году д-ром Джоном Адлером роботизированной радиохиргической системы «CyberKnife». Только эта система позволяет подвести к опухоли опухолюцидную дозу излучения при минимальной лучевой нагрузке на прилежащие здоровые органы и ткани (K. Nakagawa et al., 2000, Y. Nagata et al., 2002, P. Okunieff et al., 2006).

С 10 сентября 2009 года в Украине используется комплекс «CyberKnife® G4» (Центр онкологии и радиохиргии «Киберклиника Спиженко»). Настоящая работа — первое сообщение о личном опыте радиохиргического лечения больных с НМРЛ.

Критерии отбора пациентов для лечения на комплексе «CyberKnife® G4» и дизайн исследования

Проведено проспективное, нерандомизированное исследование, основанное на анализе опыта лечения в период с 10.09.2009 по 9.09.2010 г. 28 больных с НМРЛ

(5 женщин и 23 мужчины в возрасте от 47 до 74 лет, медиана возраста составила 66,4 ± 1,3 года).

Следует отметить, что среди наблюдавшихся нами пациентов ни у одного не было действительно ранней стадии НМРЛ. У 5 больных диагноз был установлен при IIA, B стадиях, а у остальных 23 больных были запущенные мультифокальные опухоли (IV клиническая группа). Срок жизни таких больных при использовании традиционных методов и технологий обычно не превышает нескольких месяцев.

Всего у 28 больных было проведено 76 фракций (операций) по поводу 67 опухолей. Только у 9 больных был первичный НМРЛ. Еще у 7 больных были метастазы в легкие колоректального рака, рака почек, меланомы. Еще одну группу (12 больных) составили больные с НМРЛ и метастазами в головной мозг (48 метастазов).

Только у 5 больных были одиночные опухоли легкого объемом от 4,6 до 68,8 мл (медиана — 34 ± 2,4 мл). У 19 больных — множественные опухоли легкого объемом от 23,7 до 97,5 мл (медиана — 48 ± 1,8 мл). В группе больных с НМРЛ и метастазами в головной мозг у 5 больных был один метастаз, у остальных — от 2 до 12 метастазов.

Решение о возможности использования радиохиргии принимали после оценки результатов обследования, включавшего компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) с ангиопрограммой и гистологическое исследование.

Общее состояние пациентов — неспособность перенести традиционное хирургическое вмешательство из-за дыхательной или сердечной недостаточности, тяжелых сопутствующих заболеваний, мультифокального распро-

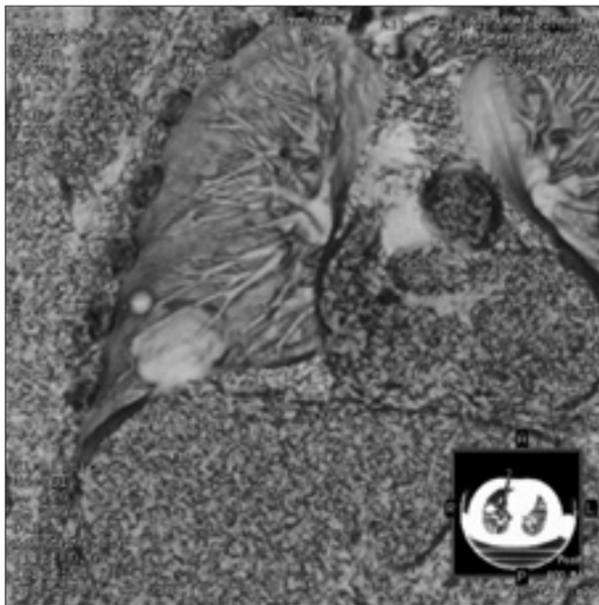


Рис. 1. Рак нижней доли правого легкого (3D-реконструкция). Прямая проекция



Рис. 2. План лечения с ориентацией по «метке» (Xsight-Lung)

странения опухоли — противопоказанием к радиохиргии не является. Также не считали противопоказанием проведение пациенту противоопухолевой терапии.

Противопоказаниями для радиохиргии являются мелкоклеточный рак легких, диаметр опухоли более 8 см, распространение опухоли в средостение, крупные бронхи и сосуды.

После принятия решения о радиохиргическом вмешательстве пациентам устанавливали (черезкожно, пункционным способом под контролем КТ) золотую рентген-контрастную метку в «опухоль-мишень». Спустя 5–7 дней после установки метки проводили «планирующие» КТ с контрастированием (контраст «Omnipaque 350») и МРТ с последующей объемной 3D-реконструкцией, с определением реальных границ опухоли (рис. 1) (K. Nakagawa et al., 2000).

Планируемый объем «очага-мишени» превышал на 5–8 мм определенные при диагностике размеры опухоли. При этом разрабатывали два плана: один для первичной укладки пациента с ориентацией по костным образованиям позвоночника, для учета и компенсации ротационные смещения (Xsight-spine), а второй — с ориентацией по «метке», введенной в опухоль (Xsight-Lung) (рис. 2). Амплитуду дыхательных движений контролировали системой «Synchrony». Для этого на пациента надевали специальный жилет со светодиодными датчиками, сигнал от которых улавливала камера «Synchrony», что обеспечивало точное подведение дозы в «мишень» (R. Nara et al., 2002).

Дозы и режимы фракционирования были строго индивидуальными для каждого пациента в зависимости от объема опухоли, ее расположения, конфигурации и близости к жизненно важным структурам. Лечебная изодозная кривая обычно составляла 67–90% от используемой для злокачественных (немелкоклеточных) опухолей легких дозы (J.F. Fowler et al., 2004, P. Fritz et al., 2006). Это позволило добиться уверенного покрытия «опухоль-мишени» дозой с конформным (выше 95%) распределением лучевой нагрузки.

Высокая точность подведения дозы к «мишени» (до 0,1 мм при линейных движениях и до 0,1° при ротационных движениях) обеспечивала надежную защиту нормальных тканей и возможность подведения высоких разовых доз.

Величина разовой дозы при периферическом раке составляла 18,5–20,0 Гр, при центральном раке — 10,5–12,5 Гр (количество фракций от 3 до 5). Доза за одну фракцию при лечении метастазов в легкие достигала 10–15 Гр (количество фракций 3–4). Лечение метастазов НМРЛ в головной мозг проводили за 1–5 фракций при величине разовой дозы от 5 до 18 Гр.

Расчет изодозного распределения и дозного градиента выполняли по алгоритму «Монте Карло» как наиболее точного метода, отражающего дозную нагрузку в патологическом очаге и окружающих тканях.

Результаты и обсуждение

Все больные успешно перенесли лечение в амбулаторных условиях. Осложнение — пневмоторакс после установки метки в период освоения методики — возникло у одного пациента. Это было связано с техническими погрешностями пункции у больного пожилого возраста на фоне эмфиземы легких. Пневмоторакс был успешно ликвидирован активным дренированием плевральной полости. Благоприятных исходов лечения не наблюдали.

Эффективность опухолюцидного воздействия лечения осуществляли по результатам гистологического исследо-

вания трепанобиоптата из патологического очага-«мишени» непосредственно по окончании радиохиргического воздействия. Контроль за отдаленными результатами лечения осуществляли ежемесячно с использованием физикального осмотра и КТ или МРТ (рис. 3).

ИнтерНьюс

Испанцы предложили лечить рак «гибридами» нанороботов и бактерий

Испанские ученые предложили создать «гибрид» наноробота и жгутиковой бактерии. По мнению специалистов барселонского Политехнического университета Каталонии Игнасио Лластера и Марии Грегори, такие гибриды могут быть использованы для лечения онкологических заболеваний. Исследователи пытались решить проблему передачи информации между нанороботами, которые разрабатывались для доставки молекул лекарственных веществ непосредственно к злокачественным опухолям. Для повышения эффективности данного метода лечения рака нанороботам необходимо «сообщать» друг другу, где именно расположены опухолевые клетки. По словам ученых, при расстоянии между кровеносными сосудами в несколько миллиметров химический способ передачи информации (в частности, с помощью феромонов или ионов кальция) является недостаточно надежным. В связи с этим испанцы предложили прикрепить к нанороботам бактерии со жгутиками, с помощью которых они передвигаются. Кодировать необходимую информацию исследователи намерены в виде ДНК, которая будет вводиться в цитоплазму бактерий. При контакте с клетками опухоли нанороботы будут освобождать прикрепленные к ним микроорганизмы. После этого свободные бактерии будут перемещаться к другим нанороботам и передавать им необходимую информацию посредством связи ДНК с рецепторами. Для проверки своих предположений Лластер и Грегори построили компьютерную модель, используя в качестве жгутиковых бактерий непатогенный штамм кишечной палочки (*Escherichia coli*). По результатам эксперимента, для передачи информации между двумя нанороботами на расстояние в один миллиметр бактерии понадобилось около шести минут. При этом кишечная палочка несла ДНК, состоящую из 300 тысяч пар нуклеотидов, что позволяет передать 600 килобит данных. Лластер отметил, что пропускная способность такого канала информации составляет 1,7 килобит данных в секунду. По его мнению, этого вполне достаточно для применения нанороботов со жгутиковыми бактериями в лечении рака.

Источник: *New Scientist*

Власти США извинились за заражение гватемальцев сифилисом

Американка обнаружила в архивах скандальную информацию о том, что в 1940-е годы правительство США финансировало эксперименты в Гватемале, в ходе которых местных жителей заражали сифилисом и другими половыми инфекциями, сообщает. Власти страны принесли официальные извинения. Историк из Колледжа Уэллсли в Массачусетсе Сьюзан Реверби обнаружила в архивах Питтсбургского университета записи об экспериментах, сделанные бывшим научным сотрудником Службы общественного здоровья США Джоном Катлером, принимавшим в них участие. Согласно этим материалам, которые никогда не публиковались, с 1946 по 1948 годы группа американских исследователей по заданию правительства изучала в Гватемале эффективность недавно открытого пенициллина при сифилисе и других инфекциях, передающихся половым путем (ИППП). В ходе опытов, которые проводились в тюрьмах, армейских казармах и психиатрическом приюте, ученые преднамеренно заражали местных жителей ИППП, приводя к ним инфицированных проституток или вводя биоматериалы с бактериями непосредственно в кровь. В общей сумме заражению подверглись 696 человек. Всем им назначали пенициллин, однако не у всех по окончании опытов было подтверждено полное выздоровление. При этом подопытным не сообщали, в чем состоит эксперимент. После публикации скандальных материалов президент США Барак Обама и госсекретарь Хилари Клинтон позвонили президенту Гватемалы Альваро Колому и выразили сожаление за действия своей страны в прошлом. Клинтон совместно с министром здравоохранения Кэтилин Сибелиус выпустили официальное извинение за «очевидно аморальные» действия Службы общественного здоровья, «достойные всяческого осуждения». Институту медицины было поручено расследовать подробности экспериментов. Власти Гватемалы назвали действия американцев преступлением против человечности и оставили за собой право обжаловать их в международном суде.

Источник: *The Washington Post*

Начало на стр. 3

Оценку результатов радиохирургического лечения проводили по трехступенчатой шкале. Хорошим считали результат, когда удавалось добиться исчезновения опухоли. Удовлетворительным — если объем опухоли уменьшался или стабилизировался, и плохим — если рост опухоли прогрессировал.

Полное исчезновение опухоли удалось добиться у 2 больных с периферическим НМРЛ и у 4 больных с одиночными метастазами НМРЛ в головной мозг. Еще у 13 больных объем опухоли уменьшился, а у 7 — стабилизировался. Ни у одного больного после радиохирургического лечения прогрессирующая опухоль не наблюдалась.

Сроки наблюдения за больными составили от 1,5 до 11 месяцев. На 10.09.2010 г. все пролеченные нами больные были живы.

Дискуссия

Радиохирurgia — сравнительно молодая технология. От момента изобретения «CyberKnife» прошло только 16 лет. Несколько старше его предшественник «Гамма-нож». Но, несмотря на молодость, успехи радиохирургии производят на специалистов-онкологов воистину ошеломляющее впечатление. Значит ли это то, что традиционные хирургические вмешательства отжили свое? И да, и нет.

Во-первых, далеко не все клиники, имеющие «CyberKnife», занимаются лечением больных с раком легких. В одних странах это связано с особенностями законодательства в области медицины, запрещающего установку «меток», в других на первый план выходят чисто экономические причины. Понятно, что владельцы клиник попросту избегают излишних рисков и расходов, связанных с содержанием подразделений для инвазивных вмешательств. Так что клиник, проводящих лечение больных с опухолями паренхиматозных органов, в том числе и легких, в мире не так уж много.

Во-вторых, несмотря на постоянно увеличивающееся число публикаций, подтверждающих высокую эффективность «CyberKnife» при НМРЛ, а также посвященных разработке оптимальных параметров и режимов лечения (J.F. Fowler et al., 2004, S. Dieterich, 2005, R.D. Timmerman et al., 2007, Y. Seppenwoolde et al., 2007), технология встречает ничем не обоснован-

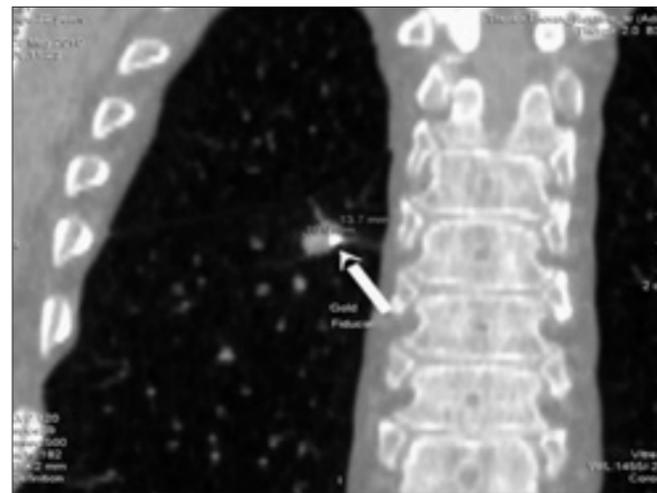


Рис. 3. КТ через 1 месяц после лечения. «Остаточная тень» небольших размеров

ное сопротивление «традиционных» онкологов. Но затормозить прогресс, а тем более его остановить, уже вряд ли удастся. Количество клиник, имеющих в своем арсенале «CyberKnife», быстро растет и приближается к 200, а число пролеченных больных уже превысило 190 000.

Наиболее убедительны на сегодняшний день недавно опубликованные данные группы исследователей из отдела онкологии университета в Майами под руководством William T. Brown (2008), а также работа Noelle C. van der Voort van Zyp с соавторами (2009) из отдела радиационной онкологии «Daniel den Hoed-Edasmus» медицинского центра Роттердама (Нидерланды). Обе группы ученых пришли к выводу, что радиохирurgia заявила о себе как высокоэффективная, альтернативная традиционной хирургии, технология. Особое значение и перспективы она имеет у больных, для которых обычное хирургическое вмешательство непереносимо.

XIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС МОО «ОБЩЕСТВО ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ» «СПРАВЕДЛИВОСТЬ, КАЧЕСТВО, ЭКОНОМИЧНОСТЬ»

Организационный комитет

Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7 Тел/факс: (8-499-782-31-09) E-mail: mtpndm@dol.ru

Уважаемые господа!

Сообщаем, что 20—21 декабря 2010 года будет проводиться XIII международный конгресс Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» «Справедливость, Качество, Экономичность: от общегосударственных решений до решений на уровне больницы».

Участниками данной конференции традиционно являются руководители и сотрудники органов управления здравоохранением, руководители лечебно-профилактических учреждений, научно-исследовательских институтов, клинические фармакологи и другие заинтересованные специалисты, представители обществ пациентов.

На конференции проводятся тематические симпозиумы, доклады, пленарные выступления, лекции, школы.

Основные вопросы для рассмотрения на конгрессе:

- Фармакоэкономика, фармакоэпидемиология;
- Модернизация системы здравоохранения России;
- Новое законодательство в области регулирования лекарственного обращения: теория и практика;
- Безопасность лекарственных средств и фармаконадзор;
- Деятельность общественных организаций пациентов;

ПИСЬМА

В редакцию «Вестника МГНОТ»

Обращаюсь к вам как член Межрегиональной общественной организации «Ассоциация Заслуженных врачей Российской Федерации» и участник программы «Защита здоровья нации», так как меня взволновала реформа службы скорой и неотложной медицинской помощи, которую проводит Минздравсоцразвития.

Во-первых, у нас существуют станции скорой и неотложной медицинской помощи, а не «неотложка», по выражению депутата Мосгордумы И.Ю. Святенко. «Реформа» основывается на рекламных американских телефильмах, хотя ни в США, ни в Великобритании скорой медицинской помощи нет. По заявлению директора департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития Ольги Кривонос («Российская газета» № 223 от 14.10.10), врачи бригад скорой помощи находятся на подстанциях в ожидании вызовов без работы. Хотелось бы узнать у Ольги Кривонос, почему бригады, получив вызов, работают без заезда, и время для обеда им дают в 17—19 часов? А у нее, вероятно, регламентированное время на обед. Она заявляет, что больной, доставленный бригадой скорой помощи в больницу, вынужден ждать до 4 часов, пока хирурги находятся на операции. Каким образом бригада скорой помощи сможет решить эту задачу, ведь в ее штате нет оперирующих хирургов? Также непонятно, причем здесь вообще хирурги, ведь бригады скорой помощи доставляют больных с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, кровоизлиянием в мозг, воспалением легких и т. д. Минздравсоцразвития, в т. ч. Ольга Кривонос, предлагает, чтобы врач скорой помощи обследовал больного при доставке в стационар, поставил диагноз, назначил лечение, что исключит осложнения у больных. У меня два вопроса к реформаторам. Будут ли в больницах, принимающих больных по скорой помощи, работать все диагностические службы? И пока от 2 часов и более врач скорой помощи будет проводить обследование больного в стационаре, кто будет выполнять поступающие вызовы на скорую помощь? Или для этого нужен двойной или тройной штат бригад скорой помощи? Депутат Мосгордумы, выступая на телеканале ТВЦ 30 октября 2010 г., заявила, что больные по несколь-

ко часов находятся без помощи в больницах. В каждой больнице, принимающей больных по скорой помощи, имеется дежурный персонал, который и оказывает помощь поступающим больным. Депутат Мосгордумы не знает истинного положения дел. Это не удивительно, если при посещении ГКБ № 1 мэром Москвы С.С. Собяниным его заместитель Л.И. Швецова, отвечая на его вопросы, сообщила, что больные от бригад скорой помощи поступают дисперсно в больницы скорой помощи, и что в Москве имеется свыше 30 подстанций скорой помощи. Удивительно, что госпожа Л.И. Швецова не знает, что в Москве 54 подстанции скорой помощи и 2 для перевозки инфекционных больных. Департамент организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития ссылается на опыт проводимой реформы в относительно небольших областных центрах, при этом не приводится ни количество бригад, ни количество обслуженных скорой помощью, ни количество госпитализаций.

Фельдшер обучается в течение 4 лет. Водитель, чтобы получить 1—2 класс, дающий ему право работать на машинах скорой помощи, должен проработать на других транспортных средствах не менее 10—12 лет. Кто и где будет обучать водителей специальности фельдшера? И каким образом фельдшер скорой помощи получит право на вождение специализированного автотранспорта? И как при вождении машины он может оказывать помощь врачу скорой помощи? К сведению реформаторов, в тех же США на так называемой скорой помощи работают парамедики. Это опытные водители, прошедшие подготовку в размере 400—600 часов по оказанию первой медицинской помощи. Их задача заключается только в доставке больного в госпиталь. Парамедиками в США и Великобритании работают мужчины. На станции скорой помощи Москвы работают в основном женщины от 22 лет и старше.

Мое письмо вызвано большой озабоченностью, что в Москве планируется разрушение отлично организованной службы скорой помощи.

Заслуженный врач РСФСР
И.М. Каверин

Случай тяжелого гриппа А/Н1N1, осложненного внебольничной пневмонией

Л.Б. Постникова, М.В. Болдина

МЛПУ «ГБ № 28», Городской консультативный центр для больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких, г. Нижний Новгород

С конца апреля 2009 г. ВОЗ получала первые сообщения об устойчивой передаче от человека человеку инфекции, вызванной новым вирусом гриппа А/Н₁Н₁, в 9 странах мира. 11 июня 2009 г. было объявлено о начале пандемии гриппа. До конца года около 99% типированных вирусов гриппа представляли собой штамм (Н₁Н₁)—2009, при тестировании на лекарственную устойчивость он оказался чувствительным к осельтамивиру и занамивиру. Во всем мире у большинства пациентов, инфицированных вирусом гриппа А/Н₁Н₁, заболевание протекало в легкой форме с полным выздоровлением в течение одной недели. Было отмечено, что тяжелые формы гриппа наблюдались преимущественно у детей в возрасте до 2-х лет, беременных, лиц с хроническими заболеваниями (бронхиальная астма, ХОБЛ, сердечно-сосудистые болезни, сахарный диабет, метаболический синдром), а также курильщиков. В отдельных случаях осложненного гриппа А/Н₁Н₁ указания на отягощенный преморбидный фон отсутствовали. У небольшого числа здоровых людей развивалось быстрое прогрессирование болезни с переходом в тяжелую (летальную) форму. В таких случаях тяжесть заболевания была связана с формированием тяжелой внебольничной пневмонии, острой дыхательной недостаточности, острого респираторного дистресс-синдрома и полиорганной недостаточности. Ведение больных с тяжелыми формами гриппа А/Н₁Н₁ оказалось довольно трудоемким и кроме адекватной этиотропной противовирусной и антибактериальной терапии требовало применения методов респираторной поддержки (неинвазивной (НВЛ) или инвазивной вентилизации легких).

Приводим собственное наблюдение тяжелого гриппа А/Н₁Н₁, осложненно-го внебольничной пневмонией.

Больной Я., 54 лет, 23.11.09 доставлен в приемное отделение ГБ № 28 г. Нижнего Новгорода (в ноябре—декабре 2009 г. ГБ № 28 работала в режиме инфекционной) с жалобами на лихорадку до 38°С, выраженную слабость, сухой кашель. Болел 4 дня, дома принимал арбидол, парацетамол. Контакт с инфекционными больными отрицал, за пределы Нижегородской области не выезжал. Не курит, считает себя здоровым.

При поступлении состояние средней тяжести. Гемодинамические показатели стабильны: АД 140/80 мм рт. ст., ЧСС — 82 в мин. Одышка, хрипы в легких отсутствовали, SaO₂ — 95%. По данным рентгенологического исследования изменений в легочной ткани не определялось. Предварительный диагноз: Грипп средней степени тяжести. Назначено обильное теплое питье, тамифлю 75 мг дважды в сутки, дезинтоксикационная терапия, аскорбиновая кислота, парацетамол.

Через 48 часов пребывания в стационаре состояние больного ухудшилось — появилась одышка при небольшой нагрузке, ночью развился приступ удушья, однократно кровохарканье, слизисто-гнойная мокрота. ЧД в покое достигала 22—24/мин, SaO₂ снизилась до 90%, ниже угла правой лопатки на фоне ослабления везикулярного дыхания на высоте вдоха выслушивалась крепитация. На R-грамме грудной клетки определялась инфильтрация в среднем поле правого легкого (рис. 1а, 1б). Лабораторные показатели без существенных изменений. В связи с ухудшением состояния пациент был переведен в ОРИТ с диагнозом: Грипп тяжелого течения, осложненный тяжелой внебольничной пневмонией в средней доле правого легкого. ОДН.

Назначили постоянную оксигенотерапию, антибиотики (А/Б) (сульфоперазон 2 г 2 раза в сутки в/в), продолжена противовирусная терапия с двукратным увеличением дозы тамифлю до 300 мг/сут, клексан по 600 мг/сут п/к, инфузионная терапия до 1000—1400 мл/сут.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию, у больного усилилась дыхательная недостаточность (тахипноэ достигло 27—30/мин) и гипоксемия (SaO₂ — 83—88%), появился диффузный цианоз, спутанное сознание, снизился суточный диурез до 800 мл/сут, над всеми отделами легких, кроме верхушек, выслушивалось усиленное везикулярное дыхание и массивная крепитация. В лабораторных показателях крови в 1,5 раза вырос уровень мочевины, 5-кратно повысилось содержание АСТ и в 8 раз — АЛТ, в 2 раза — уровень фибриногена, а альбумины снизились до 27 г/л. В мокроте — увеличение лейкоцитов до 30 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, нити мицелия. В материале мазка из носа и зева обнаружен вирус гриппа А/Н₅Н₁, в мокроте — St. pneumoniae с максимальной чувствительностью к ванкомицину, имипенему, доксициклину. Рентгенологически (рис. 2а, 2б) обнаружена значительная негативная динамика — субтотальное (кроме верхушек) затемнение всех долей обоих легких в сочетании с расширением корней и усилением легочного рисунка за счет сосудистого и интерстициального компонентов. Заключение: двусторонняя субтотальная пневмония, выраженный застой по малому кругу кровообращения, «шоковое легкое» II стадии (ОРДС). Состояние расценено как «Тяжелый грипп А/Н₁Н₁, осложненный тяжелой вирусно-бактериальной двусторонней субтотальной пневмонией. ОДН. ОРДС. Полиорганная недостаточность». Пациент переведен на НВЛ (режим ViPAP). Также потребовалось изменение А/Б терапии — назначен тиенам по 1 г 4 р/сут. в/в в сочетании с левофлоксацином по 500 мг 2 р/сут. в/в и дифлюкан по 150 мг/сут внутрь. Кроме того, использованы небулайзерные ингаляции (НИ) беродуала по 1 мл 3 раза в сутки, суспензии пульмикорта по 1000 мкг 2 раза в сутки и нутритивная поддержка (питательная смесь «Нутриэн-пульмо» 92 г/сут).

Дальнейшее ведение пациента в ОРИТ в течение 2 недель позволило добиться стабилизации состояния, что проявилось уменьшением одышки до 22/мин, исчезновением приступов удушья, увеличением суточного диуреза до 1400 мл, нормализацией биохимических показателей крови. Однако у больного сохранялась тяжелая гипоксемия (SaO₂ — 85—89%) при незначительной нагрузке, что является отличительной особенностью пневмоний, вызванных вирусом



Рис. 1а. 26.11.09. R-грамма грудной клетки (прямая проекция) 6-го Я, 54 л.



Рис. 1б. 26.11.09. R-грамма грудной клетки (правая боковая проекция) 6-го Я, 54 л.



Рис. 2а. 02.12.09. R-грамма грудной клетки (прямая проекция) 6-го Я.



Рис. 2б. 08.12.09. R-грамма грудной клетки (правая боковая проекция) 6-го Я.

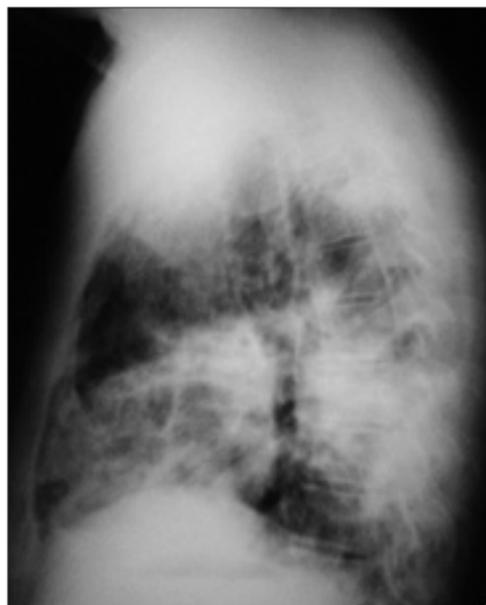


Рис. 4а. 18.12.09. R-грамма грудной клетки (правая боковая проекция) 6-го Я.



Рис. 4б. 18.12.09. R-грамма шеи, верхней половины грудной клетки (левая боковая проекция) 6-го Я.



Рис. 5а. 18.01.10. R-грамма грудной клетки (прямая проекция) 6-го Я.



Рис. 5б. 18.01.10 г. R-грамма грудной клетки (правая боковая проекция) 6-го Я.

ИнтерНьюс

Минздрав предсказал колоссальный рост смертности после увеличения рабочей недели

Минздравсоцразвития раскритиковало предложение Российского союза промышленников и предпринимателей (РСПП) об увеличении продолжительности рабочей недели, сообщает со ссылкой на заместителя главы министерства Александра Сафонова. По мнению Сафонова, введение 60-часовой рабочей недели приведет к «колоссальному росту смертности» на некоторых видах производства. Он также считает рискованным увеличение продолжительности трудового дня для работников транспорта. «Если водитель работает не 8 часов, а 15 или даже 18, то наступает физическая усталость, и он заведет автобус не туда, куда нужно», — пояснил заместитель министра здравоохранения. Он добавил, что все нормы сверхурочной работы закреплены в российском трудовом законодательстве. По словам сотрудника Минздрава, сверхурочный труд возможен только на основе обоюдного согласия сторон. «Если работник не хочет работать дополнительно, то вы не имеете право его заставить», — заявил он. Сафонов считает, что эффективность производства необходимо повышать не за счет увеличения рабочего времени, а благодаря внедрению новых технологий. РСПП подготовил проект поправок к Трудовому кодексу РФ в начале ноября 2010 года. В частности, в законодательстве предложено закрепить возможность введения 60-часовой рабочей недели с согласия работника. Согласно действующим нормам, продолжительность рабочего времени не может превышать 40 часов в неделю. После публикации предложения РСПП подверглось жесткой критике со стороны профсоюзных организаций. Позднее представители РСПП пояснили, что предложение организации было неправильно истолковано. В частности, заместитель председателя Союза Федор Прокопов заявил, что в РСПП не предлагали увеличить продолжительность рабочей недели. Идея Союза заключалась в том, чтобы позволить человеку работать у одного работодателя 60 часов в неделю, из которых 20 часов — по совместительству.

Источник: Интерфакс

Нобелевская премия по медицине вручена за экстракорпоральное оплодотворение

Нобелевский комитет решил присудить Нобелевскую премию по медицине 2010 года за разработку технологии экстракорпорального оплодотворения.

На церемонии объявления лауреатов в Каролинском университете в Стокгольме названо имя победителя, им стал 85-летний британский ученый Роберт Эдвардс. Сумма премии составляет 10 миллионов шведских крон (чуть больше одного миллиона евро). Эдвардс начал заниматься исследованием оплодотворения у человека с 1960-х годов. В 1968 году он сумел оплодотворить яйцеклетку человека в лабораторных условиях. Позже ученый вместе с коллегами усовершенствовал технологию извлечения яйцеклеток из матки и саму методику оплодотворения. Первое успешное ЭКО было проведено Патриком Кристофером Стептоу и Робертом Эдвардсом в Великобритании (Стептоу скончался в 1988 году, а посмертно премия не вручается). Появившаяся с их помощью первая девочка «из пробирки» Луиз Браун родилась 25 июля 1978 года.

Источник: medportal.ru

Экономическую выгоду от искоренения полиомиелита оценили в 50 миллиардов долларов

Эксперты оценили экономическую выгоду усилий по полному искоренению полиомиелита в мире в 40–50 миллиардов долларов при условии, что передача «диких» штаммов вируса будет прекращена в течение ближайших пяти лет. Эта оценка, проведенная сотрудниками компании Kid Risk, Inc., стала первым скрупулезным подсчетом расходов и выгод международного проекта «Глобальная инициатива по искоренению полиомиелита» (GPEI). Данные собирались по 104 странам, получающих непосредственную помощь от проекта. В исследовании учитывались средства, вложенные в GPEI с его начала в 1988 году, а также ожидаемые до 2035 года. За это время, по расчетам экспертов, проект предотвратит более восьми миллионов случаев заболевания, что позволит сэкономить деньги на лечении и социальной адаптации больных, а также получить доход от их трудовой деятельности. Суммарная прибыль составит от 40 до 50 миллиардов долларов, если передача «диких» штаммов вируса, циркулирующих в природе, будет прекращена в течение пяти лет. Кроме того, положительное влияние на здоровье витамина А, поставляемого вместе с вакцинами от полиомиелита, должно принести еще от 17 до 90 миллиардов долларов. «Искоренение полиомиелита имеет выгоду, как в гуманитарном, так и в экономическом плане», — заключил ведущий исследователь Радбауд Дейчер Теббенс. В целом, несмотря на дорогостоящие задержки в искоренении полиомиелита и высокую стоимость программ вакцинации, деятельность GPEI была однозначно признана экономически оправданной.

Источник: PhysOrg

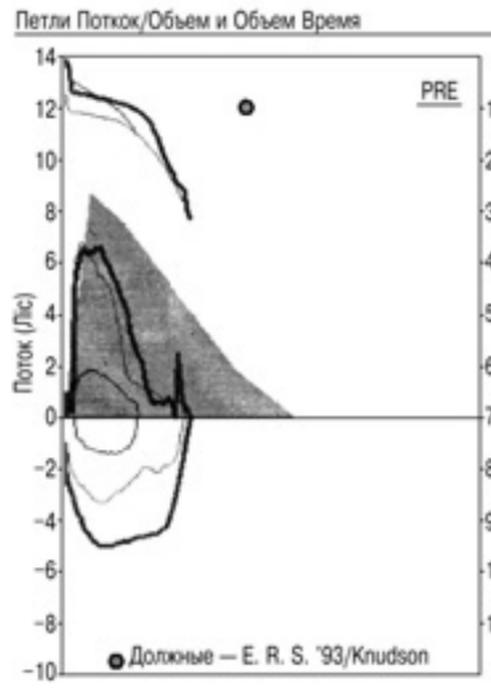
Начало на стр. 5

A/H₁N₁ [4]. Пациент был переведен на малопоточную оксигенотерапию, продолжена А/Б терапия и НИ суспензии пульмикорта, лазолвана, назначено парентеральное введение пентоксифиллина 2% — 5 мл в качестве блокатора секреции фактора некроза опухоли-α.

Несмотря на стабилизацию состояния на 22-е сутки пребывания в ОРИТ на контрольных R-граммах в обоих легких на фоне сливных очагов различной величины и интенсивности по-прежнему отмечались затемнения, но с тенденцией к ограничению процесса нижними отделами легких (рис. 3). Кроме того, в передне-боковых отделах левой половины грудной клетки, в надключичных областях и в области шеи появились признаки подкожной и межмышечной эмфиземы (рис. 4а, 4б).

Рис. 10. Результаты ФВД больного Я, 54 лет после перенесенной тяжелой внебольничной пневмонии, вызванной вирусом A/H₁N₁

Заключение: Выраженные рестриктивные и обструктивные нарушения, значительное снижение проходимости на уровне дистальных бронхов.



Дата ПРЭ Попытки 18.01.2010 9:05:36				
Параметры	ВТРС	Долж	ПРЕ	% Долж
Форсированная Жизненная Емкость				
Лучшие значения из всех петель				
FVC	Л	4,45	2,44	55
FEV1	Л	3,56	1,96	55
FEV1/FVC	%	77,5	80,3	104
PEF	Л/с	8,70	6,79	78
Значение из лучшей петли				
FEF2575	Л/с	3,81	1,75	46
FEF25	Л/с	7,63	6,46	85
FEF50	Л/с	4,68	3,38	72
FEF75	Л/с	1,88	0,55	29
FVC	Л	4,45	2,51	56
FV1	Л	3,56	2,51	71
FV1/FVC	%	77,5	100,0	129
ELA	Годы	54	109	
Легочные Объемы и паттерн дыхания				
FVC	Л	4,64		
VC	Л	4,64	2,30	50
FEV1/VC	%	77,5	85,2	110
ERV	Л	1,26	0,55	44
IC	Л	3,38	1,75	52

С 21.12.09 по 19.01.10 гг. больной находился в терапевтическом отделении. На фоне продолжения А/Б терапии (цефобид по 2 г в сутки в/в), НИ суспензии пульмикорта 1000 мкг/сутки, ингаляций тиотропия бромидом 18 мкг/сут. уменьшилась одышка, исчезла гипоксемия (SaO₂ достигла 94–95%), но сохранялся стойкий субфебрилитет. Перед выпиской на R-граммах отмечалось расширение корней, усиление и деформация легочного рисунка, в правом легком на месте инфильтрации определялся грубый пневмосклероз, в нижней доле левого легкого на фоне пневмосклероза сохранялись признаки инфильтрации на границе S₆, S₁₀ (рис. 5а, 5б). При исследовании функции внешнего дыхания (ФВД) выявлялись выраженные рестриктивные нарушения (ЖЕЛ — 50%) и признаки тяжелой обструкции (ОФВ₁ — 55%, ФЖЕЛ — 55%, МОС_{25–75} — 46%, МОС₇₅ — 29%, Евд — 52%) (рис. 6). Учитывая формирование легочного фиброза и выраженных рестриктивно-обструктивных изменений легочной функции при выписке пациенту рекомендованы комбинированные иГКС (флутиказона дипропионат/сальметерол 500/50 мкг 2 р/сут), М-холинолитики длительного действия (тиотропия бромид 18 мкг/сут), а также флуимуцил 600 мг/сутки.

Через 2 месяца после выписки из стационара на консультативном приеме у пульмонолога пациент предъявлял жалобы на одышку при подъеме на II этаж, периодически вечером повышение температуры до 37–37,3°C, слабость, ночью потливость. Аускультативно над нижними отделами легких ниже угла лопаток выслушивалось усиление везикулярного дыхания и сухие хрипы на высоте вдоха. SaO₂ в течение 3 минут в покое 93,8–97%. ФВД не нарушена (ЖЕЛ — 80%, ОФВ₁ — 80%, ФЖЕЛ — 88%, ОФВ₁/ФЖЕЛ — 77,4%, МОС_{25–75} — 86%, МОС₇₅ — 69%, Евд — 92%). На компьютерной томографии высокого разрешения органов грудной полости в нижних отделах легких, преимущественно кортикально по задней поверхности, определялись обширные зоны по типу матового стекла и мелкие воздушные полости с толстыми стенками, что расценено как двухсторонний интерстициальный альвеолит. На основании результатов обследования пациенту выставлен диагноз: Интерстициальный легочный фиброз после перенесенной тяжелой субтотальной двухсторонней пневмонии, вызванной гриппом A/H₁N₁. ДН — I стадия.

Обобщение данных представленного клинического случая позволило выделить следующие особенности течения тяжелого гриппа A/H₁N₁:

1. развитие болезни у здорового человека без вредных привычек до 60 лет;
2. позднее начало противовирусной терапии;
3. тяжелые осложнения, потребовавшие неотложной терапии в ОРИТ;
4. ОДН и тяжелая гипоксемия, неуправляемая оксигенотерапией и требующая НВЛ;

5. длительный реанимационный период;
6. необходимость применения высоких доз противовирусных и оригинальных А/Б препаратов;
7. исход заболевания — интерстициальный легочный фиброз.

Итак, рассмотренный случай тяжелого гриппа A/H₁N₁ иллюстрирует характерные осложнения (тяжелая внебольничная пневмония, острая дыхательная недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром, полиорганная недостаточность, подкожная эмфизема), демонстрирует тактику ведения пациентов с использованием неинвазивной вентиляции легких, длительной оксигенотерапии, высоких доз противовирусных препаратов и антибиотиков, что согласуется с недавними публикациями. Обращает внимание неблагоприятный исход воспаления легочной ткани с развитием распространенного интерстициального фиброза

легких, что в дальнейшем требует длительных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Комментарий главного редактора. Сначала нас руководители Минздравсоцразвития, других ведомств, вирусологи, пульмонологи направляли по ложному пути вакцинации, затем — столь же ложной терапии противовирусными препаратами, не имеющими доказательств эффективности. На это ушел весь шум паровозного свистка и триллионы рублей простых граждан и государства. Потом вдруг все замолчали. Стала появляться сведения (глухие, опровергаемые официально) о смертях молодых мужчин и беременных женщин. Кто-то где-то перепрофилировал целые отделения под ожидаемую эпидемию тяжелых пневмоний. В некоторых городах (Саратов, Чита, Воронеж) началась паника среди населения. Но про это — молчок. Формулярный комитет выпустил и разослал по Интернету свои рекомендации: интенсивная терапия ДВС + кислородотерапия. Ведь тяжесть состояния и смерть наступали от острой полиорганной недостаточности, которая только начиналась с легочной. Хотите — назовите это состояние острым дистресс-синдромом взрослых, мы называем это ДВС-синдромом последние 30 лет: суть не меняется. В основе — эндотелиоз, микротромбозы, интерстициальный отек, исчезновение дыхательной поверхности. Кстати, кислород через дыхательные пути не всегда помогает, иностранцы «отработали» на этих больных низкопоточную оксигенацию крови через мембранные фильтры. Техника хорошо известна в нашей стране лет 20, для проведения процедуры используется обычный диализатор, где вместо диализирующей жидкости пропускается кислород. Гепарин, плазма, плазмаферез — вот и все. Ну, конечно, антибиотики, но они — не главное, так как этиология процесса вирусная. А вот противовирусная терапия — по уверениям всех врачей, с которыми переговоры удалось — не работает.

Проблема с кислородом. Больницы страны его не имеют — только если в реанимации. Но сегодня появились кислородные концентраторы, которые недороги, но дают приличный поток кислорода. Не дают они давления, без которого не может работать аппаратура ИВЛ. Поэтому они годятся не всем и не всегда. Но это точно лучше, чем ничего. Больницы должны иметь такие концентраторы повсеместно.

Представленный докторами случай, безусловно, достоин публикации. Более того, если бы были опубликованы все или хотя бы большая часть случаев, включая смертельные, удалось бы провести более тщательные обобщения. Хотя уже сейчас ясно можно было бы спасти почти всех тяжелых больных, если бы с самого начала были предприняты меры по обеспечению этой эпидемии. А то в больницах наших в платах кислорода нет — какая уж тут низкопоточная оксигенация — с кислородной подушкой бегают. XIX век на дворе...

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ
ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ
ТЕРАПЕВТОВ МОСКОВСКОГО
ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО
ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
23 ноября 2010 г.**

Руководитель Высшей Школы Терапии МГНОТ:
профессор П.А. Воробьев

Секретарь: И.В. Тюрина

Повестка дня:

Венозная патология. Роль и место терапевта.

*Профессор, д. м. н. Благодарный Л.А.
Кафедра колопроктологии РМАПО,
ГНЦ Колопроктологии «Что должен знать врач
общего профиля о лечении геморроя».*

«Распространенность геморроя составляет 140—160 случаев на 1000 взрослого населения и его удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний составляет 34—41%. Долгое время теория нарушения функции артерио-венозных анастомозов в геморроидальных узлах считалась основной в патогенезе геморроя. И в настоящее время многие методики малоинвазивного лечения геморроя направлены на ликвидацию нарушений усиленного притока артериальной крови в геморроидальных узлах и уменьшения оттока по венозным образованиям.

Но почему у некоторых больных происходит выпадение геморроидальных узлов, а у других основным симптомом является кровотечение? При наличии неблагоприятных факторов (тяжелая физическая работа, гипокинезия и др.) происходит дистрофия связочно-мышечного аппарата, удерживающего геморроидальные узлы в анатомическом положении, что и приводит к выпадению узлов из анального канала.

Основой острого геморроя является тромбоз геморроидальных узлов. Несмотря на то, что заболевание клинически ярко выражено, ошибки при постановке диагноза бывают. Основным симптомом геморроя, как и многих заболеваний прямой кишки, является кровотечение. Прежде всего, надо различать острый и хронический геморрой. Для хронического геморроя болевой синдром не характерен. Сочетание кровотечения и болевой синдромы бывают при хронической анальной трещине. Кровотечение также характерно для рака прямой кишки, рака перианальной кожи. Последний станвится все более распространенным, и иногда при таком раке ошибочно ставят диагноз геморрой.

Количество лекарственных препаратов для лечения геморроя огромно, но пациенты часто принимают препараты без назначений врача. Это прежде всего применение флеботонических препаратов. За многие годы изменилась техника хирургического вмешательства, которая прежде всего ведет к уменьшению длительности операции, уменьшению болевой синдромы, уменьшению числа осложнений и к сокращению сроков реабилитации.

Постепенно в России внедряются малоинвазивные методы лечения: лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, склерозирующее лечение с ультразвуковой кавитацией, дезартеризация внутренних геморроидальных узлов путем шовного лигирования геморроидальных сосудов под контролем ультразвуковой доплерометрии. Малоинвазивные методы — это условно радикальные методики, и их хватает на 2—3 года. По некоторым данным, в мире эти методики применяются у 65—72% пациентов, в России — уже до 30%.

Среди современных хирургических методов лечения можно выделить геморроидэктомию ультразвуковым скальпелем, бесшовную геморроидэктомию аппаратом LigaSure, операцию Лонго. Каждая методика имеет свои преимущества и недостатки и нельзя применять все подряд.

У 75% больных геморроем имеется синдром раздраженной толстой кишки который необходимо лечить. Если у пациента запор или диарея — обязательно будет рецидив геморроя. При лечении синдрома раздраженной толстой кишки больной должен выпивать достаточное количество жидкости — за сутки не менее 3 литров, назначаются гидрофильные коллоиды, эубиотики, прокинетики.

Также активно применяется консервативное лечение; его роль достаточно высока при лечении острого геморроя. Это лечение направлено на купирование болевой синдромы, ликвидацию кровотечения и воспаления, уменьшение сроков нетрудоспособности, улучшение качества жизни пациента. При хронической форме консервативное лечение применяется с целью профилактики и снижения частоты обострений, предоперационной подготовки, послеоперационного ведения.

Показаниями к консервативному лечению геморроя являются острый геморрой, начальные стадии хронического геморроя, предоперационное лечение, пос-

леоперационное лечение. Выделяются системная и местная терапия. При системной терапии применяются флеботонические препараты для коррекции сосудистых нарушений в геморроидальных узлах, тромболитического воздействия на тромбированные узлы, улучшения микроциркуляции в кавернозных образованиях, остановки кровотечения, повышения тонуса кавернозных вен, уменьшения хрупкости стенок капилляров, ликвидации воспаления, нормализации консистенции кишечного содержимого и его транзита по толстой кишке. Местная терапия направлена на лечение болевой синдромы, тромбоза узла, воспалительного процесса, кровоточивости, анального зуда.

При остром геморрое проводится короткий курс лечения 7—10 дней с назначением флеботонических препаратов и профилактический курс до 2 месяцев 2 раза в год. Безусловно, любое лечение должно носить комбинированный характер, — т. е. системные препараты должны сочетаться с топическими препаратами или с другими видами лечения (малоинвазивными, хирургическими).

При воспалительном процессе главное значение имеют нестероидные противовоспалительные препараты и флеботонические препараты (Флебодиа 600) из топических препаратов (ультрапрокт, проктогливенол, гепатромбин Г, постеризан и др). Следует отметить, что постеризан назначают коротким курсом, т. к. на 5—6 день он вызывает выраженную аллергическую реакцию.

Для улучшения микроциркуляции в кавернозных образованиях применяют низкомолекулярные декстраны, ацетилсалициловую кислоту, трентал, клопидогрел, тромболитические препараты. Для остановки кровотечения применяют ингибиторы фибринолиза, активаторы тромбластины и топические средства, коллагеновые гемостатические губки.

Мы оценили один из основных флеботонических препаратов (Флебодиа 600), проведя плацебоконтролируемое исследование. Было показано значительное достоверное снижение симптомов геморроя (кровотечение, воспаление, тромбоз, болевой синдром) к 7 дню терапии. Помимо этого, мы обнаружили, что в течение года в 3,4 раза уменьшилась длительность обострений. Продолжительность обострений при применении Флебодиа 600 менее 3 дней, а без применения флеботонического препарат — около 5 дней. Необходимость применения обезболивающих препаратов при применении Флебодиа 600 достоверно уменьшилась, и к 6 дню практически отсутствовала.

После лечения геморроя малоинвазивными методами необходимо проводить диспансерное наблюдение 2 раза в год. При обострении — применять флеботонические препараты.

При лечении геморроя эталонным методом являются хирургические, применение которых в последнее время уменьшается. Основная проблема в том, что среди врачей есть мнение, что геморрой не надо оперировать, т. к. все равно будет рецидив. Это не так.

За год в России выполняется около 500 тыс. геморроидэктомий, при этом стриктура анального канала наблюдается у 1—2% больных, недостаточность анального сфинктера — у 1,8—4%. Причина этого в том, что геморрой оперируют все хирурги, это самая распространенная операция. При этом частота осложнений в колопроктологических стационарах на порядок меньше, чем в общехирургических стационарах.

Современные технологии при малоинвазивном и хирургическом лечении геморроя позволяют уменьшить травматичность вмешательства и его продолжительность, а также снизить выраженность послеоперационного болевой синдромы, уменьшить сроки заживления послеоперационных ран и реабилитации.

Консервативное амбулаторное лечение должно включать флеботонические препараты (Флебодиа 600 и др.) может осуществляться врачом общей практики с обязательным последующим направлением к проктологу, т. к. рак прямой кишки достаточно часто сопровождается геморроем. Амбулаторное малоинвазивное лечение геморроя должен осуществлять врач-колопроктолог. Для уменьшения количества осложнений любую методику геморроидэктомии следует выполнять в специализированных колопроктологических стационарах.

Воробьев П.А.: В международных рекомендациях при запоре в первую очередь рекомендуют пить воду, а у нас врачи об этом, к сожалению, не знают. Очень хорошо себя зарекомендовала для лечения запоров лактулоза.

*Доцент Мазайшвили К.В., Стойко Ю.М.,
Национальный медико-хирургический центр
им. Н.И. Пирогова.*

«Современные методы лечения варикозной болезни».

«Многочисленные эпидемиологические исследования показывают широкую распространенность хронических заболеваний вен. Так, у 35—55% жителей инду-

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Чудо-лекарство от рака: арестованы очередные мошенники

Сотрудниками Департамента экономической безопасности МВД России и УВД по ВАО г. Москвы выявлена деятельность международной организованной группы, участники которой подозреваются в незаконной реализации препаратов, якобы излечивающих онкологические заболевания. Возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 159 УК РФ (мошенничество). Установлено, что участники группы на интернет-сайте www.orion387.com.ua разместили недостоверную информацию о свойствах препарата «Орион». В частности, о проведении клинических испытаний на людях. При анализе документации специалисты онкологических медицинских учреждений установили, что лабораторные исследования проводились на мышах и крысах, а применение препарата «Орион» на людях является неправомерным. Стоимость одной ампулы варьировала от 30 до 60 тыс долларов США. Оперативно-розыскные мероприятия начались в конце 2009 года, после того как в ДЭБ МВД России обратились родители 16-летней девушки, умершей в декабре 2007 года от рака. В московской клинике ей провели курс химиотерапии, но констатировали, что спасти ее не удастся. После этого отчаявшиеся родители обратились к распространителям препарата «Орион». Первая инъекция была сделана в Москве. Затем злоумышленники настояли на том, чтобы девочку отправили в Украину, пообещав организовать содержание пациентки в специализированной клинике. После того, как родители передали злоумышленникам 60 тысяч долларов и приехали в Украину, их разместили на съемной квартире. В декабре 2007 года девушке сделали 2-ой укол указанным препаратом, а через 2 дня она скончалась. Аналогичный случай произошел с 14-летней девочкой. Для того, чтобы оплатить лечение «Орионом», ее родителям пришлось заложить дом. После трех инъекций указанным препаратом девочка умерла. В ходе оперативно-розыскных мероприятий сотрудниками ДЭБ МВД России была проведена проверочная закупка. Под видом покупателя выступил оперативник Департамента. При получении 30 тысяч евро за 2 ампулы «Ориона» в Москве задержаны председатель правления Международного благотворительного фонда «Киевская Русь» (Украина) и руководитель представительства фонда в России. Оперативно-следственные действия продолжаются. Просьба всех пострадавших от действий сбытчиков препарата «Орион» обращаться по телефону 667-21-73. Электронное обращение можно оставить на сайте Департамента экономической безопасности МВД.

Источник: <http://vechnayamolodost.ru>

ИНСУЛЬТ
Нормативные документы

Издательство НЬЮДИАМЕД
Москва - 2010

**ИНСУЛЬТ.
НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ**
Под редакцией П.А. Воробьева
Ньюдиамед, 2010 г. — 480 с.
ISBN 978-5-88107-083-0

Книга «Инсульт. Нормативные документы» включает в себя Протокол ведения больных. Инсульт, стандарты медицинской помощи больным с инсультом на разных этапах ее оказания, а также порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

По вопросам приобретения обращаться:
Издательство «Ньюдиамед»
www.zdrav.net
E-mail: mtpndm@dol.ru
(499) 782-31-09

Начало на стр. 7

стриально развитых стран, в том числе и России, выявляются различные симптомы и синдромы, среди которых наиболее наглядны варикозные вены и трофические язвы. Практически у каждой четвертой женщины встречается в той или иной степени выраженности симптомы хронической венозной недостаточности, как проходящие, так и постоянные. По данным В.С. Савельева, в России хронической венозной недостаточностью страдают 38 млн. человек, тяжелые формы имеют 7 млн., трофические язвы — 700—800 тыс. Инвалиды по хронической венозной недостаточности — 1 млн. человек.

Среди факторов риска развития варикозной болезни основным считается прямохождение. Риск развития хронических заболеваний вен на 20—30% выше у женщин, имевших две и более беременности по сравнению с нерожавшими или имевшими одну беременность. Применение гормональных контрацептивов также провоцирует развитие хронической венозной недостаточности и гормоноиндуцируемых флебопатий, которые на сегодняшний день являются новой проблемой флебологии. Среди населения промышленно развитых стран ведущим фактором риска являются длительные статические нагрузки. Основным повреждающим фактором при хронической венозной недостаточности является динамическая венозная гипертензия. Одним из основных механизмов повреждения венозной стенки и клапанного аппарата выступает лейкоцитарно-эндотелиальная реакция.

Далее докладчик представил современную международную классификацию хронических заболеваний вен нижних конечностей.

Выделяют консервативное и хирургическое лечение. Целью хирургического лечения является максимальное устранение проявления варикозной болезни. Следует активно выявлять и наблюдать людей, входящих в группу риска, и начинать лечение при первых клинических признаках варикозного расширения вен. Основная задача операции состоит в устранении выявленных источников и путей распространения рефлюксов. Полностью излечить варикозную болезнь невозможно.

Удаления варикозно расширенных притоков может проводиться двумя методами — минифлебэктомия и склеротерапия. Пациентам с «запущенными» и осложненными формами болезни необходимо проводить консервативную подготовку к хирургическому лечению хронических заболеваний вен нижних конечностей для того, чтобы минимизировать вероятность развития послеоперационных осложнений. Для этого применяется фармакотерапия и средства эластической компрессии. Основой медикаментозного лечения хронической венозной недостаточностью являются флеботропные препараты. Особенностью воздействия этой группы (Флебодиа 600, Венарус, Антистакс, Детралекс, Троксевазин, Вазокет и др.) является поливалентный механизм, направленный на различные звенья микроциркуляторного русла. Задачами медикаментозной терапии является повышение тонуса венозной стенки, улучшение лимфооттока, воздействие на микроциркуляторные изменения, коррекция гемореологических нарушений,

купирование воспалительных проявлений. Среди флебоактивных препаратов в России чаще других применяются флавоноиды — Флебодиа 600, Детралекс, Венарус, Антистакс, Цикло-3-Форт. Диосмин повышает венозный тонус, противовоспалительным эффектом и связанной с этим обезболивающей активностью, улучшает микроциркуляцию.

При оценке влияния терапии диосмином на динамику процесса, оцениваемую по количеству циркулирующих эндотелиальных клеток в периферической крови, было показано, что через 3 месяца приема диосмина (600 мг 1 раз в сутки) наблюдалась нормализация показателя циркулирующих эндотелиальных клеток, что сопровождалось выраженным улучшением субъективных ощущений (уменьшение боли, частоты возникновения судорог, тяжести в ногах).

Компрессионная терапия используется в двух видах — эластичные бинты и специальный компрессионный трикотаж. Для лечения больных хроническими заболеваниями вен нижних конечностей без трофических язв предпочтительней использовать специальный компрессионных трикотаж. Преимуществом является гарантированное сохранение компрессионных свойств в течение 6 месяцев ежедневного использования.

Консервативной терапии подлежат все больные с варикозной болезнью при подготовке к хирургическому лечению и в послеоперационном периоде, а также при невозможности выполнения хирургического лечения.

Лечение трофических язв сложно, многогранно и должно проводиться комплексно. Для очищения трофических язв от патологических раневых элементов и снижения уровня микробной контаминации в комплексной терапии может использоваться сульфадиазин серебра. На сегодняшний день не существует таких трофических язв, которые при большом желании пациента не могут быть закрыты. К сожалению, такими пациентами мало кто занимается, т. к. требуется приложить много усилий для лечения.

Вопрос: Влияет ли прием флеботонических препаратов на количество рецидивов?

Ответ: Да, нами было проведено исследование, где было показано, что прием, в частности, диосмина (600 мг 1 раз в сутки) уменьшает количество рецидивов варикозной болезни в послеоперационном периоде.

Заключение Воробьева П.А. Большое спасибо коллегам за интересные и содержательные доклады. Сегодня мы пообщались со специалистами дружественного по нам профилю хирургического направления. Это очень важно, потому что сейчас уже многое научились лечить. Хирурги постепенно становятся терапевтами, а терапевты активно пользуются хирургическими услугами. Сейчас уже не всегда понятно, где хирург кончается, где терапевт начинается. Это движение должно быть более активным, и врачи-терапевты должны четко понимать, чего они хотят от хирургов. Я рекомендую принимать препараты диосмина при полетах на самолете, они отлично снимают и «женские» отеки ног. Да, это не гепарины, но в комплексной терапии они работают. В отношении этих препаратов, мне кажется, нужна большая исследовательская активность, потому что действительно есть хорошие эффекты там, где можно обойтись без хирургических процедур.

Академик Андрей Воробьев: Я — насквозь советский человек

**Ньюдиамед, 2010 г. — 948 с.
ISBN 978-5-88107-081-6**

Это книга о выдающемся враче, ученом и замечательном человеке академике Андрее Ивановиче Воробьеве, составленная в значительной мере из его выступлений, статей, клинических разборов, интервью, публикаций комментариев авторов-составителей. Читатель увидит, как пульсирует мысль, формируются непростые решения.

В книге много исторических параллелей, необычных для современности взглядов по вопросам этики и морали. Книга одинаково интересна как врачам всех специальностей, так и читателям без медицинского образования.

**По вопросам приобретения
обращаться:
Издательство «Ньюдиамед»
www.zdrav.net
E-mail: mtpndm@dol.ru
(499) 782-31-09**

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова, В.В. Власов, О.В. Борисенко

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурков С.Г., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калашин А.В., Каляев А.В., Иванов В.М., Комаров Ф.И., Лазербий Л.В., Лысенко Л.В., Макалкин В.И., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Турин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлептор А.В., Юшук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП «Ньюдиамед»

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена

Внимание! В адресе корреспонденции обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!