



ГИПОСКИЛЛИЯ

Дефицит клинических навыков
3 стр.



С НОВЫМ ГОДОМ!



ПРЕСТОЛЬНЫЙ ПРАЗДНИК

5 стр.

МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ИЗДАЕТСЯ С 18 ФЕВРАЛЯ 1931 ГОДА № 4 (2349) 22 ДЕКАБРЯ 2006 года

Актováя речь академика Н.А. Мухина

НЕФРОЛОГИЯ И СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

"Нефрология как раздел внутренней медицины должна изучать, включать длинный ряд болезней, которые проявляются разнообразным поражением почек и находят законное место в других специальностях".

Е.М. Тареев



КО

лет назад наш Учитель Евгений Михайлович Тареев, "корифей российской медицины", как недавно написал о нем академик РАН и РАМН Е.И. Чазов, выступил на Ученом совете 1-го Московского медицинского института с актовой речью на тему: "Достижения и перспективы развития клинической нефрологии". В этой речи, как и во многих других его выступлениях и публикациях, сформулированы основные положения нефрологической концепции выдающегося клинициста, которые, спустя 20 лет после его кончины, остаются несбыточными. Более того, впечатляющие достижения последних десятилетий подтверждают их сохраняющуюся актуальность, и нефрологическая концепция продолжает отчетливо демонстрировать свой универсальный общеклинический характер

В нашем сообщении мы представляем развитие нефрологической концепции Е.М. Тареева в работах следующих за ним двух поколений клиницистов - уче-

ников и последователей Тареевской школы.

В последние десятилетия, но особенно с начала 1990-х годов, тактика ведения многих болезней, в том числе наиболее распространенных и по-прежнему определяющих заболеваемость и смертность взрослого населения развитых стран, претерпела качественные изменения. Благодаря внедрению в клиническую практику методов лечения, эффективность которых обоснована результатами экспериментальных работ, а также данными, полученными в ходе продолжительных контролируемых клинических исследований, сегодня во многих областях клинической медицины появилась реальная возможность не только устранять отдельные проявления заболеваний, но и в целом значительно улучшать их долгосрочный прогноз.

Высокоточные методы диагностики, новые технологии обследования, в том числе инвазивные, а также терапевтические стратегии, делают еще более демонстративной тенденцию к углубленной специализации интерниста в одной из областей внутренней медицины (пульмонология, кардиология, гастроэнтерология и гепатология, нефрология, гематология). Вместе с тем и в этих условиях способность объединить клинические признаки болезни, иногда кажущиеся разрозненными, своевременно предсказать и распознать вовлечение в нее новых органов, в том числе обусловленное неадекватным лечением, остается признаком высокой квалификации клинициста.

С точки зрения общепопуляционного значения, а также исходя из многообразных связей между функционированием органов и систем, подтвержденных не только клиническими, но и хорошо известными работами в области морфологии, молекулярной биологии, любой раздел клиники внутренних болезней может претендовать на звание интегрирующего. Именно поэтому большинство выдающихся клиницистов, работавших в стенах 1-го Московского медицинского института имени И.М. Сеченова, - А.Л. Мясников, В.Х. Василенко, В.Н. Виноградов и другие - не ограничивались только одним из разделов внутренней медицины, но всегда оставались прежде всего интернистами, и именно поэтому основанная Е.М. Тареевым клиника всегда была и остается теперь многопрофильной, общетерапевтической, хотя одним из приоритетных направлений деятельности ее коллектива многие годы была и есть нефрология. Представляя результаты выполненных в нашей клинике работ, автор испытывает особое волнение в связи с оказанной честью выступить в стенах Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова, с которой неразрывно связана его почти полувекковая врачебная и научная деятельность.

Традиционно еще сохраняется представление о редкости хронических заболеваний почек, особенно при сопоставлении их с болезнями сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Хронические нефропатии нередко впервые выявляются на этапе стойкого ухудшения функции почек, часто уже необратимого, когда возможности лечения ограничены лишь методами заме-

продолжение на стр.4

ПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ СТИПЕНДИИ

За успехи в учебе Федеральное агентство по образованию приказом от 28.09.2006 г. №1051 назначило специальные государственные стипендии Правительства Российской Федерации студентам ММА имени И.М. Сеченова:

5 курс - Валитовой Р.М., Лихачевой Е.А., Редину Р.Р., Руденко Е.А.

6 курс - Каткову А.А., Руденко А.И., Хайретдиновой Г.Ш., Юдаеву С.С.

Поздравляем стипендиатов и желаем им дальнейших успехов.

Национальный проект "Образование"



ИНТЕРАКТИВНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ АКАДЕМИИ СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

Впервые в Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова в рамках реализации программы формирования инновационного образовательного пространства состоялась интерактивная конференция ректора, академика М.А. Пальцева, студентов, ординаторов, интернов, аспирантов и преподавателей. Тема конференции: «Стратегия развития медицинского образования в России».

Со стороны ректората присутствовали: первый проректор, академик РАМН И.Н. Денисов; проректор по учебной работе, чл.-корр. РАМН И.М. Чиж; проректор по учебной работе, проф. Г.М. Кавалерский; помощник ректора М.Р. Горещкая; помощник ректора Е.И. Аксенова.

Участники располагались в трех залах и вели диалог в интерактивном режиме. Присутствовало более 400 человек. Все происходящее демонстрировалось на проекционных экранах.

Открыл конференцию М.А. Пальцев.

продолжение на стр.2

ИНТЕРАКТИВНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ АКАДЕМИИ СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

М.А. ПАЛЬЦЕВ: Уважаемые студенты, преподаватели! В этом году наша академия победила в непростом конкурсе и оказалась среди 17 российских вузов, которые реализуют инновационные программы. В конкурсе участвовало в том числе восемь медицинских вузов, и у нас был наилучший результат. Кроме того, ММА заявила и наибольшую сумму, которую сегодня начала получать. Цель программы - создать возможности для обучения и совершенствования знаний и навыков студентов, развития интеллектуального потенциала ММА (имеется в виду прежде всего профессорско-преподавательский состав), а также для подготовки кадров. Она включает ряд очень крупных проектов. Это выработка новых государственных стандартов высшего образования (такое поручение мы имеем от Министерства здравоохранения и социального развития и от Министерства образования и науки), разработка принципиально новых учебников и учебных материалов, создание электронной библиотеки, внедрение GMP лабораторий для обучения студентов современным методам диагностики и лечения.

Задача нашей сегодняшней конференции - это, во-первых, опробовать в интерактивном режиме новые современные методы контактов и обсуждения вопросов, волнующих коллектив ММА, во-вторых, поговорить о целях и задачах инновационной программы, чтобы скорректировать их на будущее и уточнить те планы, которые нам предстоит реализовать в следующем году. А теперь я готов ответить на ваши вопросы.

ОКСАНА ДИКУР, студентка 4-го курса факультета военного образования: *Когда результаты внедрения инновационных технологий в образовательный процесс будут доступны для студентов?*

М.А. ПАЛЬЦЕВ: Мы рассчитываем на то, что первые результаты реализации инновационной программы будут достигнуты уже в 2007 году. Прежде всего расширятся возможности пользования электронной библиотекой. Для слушателей системы постдипломного образования и для студентов старших курсов будет доступна система дистанционного образования. Кроме того, и это очень важный вопрос, мы надеемся, что появится возможность Wi-Fi доступа из учебных корпусов в образовательное пространство ММА и таким образом станет легче пользоваться информационными возможностями нашей Центральной научно-медицинской библиотеки. И еще: практически на каждой кафедре вы встретитесь с новыми, более современными, более совершенными методическими разработками. Думаю, что они уже с начала следующего учебного года будут доступны для студентов. Это лишь малая часть того, что мы хотим ввести в студенческих аудиториях в 2007 году.

ЛИЛИЯ ТИХОМИРОВА, студентка 2-го курса факультета высшего сестринского образования: *В связи с присоединением ММА к Болонскому процессу поясните, пожалуйста, будет ли в нашей академии осуществляться двухступенчатое образование - бакалавриат и магистратура - и по каким специальностям? Каковы перспективы развития факультета высшего сестринского образования?*

М.А. ПАЛЬЦЕВ: Один из центральных моментов Болонского процесса - введение системы двухступенчатого образования и контроль качества. На сегодняшний день в Министерстве образования и науки рассматриваются новые государственные стандарты высшего образования, и, видимо, система двухступенчатой подготовки (бакалавр/магистр) коснется фармацевтического и высшего сестринского образования. Хотя в 2005 году Европа приняла так называемую Мальтийскую декларацию (совещание на Мальте специалистов в области фармацевтического образования), согласно которой большинство фармацевтических школ Европы высказа-



лись против того, чтобы вводить бакалавриат на фармацевтических факультетах. Что касается высшего сестринского образования, то оно исторически формировалось как двухступенчатое. Я не могу сейчас говорить в деталях о том, как будет построен учебный процесс, но совершенно очевидно, что введение магистратуры на факультете высшего сестринского образования и защита магистерской диссертации позволит не только повысить квалификацию сестер, но и расширить их компетенцию, сделав более конкурентоспособными на развивающемся рынке труда России. Относительно развития факультета высшего сестринского образования конкретно в ММА скажу: сегодня ректорат работает над тем, чтобы с будущего года начать систему постдипломного образования выпускников этого факультета, в том числе расширить аспирантуру.

СТАС АЛЯУДИН, студент 4-го курса лечебного факультета: *Одна из основных целей Болонского процесса - унификация систем образования. Будет ли унифицироваться постдипломное медицинское образование?*

М.А. ПАЛЬЦЕВ: Болонский процесс направлен в основном на систему базового образования в целом. Речь идет прежде всего о повышении мобильности студентов, об усилении контроля качества образования, об установлении системы двухступенчатой подготовки и о введении так называемой системы зачетных единиц, которая и позволит повысить мобильность студентов. А что касается постдипломного образования, то, конечно, косвенное влияние Болонский процесс окажет и на него. Думаю, что будут более четко описаны и ограничены рамки системы постдипломного образования. Сейчас Россия ведет непростой диалог со Всемирной организацией здравоохранения, с Европейским региональным бюро ВОЗ. Сегодня у нас порядка 106 специальностей постдипломного образования. В Европе общепризнаны всего 52 специальности, но рекомендуемое количество - не более 30. Вот почему наличие такого большого числа узких специалистов в России считается отрицательным явлением в системе ее постдипломного образования. Это касается и тех специалистов, которые работают в системе здравоохранения. Поэтому систему постдипломного образования предстоит реформировать, и, как я считаю, вхождение России в Болонский процесс окажется мощным стимулом для реформ в этой сфере.

МАРИЯ МАКЕЕВА, студентка 4-го курса стоматологического факультета: *Михаил Александрович, уточните, пожалуйста, какие инновации будут внедрены в практику подготовки студентов стоматологического*

факультета?

М.А. ПАЛЬЦЕВ: Мы считаем, что у нас сейчас один из лучших стоматологических факультетов в России, это подтверждают объективные данные и отзывы специалистов. Более того, сегодня у меня очень много предложений от ведущих преподавателей и ученых в области стоматологии, которые хотели бы преподавать на этом факультете, заведовать кафедрами. Это несколько необычное явление, причем все они - из крупных научных школ и известных ведущих институтов. Что касается совершенствования подготовки на стоматологическом факультете, мы считаем, что нужно развивать фантомное обучение. Сегодня появляется все больше усовершенствованных фантомов, все больше материалов для стоматологии, поэтому в рамках нашего инновационного образовательного проекта мы планируем докомплектовать существующие фантомные классы и открыть дополнительные. В настоящее время, с нашей точки зрения, возможности для студентов-стоматологов отработать навыки на фантомах ограничены, а нам хотелось бы, чтобы каждый имел такие возможности.

ПОЛИНА МУРАШОВА, студентка 3-го курса лечебного факультета: *Скажите пожалуйста, полностью ли перейдет ММА на образование по европейским стандартам, и если нет, то каким образом планируется совмещение европейской и российской программ и подходов к обучению?*

М.А. ПАЛЬЦЕВ: В Европе существуют стандарты практически на все основные специальности, введенные законами европейского сообщества. Там имеется специальная законодательная база. На сегодняшний день высшее медицинское образование и подготовка кадров в России не в полной мере отвечают этим законам. Наибольшие проблемы - в области практической подготовки выпускников. Здесь нам предъявляются серьезные претензии европейскими экспертами. Это связано с двумя причинами. Во-первых, у нас, и на лечебных факультетах особенно, отсутствует адекватная тренажерная база, и практические навыки студенты отработывают либо друг на друге, либо на пациентах, что неправильно. И одна из задач нашего проекта - создание особого центра практической подготовки, где на специальных фантомах студент в обязательном порядке и по желанию сможет отработать все основные манипуляции. Во-вторых, существует реальный дефицит доступа к клиническим манипуляциям и клинической работе у студентов старших курсов. Это связано с реформой здравоохранения и с тем, что не узаконен статус клинических больниц, которые являются базами для прохож-

дения студентами производственной практики и для работы во время учебного года. Поэтому на сегодня для нас самая основная задача - это практическая подготовка будущих выпускников. Что касается фундаментальной, теоретической подготовки, то здесь высшее медицинское образование России полностью соответствует европейским стандартам, оно на высоте. И ректорат планирует в еще большей степени расширить обучение выпускников новым медицинским технологиям - и не только тем, которые сегодня уже существуют, но и тем, которые только приходят в клиники, например, генным, клеточным и так далее. Думаю, что в порядке элективов или факультативов, начиная уже с 2008 года, основы этих технологий мы начнем преподавать студентам. Речь сейчас не идет о полном соответствии европейским стандартам один к одному. Речь идет о гармонизации системы высшего медицинского образования России и Европы. Нужно найти способы сопоставить, сделать оценки совместимыми. Это очень сложный процесс, решение было принято только летом 2006 года, и России предстоит здесь большая работа. Тем не менее, наши оценки таковы, что Россия при проведении разумной политики в области высшего медицинского образования в течение 5-6 лет может максимально приблизиться к тем стандартам, которые существуют в Европе. Повторю, это касается в основном клинической подготовки, в фундаментальной подготовке у нас проблем нет.

ДМИТРИЙ БАШАРОВ, студент 6-го курса медико-профилактического факультета: *Михаил Александрович, в рамках инновационного проекта создаются новые образовательные программы и совершенствуются существующие. Будут ли эти программы аккредитованы по международным стандартам?*

М.А. ПАЛЬЦЕВ: Все вновь создаваемые программы проходят очень ответственную экспертизу. Более того, в декабре этого года мы номинируемся на создание центра по сотрудничеству с ВОЗ. Задача центра - гармонизация и экспертиза всех существующих планов и программ. Речь идет о создании независимого аккредитационного агентства на базе ММА, которое будет работать под эгидой ВОЗ и Всемирной федерации медицинского образования. Однако вопрос о признании программ на сегодняшний день - наиболее сложный. На настоящий момент высшее медицинское образование в России не имеет ни одной программы, которая была бы полностью аккредитована и признана в странах Европейского сообщества. Вместе с тем наш опыт проведения внешней экспертизы учебных планов по специальностям «лечебное дело», «стоматология», «высшее сестринское дело» и «фармация» показал, что они в большой степени соответствуют тем критериям, которые существуют в странах Европы. Но, повторяю, мы отстаем в области практической подготовки, это отставание реальное и его надо устранять.

И.В. КАРПЕНКО, преподаватель факультета военного обучения: *Михаил Александрович, в конкурсе инновационных программ участвовало довольно большое количество вузов. В чем, на Ваш взгляд, преимущества программы, предложенной нашей академией?*

М.А. ПАЛЬЦЕВ: По заключению экспертов, наша программа носит наиболее глобальный характер и охватывает все стороны деятельности вуза. Что касается других медицинских вузов, в той степени, в которой я мог познакомиться с их проектами, они были направлены на решение конкретных задач, например, формирование нескольких лабораторий, переоборудование некоторых кафедр и так далее. А вот системного подхода, который продемонстрировала ММА, а именно, создание некой глобальной модели современного вуза, вуза будущего - это и корпоративное управление, и единое информационное пространство, практически полное переоснащение учебного процесса, создание тренинговых центров по подготовке кадров, формирование систем дистанционного образования - такого подхода практически ни один медицинский вуз предложить не смог. Причины здесь разные - это и слабая материально-техническая база, и отсутствие команды, которая смогла бы реализовать такой проект, и недостаточно подготовленный профессорско-преподавательский состав. И очень важный вопрос - восприимчивость студенческой аудитории и тех слушателей, которые в вузе занимаются. Мы исходили из того, что студенческая аудитория, которая обучается в ММА, - одна из наиболее сильных и подготовленных в России, и мы надеемся: студенты станут нашими партнерами в выполнении таких вот крупных, глобальных задач, стоящих сегодня перед нашей академией.



На снимках: организаторы и участники конференции

продолжение в следующем номере

ГИПОСКИЛЛИЯ

ДЕФИЦИТ КЛИНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ



Медицинская профессия сегодня сталкивается с множеством проблем. Мы маршируем под ритм бюрократических барабанов, мы утратили свою автономию, наш престиж катится по спирали вниз, а наш профессионализм в упадке. Но беды этим не заканчиваются.

Речь Герберта Фреда на церемонии вручения ему премии 2005 года за выдающиеся достижения в области медицинского образования, присуждаемой одним из крупнейших фондов США - TIAA-CREF (Teachers Insurance and Annuity Association - College Retirement Equities Fund). Опубликована в *Texas Heart Institute Journal*, 2005, Vol. 32, №3.

Герберт Л.Фред (Herbert L.Fred) - доктор медицины, профессор кафедры внутренних болезней Университета Техасского научного центра здоровья, Хьюстон, США. Автор и соавтор более 400 статей и 3 книг.

В тени этих болячек прячется еще одна медицинская болезнь, та, за которую в ответе не только мы - медики. Она наиболее опасна для общества, которому мы служим. Она возникает в медицинских вузах, где почти никогда не удостоивается заслуживающего внимания. Во время последиplomной клинической подготовки ее еще легко заметить и распознать, но для этого, как правило, не прилагается никаких усилий. И даже когда болезнь становится заметной, меры по ее лечению или не принимаются, или недостаточны, в лучшем случае, носят временный характер.

Я называю эту болезнь «гипоскиллия» - дефицит клинических навыков. Врачи, «пораженные» этой болезнью, плохо подготовлены для квалифицированного лечения пациента. Тем не менее, программы последиplomной практики плодят «гипоскилликов» - врачей, которые не могут составить адекватную историю болезни, провести грамотное физическое обследование, критически осмыслить собранную информацию, составить добротный план лечения. Они не рассуждают здраво, некоммуникабельны. Кроме того, эти врачи не тратят достаточно времени, чтобы узнать пациента «вдоль и поперек». Берутся лечить каждого, а о происхождении заболевания не имеют никакого представления.

Эти индивидуумы, однако, становятся «умельцами» в другом. Прописывают всевозможные анализы и процедуры, но не всегда знают, когда их назначить и как интерпретировать результаты, играют цифрами, применяют множество сложнейших тестов и процедур, предпочитают лечить скорее цифры и результаты анализов, а не самого пациента. В результате неосознанно и неизбежно у них вырабатывается склад ума, ориентированный скорее на лабораторную работу. Среди тех, кто способствует такой ситуации, активную роль играют организации здравоохранения. Именно они вынуждают врачей обслуживать максимальное количество пациен-

тов за минимальное количество минут и за минимальное количество долларов.

Проблема дефицита клинических навыков старая и широко распространенная. Ее причина очевидна - порочная система обучения. И порок этот кроется в нас - преподавательском составе. Тогда почему мы позволяем этим недостаткам сохраняться, расти и развиваться? Ответ, как мне представляется, лежит в двух плоскостях.

Первое. Ценности и приоритеты общества - не те, какими они были прежде. В середине 1950-х годов, когда я учился, такие качества медика, как каждодневный труд, профессиональная гордость, долг, преданность делу, высокая ответственность, стремление к совершенствованию, были нормой. Сегодня они практически исчезли. В наше время акцент делается на сокращение рабочего дня, стремление найти собственную выгоду, на политкорректность. Как результат, люди на всех уровнях - начиная со студентов-медиков, клинических ординаторов и преподавателей - удовлетворяются посредственностью.

Второе. Подготовка самих преподавателей. Большинство сегодняшних преподавателей медицины получили образование после 1970 года, когда был дан старт расцвету современных технологий. Медицина высоких технологий (high-tech) - это все, что они видели, знали и, следовательно, все, чему могут научить других. Не их вина, что они не понимают подлинного значения медицины высокого соприкосновения (high-touch).

Что я понимаю под медициной высокого соприкосновения? Я имею в виду медицину, основанную на тщательно собранном анамнезе в совокупности с надлежащим физическим обследованием и критическим осмыслением полученной информации. Только после этого врач определяет, какие обследования, если они вообще нужны, показаны больному. В первую очередь, если обследования действительно необходимы, назначаются самые простые. Для сравнения. Медицина высоких технологий, как правило, обходит стороной историю болезни и физическое обследование. Опираясь в основном на жалобы пациента, она прямоком устремляется в область многочисленных обследований, которые обычно включают магнитно-резонансную, компьютерную томографию или и то и другое.

Еще один важный момент. Обходя или умаляя сбор анамнеза и физическое обследование, высокотехнологичный подход или ослабляет связь пациента с лечащим врачом, или этой связи не происходит вообще. Медицина высокого соприкосновения, напротив, представляет апофеоз «ослеровских» принципов лечения (Oslerian medicine)*, которые дают абсолютную гарантию, что мы лечим пациента, а не болезнь.

Суть сказанного такова. Современные медицинские технологии, с одной стороны, увеличивают возможность диагностировать и лечить болезни, с другой - способствуют возникновению лености, особенно умственной, среди многих врачей. Привычка полагаться

* Уильям Ослер (William Osler) (1849-1919) - знаменитый терапевт, историк медицины, философ, просветитель и педагог. Родился в Канаде, где получил медицинское образование. Преподавал в высших медицинских учебных заведениях Канады, США и Великобритании. Считается автором реформы англо-американской системы последиplomной клинической подготовки. Его самая известная книга "Principles and Practice of Medicine" неоднократно переиздавалась на английском и других языках. Именем Ослера названы ряд симптомов различных заболеваний.

на медицинские диагностические приборы мешает врачам использовать наиболее сложный и тонкий механизм - их собственный мозг.

Есть ли способ излечиться от тирании технологий? Любой метод лечения столкнется с большими трудностями. Необходима тотальная перетряска всего преподавательского состава медицинских учебных заведений. В настоящее время он в основном состоит из двух групп: это молодые специалисты и такие же молодые преподаватели, напичканные физическими знаниями, не имеющие практического опыта, и профессора старшего поколения, имеющие большой опыт и знания, но в узком сегменте своей специальности.

Часть своего времени и те и другие посвящают чтению лекций, написанию статей, работе в клиниках или лабораториях, поездках на различные встречи. Такая деятельность, навязана ли она учебным заведением или принята на себя добровольно, ограничивает контакты между преподавателями и студентами. В результате студенты обращаются с вопросами и за разъяснениями к ординаторам и молодым специалистам, которые старше их всего на один-два года. Отсюда складывается ситуация, когда «слепой ведет за собой слепого»!

Сегодняшние требования сократить отведенные на ординатуру часы еще больше уменьшают возможность таких контактов. Обучение сосредотачивается в основном в лекционных и конференц-залах, в коридорах, за стенами больничных палат, но не у кровати больного. Студенты и клинические ординаторы все чаще проводят свое время на лекциях и клинических конференциях и все реже и реже непосредственно общаются с больными.

Что нужно, чтобы ослабить, а в перспективе побороть эту тенденцию?

Первое и главное - нужны преподаватели, которые осознают, что наша работа, вопреки надзирающим за ординатурой комитетам, - обучать студентов, а не создавать им условия для легкой жизни.

Далее. Нужны преподаватели, которые знают и понимают патофизиологию, клинические признаки заболеваний, естественное развитие болезней, которые знают, какие обследования и анализы, если они необходимы, назначить, когда их назначить и как интерпретировать. И главное - преподаватели, которые используют передовые технологии для проверки, а не для формулировки своих клинических наблюдений.

Мы нуждаемся в преподавателях, которые правильно понимают ценность составления добротной истории болезни, тщательного физического осмотра; в преподавателях, которые сначала используют стетоскоп, а не эхокардиограмму для обнаружения клапанного порока сердца, или офтальмоскоп, а не магнитно-резонансную томографию для обнаружения повышенного внутричерепного давления. Нужны преподаватели, которые сначала верят своим глазам, а не аппарату, для определения газонасыщенности крови, своим рукам, а не компьютерной томографии, для обнаружения спленомегалии.

Истинный преподаватель всегда и в первую очередь использует свой ум, сердце, а не толпу консультантов, для лечения больного.

Мы нуждаемся в преподавателях, которые не начинают дорогие, изощренные обследования, если более дешевые, обычные анализы могут дать такую же информацию; в преподавателях, которые не назначают множество лекарств, пытаясь устранить все возможные заболевания; в преподавателях, которые прекрасно осознают, что иногда лучше ничего не делать, чем делать слишком много; в преподавателях, которые понимают, что может стать лучше не благодаря, а вопреки тому, что мы порой делаем.

К несчастью, эти столь необходимые для подражания образцы - вид исчезающий. Большинство из них уже нет с нами, многие ушли на пенсию. А тех, кто еще поддерживает постоянные контакты со студентами-медиками и клиническими ординаторами, слишком мало, чтобы идти против тиранического потока приверженцев чрезмерного использования современных медицинских технологий.

Я очень надеюсь, что современные преподаватели медицины сделают все, чтобы возродить «ослеровский» дух, с усердием примутся за восстановление самой сущности врачевания - гуманизма. Для достижения этой цели нужны люди с состраданием, чистотой помыслов, здравым смыслом, которые понимают и верят, что медицина - это призвание, а не бизнес, которые способны видеть, слышать и говорить с пациентом, которые будут работать так долго и так упорно, как это потребуется для здоровья больного.

И, наконец, нужны преподаватели, для которых пациент всегда на первом месте!

Перевод с английского
Р. АЛЮТДИНА, В.ШЛЯКОВА

Этой статьей редакция поднимает очень важный и актуальный вопрос об отношениях врача и больного. Какими они должны быть?

Приглашаем к участию в дискуссии.

НЕЗАБЫВАЕМЫЙ ЮБИЛЕЙ



Прошло чествование академика, выдающегося врача, ученого и просто замечательного человека Михаила Ильича Кузина. В адрес юбиляра (90 лет - круглая дата!) было сказано немало теплых слов. Торжество открыл ректор ММА имени И.М. Сеченова, академик Михаил Александрович Пальцев. Было зачитано поздравление президента В.В. Путина. С приветствием выступил заведующий кафедрой сердечно-сосудистой хирургии, академик Лео Анатольевич Бокерия. Михаил Николаевич Крылов, профессор кафедры факультетской хирургии, зачитал доклад о жизни Михаила Ильича, сопровождая его показом слайдов и фотографий из семейного альбома юбиляра. Теплые слова в адрес виновника торжества сказали Алексей Алексеевич Николаев - председатель Совета ветеранов и профессор Надежда Анатольевна Осипова.

ПАМЯТИ АКАДЕМИКА Д.Д. ЯБЛОКОВА

В Томске состоялись Юбилейные чтения, посвященные памяти академика АМН СССР Д.Д. Яблокова, и региональная конференция "Актуальные проблемы фармакотерапии с позиции доказательной медицины".

На чтениях с актовой лекцией "Современная лекарственная терапия внутренних болезней - успехи, опасности, перспективы" выступил академик РАМН, профессор Н.А. Мухин.



На снимке слева направо: академики РАМН - ректор СибГМУ В.В. Новицкий, Н.А. Мухин, директор НИИ кардиологии Р.С. Карпов (г. Томск)

БЛАГОДАРИМ

Ректор Ростовского медицинского университета благодарит коллектив кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ММА имени И.М. Сеченова и лично заведующего кафедрой академика РАМН проф. В.Г. Кукеса за помощь в организации и за участие в конференции "Проблемы клинической фармакологии и моделирования в фармакологии и биомедицине", которая состоялась в г. Ростове-на-Дону.

Администрация и педагоги Специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната № 73 выражают сердечную благодарность за предоставленную возможность участвовать во «Всемирном дне ребенка», организованном ММА имени И.М. Сеченова. Нет ничего приятнее, чем видеть неподдельное детское восхищение и искренний интерес к персонажам сказок, представленным студентами. Вся атмосфера праздника, знакомые сказочные сюжеты с лечебно-профилактическими мотивами, удачно разыгранные студентами, помогли детям легко и просто войти в реальные образы сказочного мира.

НЕФРОЛОГИЯ И СОВРЕМЕННАЯ

стителной почечной терапии - программным гемодиализом, постоянным амбулаторным перитонеальным диализом или трансплантацией почки. Именно поэтому и сегодня нередки случаи "тихой" уремии, когда пациент первоначально обращается не к нефрологу, а к врачам других специальностей - гематологу по поводу впервые выявленной анемии, кардиологу в связи с одышкой и/или чаще повышением артериального давления, офтальмологу из-за ухудшения зрения. Попытки симптоматического лечения в этой ситуации всегда оказываются малоэффективными (полное обследование нередко не проводится), а гиперкреатинемия и гиперкалиемия, особенно остро угрожающая жизни, выявленные, нередко, случайно, становятся в последующем основанием уже для выполнения экстренного гемодиализа.

Трудности изучения эпидемиологии хронических заболеваний почек понятны, и один из наиболее значимых моментов - отсутствие диагностических признаков, одновременно достаточно чувствительных, специфичных и вместе с тем доступных для определения в повседневной клинической практике, не требующих больших материальных затрат при выполнении соответствующих тестов (одно из основных условий, делающих метод пригодным для использования в качестве скринингового). Хорошо известные маркеры, в том числе протеинурия, превышающая 300 мг/сут, и тем более гиперкреатинемия, обычно свидетельствуют об уже сформировавшейся нефропатии - ситуации, когда целью лечения зачастую становится стабилизация, но не полное устранение почечного поражения, поэтому в нефрологии особенно перспективна именно ранняя, то есть, по существу, доклиническая диагностика.

Вместе с тем один из наиболее известных признаков стойкого ухудшения функции почек - снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), оцененной с помощью специальных формул, использующих в качестве основной переменной величину сывороточной концентрации креатинина и некоторые антропометрические параметры, - чаще всего применяются в популяционных исследованиях для определения распространенности хронических заболеваний почек. По данным крупных регистров NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey), распространенность стойкого снижения СКФ (15-59 мл/мин) составляет не менее 3,8% в общей популяции, что сопоставимо с частотой заболеваний, традиционно рассматриваемых как социально значимые - бронхиальной астмой, ишемической болезнью сердца и другими. При этом лишь около четверти лиц со сниженной СКФ информированы о наличии у них хронической почечной недостаточности. Очевидно, что большинство случаев стойкого ухудшения функции почек в общей популяции связано не с заболеваниями, которые так или иначе попадают в сферу внимания специалиста-нефролога - хроническим гломеруло-нефритом, аутоиммунно-доминантной поликистозной болезнью почек взрослых, амилоидозом почек, а обусловлено иными причинами.

Причины распространенности хронической почечной недостаточности

Очень важен ответ на вопрос: какие факторы могут приводить к росту распространенности почечной недостаточности в общей популяции? В настоящее время можно четко утверждать о важнейшей роли в развитии почечной патологии часто встречающихся у жителей цивилизованных стран обменных нарушений - сахарного диабета 2-го типа, ожирения, гиперурикемии, а также эссенциальной артериальной гипертензии (гипертонической болезни), - нередко существующих в ассоциации других признаков, которая обозначается как "метаболический синдром".

По данным уже упоминавшихся регистров NHANES, распространенность метаболического синдрома в общей популяции превышает 20%, и его наличие само по себе увеличивает вероятность снижения СКФ не менее чем в 1,7 раза. Известно, что уже на стадии инсу-

линорезистентности появляются первые признаки диабетической нефропатии, при этом формирование последней определяется не только повреждающим действием избытка глюкозы на структуры почечной ткани, но и "нефротоксическими" эффектами конечных продуктов гликозилирования и собственно избытка инсулина.

Результаты ряда крупных популяционных исследований (NHANES, The Hoorn Study, Epic-Norfolk) свидетельствуют о том, что **наиболее надежный предвестник ишемической болезни сердца и смерти от любой причины, в том числе сердечно-сосудистой, - это микроальбуминурия.**

Микроальбуминурия является, как и при сахарном диабете, маркером поражения почек у больных эссенциальной артериальной гипертензией - гипертонического нефроангиосклероза, занимающего важное место среди причин необратимого ухудшения почечной функции. Своевременное выявление микроальбуминурии приобретает особое значение с точки зрения назначения антигипертензивных препаратов, оказывающих максимально благоприятное влияние на внутрисердечную гемодинамику, нарушения которой удается обнаружить с помощью специальных методов (ультразвуковая доплерография) уже у молодых больных с сравнительно непродолжительным "стажем" стойкого повышения АД (Л.В. Козловская, М.Л. Нанчикеева). **При эссенциальной артериальной гипертензии, как и при сахарном диабете 2-го типа, решающая роль в перестройке внутрисердечной гемодинамики принадлежит нарушению функции эндотелиоцитов, связанному прежде всего с гиперактивацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.** Следует еще раз подчеркнуть, что **наряду с собственно повышенным системным артериальным давлением микроальбуминурию индуцирует и ряд обменных нарушений (инсулинорезистентность, дислипидемия, гипергомоцистемия, гиперурикемия, ожирение), а также курение, которые часто сопровождают артериальную гипертензию у конкретного больного.** В недавно завершившемся исследовании PREVENT IT удалось подтвердить антимикроальбуминурический эффект ингибитора АПФ у лиц с нормальным АД - среди причин микроальбуминурии в отсутствие артериальной гипертензии ведущими оказались курение и ожирение.

Сегодня можно с уверенностью утверждать о роли ожирения как одного из ведущих факторов, предрасполагающего не только к развитию сердечной недостаточности, некоторых злокачественных опухолей, остеоартроза, сахарного диабета 2-го типа и желчнокаменной болезни, но и к стойкому ухудшению функции почек - вероятность терминальной почечной недостаточности у лиц с морбидным ожирением более чем в 7 раз превышает таковую в группе с нормальной массой тела. В настоящее время показано, что активно секретлируемые клетками жировой ткани (прежде всего бурными адипоцитами, пул которых преобладает при считающемся наиболее прогностически неблагоприятным абдоминальном ожирении) лептин, разобщающие белки типов 1 и 2, а также фактор некроза опухоли-альфа (ФНО) и интерлейкин-6, непосредственно участвуют в ремоделировании тканей-мишеней - миокарда, сосудистой стенки и почек. При гиперлептинемии удается констатировать гиперпродукцию мезангиоцитами TGF-β и нарастание экспрессии рецепторов к нему на клеточных мембранах.

Наиболее надежным ранним маркером поражения почек при ожирении является микроальбуминурия, частота обнаружения которой, как было показано нами, достоверно возрастает по мере увеличения сывороточной концентрации лептина. Эта закономерность объясняется возможностью прямого воздействия лептина на клубочковые эндотелиоциты с увеличением экспрессии ими эндотелина-1 - одного из ключевых медиаторов

продолжительной вазоконстрикции. В наших исследованиях (Е.А. Сагинова, Е.Ю. Федорова, В.В. Фомин, И.М. Кутырина, С.В. Моисеев, Е.Г. Минакова, Е.П. Питель) были также выявлены нарушения внутрисердечной гемодинамики, обусловленные индуцируемой лептином и подтверждаемой появлением микроальбуминурии дисфункцией эндотелия, которые приводят к постепенному истощению почечного функционального резерва (феномен так называемой относительной олигонефро-нии), регистрируемому при радиоизотопной скinti-графии почек в острой пробе с каптоприлом. Провоцируемая гиперлептинемией дисфункция эндотелия у больных абдоминальным ожирением носит генерализованный характер: по мере истощения почечного функционального резерва у них было констатировано нарастающее ухудшение эндотелий-зависимой вазодилатации, зарегистрированное при ультразвуковой доплерографии плечевой артерии с использованием нитроглицеринового теста.

Обследование всех больных ожирением, особенно абдоминальным, на микроальбуминурию и назначение при ее выявлении блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы можно считать наиболее реальным в настоящее время путем профилактики поражения почек у больных ожирением, хотя очевидна также необходимость настойчивых попыток снижения массы тела с помощью различных методов.

Наряду с повышением артериального давления, преимущественно систолического, и ожирением среди общепопуляционных факторов риска стойкого ухудшения функции почек существенное значение имеет гиперурикемия. Ассоциация повышенного сывороточного уровня мочевой кислоты с ожирением, особенно абдоминальным, выявленная в наших исследованиях (И.М. Балкаров, А.С. Донсков), делает правомерным включение нарушенного обмена мочевой кислоты в число составляющих метаболического синдрома. Прогностически серьезным последствием этих нарушений является поражение почек, варианты которого не исчерпываются только уратным нефролитиазом. Существенно большее значение имеет хронический уратный тубуло-интерстициальный нефрит. Закономерности формирования уратного тубуло-интерстициального нефрита в настоящее время во многом уточнены (И.М. Балкаров, М.В. Лебедева, А.В. Щербак, Н.А. Мухин). Артериальной гипертензии при хроническом уратном тубуло-интерстициальном нефрите присущи наиболее неблагоприятные типы суточной кривой АД, характеризующиеся отсутствием снижения его (тип non-dipper) или дальнейшим ночным повышением (тип night-reaker). Важно подчеркнуть, что зарегистрировать их удается уже на этапе гиперурикозурии, когда сывороточный уровень мочевой кислоты еще сохраняется преимущественно нормальным. Своевременное определение урикозурии у этих пациентов позволяет выделить их из группы больных так называемой эссенциальной артериальной гипертензией с последующей оптимизацией тактики ведения (низкопуриновая диета, достаточный питьевой режим, исключение алкоголя, осторожность в отношении тиазидовых и петлевых диуретиков), направленной на предупреждение прогрессирования поражения почек и почечной недостаточности.

На этапе стойкой гиперурикемии наряду с артериальной гипертензией, как правило, удается зарегистрировать и другой типичный признак этого варианта уратной нефропатии - снижение относительной плотности мочи, подтверждаемое результатами пробы Зимницкого.

Возможность участия мочевой кислоты и ее солей в процессах фиброгенеза в почечном тубуло-интерстиции определяется ее прямым хемотаксическим действием на клетки макрофагального ряда и прямой активацией локально-почечной ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в условиях гиперурикемии. В

формировании уратного поражения почек существенное значение имеет также и констатированная нами по снижению активности урокиназы в моче депрессия локально-почечных процессов фибринолиза, выраженная уже на стадии гиперурикозурии и заметно нарастающая при стойком повышении сывороточного уровня мочевой кислоты (Л.В. Козловская, А.В. Щербак, И.М. Балкаров, Л.А. Поддорольская).

Таким образом, становится понятным, что именно обменные нарушения наряду с эссенциальной артериальной гипертензией представляют собой ключевые детерминанты необратимого ухудшения функции почек в общей популяции. **Обращает на себя внимание очевидная общность факторов риска хронической почечной недостаточности и сердечно-сосудистых заболеваний, а также общность ключевых звеньев патогенеза болезней сердечно-сосудистой системы и обусловленных метаболическими расстройствами почечных поражений, среди которых особую роль сегодня отводят дисфункции эндотелия, маркеры которой, в частности микроальбуминурия, всегда отражают высокую вероятность соответствующих осложнений.** Именно поэтому любой "кардиологический" пациент сегодня является в равной степени "нефрологическим". Внимание к приведенным факторам риска важно потому, что связанные с ними формы поражения почек и хроническая почечная недостаточность потенциально предотвратимы.

В связи с этим для клинициста любой специальности становится актуальной необходимостью соответствующей нефрологической настороженности, заключающейся в умении выявлять и правильно интерпретировать ключевые признаки поражения почек, а также распознавать почечные осложнения, в том числе связанные с лечением, у различных больных.

Современная этиология болезней почек и возможности воздействия на нее

Очевидно, что успех терапии хронических прогрессирующих болезней почек, как и любых других заболеваний, в наибольшей степени определяется возможностями воздействия на этиологический фактор. Принято считать, что причину хронических заболеваний почек, как правило, установить трудно: исключение составляет лишь типичный постстрептококковый острый гломеруло-нефрит, как показывает опыт, не столь редкий и сегодня. По-прежнему продолжают регистрироваться "вспышки" этого заболевания (например, одна из них была отмечена в Бразилии в середине 1980-х годов - источником ее был нефритогенный штамм Streptococcus zooepidemicus).

Опыт наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией свидетельствует о возможности развития у них своеобразного поражения почек - так называемой ВИЧ-ассоциированной нефропатии, чаще наблюдаемой у афроамериканцев и употребляющих внутривенные наркотики. ВИЧ-ассоциированная нефропатия представляет собой один из вариантов фокально-сегментарного гломеруло-склероза, характерными чертами которого являются отек эндотелиальных клеток клубочка с коллапсом его петель ("коллапсирующая гломерулопатия"), атрофия канальцев с участками их кистозного расширения, пролиферация подоцитов, зоны лимфоцитарной инфильтрации и тубулоинтерстициальный фиброз. Особенности клинической картины ВИЧ-ассоциированной нефропатии являются высокие величины экскреции белков с мочой и быстрое прогрессирование почечной недостаточности. Артериальное давление длительно остается нормальным. **В течение менее чем 10-летнего периода ВИЧ-ассоциированная нефропатия заняла важное место в структуре причин терминальной**

продолжение на стр.7



ПРЕСТОЛЬНЫЙ ПРАЗДНИК



21 ноября Православная церковь традиционно совершает празднование Собора Архистратига Божия Михаила и прочих Честных Небесных Сил бесплотных. Этот день является престольным праздником Архангельского храма Медицинской академии.

В 1997 году, после проведения в храме первоначальных восстановительных работ, Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексей II совершил его малое освящение и первое архиерейское богослужение. С тех пор почти ежегодно престольный праздник храма украшался присутствием Преосвященных архипастырей.

В этом году по благословению Святейшего Патриарха праздничное богослужение совершил Его викарий, Преосвященный Александр, епископ Дмитровский, в сослужении многочисленного духовенства храмов г. Москвы. На богослужении присутствовали руководство Московской медицинской академии, Клинического центра, их сотрудники, студенты и проходящие лечение в клиниках, многочисленные молящиеся. Стало традицией в этот день подводить итоги проделанной работы по воссозданию и развитию жизнедеятельности храма и отмечать лиц, потрудившихся на благо Церкви, наградами. Список отмеченных знаками Первосвятительского внимания в этом году открыл проректор по АХР ММА имени И. М. Сеченова Иван Иванович Рязанцев, который за многолетнюю и бескорыстную помощь храму был удостоен ордена преподобного Сергия Радонежского III степени.

Преосвященнейший Владыка отметил большой объем проделанных работ, и особенно красоту и торжественность праздничного убранства храма. Он поблагодарил ктитора храма

- ректора академии М. А. Пальцева за труды, понесенные им в деле воссоздания и благоустройства храма, и поздравил его с днем тезоименитства.

По окончании богослужения состоялся праздничный прием, на котором ректор академии поблагодарил Владыку за внимание, которое он оказал приходу своим визитом в праздничный день, поблагодарил сотрудников академии за содействие в возрождении полноценной жизни храма и, отметив всевозрастающее значение престольного праздника клинического храма, сказал, что этот храм для академии становится по значимости таким же, как Татьянин день - для МГУ.

Мы искренне надеемся на то, что храм Архистратига Божия Михаила при клиниках на Девичьем поле и впредь будет собирать многочисленных гостей в день престольного торжества и что гости эти будут людьми неравнодушными к судьбе храма, содействующие его развитию и процветанию.

Пользуясь возможностью, хотелось бы еще раз поздравить всех читателей "Медицинской академии" с прошедшим праздником и поблагодарить за внимание и помощь, которые постоянно оказываются нашему храму.

Со своей стороны, мы и впредь будем прилагать все усилия к тому, чтобы храм, некогда построенный врачами в клиническом городке на Девичьем поле, выполнял свое историческое предназначение и оправдывал надежды и чаяния храмостроителей.

Андрей ШУМИЛОВ
священник,
настоятель храма

Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова совместно с информационно-издательским агентством "Ремедиум" выпустила новые журналы - "Российский медицинский форум" и "Вестник медицинских конкурсов".



**ЖУРНАЛ
"РОССИЙСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ФОРУМ"**

Цель проекта

Создание специализированного, научно-практического, систематического издания для информирования врачей, научных медицинских работников, преподавателей медицинских вузов, а также специалистов, занятых в управлении здравоохранением, о наиболее важных достижениях медицинской науки, образования и клинической практики.

Основные задачи проекта

- аккумуляция информации о важнейших отечественных и зарубежных разработках в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний;
- создание информационной "площадки" для научного общения между ведущими специалистами в области медицины, образования, науки;
- освещение актуальных вопросов медицинской практики, клинических исследований, организации и управления здравоохранением, развития образовательной системы;
- освещение важнейших научно-медицинских конгрессов и других информационных мероприятий в области здравоохранения и образования.



**ЖУРНАЛ
"ВЕСТНИК
МЕДИЦИНСКИХ
КОНКУРСОВ"**

Цель проекта

Создание специализированного, информационно-аналитического, систематического издания для информирования врачей, научных медицинских работников, преподавателей медицинских вузов, специалистов, занятых в управлении здравоохранением, учащихся медицинских и фармацевтических вузов и молодых ученых о проводящихся конкурсах в области медицинской науки, клинической практики, организации здравоохранения, образовательных программ, медицинских бизнес-проектов.

Основные задачи проекта

- аккумуляция информации о конкурсах, проводимых по инновациям в области: медицинских и биологических исследований, клинической практики, экологии и безопасности, медицинского и фармацевтического образования, организации и управления здравоохранением, информационных, маркетинговых и бизнес-проектов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских услуг;
- централизованный сбор информации о планируемых и проводимых конкурсах, условиях участия в них и их организационных и содержательных результатах;
- рекомендации по подготовке заявок и материалов на конкурсы;
- представление наиболее важных конкурсов;
- публикации информационных материалов по организации и проведению конкурсов;
- освещение важнейших научно-медицинских конгрессов и других информационных мероприятий в области здравоохранения и образования.

ВПЕРВЫЕ НА ВЫСТАВКЕ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ - 2006"



Газета «Медицинская академия» впервые выпустила специальный номер, посвященный Российской неделе здравоохранения и 16-й Международной выставке «Здравоохранение - 2006».

С приветственным словом к участникам и гостям выставки обратились вице-президент Торгово-промышленной палаты РФ С.Н. Катирин и ректор ММА имени И.М. Сеченова М.А. Пальцев, который, в частности, подчеркнул, что 250-летие ММА имени И.М. Сеченова станет незабываемым праздником не только для академии, но и для всех медиков нашей страны.

Генеральный директор ЦВК «Экспоцентр» В.Л. Мелькевич наградил газету «Медицинская академия» дипломом за активное участие в выставке «Здравоохранение-2006».

ОЛИМПИАДА ПО ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ

Впервые за много лет в Московской медицинской академии терапевтической секцией Студенческого научного общества им. Н.И. Пирогова (СНО) была проведена олимпиада по внутренним болезням. В ней участвовали студенты лечебного факультета и факультета подготовки научно-педагогических кадров.

В оргкомитет олимпиады вошли проректор по научной работе академик С.В. Грачев (руководитель), куратор терапевтической секции СНО докт. мед. наук О.М. Драпкина, и.о. декана ФПНПК Л.В. Михеева, студенты факультета подготовки научно-педагогических кадров И.В. Самойленко, Д.Ю. Щекочихин и лечебного факультета - А.С. Шилова.

В олимпиаде приняли участие 9 команд, которые представляли студенческие научные кружки (СНК) кафедр: факультетской терапии №1, факультетской терапии №2, госпитальной терапии №1, терапии и профболезней, пропедевтики и внутренних болезней, эндокринологии, профилактической и неотложной кардиологии ФПНПК, психиатрии и самоопределившаяся команда в составе студентов разных курсов лечебного факультета и факультета подготовки научно-педагогических кадров. Каждая команда состояла из 5 студентов 4-6-го курсов разных факультетов.



Жюри работало в составе академиков Ю.Н. Беленкова, В.Т. Ивашкина, Н.А. Мухина, профессоров Л.В. Лысенко, А.Л. Сыркина, И.Г. Фоминой.

Открыл олимпиаду академик РАМН Николай Алексеевич Мухин, обратившийся с приветственным словом к ее участникам.

В качестве первого задания командам предстояло письменно ответить на три вопроса по лекции С.П. Боткина, прочитанной студентом 6-го курса ФПНПК Игорем Самойленко. Следующим испытанием стал блиц-опрос, состоявший из 14 вопросов, затем команды решали ситуационные задачи и в завершение им было предложено интерпретировать аудиовизуальные материалы диагностических исследований, а также назвать имена великих ученых-медиков по представленной портретной галерее.

По единодушному мнению жюри, все участники показали высокий уровень профессиональных знаний и клинического мышления.

Первое место заняла команда СНК кафедры факультетской терапии №2. В качестве награды ей был вручен приз «Золотой стетоскоп». Второе и третье места поделили команды СНК кафедры госпитальной терапии №1 и кафедры психиатрии. Они были награждены дипломами.

Торжественную церемонию вручения наград провел научный руководитель Студенческого научного общества им. Н.И. Пирогова профессор кафедры терапии и профболезней Л.В. Лысенко.

С заключительным словом от администрации академии выступил профессор Т.Ш. Миннибаев.

Л.В. МИХЕЕВА,
и.о. декана ФПНПК



"ОСТАНОВИТЕ СПИД. СДЕРЖИТЕ ОБЕЩАНИЕ"

"Positive in mind, positive in spirit"



Гражданское общество против СПИДа

В 1997 году организация Программа ООН по ВИЧ/СПИД (UNAIDS) организовала первую ежегодную Всемирную кампанию против СПИДа и вплоть до 2004 года координировала ее проведение учреждениями ООН, правительствами и всеми секторами гражданского общества. Затем общее руководство кампанией стали осуществлять неправительственные организации (НПО), что позволило усилить роль гражданского общества. Был создан Глобальный руководящий комитет, куда вошли представители национальных НПО. В настоящее время в его составе значатся делегаты от Бразилии, Нидерландов, России, Танзании, США и Южной Африки, сотрудники секретариата UNAIDS и Глобального фонда борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, профсоюзного движения и других общественных организаций.

Руководство конкретными действиями в рамках кампании осуществляет Международный офис, расположенный в Амстердаме (Нидерланды). Он оказывает поддержку пропагандистским мероприятиям на национальном уровне, которые проводятся с учетом местных особенностей под общим девизом "Остановите СПИД. Сдержите обещание". Почему выбрали этот девиз?

В июне 2001 года на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН была единодушно принята декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, в соответствии с которой правительства стран мира взяли на себя обязательство вести целенаправленную борьбу с инфекцией. Хотя такая работа и ведется, она признается недостаточной, и гражданское общество в рамках Всемирной кампании стремится таким образом активизировать деятельность государственных организаций и привлечь к проблеме СПИДа общественное внимание.

Темой прошедшего Всемирного дня борьбы со СПИДом стала отчетность. Она включает требование об отчете государственных и политических лидеров в связи с принятыми на сессии ООН обязательствами, а через это - расширение общественной осведомленности о проблеме ВИЧ/СПИДа и обеспечение массовой поддержки антиспидовского движения общественных организаций.

Ситуация в мире и России

По оценкам Программы ООН по ВИЧ/СПИД, в 2005 г. во всем мире от 36 до 44 млн. человек жили с ВИЧ-инфекцией или СПИДом. Из них 10 млн. заразились в предшествующие два года. Свыше 24 млн. умерло от СПИДа. Ежедневно инфицируются около 14 тыс. человек, из которых более 2 тыс. - дети. Пораженность ВИЧ-инфекцией в отдельных странах достигает очень высоких показателей. К примеру, в 2001 г. до 30-40% беременных женщин в Ботсване, Лесото, ЮАР, Свазиленде были инфицированы ВИЧ.

В странах Восточной, Центральной Европы и СНГ отмечается интенсивное распространение ВИЧ-инфекции. В ряде государств, в том числе в Прибалтике и на Кавказе, наблюдается стремительный рост новых случаев заражения. Самое серьезное положение складывается сегодня в Эстонии, Российской Федерации и Украине. Согласно отчетам UNAIDS, 80 % лиц, живущих с ВИЧ в странах Восточной, Центральной Европы и СНГ, - младше 30 лет.

В Российской Федерации ВИЧ-инфекция сконцентрирована среди наркоманов и лиц, подвизающихся в коммерческом сексе, темпы ее распространения в 2005 г. оставались одними из самых высоких в мире. Общее число зарегистрированных

серопозитивных к ВИЧ россиян достигло к 31 декабря 2005 г. 348 720 человек, из них ВИЧ-инфицированные составили приблизительно 334 000 и еще около 15 000 детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей, находятся на диспансерном наблюдении до установления диагноза. Реальное количество инфицированных намного больше. По оценкам Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, их в 2005 г. насчитывалось от 940 000 до 1,5 млн. человек. Это означает, что в России фактически 1,2-1,9% людей в возрасте от 15 до 49 лет живут с ВИЧ/СПИДом.

В 2005 г. было выявлено 35 526 новых случаев. В результате, по официальной статистике, среднее число зараженных граждан РФ на 100 000 населения составило 225,1 против 200,7 в 2004 г. К концу 2005 г. 0,4% взрослого населения страны в возрасте от 15 до 49 лет были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные. Критическая ситуация сложилась в возрастной группе 18-24 года, здесь числился 1% ВИЧ-инфицированных.

Главная причина заражения, начиная с 1996 г., - внутривенное введение наркотиков нестерильным инструментарием. Среди общего числа лиц с известными факторами риска заражения к концу 2005 г. 86% были инфицированы при употреблении наркотиков. Однако начиная с 2001 г. доля зараженных при внутривенном введении наркотиков уменьшается. Интенсифицируется половой путь передачи ВИЧ. На 43 территориях РФ процент зарегистрированных в 2005 г. ВИЧ-позитивных лиц, заразившихся половым путем, превысил процент инфицированных при употреблении наркотиков. Имеются данные о развитии эпидемии в популяции мужчин-гомосексуалистов.

В общей структуре ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации 70% - мужчины, однако растет доля женщин. Среди новых случаев в 2005 г. женщины составили 43%. В том же году среди лиц, заразившихся половым путем, доля женщин составила 70% против 54% в 2002 г. Всего выявлено около 100 000 женщин с ВИЧ. Вовлечение в эпидемический процесс женщин детородного возраста ведет к увеличению числа родов у ВИЧ-позитивных матерей. Передача инфекции от матери ребенку - основной путь заражения детей в возрасте до 14 лет в территориальных образованиях, где регулярно проводится скрининг продуктов крови и решены проблемы с одноразовым медицинским инструментарием. По оценкам Программы UNAIDS, в 2002 г. в мире практически 90% младенцев, родившихся от ВИЧ-позитивных матерей, были инфицированы трансплацентарно, в родах или при грудном вскармливании. Это относится и к России.

По данным Госкомстата, в 2005 г. имели беременность 12 836 ВИЧ-инфици-

рованных женщин, что на 16% больше, чем в 2004 г. Из них 6 711 закончили беременность родами, что на 5% больше по сравнению с 2004 г. и на 90,5% больше, чем в 2000 г. Пораженность ВИЧ-инфекцией беременных в 2005 г. составила 0,4%. На конец 2005 г. в России было рождено 27 500 детей от ВИЧ-позитивных матерей.

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех 89 субъектах Российской Федерации. По показателю ее распространенности на 100 000 населения к территориям с очень высоким уровнем пораженности (свыше 300 на 100 000) относятся: Иркутская (738,8), Самарская (685,6), Оренбургская области (606,3), Ханты-Мансийский АО (598,8), Свердловская область (557,3), Санкт-Петербург (551,3), Тюменская (494,1), Ленинградская (497,3), Калининградская (484,5), Ульяновская (459,7), Челябинская (411,0), Московская области (385,6).

В Москве на 1 января 2006 г. зарегистрировано 32 163 случая ВИЧ-инфекции. Из них 23 683 человека - жители Москвы. За 2005 г. выявлено 3 847 новых случаев, на долю москвичей пришлось 2 334, в 2004 г. - 2811. Показатели заболеваемости составили, соответственно указанным годам, 23,3 и 30,2 на 100 000 населения. Индекс распространенности - 236,8 на 100 000 населения. Доля зараженных в результате употребления наркотиков снизилась до 29,5%, в результате гетеросексуальных связей - возросла до 62,3%, гомосексуальных - составила 8,2%. В Москве СПИДом болели 375 человек: соотношение мужчин и женщин - 1,5:1,0. В 2005 г. рождено от ВИЧ-инфицированных женщин 549 детей.

Большую проблему представляет высокая концентрация ВИЧ-инфицированных (свыше 40 000) в учреждениях пенитенциарной системы. Из них около 5 000 остро нуждаются в лечении, в том числе 2 500 больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Высокую потенциальную опасность представляет передача инфекции через донорскую кровь. Красноречивый факт: за последние пять лет выявлено и отстранено от сдачи крови около 5 000 доноров с ВИЧ-инфекцией.

Крайне неблагоприятная эпидемическая обстановка оказывает все возрастающее негативное воздействие на здоровье населения, демографические процессы и экономику, создавая реальную угрозу национальной безопасности страны. Распространение ВИЧ-инфекции приводит к сокращению абсолютной численности работающих, снижению производительности труда и росту смертности, повышает пенсионную нагрузку на общество. Поражение преимущественно молодого населения обостряет ситуацию продолжающегося демографического спада, негативно влияет

на состояние обороноспособности страны. Так, по данным военно-врачебных комиссий, за последние три года по причине ВИЧ-инфекции не были призваны в ряды российской армии более 5 000 человек.

Программа "Анти-ВИЧ/СПИД"

В 1993 году Верховным советом РФ была утверждена первая национальная программа по профилактике и борьбе со СПИДом - "Анти-ВИЧ/СПИД". Впоследствии она неоднократно продлевалась, и в настоящее время действует подпрограмма "Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)" в рамках федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера: 2002-2006 годы". Объем общего финансирования подпрограммы - 2 млрд. 773 млн. руб. Деньги направлялись прежде всего на пропаганду мер личной и общественной профилактики ВИЧ-инфекции, обеспечение медицинских центров и учреждений современным лабораторным оборудованием и препаратами для диагностики и лечения ВИЧ/СПИДа. В рамках программ ВОЗ в качестве гуманитарной помощи дополнительно поступило лабораторное оборудование на сумму 111 тыс. евро.

Кроме того в 2006 г. средства на борьбу с ВИЧ-инфекцией в объеме 3,1 млрд. руб. были выделены в рамках приоритетного национального проекта в области здравоохранения. Также осуществлялись программы по борьбе со СПИДом в рамках займа Всемирного банка (около 50 млн. дол. на пять лет), двух проектов по грантам Глобального фонда борьбы с ВИЧ/СПИДом (около 200 млн. дол. на пять лет) и около 150 других международных проектов.

В соответствии с постановлением правительства Российской Федерации от 01.12.04 г. № 715, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, включена в перечень социально значимых заболеваний, а также в список заболеваний, представляющих опасность для окружающих. А постановление правительства от 27.12.04 г. № 856 утвердило правила обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях.

Для разработки и осуществления эффективной стратегии противодействия ВИЧ-инфекции UNAIDS предложил странам концепцию "Трех ключевых принципов": единая согласованная программа действий; единый национальный координирующий орган с широким мандатом; единая согласованная система мониторинга и оценки на уровне страны. В июле 2005 г. состоялась официальное открытие проекта UNAIDS "Координация в действии - применение трех ключевых принципов эффективного противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации".

ММА и профилактика ВИЧ-инфекции

В рамках Национального проекта в сфере здравоохранения Роспотребнадзор провел открытый конкурс на право выполнения работ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в России. По теме "Мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку" победила совместная заявка от Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова и корпорации "Джон Сноу инкорпорейтед".

Участвовать в этом проекте предложено 15 российским регионам.

Все разработанные в рамках проекта материалы будут размещены на сайтах ММА имени И.М. Сеченова и проекта "Мать и дитя" корпорации "Джон Сноу инкорпорейтед" в свободном доступе.

Сотрудниками кафедры эпидемиологии, микробиологии и инфекционных болезней при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ разработана программа электива "Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции" и сборник обучающих и контролируемых тестовых и ситуационных задач. Материалы утверждены Минздравсоцразвития России и в скором будущем их разошлют по медицинским вузам страны.

Н.И. БРИКО,
профессор кафедры эпидемиологии

ОБЪЯВЛЕНИЕ

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Московская медицинская академия
имени И.М. Сеченова
объявляет конкурс
на замещение должностей:

заведующего кафедрой - гигиены МП ФПО;

профессоров кафедр - биохимии леч. фак., кожных и венерических болезней леч. фак., патологической анатомии леч. фак. (0,5 ст.), гигиены МП ФПО, терапевтической стоматологии стомат. фак. (0,5 ст.), паразитологии, паразитарных и тропических болезней МП ФПО (0,5 ст.), госпитальной хирургической стоматологии стомат. фак., медицинского права мед.-проф. фак. (0,5 ст.), нормальной физиологии леч. фак. (0,5 ст.), хирургии ФПФОВ (0,25 ст. - по курсу хирургической гепатологии, 2 по 0,25 ст. - по курсу неотложной хирургии), факультетской хирургии № 2 леч. фак., гражданской обороны ФВО, военно - полевой хирургии ФВО (4 по 0,25 ст.);

доцентов кафедр - госпитальной хирургии №1 леч. фак., экологии человека и гигиены окружающей среды мед.-проф. фак., клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней леч. фак. (0,5 ст.), госпитальной хирургии №1 леч. фак., госпитальной хирургической стоматологии стомат. фак., фармацевтической химии с курсом токсикологической химии фарм. фак., фармакологии фарм. фак., военно - полевой терапии ФВО (0,25 ст.), военно - полевой хирургии ФВО (2 по 0,5 ст.), онкологии ФПФОВ (2 по 0,25 ст.), восстановительной медицины ФДПОП (0,25 ст.);

старших преподавателей кафедр - анатомии человека леч. фак., общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики мед.-проф. фак., фармакогнозии фарм. фак., иностранных языков ФИУ (2 ст.), организации медицинского обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях ФВО (0,5 ст.), аналитической, физической и коллоидной химии фарм. фак.;

ассистентов кафедр - ботаники фарм. фак. (0,5 ст.), клинической фармакологии и фармакотерапии ФПФОВ (0,5 ст.), функциональной и ультразвуковой диагностики ФПФОВ (0,5 ст.), детской эндокринологии с курсом диabetологии и эндокринологии ФПФОВ (0,5 ст.), онкологии ФПФОВ (0,5 ст.), фармакологии фарм. фак., оперативной хирургии и топографической анатомии леч. фак. (0,5 ст.), факультетской хирургии № 1 леч. фак. (2 по 0,5 ст.), хирургии мед.-проф. фак., общей врачебной практики леч. фак., факультетской терапии №1 леч. фак. (2 по 0,5 ст.), общей фармацевтической и биомедицинской технологии фарм. фак. (0,5 ст.), сестринского дела ФВСО (2 по 0,5 ст. и 2 по 0,25 ст.), патологической анатомии леч. фак. (1 ст. и 0,5 ст.), онкологии ФПФПК, хирургии ФПФОВ (4 по 0,25 ст. - по курсу неотложной хирургии), истории медицины, истории отечества и культурологии мед.-проф. фак., военно - полевой хирургии ФВО (3 по 0,5 ст.), восстановительной медицины ФДПОП (0,25 ст.);

преподавателей кафедр - организации медицинского обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях ФВО (1 ст. и 0,25 ст.);

научных сотрудников - отдела неврологии и клинической нейрофизиологии (5 по 0,5 ст.).

Срок подачи документов - месяц со дня опубликования.

К участию в конкурсе приглашаются лица, проживающие в г. Москве.

Адрес: 119992 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

КЛИНИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

почечной недостаточности. Однако даже при выраженном ухудшении функции почек применение высокоактивной антиретровирусной терапии (Highly active antiretroviral therapy - HAART) способствует регрессу почечной недостаточности, а при раннем назначении - предупреждает ее.

Проблема HCV-инфекции, эпидемиологически подтвердившая в последнее десятилетие свой общепопуляционный характер, а также сохраняющая для нашей страны значение HBV-инфекции, продолжают привлекать внимание различных специалистов - не только гепатологов, но и дерматологов, ревматологов, а также нефрологов, что во многом определяется частотой и выраженным полиморфизмом внепеченочных их проявлений (З.Г. Апросина, Т.Н. Лопаткина, П.Е. Крель, Т.М. Игнатова, Д.Т. Абдурахманов). **Вовлечение почек у этих больных нередко играет наибольшую прогностическую роль.**

Среди возможных вариантов HCV-ассоциированного поражения почек особое значение придают **гломерулонефриту, связанному со смешанной криоглобулинемией.** Анализ клинической картины HCV-ассоциированной криоглобулинемии указывает на то, что вероятность многих ее проявлений, в том числе составляющих классическую триаду Meltzer (сосудистая пурпура, артралгии, слабость), повышается по мере увеличения сывороточного уровня криоглобулинов; у этой категории пациентов также достоверно чаще выявляли синдром Рейно и синдром Шегрена. Вместе с тем, наиболее тяжелые варианты криоглобулинемической нефропатии - рецидивирующий остросферитический синдром, нефротический синдром, быстропрогрессирующее течение - были констатированы только при высокой величине криоглобулинов и чаще всего у пациентов со вторым его типом, хотя поражение почек обнаруживалось и при низкой концентрации криоглобулинов в сыворотке крови. (Л.В. Козловская, Н.Б. Гордовская, Т.М. Игнатова, Е.Ю. Малышко).

Депозиты криоглобулинов, фиксируясь вдоль внутренней поверхности клубочкового капилляра, индуцируют пролиферацию эндотелиоцитов, сопровождающуюся инфильтрацией моноцитами, отличающей криоглобулинемический вариант поражения почек от других вариантов мезангиокапиллярного гломерулонефрита, в том числе волчаночного. Характерной морфологической чертой криоглобулинемической нефропатии также считают отложение в просветах гломерулярных капилляров эозинофильных PAS-позитивных ("внутрипросветных") тромбов, содержащих криоглобулины и имеющих выявляемую при электронной микроскопии фибриллярную структуру. Подобный морфологический феномен наблюдают также при редко встречающемся фибриллярном нефрите, который характеризуется, как и криоглобулинемический нефрит, частой нефротической протеинурией и высокой артериальной гипертензией, но отличается от последнего существенно более быстрым темпом необратимого ухудшения функции почек.

Вместе с тем, прогноз криоглобулинемической нефропатии, как правило, определяется сердечно-сосудистыми осложнениями, обусловленными прежде всего высокой артериальной гипертензией, плохо уступающей комбинированной антигипертензивной терапии (Л.В. Козловская, Н.Б. Гордовская, Т.М. Игнатова, С.В. Тэгай, С.Ю. Милованова).

Различные варианты вовлечения почек при хронических вирусных гепатитах, таким образом, нередко имеют существенно большее прогностическое значение, чем прогрессирование печеночного процесса. Варианты HBV-ассоциированного гломерулонефрита, детально описанные в течение первых 15 лет с момента открытия HBs-антигена и внедрения в клиническую практику методов его определения в сыворотке крови, дополняются почечными проявлениями узелкового

полиартериита, в этиологии которого именно HBV играет сегодня преобладающую роль.

Возможность длительно проследить судьбу более чем 120 больных узелковым полиартериитом позволила детально уточнить особенности клинической картины с выделением некоторых закономерностей эволюции этого заболевания (Е.Н. Семенкова, О.Г. Кривошеев, О.В. Клименко) и подтверждением определяющей с точки зрения долгосрочного прогноза и влияния на выживаемость роли поражения почек, признаки которого были отмечены у 80% больных.

Современные возможности иммуносупрессивного лечения изменили судьбу большинства больных системными васкулитами, что четко подтверждают данные нашей клиники, основывающиеся на большом опыте наблюдения пациентов с узелковым полиартериитом, гигантоклеточными артериитами Такаясу и Хортон, пурпурой Шеллеина-Геноха, а также ANCA-ассоциированными формами - гранулематозом Вегенера и микроскопическим полиангиитом (Е.Н. Семенкова, О.Г. Кривошеев, С.В. Гуляев, Т.В. Бекетова, С.В. Клеменко). При ANCA-ассоциированных васкулитах, как показал опыт нашей клиники, комбинация кортикостероидов с азатиоприном, особенно с циклофосфамидом, позволяет не только купировать обострения, но значительно (на 10 лет и более) продлить активную жизнь пациентов, подавляющее большинство которых ранее погибало в течение первого года с момента дебюта болезни. Анализ группы больных гранулематозом Вегенера (187 человек), наблюдавшихся в нашей клинике, свидетельствует о значительной частоте (61%) поражения почек. Благодаря большой продолжительности наблюдения удалось рассчитать примерную суммарную дозу цитостатиков, превышение которой не сопровождается дальнейшим увеличением эффективности лечения, но приводит к существенному росту риска осложнений, в том числе фатальных.

Механизмы прогрессирования болезни почек и возможности нефропротекции

При выделении маркеров неблагоприятного почечного прогноза одним из ведущих оказалась **высокая протеинурия, при длительном сохранении которой риск терминальной почечной недостаточности максимален.** Данная закономерность, подтвержденная в крупных зарубежных нефрологических центрах (The GISEN Group) и данными нашей клиники (И.Е. Тареева, И.М. Кутырина, М.Ю. Швецов, Е.Б. Оконова, Е.В. Ставровская), в настоящее время обосновывается теорией так называемого нефротоксического действия протеинурии. Эта концепция подразумевает влияние компонентов белкового ультрафильтрата (прежде всего альбумина, но также и трансферрина, ЛНП и ЛОНП, компонентов комплемента, способных активироваться в первичной моче с образованием мембранатакующего комплекса) на эпителиоциты проксимальных канальцев, меняющих свой фенотип (трансдифференциация) и приобретающих способность экспрессировать основные профиброгенные хемокины, в том числе регулируемые ключевым ядерным фактором транскрипции NFκB, моноцитарный хемоаттрактантный белок типа 1 (MCP-1), молекулу RANTES, а также эндотелин-1. Аналогичные свойства получают и другие клетки, в частности, мезангиоциты; одновременно наблюдается активация резидентных макрофагов с привлечением новых клеток этого ряда, а также фибробластов. В результате нарастает тубулоинтерстициальный фиброз, которому сегодня придают ведущее значение в формировании нарастающего ухудшения функции почек.

Среди медиаторов, играющих роль в модулировании тубулоинтерстициального фиброза, особую роль отводят уже упоминавшемуся MCP-1, а также трансформирующему фактору роста-бета (TGF-β), непосред-

ственно регулирующему процессы пролиферации фибробластов и накопления экстрацеллюлярного матрикса, а также способствующего локально-почечной экспрессии компонентов эндотелий-зависимого вена гемостаза, в частности, ингибитора активатора плазминогена типа 1 (PAI-1). Подробно изучено клиническое и прогностическое значение названных маркеров тубулоинтерстициального фиброза при хроническом гломерулонефрите (Л.В. Козловская, И.Н. Бобкова, Н.В. Чеботарева), в том числе в сопоставлении с морфологическими данными (В.А. Варшавский, Е.П. Голицына). Экскреция с мочой продуцируемого эпителиоцитами проксимальных канальцев MCP-1 оказалась особенно высокой при максимальной площади тубулоинтерстициального фиброза. В связи с этим исследование концентрации MCP-1 в моче открывает перспективы в неинвазивной оценке активности почечного поражения, в том числе и изменения ее под действием проводимой патогенетической терапии. Наши исследования показали также прямую корреляцию с выраженностью тубулоинтерстициального фиброза. Экскреция TGF-β с мочой оказалась наибольшей при нефротической протеинурии, но особенно - при сформировавшейся почечной недостаточности.

Наряду с оценкой мочевой экскреции хемокинов о выраженности тубулоинтерстициального фиброза и, в конечном итоге, глобального нефросклероза, обуславливающего утрату почечной функции, можно также судить по содержанию в моче α-гладкомышечного актина (α-SMA), экспрессируемого преимущественно миофибробластами, активно участвующими в продукции компонентов экстрацеллюлярного матрикса. Величина экспрессии α-SMA при пролиферативных формах гломерулонефрита достоверно превосходит таковую по сравнению с непролиферативными его вариантами, однако максимальна она при наличии явных склеротических изменений, выявляемых при морфологическом исследовании ткани почки (Н.В. Чеботарева, И.Н. Бобкова, Л.В. Козловская, В.А. Варшавский, Е.П. Голицына).

TGF-β и NFκB-зависимые механизмы тканевого ремоделирования, реализуемые при участии MCP-1 и других профиброгенных хемокинов, очевидно, не являются строго специфичными для почечной ткани, но именно экспериментальные и клинические исследования в области нефрологии в наибольшей степени способствовали пониманию их роли в этом процессе. В настоящее время четко показано сходство путей формирования нефросклероза и миокардиального фиброза, лежащего в основе развития хронической сердечной недостаточности. Такое же сходство имеют дезадаптивные изменения сосудистой стенки, определяющие риск многих сердечно-сосудистых осложнений, значительно повышающийся благодаря ускорению процессов атерогенеза. Более того, индукторы приведенных вариантов развития тканевого фиброза часто также идентичны, и среди них у больных хроническими прогрессирующими нефропатиями особенно велико значение компонентов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), прежде всего ангиотензина II.

Негемодинамической составляющей действия ангиотензина II отводят приоритетную роль в усилении протеинурии, и именно поэтому препараты, блокирующие его образование (ингибиторы АПФ) или взаимодействие с рецепторами 1-го типа (блокаторы рецепторов ангиотензина II), обладают заметными антипротеинурическими свойствами, что определяет их возможность предупреждать ухудшение почечной функции в большей степени, чем свойственный им антигипертензивный эффект. Устраняя последствия повреждающего влияния плазмальных белков, попавших в первичную мочу, на эпителиоциты проксимальных канальцев, а также тормозя TGF-β механизмы фиброгенеза, ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина II значительно уменьшают выраженность тубулоинтерсти-

циального фиброза - фундаментальной составляющей патогенеза хронической почечной недостаточности.

Наряду с участием уже упомянутых медиаторов развитие тубулоинтерстициального фиброза во многом определяется активацией эндотелий-зависимого вена гемостаза, синтез многих компонентов которого (в частности, PAI-1) прямо связан с TGF-β, активируемым в том числе ангиотензином II. В связи с этим, например, блокаторы рецепторов ангиотензина II, как это было показано исследованиями нашей клиники, наряду с антипротеинурическим действием при хроническом гломерулонефрите, в том числе нефротическом, вызывают снижение мочевой экскреции PAI-1, что также может рассматриваться как показатель снижения интенсивности почечного фиброгенеза (Л.В. Козловская, И.Н. Бобкова, А.В. Щербак, М.Ю. Швецов, О.К. Плиева).

Универсальность органопротективных свойств блокаторов РААС обосновывает единство механизмов дезадаптивного ремоделирования многих органов - почек, миокарда, сосудистой стенки, поражение которых часто взаимообусловлено и сопряжено, что с общепатологической точки зрения позволило сформулировать концепцию кардиоренальных взаимоотношений - кардиоренального синдрома (Н.А. Мухин, В.С. Моисеев). Установлены генетические детерминанты нарушения кардиоренальных взаимоотношений: носительство D-аллеля гена АПФ, в том числе в гомозиготной форме, а также определенные варианты гена альдостерон-синтазы, по-видимому, предрасполагают к большей экскреции белков с мочой и увеличению темпов прогрессирования хронического гломерулонефрита (И.М. Кутырина, В.В. Носиков, М.Ю. Швецов, Е.С. Камышева), и именно у этой категории пациентов польза от раннего назначения ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II оказывается максимальной.

Ишемическая (сосудистая) нефропатия и поражение почек при системных заболеваниях

Вклад тромбогенеза, в том числе его эндотелий-зависимой составляющей, четко доказанный при сердечно-сосудистых осложнениях - остром коронарном синдроме, остром инфаркте миокарда, ишемическом мозговом инсульте, - в настоящее время является предметом интенсивного изучения в нефрологии. Распространенный тромбоз, вовлекающий в том числе внутрипочечные сосуды, включая уровень микроциркуляции, определяет клинические признаки одного из наиболее распространенных в популяции тромбофилических состояний - антифосфолипидного синдрома, первичного и вторичного, в частности, ассоциированного с системной красной волчанкой (Н.Л. Козловская, Е.М. Шилов, Н.А. Метелева, Е.А. Шахнова, В.В. Кушнир).

Антифосфолипидный синдром вместе с тем - один из вариантов тромбофилии, при котором доказана возможность прогностически важного вовлечения почек.

В числе наиболее постоянных признаков поражения почек при антифосфолипидном синдроме - артериальная гипертензия, наблюдающаяся более чем у 80% пациентов и часто имеющая черты злокачественной. У значительной части этих больных к моменту диагностики антифосфолипидного синдрома уже регистрируют стойкое ухудшение почечной функции, хотя почти у трети ему предшествуют эпизоды транзиторной гиперкреатинемии. Связь поражения почек с антифосфолипидным синдромом подтверждается повышением сывороточного титра антител к кардиолипину, данными ультразвуковой доплерографии почечных сосудов, указывающими на грубые нарушения внутрисосудистой гемодинамики, а также результатами морфологического исследования ткани почки, полученной при биопсии. Опыт нашей клиники свидетельствует о том, что длительное применение антикоагулянтов при поражении

продолжение на стр.8



НЕФРОЛОГИЯ И СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

почек, ассоциированном с антифосфолипидным синдромом, предупреждает нарастание почечной недостаточности; можно обсуждать максимально раннее начало использования этих препаратов (низкомолекулярные гепарины, варфарин) у подавляющего большинства подобных больных (Н.Л. Козловская, Е.М. Шилов, Е.А. Шахнова).

Нефропатия, ассоциированная с антифосфолипидным синдромом, является ярким примером так называемой сосудистой (ишемической) нефропатии. Ишемическая нефропатия также характеризует тип поражения почек у подавляющего большинства больных узелковым полиартериитом. Выявление признаков ишемической нефропатии у пожилого пациента настоятельно требует обсуждения особого ее варианта - ишемической болезни почек (атеросклеротического стеноза почечных артерий), которая сегодня является объектом пристального изучения (В.В. Фомин, М.Ю. Швецов, И.М. Кутырина, Л.В. Козловская, С.В. Моисеев, А.Ю. Зайцев, О.И. Таронишвили, В.В. Кушнир, В.И. Осипенко, Е.В. Фоминых).

В начале 1950-х годов А.В. Сумароков, ближайший ученик Е.М. Тареева, одним из первых отделил атеросклеротический стеноз почечных артерий от других вариантов распространенной в то время злокачественной артериальной гипертензии. У всех описанных им больных диагноз был подтвержден на аутопсии: причиной смерти были как неуклонное, вплоть до уремии, ухудшение функции почек, так и связанные с выраженностью артериальной гипертензии сердечно-сосудистые осложнения. Сегодня ишемическая болезнь почек лидирует среди причин необратимого ухудшения почечной функции у пожилых и, несмотря на значительно расширившиеся в последние два десятилетия возможности ее диагностики и лечения, нередко остается нераспознанной - вплоть до терминальной почечной недостаточности, которая именно у этих пациентов может быть ускорена часто применяемыми у пожилых лекарственными препаратами и диагностическими вмешательствами (в частности, с использованием рентгеноконтрастных средств).

Показано, что ишемическая болезнь почек присуща преимущественно больным распространенным атеросклерозом, в том числе осложненным его формами: до выявления атеросклеротического поражения почечных артерий пациенты нередко переносят острый инфаркт миокарда, в том числе повторный, транзиторную ишемическую атаку или мозговую инсульт, а также разнообразные ангиохирургические вмешательства, в том числе коронарорангипластику. Это заболевание нередко впервые обнаруживают именно при проведении ангиографии, сопряженной у этих пациентов с высоким риском рентгеноконтрастной нефропатии.

По нашим данным, ведущий клинический признак ишемической болезни почек - высокая артериальная гипертензия, часто не уступающая комбинированной антигипертензивной терапии и почти у половины больных характеризующаяся преимущественным повышением систолического АД. Изолированная систолическая артериальная гипертензия - это и общепопуляционный "почечный" фактор риска: при ее наличии вероятность стойкого ухудшения функции почек выше, чем при систоло-диастолическом варианте артериальной гипертензии.

В ухудшение сердечно-сосудистого прогноза при атеросклеротическом стенозе почечных артерий, по-видимому, значителен вклад гипергомоцистенемии, которая, по результатам обследования этих пациентов в нашей клинике, достигает максимальной выраженности именно при значительном снижении скорости клубочковой фильтрации.

Обосновано своевременное устранение усугубляющих нарушение почечной функции ятрогенных факторов - нестероидных противовоспалительных препаратов, петлевых диуретиков в больших, вызывающих относительную гиповолемию, дозах, но, в первую очередь, ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II, часто назначаемых без должного контроля пожилым больным артериальной гипертензией, ошибочно расцениваемой как эссенциальная.

Улучшение прогноза у пациентов с ишемической болезнью почек возможно при применении инвазивных методов реваскуляризации почек, из которых наибольший опыт накоплен в отношении стентирования почечных артерий, возможно более раннего. Более четкому определению показаний к ангиохирургическим методам лечения ишемической болезни почек может способствовать внедрение в клиническую практику новых маркеров ишемического повреждения почечной ткани. Так, повышение мочевого экскреции MCP-1, как показано нами в совместных с кафедрой патофизиологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова исследованиях на экспериментальной модели стеноза почечной артерии (one kidney-one clip), удается зарегистрировать раньше, чем наблюдается стойкое повышение системного АД (С.А. Гаврилова, В.В. Кошелев, О.И. Таронишвили, А.А. Иванов, В.В. Фомин, М.Ю. Швецов, Т.Н. Краснова, С.В. Моисеев).



Традиционный для школы Е.М. Тареева интерес к амилоидозу подтверждается сегодня и результатами изучения вторичных его форм. В настоящее время среди причин вторичного амилоидоза лидирует ревматоидный артрит, при котором, как свидетельствует опыт нашей клиники, обобщенный на основании обследованных более 100 больных, вероятность терминальной почечной недостаточности определяется продолжительностью протениурической стадии поражения почек, при этом особое внимание обращено на длительность существования и степень выраженности острофазового ответа, прежде всего стойкого повышения сыровоточного уровня С-реактивного белка (Л.В. Козловская, В.В. Рамеев, И.А. Саркисова, В.А. Варшавский, Е.П. Голицына). Изучение клинического значения отдельных вариантов гена MEFV (Mediterranean Fever - средиземноморская лихорадка - синоним периодической болезни), определяющего предрасположенность к периодической болезни, уже сегодня позволяет предсказывать вероятность формирования у этих пациентов амилоидоза почек, что, в свою очередь, может являться аргументом в пользу более настойчивого профилактического применения колхицина (Л.В. Козловская, В.В. Рамеев, А.Х. Симонян).

Вовлечение почек свойственно помимо амилоидоза и многим системным заболеваниям, а его проявления часто преобладают в клинической картине болезни. Продолжают уточняться варианты поражения почек при саркоидозе, ранее считавшиеся казуистически редкими и включающие не только хорошо известные гранулематозный тубуло-интерстициальный нефрит и гиперкальциемическую нефропатию, но и различные варианты хронического гломерулонефрита, а также вторичный амилоидоз (Б.М. Корнев, Е.Н. Попова, Л.В. Козловская, В.В. Фомин, С.В. Моисеев, В.А. Варшавский, Е.П. Голицына).

Именно "почечные" маски остаются одной из главных причин поздней диагностики инфекционного эндокардита. Патогенез их, как правило, определяется иммунопатологическими реакциями с изменениями активности системы гемостаза, в ряде случаев достигающими степени, соответствующей локальному ДВС-синдрому - у обследованных в нашей клинике больных частота последнего в группе с поражением почек в 2,5 раза превышала таковую при инфекционном эндокардите без признаков почечного процесса (Л.В. Козловская, О.А. Белокриницкая, М.В. Таранова, Т.В. Андреева, А.В. Щербак). Наряду с хорошо известным хроническим диффузным гломерулонефритом в структуре вариантов поражения почек при инфекционном эндокардите одно из центральных мест занимают тубуло-интерстициальные нефропатии, в частности лекарственные, прежде всего связанные с избыточным использованием нестероидных противовоспалительных препаратов, а также последствиями антибактериальной терапии.

Опыт изучения вариантов поражения почек при инфекционном эндокардите четко подтверждает, что любой больной на определенном этапе может стать нефрологическим, причем именно почечный процесс нередко приобретает ведущее клиническое и прогностическое значение.

Лекарственные нефропатии

Вовлечение почек происходит как в связи с естественной эволюцией заболевания, так и вследствие

неадекватного или необоснованного применения медикаментозных средств - последнее обстоятельство сегодня становится преобладающим. Среди нежелательных явлений, возникающих в процессе лекарственного лечения, а также при диагностических вмешательствах (рентген-контрастная нефропатия), особую проблему продолжает представлять развитие почечной недостаточности при неконтролируемом употреблении лекарственных препаратов, прежде всего анальгетиков (И.Е. Тареева, С.О. Андреева, И.М. Балкаров). Анальгетическая нефропатия по-прежнему составляет не менее 3% в структуре причин терминальной почечной недостаточности. С учетом того, что ее нередко не распознают, можно утверждать, что реальная частота обусловленного данной хронической нефропатией необратимого ухудшения функции почек еще выше.

Четко идентифицированы группы риска лекарственных поражений почек - это больные сахарным диабетом, хронической сердечной недостаточностью (стойкая гипоперфузия всегда приводит к увеличению уязвимости почечной ткани), находящиеся в критических состояниях, а также пациенты, страдающие любой хронической болезнью почек, дети и особенно лица пожилого и старческого возраста. Инволютивные изменения почек, однако, наряду с особой группой хронических нефропатий, присущих преимущественно больным пожилого возраста, - анальгетической и уратной нефропатией, почечно-каменной болезнью, хроническим пиелонефритом, гипертоническим нефроангиосклерозом и ишемической болезнью почек, которые нередко сочетаются (феномен "мультиморбидной старческой почки") - могут приводить к очень быстрому падению СКФ при исходно отсутствующей гиперкреатинемии. Острая почечная недостаточность у пожилых, как правило, бывает трудно обратимой (И.А. Борисов).

Хроническая почечная недостаточность

Участие нефролога в диагностическом и лечебном процессах многопрофильной терапевтической клиники не исчерпывается только предупреждением и лечением "почечных" осложнений различных заболеваний. Число нефрологических синдромов, требующих подробного дифференциального диагноза в связи с большим разнообразием скрывающихся за ними нозологических форм, продолжает увеличиваться.

Неоднократно предпринимались попытки унификации подходов к выявлению хронических почечных заболеваний. Одной из таких попыток, наиболее широко внедряемой сегодня, стало предложенное National Kidney Foundation (США) понятие "хроническая болезнь почек" с выделением на основании степени снижения СКФ нескольких стадий, вплоть до терминальной, требующей заместительной почечной терапии.

Выявление хронической болезни почек и соответствующей стадии ее в общей популяции позволяет более точно планировать потребность в отдельных методах ее лечения, в том числе и заместительной почечной терапии (программный гемодиализ, постоянный амбулаторный перитонеальный диализ, трансплантация почки). Именно поэтому наличие хронической болезни почек, по-видимому, следует отражать в диагнозе не только в группах исходно нефрологических больных. Вместе с тем понятие "хроническая болезнь почек" не должно заменять конкретные нозологические

формы, и, следовательно, регистрация стойкого снижения СКФ не означает только начало подготовки пациента к заместительной почечной терапии в ущерб активному патогенетическому лечению, которое, будучи предпринятым по поводу нозологически четко обозначаемой хронической нефропатии позволяет добиться существенного замедления темпа нарастания почечной недостаточности.

Важно подчеркнуть, что представление о хронической болезни почек подразумевает регулярный скрининг ее признаков в группах риска, своевременное начало наблюдения этих пациентов нефрологом с адекватной коррекцией осложнений хронической почечной недостаточности (прежде всего анемии, нарушений фосфорно-кальциевого обмена, артериальной гипертензии) еще до начала заместительной почечной терапии. Так, именно нефрогенная анемия способствует развитию концентрической, а затем эксцентрической, гипертрофии и в дальнейшем - дилатационного поражения миокарда с тяжелой хронической сердечной недостаточностью, что является одним из ключевых факторов, существенно ухудшающих прогноз больных со стойким снижением СКФ независимо от его происхождения. Результаты обследования этой категории пациентов, проведенного в нашей клинике (Ю.С. Милованов, А.Ю. Николаев, Л.В. Козловская, Л.Ю. Милованова), свидетельствуют о том, что раннее (на додиализном этапе) лечение анемии комбинацией рекомбинантного эритропроэтина и препаратов железа с достижением целевых величин гемоглобина ассоциировано со значительно большей продолжительностью жизни на программном гемодиализе - сердечно-сосудистые осложнения, в том числе фатальные, наблюдали преимущественно у тех пациентов, у которых анемия сохранялась к моменту начала заместительной почечной терапии.

В ремоделировании сосудистой стенки при хронической почечной недостаточности, способствующем росту риска сердечно-сосудистых осложнений, помимо значительно ускоряющихся при стойком снижении СКФ процессов атеросклероза, играют роль нарушения фосфорно-кальциевого обмена (В.М. Ермоленко, А.Ю. Николаев, И.М. Кутырина). Эти нарушения появляются уже при умеренном ухудшении функции почек и достигают максимальной выраженности при терминальной почечной недостаточности, усугубляясь присоединяющимся вторичным гиперпаратиреозом. Данные обследования больных хронической почечной недостаточностью с помощью специальных методов - ультразвуковой доплерографии и мультиспиральной компьютерной томографии, позволяющей количественно оценить кальциноз сосудистой стенки, указывают на возможность одновременного вовлечения большинства сосудистых бассейнов - сонных, коронарных, бедренных артерий (Е.М. Шилов, Ю.С. Милованов, М.Ю. Дзитоева, В.В. Сафонов). В отличие от лиц с сохраненной функцией почек кальциноз может опережать атеросклероз, не будучи при этом одной из стадий последнего. В связи с этим ранняя коррекция нарушений фосфорно-кальциевого обмена, как и анемии, наряду с оптимизацией нутритивного статуса является одной из первоочередных задач длительного ведения пациентов с хронической болезнью почек.

Общее заключение

Улучшения прогноза нефрологического больного сегодня удается добиться благодаря новым терапевтическим стратегиям; при этом источником многих из них стали другие отрасли медицины - онкология, трансплантология и гематология (цитостатики), кардиология (антикоагулянты, антигипертензивные и антигиперлипидемические препараты), эндокринология (пероральные сахароснижающие препараты, инсулин-сенситайзеры). Оценку эффективности и безопасности новых лекарственных препаратов, в том числе принципиально новых, например, моноклональных антител к провоспалительным и профиброгенным цитокинам и блокаторов рецепторов к ним, в нефрологической практике осуществляют в настоящее время с учетом общепринятых принципов медицины, основанной на доказательстве, обоснованность применения которых весьма демонстративна несмотря на все еще существующее представление о "редкости" хронических болезней почек, затрудняющее проведение контролируемых исследований.

Сегодня трудно представить разделы клиники внутренних болезней, которые не имели бы хорошо очерченных и сохраняющих актуальность нефрологических аспектов. Объединение усилий специалистов различных отраслей, в том числе фундаментальных, определяет перспективу решения многих проблем нефрологии и клиники внутренних болезней в целом.

Клиника нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова была и остается многопрофильным лечебным учреждением, и постоянное взаимобогащающее общение специалистов различных направлений предопределяет успех в лечебной, педагогической, а также научной деятельно-

МЕДИЦИНА ПРОТИВ КАТАСТРОФ

Природные и техногенные катастрофы, набирающая силу террористическая угроза поставили перед российскими врачами неожиданные задачи. С начала 90-х годов XX века первоочередным стало оказание медицинской помощи мирному населению - как при отсутствии военных действий, так и в условиях локальных вооруженных конфликтов, террористических актов. Эту задачу взяла на себя новая научно-практическая дисциплина - медицина катастроф.

Организационную и практическую работу на этом направлении возглавил Всероссийский центр медицины катастроф "Защита". В 1994 году на его базе впервые в мировой практике был создан полевой многопрофильный госпиталь. Первый выезд для ликвидации последствий социального конфликта на Северном Кавказе состоялся 17 сентября 1994 года в г. Моздок. Травматологической службой руководили сотрудники кафедры травматологии, ортопедии и хирургии катастроф ММА имени И.М.Сеченова профессор А.В. Гаркави и доцент С.К. Макиров.

В это время в Чечне вспыхнул вооруженный конфликт, и выезд продлился до мая 1995 года. Госпиталь переместился из Моздока в Грозный, были организованы филиалы в небольших населенных пунктах Толстой-Юрт, Знаменское, Слепцовское. Работа велась вахтовым методом, врачебно-сестринские бригады сменяли друг друга, однако неизменно травматологическую службу возглавляли сотрудники кафедры: профессора А.В. Гаркави и Л.А. Якимов, доценты А.Д. Калашник и О.И. Голубков, ассистент П.М. Елизаров. В дальнейшем к этой работе подключались профессор Л.Л. Силин, С.В. Бровкин, Н.В. Петров и доцент О.Л. Зорахович.

В середине 90-х годов в составе госпиталя стали трудиться представители других подразделений Московской медицинской академии, в частности, Клинического центра. Огромную роль в организации всего этого дела тогда сыграл заместитель директора центра П.Л. Лазарев - бывший военный врач.

Уникальный опыт работы в чрезвычайных ситуациях во многом способствовал созданию современной хирургической доктрины медицины катастроф и лег в основу первого и пока единственного в стране учебника "Хирургия катастроф" для студентов медицинских вузов, написанный сотрудниками нашей кафедры и используемый в преподавании и по сей день.

Лучшие спасатели возвращают жизнь более 70 пострадавшим

За более чем 12 лет своего существования госпиталь участвовал во многих ответственных выездах в места катастроф и чрезвычайных ситуаций как в России, так и за рубежом. Наиболее запомнившиеся командировки были в Буденновск во время захвата боевиками местной больницы (1995 г.), в Нефтегорск на ликвидацию последствий землетрясения (о. Сахалин, 1995 г.), в Турцию (дважды в 1999 г.), Колумбию (1999 г.), Афганистан.

Турция, август 1999 года. Разрушительное землетрясение, унесшее десятки тысяч жизней. Город Гельджук - в руинах. Из Москвы вылетела бригада спасателей МЧС вместе с госпиталем ВЦМК "Защита": больше 100 человек со спецтехникой, собаками для поиска пострадавших под завалами. Через 23 часа после первого под-



земного толчка мы прибыли ночью в разрушенный город, лишенный электричества. На одной из улиц вышли из машины и услышали из-под завалин стоны людей. Сразу, не дожидаясь развертывания госпиталя, начали спасательные работы.

Первые трое суток работали практически без отдыха и сна. В результате удалось извлечь из завалов живыми более 70 человек - непревзойденное достижение.

На соседних улицах оставались под обломками сотни обреченных на смерть людей. Но физической возможности спасти всех не было.

Этот случай очень наглядно продемонстрировал беспомощность человека перед лицом масштабных природных катастроф, когда даже лучшая в мире команда спасателей, сработавшая крайне эффективно, смогла реально помочь лишь небольшой части пострадавших.

Грозный, начало 2000 года. Больницы города разрушены. На территории бывшей автобазы развернут многопрофильный госпиталь в режиме городского скоромощного стационара. Часть его пневмокаркасных модулей расположена на открытом воздухе внутри отгороженной высоким забором территории. Там ведется амбулаторный прием в дневное время. Наиболее важные подразделения (операционная, реанимационная палата, госпитальный блок, жилые помещения) находятся внутри каменного ангара, чтобы можно было безопасно работать ночью, ибо в это время не исключена возможность обстрела. Охраной госпиталя занимается специальное подразделение МЧС. Ночью привозят раненых, с утра до наступления темноты идет амбулаторный прием. Много пострадавших с тяжелыми минно-взрывными ранениями - на растяжках подрываются старики, дети. Порой эти травмы несовместимы с жизнью.

Запомнились первые роды, принятые в госпитале. Несмотря ни на что, жизнь продолжается! На амбулаторный прием к травматологу, хирургу приходят пациенты с последствиями ранений, полученных еще во время первой военной кампании 1994-1995 годов. Некоторым из них помощь тогда оказывали тоже в нашем госпитале. Это преимущественно женщины, дети, старики.



Транспорт в городе не работает и чтобы попасть к нам на прием, люди через множество блокпостов несколько километров идут пешком. Стараемся работать максимально эффективно и точно, так как ежедневные посещения для динамического наблюдения, перевязок практически невозможны. Необходимый комплект медикаментов выдаем на руки сразу на весь курс предполагаемого лечения...

В бригаде характер каждого как на ладони

В госпитале всегда есть несколько "новичков", но для большинства такой выезд - уже 10-й, 15-й, 20-й... Давно забыты первые операции, выполнявшиеся много лет назад, когда за оперирующей бригадой стояли свободные врачи и медсестры, помогали, наблюдали, переживали за своих коллег. Теперь все "свободные" спят в соседнем модуле: следующая очередь их - надо беречь силы, если понадобится помощь - позовут...

По данным психологов, большинство людей, отработавших в таких условиях свыше пяти недель, нуждаются в психологической коррекции и реабилитации. Наши смены работают по 45 дней и более, но психологических срывов практически нет. Ядро госпиталя составляют специалисты с большим опытом работы в "горячих точках", прекрасно знающие все достоинства и недостатки друг друга. Это ядро создает вокруг себя атмосферу дружной семьи, в яру которой попадают новички, пытаясь приобщиться к духу общего дела, высокой взаимной толерантности. Те, кто не умеют принять такие взаимоотношения, в следующий раз не попадают на бригаду.

С юмором относимся мы к бытовым неудобствам, терпимо - к недостаткам окружающих (сознавая, что и сами их не лишены). Практически не случается трений на бытовом почве. Если человек, к примеру, не убрал за собой посуду и лег спать - значит, он устал, мы сделаем это за него, и следующий раз он нам ответит тем же.

Такое впечатление, что люди на выезде становятся лучше, чем есть на самом деле, - мужественнее, дружелюбнее, галантнее по отношению к женщинам. Их, кстати, в госпитале много - это практически все медсестры, неко-

торые врачи. И наше мужское дело - максимально помочь им в трудных условиях, лишний раз дать отдохнуть.

Я бы охарактеризовал общее внутреннее состояние сотрудников госпиталя как профессиональную сосредоточенность и оптимизм. Психологическая совместимость бригады очень важна, этим людям приходится долго жить и работать, практически не расставаясь друг с другом. Формирование бригады - сложная задача, и если она успешно решена, то после возвращения из командировки люди стремятся снова встретиться. Тот костяк госпиталя, который работает уже в течение 8-12 лет, - это друзья, они ходят друг к другу в гости, дружат семьями.

Несколько слов о специфике нашей работы

Принципы деятельности госпиталя в 1994-1995 годах были определены только в самых общих чертах. С одной стороны, в их основе лежал опыт военной медицины, начиная с Великой Отечественной войны и кончая локальными войнами последнего времени. С другой, автоматически копировать этот опыт было и невозможно, и нецелесообразно по многим причинам.

В военно-полевой хирургии медицинскую помощь оказывают преимущественно военнослужащим - молодым здоровым мужчинам без тяжелых хронических заболеваний. В медицине катастроф основной контингент - гражданское население, среди которого старики, женщины (в том числе беременные), дети, хронические больные, инвалиды.

В военной медицине существует четко отлаженная система медицинской эвакуации, и военный госпиталь любого уровня готов к проведению лечения самого тяжелого контингента пострадавших и раненых. В оказании помощи гражданскому населению участвуют местные лечебно-профилактические учреждения, персонал которых, как выяснилось, далеко не всегда готов переключиться с повседневной размеренной работы на оказание медицинской помощи большому потоку пострадавших. И в этих обстоятельствах роль подвижного полевого многопрофильного госпиталя Всероссийской службы медицины катастроф была крайне высока. Наши специалисты не только работали сами, но и прежде всего правильно организовали работу местных больниц, эффективно задействовав их персонал.

В дни, когда не было поступления пострадавших, сотрудники вели амбулаторный прием всех желающих. С утра перед шлагбаумом, открывающим проход на территорию, выстраивалась длинная очередь, в которой можно было встретить не только родителей с детьми, стариков, но и людей, отприсившихся с работы, чтобы получить консультацию московских врачей. Проводились рентгеновские исследования, УЗИ-диагностика, огромной популярностью пользовались мануальная терапия, консультации педиатров. Наши специалистов неоднократно приглашали в местную больницу для проведения консультаций, выполнения сложных операций. Позднее к нам стали присызывать люди из отдаленных населенных пунктов. Вся эта работа проводилась абсолютно бесплатно.

Особенно напряженной и ответственной была работа в Грозном в 2000 году, с началом второй военной кампании. К тому времени в городе не осталось ни одной больницы, и госпиталь перешел на режим городского многопрофильного скоромощного стационара. Население нуждалось в медицинской помощи не только по поводу огнестрельных и минно-взрывных ранений (хотя и таких пациентов хватало).

В то время госпиталь в разрушенном городе олицетворял собой надежду на будущую нормальную мирную жизнь, люди были искренне благодарны медикам за оказанную помощь, медикаменты, а порой - просто за доброе слово и проявленное участие.

Когда-то в возможности госпиталя верили далеко не все. Сегодня, через 12 лет, общее число его пациентов приближается к полумиллиону. Персонал - это сплоченный дружный коллектив единомышленников, движимый огромным энтузиазмом.

За профессионализм и личное мужество 8 человек удостоены государственных наград: орденов Мужества, Почета, медалей ордена "За заслуги перед Отечеством" различных степеней, "За спасение погибавших", нагрудных знаков МЧС "Участнику международных гуманитарных операций".

А.В. ГАРКАВИ,
профессор, врач-спасатель международного класса

ДАВАЙ-КА БРОСИМ, ТОВАРИЩ, ПО ОДНОЙ

Курящий врач давно перестал быть редкостью, это, скорее, в порядке вещей, чем из ряда вон выходящий случай. "А что такого? - пронзает меня удивленным взглядом знакомый, - не вижу никакой проблемы. Врач - такой же человек, и ему не чужды человеческие привычки!" В своем суждении мой знакомый не одинок. Но проблема-то существует.

Проблемный участок

Конечно, врач - существо мирское, и ему свойственны человеческие слабости. Но, выбирая эту профессию, он возлагает на себя ответственность за здоровье людей. В частности, пример врача определяет, последует ли пациент его совету бросить курить. По словам Дэвида Симпсона, директора Международного агентства по табаку и здоровью, люди этой профессии обладают "наибольшей, по сравнению с другими группами общества, способностью влиять на сокращение потребления табака и в результате - на снижение уровней смертности и заболеваемости, вызванных табаком". Однако серьезно участвовать в мероприятиях по профилактике врач может только при условии, что сам не курит.

Профессиональная ответственность

Доктора - это образец для всего населения в сфере здорового образа жизни. Показателем примера ряда стран Европы и США, где уменьшились доли курящих в обществе предшествовало снижению табакокурения в медицинской среде. В последние десятилетия там наблюдается тенденция к сокращению числа любителей сигареты среди медиков. Так, в настоящее время курят только 13-15% врачей Великобритании и скандинавских стран. Значительные успехи достигнуты в США, где в 1949 г. курили около 60% врачей, в 1964 г. - 30%, а в начале 1990-х гг. - лишь 5-10%. Положительная динамика отмечается и в странах Южной Европы, где контроль табакокурения традиционно был слабым. К примеру, в Италии сейчас курят 28% врачей по сравнению с 40% около 10 лет назад. В России широкомасштабные исследования не проводились.

Данные по государствам Европы типичны для большинства развитых стран,



где доля курящих среди врачей в несколько раз меньше, чем в общей массе населения. А вот в развивающихся странах, а также в России, нет существенной разницы в распространенности курения среди врачей и населения в целом. Это свидетельствует прежде всего о недостаточной гигиенической и профессиональной культуре медработников. Очевидно, что пагубное пристрастие врачей к табаку поощряет обычных людей курить. Потому даже первые шаги на пути сокращения числа курящих медиков могут благотворно влиять на общественное здоровье.

Первые шаги... очень нелегки

Начинать нужно с медицинских вузов. Согласно ряду исследований, средний возраст начала курения составляет примерно 18-20 лет - это время студенчества. По статистике, в среднем распространенность табакокурения среди студентов-медиков составляет примерно 40%. Старшекурсники (42%) обращаются к сигарете в полтора раза чаще, чем первокурсники (30%). Парадокс: уровень знаний и профессиональной подготовки растет, а дымим все больше. Это говорит о том, что назрела необходимость разработки специальной программы по профилактике и снижению курения среди студентов.

А что делать с курящими врачами? У них имеются существенные резервы для отказа от вредной привычки. Есть специальные программы с эффективными методиками и техниками для желающих бросить курить.

Курить - здоровью вредить! Это простая, безусловная и избитая истина, которую знает каждый, будь то врач или обычный человек, курильщик или нет. Так давайте поступать соответственно. А не искать легких путей и упорно усложнять задачу нашему и без того слабому организму. Если врач - пример для пациента, пусть он будет хорошим примером.

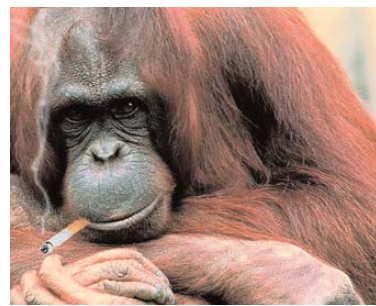
К слову

В рекомендациях ВОЗ подчеркивается: каждый медик несет ответственность в борьбе с эпидемией курения; медицинские работники должны быть примером для пациентов.

Известно, что 2% пациентов бросают курить после одной квалифицированной врачебной консультации. В сочетании с назначением препаратов, которые предотвращают возникновение или уменьшают выраженность проявлений синдрома отмены, доля тех, кто отказался от курения, увеличивается до 10%. Это тысячи людей.

По сообщению Интерфакса, некий американец много лет пытался бросить курить и, отчаявшись, отрубил себе кисть правой руки, которой подносил сигарету ко рту. К счастью, врачи успели пришить страдальцу кисть на прежнее место.

Витамин С опасен для курильщиков. Это выяснили австралийские ученые. Во время курения в организм среди прочей гадости проникает кадмий, в сочетании с которым безвредный витамин С может провоцировать появление раковых клеток. Кадмий из организма практически не выводится, поэтому, как предупреждают ученые, злоупотреблять витамином С (то есть, потреблять более 0,25 г в день) не рекомендуется даже в том случае, если вы бросили курить несколько лет назад.



Мы попросили прокомментировать проблему профессора Петра Францевича Литвицкого, председателя комиссии Ученого совета ММА имени И.М. Сеченова по противодействию курению:

Курящий врач, работающий с пациентом, - парадокс. Естественно, больной это ощущает. Пациент-курильщик может относиться к этому нейтрально либо с пониманием. Но все-таки большинство больных не курят под давлением обстоятельств. Для них доктор, от которого пахнет табаком, - неприятен. Страдает чисто профессиональная сторона дела - общение. По разным сведениям, от 25 до 40% студентов медицинских вузов курят. Число курящих к окончанию учебы не уменьшается, несмотря на то, что по мере прохождения клинических дисциплин студент получает информацию о реальном вреде и последствиях курения.

В мае 2005 года во исполнение федерального закона издан приказ ректора ММА имени И.М. Сеченова "О мерах профилактики табакокурения". Ученый совет академии создал комиссию, которая занимается распространением сведений о вреде и последствиях курения, а также возможности отказа от него. На базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения разработана технология содействия отказу от курения. Организована также межфакультетская лаборатория медицинской помощи бросающим курить на базе Онкологического центра. А если эта привычка зашла далеко, но человек все же хочет отказаться от табака, то в Клиническом центре ММА можно получить медикаментозную помощь.

Наша комиссия проводит целый спектр работ разъяснительного, профилактического и медицинского характера. В частности, мы организовали конференцию с заведующими учебных частей всех кафедр академии с обсуждением статистики и материалов по курению. Состоялась аналогичная конференция с врачами на базе Клинического центра ММА. Кроме того, во всех подразделениях академии через представителей нашей комиссии ведется как разъяснительная, так и наказательная работа, поскольку есть приказы, запрещающие курить в учебных, лечебных и научных подразделениях, включая рабочие кабинеты сотрудников.

Что думают об этой проблеме сами будущие врачи? И какие пути ее решения видят?

ИЛЬЯ, студент 4-го курса:

ВОЗ объявила нынешнее столетие веком борьбы с пагубной привычкой, и курящий врач не может быть для нас примером. Для доктора недопустимо курить. Нужно ввести большие штрафы. Например, 1000 рублей, из которых 900 рублей милиционеру, а 100 в казну. Это чтоб милиционеру было выгодно штрафовать. В вузах за курево - представлять к отчислению.

КИРИЛЛ, студент 4-го курса:

Я считаю, что это нормально. Личное дело каждого - курить или не курить. Не считаю обязательством лозунг "Врач - пример для больного". Пациент имеет свою голову на плечах и сам должен думать о своем здоровье.

МЕРСЕДЕС, студентка 3-го курса:

Ситуация нехорошая. Врач должен быть примером для всех остальных, всем говорить: курить вредно. Он должен любить себя, обладать хорошим здоровьем и хорошо жить. Воспитание в семье - это решающий фактор в предотвращении курения.

КИРИЛЛ, студент 5-го курса:

Сами посудите, каким примером станет курящий врач для больного раком? Издавать законы, преследующие курение, - бесполезно: в нашей стране они не соблюдаются. Воспитание - вот залог правильной и здорового образа жизни.

ЮЛИЯ, студентка 5-го курса:

Я считаю, что врачи - это взрослые, самостоятельные, умные люди. Курить или не курить - их личное дело. Врач знает о вреде табака. И если он курит - это его выбор. Единственное, что может волновать, так это пассивное курение.

ЯНИНА, студентка 4-го курса:

Я работала в отделении торакальной хирургии, где больные лежат в основном со злокачественными опухолями. Но как ни странно, некурящих врачей там очень мало. Говорят пациенту: "Вам нужно бросить курить!" Сами же продолжают это делать. Доктора - хранители здоровья населения. Больной врач - это невозможно! Если он плохо заботится о своем здоровье, то и других будет лечить плохо. А начинать решать проблему следует с молодежи. Не продавать сигареты - и все! Или чтоб они стоили дорого.

ВЛАДИМИР, студент 6-го курса:

Работа нервная! Надо же как-то снимать стресс. Это самый безобидный способ - не пить же. Помимо прочего за сигаретой врачи обсуждают разные вопросы, обмениваются мнениями, опытом. Покуришь, и уже нет такого волнения. Да и вообще, это просто возможность минутку отдохнуть!

ВЯЧЕСЛАВ, студент 4-го курса:

Сидишь на первом занятии по какому-либо предмету. Тебе нравится преподаватель, он так хорошо объясняет. А в перерыве видишь, что он курит. И отношение к нему меняется.



ПАОЛА, студентка 6-го курса:

Как это? Врач курит? Конечно, я к этому плохо отношусь. Ведь это вредит здоровью. Врачи лечат больных людей - какой пример они им подадут? Я против. Чтоб меньше было курильщиков, детей надо воспитывать хорошо. Если они видят, что родители курят, то результат будет вполне ожидаемый. Вот мои родители не курят - и я не курю.

Татьяна ЦЕЛОВАЛЬНИКОВА,
специальный корреспондент МА

Разбудильник

Мы привычно не замечаем высказываний в стиле "Минздрав предупреждает...". Это само по себе смешно и грустно одновременно. Смешно, потому что за всю историю существования подобных надписей еще никто не последовал их совету. А грустно, потому что на самом деле "опасно для здоровья". Навивно предполагать, что когда-либо будет покончено с этой весьма распространенной вредной привычкой. У курения всегда были и будут очень сильные защитники: знаменитости, любимые литературные и киногерои, юмор в конце концов! Кстати, медицинский юмор весьма неоднозначно относится к курению. Он одинаково смеется и над любителями табака, и над слишком рьяными антикурильщиками. В чем "Разбудильник" и предлагает вам убедиться.

Брось курить, Боб! Никотин трех сигарет убивает лошадей!

Что, теперь и лошади курят?

Вам непременно нужно бросить курить! - убеждает врач.

Неужели от моей болезни нет лекарств? - удивляется пациент.

Маленький мальчик спрашивает отца:

Папа, а почему на рекламе сигарет раньше были два ковбоя на конях, а теперь один ковбой?

А кони уже докурились, сынок.

Заядлый курильщик жалуется:

Все перепробовал, но никак не могу отучиться от курения!

А ты попробуй конфеты, - советует приятель.

Пробовал. Но они даже не горят!

Вы плохо себя чувствуете потому, что отравились никотином.

Но, доктор, я не курю!

Очень жаль - это затрудняет постановку диагноза...

Разговаривают два приятеля.

Мой сосед бросил курить и умер! - говорит один.

Не может быть!

Может. Хотя, ты прав: он сначала умер, а потом бросил курить...

В купе поезда едут четыре пассажира. Один из них молча достает сигару и закуривает. Также поступают второй и третий. Четвертый, деликатно кашлянув:

Господа, вы не будете против, если я не стану курить?

ФРАЗЫ К СЛУЧАЮ

Я взял себе за правило никогда не курить больше одной сигареты одновременно.
Марк Твен

Трубка дает умному человеку возможность подумать, а дураку - поддержать что-то во рту.
"Парадокс Тришмена"

Начинаешь курить, чтобы доказать, что ты мужчина. Потом пытаешься бросить курить, чтобы доказать, что ты мужчина.
Жорж Сименон

Курение позволяет верить, что ты что-то делаешь, когда ты ничего не делаешь.
Ральф Эмерсон

Нет ничего легче, чем бросить курить, - я уже тридцать раз бросал.
Марк Твен

Теперь столько пишут о вреде курения, что я твердо решил бросить читать.
Джозеф Каттен

Дышите глубже, дышите ровнее, дышите воздухом!

Ваш "Разбудильник"
Елена МАЙОРОВА