

КРЕМЛЕВСКАЯ МЕДИЦИНА

К Л И Н И Ч Е С К И Й В Е С Т Н И К

Ежеквартальный научно-практический журнал

Год издания 15-й

Ответственные за выпуск номера:
доктор медицинских наук А.М. Мкртумян,
профессор П.С. Турзин

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ВЫПУСК:
К 40-ЛЕТИЮ
УЧЕБНО-НАУЧНОГО
МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

Главный редактор С.П. Миронов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А. Г. АРУТЮНОВ,
Е. Е. ГОГИН,
М. И. ДАВЫДОВ,
Е. Н. ЗАРУБИНА,
А. В. ЗУБАРЕВ (отв. секретарь),
В. Ф. КАЗАКОВ,
Н. Н. МАЛИНОВСКИЙ,
О. Н. МИНУШКИН,
А.М. МКРТУМЯН,
В. Е. НОНИКОВ,
Г. З. ПИСКУНОВ,
Н. Б. ТРОИЦКАЯ,
П. С. ТУРЗИН (зам. гл. редактора),
В. П. ФОМИНЫХ,
В. И. ШМЫРЕВ

Издатель — ФГУ “Учебно-научный
медицинский центр”
Управления делами Президента
Российской Федерации

4 октябрь — декабрь 2008 г.

CONTENTS
to the journal "Kremljovskaya Medicina.
Clinichesky Vestnik"
No 4 , 2008

**TO THE 40TH ANNIVERSARY
OF THE EDUCATIONAL AND
RESEARCH CENTER**

- 7** Arutjunov A.T., Mkrtumjan A.M., Turzin P.S.
**The Educational and Research Center
of the Affair Department of the
President of the Russian Federation
– the 40th anniversary**
- Brekhov E.I., Kalinnikov I.G., Repin I.G., Mizin S.P.,
Sichev A.V.*
12 **Chair of Surgery – 40 years in the
system of Kremlin medicine**
- Minushkin O.N.*
15 **Chair Of Gastroenterology – Historical
note: achievements and perspectives in
the development of gastroenterology**
- Rjabov G.A., Pasechnik I.N., Skobelev E.I., Ribintzev V.Yu.,
Krilov V.V., Bondarenko E.D.*
18 **History of the Chair of Anaesthesiology
and Resuscitation and stages of
development in this specialty**
- Borisov I.A., Gordejev A.V.*
22 **Chair of Nephrology, Immunology and
Rheumatology: the history**
- Zubarev A.V., Gazhonova V.E.*
25 **Chair of Radial Diagnostics: results of
the work**
- Chorbinskaya S.A., Yevdokimov V.V., Stepanova I.I.*
28 **Role of the Chair of Family Medicine in
preparing general practitioners**
- Piskunov G.Z.*
30 **Chair of Otorhinolaryngology**
- Nikiforov P.A.*
32 **Chair of Endoscopy**

СОДЕРЖАНИЕ
журнала «Кремлевская медицина.
Клинический вестник»
№4, 2008

**К 40-ЛЕТИЮ УЧЕБНО-НАУЧНОГО
МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА**

- 7** Арутюнов А.Т., Мкртумян А.М., Турзин П.С.
**Учебно-научному медицинскому
центру Управления делами
Президента Российской Федерации
– 40 лет**
- Брехов Е.И., Калинин В.В., Репин И.Г., Мизин С.П.,
Сычев А.В.*
12 **Кафедра хирургии: 40 лет в системе
Кремлевской медицины**
- Минушкин О.Н.*
15 **Кафедра гастроэнтерологии:
историческая справка, достижения и
перспективы развития
гастроэнтерологии**
- Рябов Г.Ф., Пасечник И.Н., Скобелев Е.И., Рыбинцев В.Ю.,
Крылов В.В., Бондаренко Е.Д.*
18 **История кафедры анестезиологии и
реаниматологии и этапы развития
специальности**
- Борисов И.А., Гордеев А.В.*
22 **История кафедры нефрологии,
иммунологии и ревматологии**
- Зубарев А.В., Гажонова В.Е.*
25 **Кафедра лучевой диагностики.
Итоги работы**
- Чорбинская С.А., Евдокимов В.В., Степанова И.И.*
28 **Роль кафедры семейной медицины в
становлении врачей общей
практики**
- Пискунов Г.З.*
30 **Кафедра оториноларингологии**
- Никифоров П.А.*
32 **Кафедра эндоскопии**

Стажадзе Л.Л.

34 Кафедра скорой медицинской помощи и интенсивной терапии

Городниченко А.И., Усков О.Н.

36 Актуальные аспекты травматологии и ортопедии

Казakov В.Ф., Макарова И.Н., Ускова Г.В., Шеина А.Н., Шимук Н.Ф., Жук И.А.

38 Восстановительная медицина и реабилитация

Шмырев В.И., Бабенков И.В.

43 Кафедра неврологии и основные этапы развития неврологической службы Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации

**ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ
СОТРУДНИКОВ
УЧЕБНО-НАУЧНОГО
МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА**

Хирургия

Брехов Е.И., Бронтвейн А.Т., Лебедев С.В., Репин И.Г.

47 Современные подходы к вопросу о комбинированных операциях на органах желудочно-кишечного тракта, печени и поджелудочной железе

Брехов Е.И., Калинин В.В., Коробов М.В., Бордан Н.С.

51 Хирургические аспекты хронического панкреатита

Гастроэнтерология

Минушкин О.Н., Таратина О.В.

55 Редкие случаи злокачественных новообразований желудка различного происхождения

Stazhadze L.L.

34 Chair of Emergency Medicine and Intensive Care

Grodnichenko A.I., Uskov O.N.

36 Actual aspects of traumatology and orthopedics

Kazakov V.F., Makarova I.N., Uskova G.V., Sheina A.N., Shimuk N.F., Zhuk I.A.

38 Restorative medicine and rehabilitation

Shmirjev V.I., Babenkov I.V.

43 Chair of Neurology and basic stages in the development of neurological service at the General Medical Department at the Affair Department of the President of the Russian Federation

**ORIGINAL ARTICLES OF THE
PERSONNEL OF THE EDUCATIONAL
AND RESEARCH CENTER**

Surgery

Brekhov E.I., Brontvein A.T., Lebedev S.V., Repin I.G.

47 Modern approaches to the combined surgeries on the organs of gastro-intestinal tract, liver and pancreas

Brekhov E.I., Kalinnikov V.V., Korobov M.V., Bordan N.S.

51 Surgical aspects of chronic pancreatitis

Gastroenterology

Minishkin O.N., Taratina O.V.

55 Rare cases of malignant neoplasms of various genesis in the stomach

Nikiforov P.A., Nitzenko A.Yu., Khomeriki S.G., Zverkov I.V.

61 Diagnostics and follow-up of patients with chronic erosions in the antral part of the stomach

Burdina E.G., Minushkin O.N., Zverkov I.V., Volodin D.V., Majorova E.M., Shuleshova A.G.

65 Problems of pathogenesis, diagnostics and treatment of chronic gastritis in the out-patient unit

Nephrology and rheumatology

Gordejev A.V., Pozharsky I.V.

71 Disease of light chain deposition: clinical picture, diagnostics and treatment

Uskova Yu.A., Mutovina Z.Yu., Pozharova I.V., Rozanova I.V., Gordejev A.V.

76 Peculiarities of the clinical picture and pharmacotherapy in rheumatoid arthritis in patients with diabetes mellitus

Cardiology

Sidorenko B.A., Savina N.M., Preobrazhensky D.V., Bugrimova M.A.

79 Studies of the problem of chronic cardiac insufficiency

Gladkikh A.S., Savina N.M., Kudinova S.P., Baidina O.I., Sidorenko B.A.

83 Risk factors at repeated hospitalizations in patients with chronic cardiac insufficiency

MISCELLANEA

Kazakov V.F., Balakin S.A., Pestov Y.Ud., Dmitrijev A.Ya., Mitroshkina T.A.

87 Organizational technologies in running sanatoriums and health-resorts at the international standards

Никифоров П.А., Ниценко А.Ю., Хомерики С.Г., Зверков И.В.

61 Диагностика и диспансерное наблюдение за хроническими эрозиями антрального отдела желудка

Бурдина Е.Г., Минушкин О.Н., Зверков И.В., Володин Д.В., Майорова Е.М., Шулешова А.Г.

65 Проблемы патогенеза, диагностики и лечения хронического гастрита в условиях поликлиники

Нефрология и ревматология

Гордеев А.В., Пожарский И.В.

71 Болезнь отложения легких цепей. Клиника, диагностика и лечение

Ускова Ю.А., Мутовина З.Ю., Пожарова И.В., Розанова И.В., Гордеев А.В.

76 Особенности клиники и фармакотерапии ревматоидного артрита у больных сахарным диабетом

Кардиология

Сидоренко Б.А., Савина Н.М., Преображенский Д.В., Бугримова М.А.

79 Изучение проблемы хронической сердечной недостаточности

Гладких А.С., Савина Н.М., Куудинова С.П., Байдина О.И., Сидоренко Б.А.

83 Факторы риска повторных госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью

РАЗНОЕ

Казакон В.Ф., Балакин С.А., Пестов Ю.Д., Дмитриев А.Я., Митрошкина Т.А.

87 Организационные технологии управления санаторно-курортным учреждением на основе международных стандартов

Мартыничик С.А., Соколова О.В.

91 Организационно-информационные технологии управления затратами на медицинские услуги по факту пролеченного больного в стационаре

Дудник Е.Н., Калита А.В., Диброва Е.А., Глазачев О.С.,
Судаков К.В.

94 Вегетативный тонус у пациентов с синдромом хронической усталости: эффекты акупунктурного введения препарата «Лаеннек»

Martinchik S.A., Sokolova O.V.

91 Organizational and informational technologies in managing expenses for medical services per the treated patient in the hospital

Dudnik E.N., Kalita A.V., Dibrova E.A., Glazachev O.S.,
Sudakov K.V.

94 Vegetative tonus in patients with the syndrome of chronic tiredness: effects of acupuncture injections of preparation "LAENNEK"

Сдано в набор 03.07.2009 г.
Подписано в печать 27.07.2009 г.
Формат 62x94 1/8. Бумага мелов. Печать офсетная.
Авт. листов 10,1. Усл. печ. листов 12. Тир. 1000. Зак. 0000
Лицензия ПД № 00987 от 6 марта 2001 года

Полиграфическое исполнение журнала —
Филиал ФГУП Издательство «Известия»
Управления делами Президента
Российской Федерации —
Спецпроизводство

Журнал зарегистрирован в Министерстве печати
и информации Российской Федерации под названием
«Кремлевская медицина. Клинический вестник»

Свидетельство о регистрации № 0111042 от 19.03.1998 г.
перерегистрирован 18.11.2005 г.
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-22382

Подписной индекс в каталоге Роспечати 36300

Адрес редакции:
121359, Москва, улица Маршала Тимошенко, 21
Тел.: (499) 140-21-67
Факс: (499) 149-58-27
WWW:<http://www.pmc.ru/Vestnik/Vestnik.html>
Зав. редакцией А.П. Якушенкова



Уважаемые коллеги!

Перед Вами юбилейный выпуск журнала «Кремлевская медицина. Клинический вестник», посвященный 40-летию Учебно-научного медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации.

Учебно-научный медицинский центр был создан в 1968 году как уникальный образовательно-научно-производственный комплекс, предназначенный для осуществления системного послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей, лечебно-консультативной и методической работы, выполнения научных исследований и внедрения в лечебно-диагностическую практику новых достижений медицины.

Успешному решению поставленных перед Учебно-научным медицинским центром задач в значительной степени способствовал высокий педагогический и научный потенциал его профессорско-преподавательского состава. Всеми кафедрами Учебно-научного медицинского центра заведуют прекрасные педагоги, крупные ученые и видные клиницисты – «звезды Кремлевской медицины», создатели своих педагогических, научных и клинических школ.

Многие из выпускников Учебно-научного медицинского центра: клинические ординаторы, аспиранты, слушатели курсов повышения квалификации – стали руководителями диагностических и лечебных отделений многопрофильных поликлиник, больниц и санаториев, подведомственных Главному медицинскому управлению Управления делами Президента Российской Федерации, а наиболее достойные из них возглавляют эти медицинские учреждения.

Осуществление многогранной деятельности Учебно-научного медицинского центра было возможно только в условиях полного взаимопонимания и плодотворных контактов его руководства и профессорско-преподавательского состава с руководителями и коллективами своих клинических баз – ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой», ФГУ «Объединенная больница с поликлиникой», ФГУ «Поликлиника №1» и других лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений Управления делами Президента Российской Федерации, а также Департамента здравоохранения города Москвы и других ведомств.

Достаточно впечатляюще выглядят результаты успешного функционирования Учебно-научного медицинского центра как в области преподавательской, так и научной деятельности.

Так, в 2008 году окончили в Учебно-научном медицинском центре клиническую ординатуру 105 врачей, аспирантуру – 13 врачей, циклы усовершенствования – 399 врачей.

Наряду с этим в 2008 году сотрудники Учебно-научного медицинского центра участвовали в выполнении 29 научно-исследовательских работ по Плану Главного медицинского управления и 22 тем по внутреннему Плану. Ими было опубликовано 325 научных работ (в том числе 45 – в международных изданиях), 12 монографий, 23 учебно-методических пособий, руководств и рекомендаций. Сделано 246 докладов на различных научно-практических конференциях (в том числе 57 – на международных). Разработано и внедрено 15 новых методов и технологий, получено 4 патента на изобретения. Защищены 4 докторские и 8 кандидатских диссертаций.

В юбилейном номере журнала опубликованы статьи, посвященные истории создания и основным результатам педагогической и научной деятельности коллективов кафедр, а также оригинальные научные статьи ведущих сотрудников Учебно-научного медицинского центра и их учеников, которые, несомненно, будут весьма интересны и полезны как для специалистов медицинских учреждений, подведомственных Главному медицинскому управлению Управления делами Президента Российской Федерации, так и практическим врачам отечественной системы здравоохранения.

Заместитель
Управляющего делами –
начальник Главного
медицинского управления
Управления делами
Президента Российской Федерации
академик РАН и РАМН
С.П. Миронов

К 40-ЛЕТИЮ УЧЕБНО-НАУЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации – 40 лет

А.Т. Арутюнов, А.М. Мкртумян*, П.С. Турзин*

Главное медицинское управление Управления делами Президента РФ,

*ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации

В 2008 году исполнилось 40 лет Федеральному государственному учреждению «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами президента Российской Федерации. Создание этого учреждения, интегрировавшего в себе функции как государственного института послевузовского и дополнительного образования, так и научной организации можно отнести к числу наиболее заметных и прогрессивных перемен, осуществлённых в Кремлевской медицине в конце 60-х годов [4, 5].

В то время, учитывая большой вклад, сделанный учеными и врачами Четвертого главного управления в развитие медицинской науки, и оценив большие потенциальные возможности для дальнейшего развития научных исследований, Коллегия Госкомитета СССР по науке и технике приняла постановление от 1 ноября 1967 года об организации Центральной научно-исследовательской лаборатории Четвертого главного управления при Министерстве здравоохранения СССР. В соответствии с приказом № 474 Министерства здравоохранения СССР от 14 июня 1968 года «Об организации специализированных клиник и Центральной научно-исследовательской лаборатории Четвертого главного управления при Минздраве СССР» и приказом начальника Четвертого Главного управления при Министерстве здравоохранения СССР № 75 от 5 июля «Об организации специализированных клиник и Центральной научно-исследовательской лаборатории Четвертого Главного управления» были созданы 7 специализированных клиник — общей терапии, неотложной терапии, кардиологии, гастроэнтерологии, психоневрологии, хирургии, реанимации и анестезиологии, основными базами которых явились Центральная клиническая больница, Институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского и Городская клиническая больница № 51, а также 5 отделов — реабилитации, патоморфологии, патофизиологии, биохимии и кибернетики.

Главными задачами Центральной научно-исследовательской лаборатории были организация, координация и проведение поисковых и прикладных научных исследований и иных научно-технических, опытно-конструкторских работ, в том числе по проблемам образования; удовлетворение потребности Управления в квалифицированных специалистах и научно-педагогических кадрах; переподготовка и повышение квалификации специалистов и преподавателей в ординатуре, аспирантуре, на циклах усовершенствования, на рабочем месте.

Центральная научно-исследовательская лаборатория стала одним из первых учебных заведений в стране, в котором врачи проходили послевузовскую подготовку по таким специальностям, как анестезиология и реаниматология, эндоскопия, реабилитация, функциональная диагностика, неотложная кардиология.

Возникла традиция, сохранившаяся до наших дней, что руководители основных подразделений Центральной научно-исследовательской лаборатории — клиник и отделов — являются главными специалистами по направлениям или их заместителями.

Активно начались комплексные фундаментальные и прикладные научные исследования, выполняемые совместно сотрудниками клиник и отделов Центральной научно-исследовательской лаборатории с врачами стационаров, поликлиник и санаториев. Научно-исследовательская работа становится неотъемлемой частью деятельности специалистов практических медицинских учреждений и рассматривается как высшая форма повышения квалификации врачей.

Под научно-методическим руководством сотрудников Центральной научно-исследовательской лаборатории началось регулярное проведение научных конференций, с докладами на которых выступали не только известные ученые, но и рядовые практические врачи с анализом и обобщением результатов собственных клинических наблюдений.

Затем последовали структурные изменения и организация новых подразделений: в 1979 году создается клиника нефрологии и иммунологии, лаборатория эндоскопии, в 1981 году — лаборатория лазерной хирургии и отдел медико-математических исследований, в 1984 году — отдел рентгенологии, в 1985 году — клиника участкового врача.

В 1986 г. приказом Минздрава СССР на базе лаборатории лазерной хирургии был создан Государственный научный центр лазерной медицины.

В связи с большой важностью и актуальностью решения Центральной научно-исследовательской лабораторией проблемы подготовки высококвалифицированных медицинских кадров для работы в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях системы Кремлевской медицины, а также учитывая задачи научного обоснования, разработки и внедрения новых лечебно-диагностических методов

и средств в клиническую практику, был издан приказ ЛОО при Кабинете Министров СССР № 49 от 14 августа 1991 г. «О преобразовании Центральной научно-исследовательской лаборатории в Учебно-научный центр». Данное преобразование являлось подтверждением возросшего авторитета учреждения, признаний его заслуг как центра подготовки высококвалифицированных кадров и научно-исследовательской работы в системе Кремлевской медицины [3, 6, 7].

В последующие годы в Учебно-научном центре с целью совершенствования учебного процесса и соответствии с запросами медицинских учреждений были созданы курсы травматологии и ортопедии, оториноларингологии, клинической лабораторной диагностики, управления экономики и организации здравоохранения.

Была разработана стройная система послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей. Тщательный отбор кандидатур в целевую ординатуру и аспирантуру по основным медицинским специальностям из студентов ведущих медицинских ВУЗов, интенсивный учебный процесс по программам, адаптированным к конкретной специфике медицинских учреждений системы Кремлевской медицины, обучение на хорошо оснащенных клинических базах — все это обеспечивало высокий уровень учебно-методической работы.

Активно осуществлялись фундаментально-поисковые и прикладные научные исследования, направленные на изучение патогенеза наиболее распространенных заболеваний и развитие методологии и технологии лечебно-диагностического процесса. Многие из полученных результатов научных исследований сотрудников Учебно-научного центра являлись приоритетными. Так, в 1983 г. профессор Ю.В. Постнов и д.б.н. С.Н. Орлов, изучая патогенез артериальной гипертензии, сделали открытие. Ими было показано значение нарушений функций клеточных мембран как одного из ведущих факторов развития гипертонической болезни.

В 2004 году при реформировании Медицинского центра Управления делами президента Российской Федерации Учебно-научный центр был преобразован в Федеральное государственное учреждение «Учебно-научный медицинский центр», в него была включена Научная медицинская библиотека [1, 2].

В 2007 году в Учебно-научном медицинском центре была создана кафедра стоматологии и организации стоматологической службы.

С декабря 2008 года была создана кафедра восстановительной медицины и курортологии (на основе курса немедикаментозных методов лечения и реабилитации), а ряд курсов — травматологии и ортопедии, оториноларингологии, нефрологии, иммунологии и ревматологии был преобразован в кафедры.

При Учреждении с 1977 года существует Диссертационный совет, которому ВАК РФ предоставил право принимать к защите как кандидатские, так и докторские диссертации по специальностям: внутренние болезни (14.00.05), кардиология (14.00.06), пульмонология (14.00.46). Председателем Диссертационного совета с 1977 по 1989 г. был член-корреспондент АМН СССР В.Г. Смагин, с 1989 по 1999 г. — академик РАМН В.С. Гасилин. В настоящее время председателем докторского Диссертационного совета Д.121.001.01 является профессор О.Н. Мишушкин. Многие годы ученым

секретарем Диссертационного Совета была доктор медицинских наук Н.К. Розова, сейчас — доктор медицинских наук М.Д. Ардатская. В 2008 году в Диссертационном совете были защищены 5 кандидатских и 6 докторских диссертаций. Необходимо подчеркнуть, что за все годы работы Диссертационного совета не было ни одного случая, чтобы Президиум ВАК РФ не утвердил принятого Диссертационным советом решения. Результаты защищенных диссертационных работ активно внедряются в медицинскую практику. На основе полученных данных подготовлено многочисленных методических рекомендаций, оформлен ряд изобретений. Материалы диссертаций докладывались на отечественных и международных съездах, конгрессах и конференциях.

Учреждением с 1993 года осуществляется подготовка и выпуск ежеквартального научно-практического журнала «Кремлевская медицина. Клинический вестник», входящего в «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий ВАК РФ», а также постоянно выполняется подготовка к печати и публикация учебно-методических и научных изданий.

У истоков создания Центральной научно-исследовательской лаборатории стояли первые руководители её клиник и отделов, ведущие специалисты в различных областях медицинской науки: В.С. Гасилин, А.П. Голиков, В.Г. Смагин, Н.Н. Каншин, О.К. Скобелкин, В.Я. Неретин, А.И. Романов, О.С. Горбашева, Л.И. Егорова, Ю.В. Постнов, В.Н. Смирнов, А.Н. Помельцов и другие.

С первых лет работы Учреждения и до наших дней активно трудятся профессор кафедры скорой медицинской помощи и интенсивной терапии, академик РАМН А.П. Голиков, доцент кафедры восстановительной медицины и курортологии Н.Ф. Шимук, лаборант кафедры эндоскопии Т.И. Власова.

Руководителями Учреждения на этапах его создания и развития — Центральной научно-исследовательской лаборатории, затем Учебно-научного центра и, наконец, Учебно-научно-медицинского центра являлись:

С 1968 по 1973 г.г. — опытный организатор здравоохранения, талантливый ученый и педагог В.А. Савенко.

С 1973 по 1980 г.г. — член-корреспондент АМН СССР, профессор В. Г. Смагин.

С 1980 по 1986 г.г. — профессор О.К. Скобелкин.

С 1986 по 1995 г.г. — член-корреспондент РАМН, профессор Ю.Л. Перов.

С 1995 по 2002 г.г. — член-корреспондент РАМН, профессор В.Н. Семенов.

С 2002 по 2008 г.г. — член-корреспондент РАМН, профессор В.К. Решетняк.

С мая 2008 г. — профессор П.С. Турзин.

За многолетнюю добросовестную работу ряд сотрудников Учреждения удостоен почетных званий:

- «Заслуженный деятель науки Российской Федерации» — профессор Брехов Е.И., профессор, академик РАМН Голиков А.П., профессор, член-корреспондент РАМН Решетняк В.К., профессор Сидоренко Б.А.

- «Заслуженный врач Российской Федерации» — профессор Борисов И.А., профессор Городниченко А.И., профессор Мишушкин О.Н., профессор, член-корреспондент РАМН Пискунов Г.З., профессор Турзин П.С.

- «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» — Меркулов А.Д.

За высокие результаты научно-исследовательской деятельности и внедрение их в клиническую практику ряд сотрудников стал лауреатами Премий:

«Государственной премии СССР» 1982 года — профессор Брехов Е.И. и др. за создание и внедрение лазерных методов лечения в хирургию.

«Премий Правительства Российской Федерации в области науки и техники»

- 2002 года — профессор Шмырёв В.И., доцент Миронов Н.В. и др. — за создание и внедрение в медицинскую практику антиоксидантных препаратов для лечения и профилактики цереброваскулярных заболеваний.

- 2003 года — профессор Решетняк В.К. и др. — за разработку и внедрение технологий диагностики, лечения и реабилитации больных с расстройствами сна.

- 2004 года — профессор Турзин П.С. и др. — за разработку и внедрение в практику формирования и сохранения здоровья лиц опасных профессий и населения новых технологий экстремальной, авиакосмической и восстановительной медицины.

- 2008 года — профессор Арутюнов А.Т. и др. — за разработку и внедрение медицинских профилактических технологий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения и улучшения демографической ситуации в России.

Достаточно впечатляюще выглядят результаты успешной преподавательской и научно-исследовательской деятельности сотрудников Учебно-научного медицинского центра.

Так, за период с 2004 по 2008 годы окончили в Учебно-научном медицинском центре клиническую ординатуру 520 врачей, аспирантуру 88 врачей. На 153 циклах усовершенствования прошло обучение 2353 врача. Сертификацию прошли 3302 врача.

Наибольшее количество ординаторов, аспирантов и слушателей прошли обучение на кафедрах: кардиологии и общей терапии, семейной медицины, лучевой диагностики, хирургии, анестезиологии и реаниматологии, неврологии.

Наиболее востребованными медицинскими специальностями как у обучающихся по госбюджету, так и на внебюджетной основе являются: терапия, кардиология, функциональная диагностика, хирургия, анестезиология и реаниматология, ультразвуковая диагностика, рентгенология, неврология.

Наряду с этим за период с 2004 по 2008 годы сотрудники Учебно-научного медицинского центра успешно выполняли ежегодно в среднем 24 НИР по Плану Главного медицинского управления и 31 тему по внутреннему Плану. За этот период ими было опубликовано 1957 научных работ (в том числе 248 — в международных изданиях), 46 монографий, 105 учебно-методических пособий, руководств и рекомендаций. Ими сделано 1105 докладов на различных научно-практических конференциях (в том числе 230 — на международных). Разработано и внедрено 54 новых метода и технологии, получено 35 патентов на изобретения. Защищены 15 докторских и 52 кандидатские диссертации.

В настоящее время Федеральное государственное учреждение «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации (ФГУ «УНМЦ») является федеральным государственным об-

разовательным учреждением послевузовского и дополнительного профессионального образования — научной организацией и находится в ведомственном подчинении Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации.

Лицензия на право осуществления образовательной деятельности (Федеральная служба НСОН, № 282501, серия А, рег. № 10415 от 10.06.2008 г.).

Справка о включении ФГУ «УМНЦ» в «Реестр научных организаций Российской Федерации (ЦИСН Минобрнауки России № 2/2—168 от 25.11.2005 г.).

Аккредитация на право проведения клинических исследований лекарственных средств ФГУ «УМНЦ» на базе ФГУ «ЦКБП» (Федеральная служба НСЗСР № 01-19032/05 от 14.12.2005 г.) и на базе ГУЗ ГКБ № 51 (Федеральная служба НСЗСР № 01-19020/05 от 14.12.2005 г.)

Решение о включении ФГУ «УМНЦ» на базах ФГУ «Поликлиника № 1», ФГУ «Поликлиника № 2», ФГУ «Поликлиника № 3», ГУЗ ГКБ № 51 в «Перечень учреждений здравоохранения, которым разрешено проведение клинических испытаний медицинских изделий отечественного и зарубежного производства» (Федеральная служба НСЗСР № 01-19020/05 от 03.05.2006 г.)

Профессорско-преподавательский коллектив: 1 академик и 1 член-корреспондент РАМН, 5 заслуженных врачей РФ, 3 заслуженных деятеля науки РФ, 1 заслуженный работник здравоохранения РФ, 1 лауреат Государственной премии, 4 лауреата премии Правительства РФ в области науки и техники, 1 лауреат премии Правительства РФ в области образования, 24 профессора, 10 доцентов, 37 докторов медицинских наук, 40 кандидатов медицинских наук, 42 врача, имеющих высшую врачебную категорию.

Клиническими и научно-исследовательскими базами ФГУ «УНМЦ» являются лечебно-профилактические учреждения, подведомственные Главному медицинскому управлению Управления делами Президента Российской Федерации, а также ряд крупных лечебно-профилактических учреждений Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, других министерств и ведомств, Департамента здравоохранения г. Москвы.

Учебная (образовательная) деятельность

ФГУ «УНМЦ» организует и проводит послевузовское и дополнительное образование врачей лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений Управления делами президента Российской Федерации в виде интернатуры, клинической ординатуры и аспирантуры (очной и заочной форм обучения), сертификационных циклов, циклов тематического усовершенствования и повышения квалификации медицинских специалистов различного профиля, в том числе на договорной основе.

Проведение образовательного процесса в ФГУ «УНМЦ» осуществляется сотрудниками 14 кафедр:

- Кафедра хирургии (зав. — профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии Брехов Евгений Иванович).
- Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. — профессор Пасечник Игорь Николаевич).
- Кафедра травматологии и ортопедии (зав. — профессор Городниченко Анатолий Иванович).

- Кафедра оториноларингологии (зав. – профессор, член-корреспондент РАМН, заслуженный врач РФ Пискунов Геннадий Захарович).
- Кафедра скорой медицинской помощи и интенсивной терапии (зав. – профессор Стажадзе Леван Лонгинозович).
- Кафедра семейной медицины (зав. – профессор Чорбинская Светлана Алексеевна)
- Кафедра кардиологии и общей терапии (зав. – профессор, заслуженный деятель науки РФ Сидоренко Борис Алексеевич).
- Кафедра нефрологии, иммунологии и ревматологии (зав. – профессор, заслуженный врач РФ Борисов Игорь Анатольевич).
- Кафедра гастроэнтерологии (зав. – профессор, заслуженный врач РФ Минушкин Олег Николаевич).
- Кафедра эндоскопии (зав. – профессор Никифоров Петр Андреевич).
- Кафедра неврологии (зав. – профессор, заслуженный врач РФ, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники Шмырев Владимир Иванович).
- Кафедра лучевой диагностики (зав. – профессор Зубарев Александр Васильевич).
- Кафедра восстановительной медицины и курортологии (зав. – профессор Казаков Владимир Федорович).
- Кафедра стоматологии и организации стоматологической службы (зав. – профессор Соловьева Анна Михайловна).

Проводится подготовка аспирантов и соискателей УНМЦ по английскому языку, а также прием экзаменов кандидатского минимума по английскому языку и соответствующим медицинским специальностям.

ФГУ «УНМЦ» обладает правом первичной специализации и использует основные и дополнительные медицинские профессиональные программы и программы послевузовского профессионального медицинского образования.

ФГУ «УНМЦ» осуществляет следующие основные виды и формы учебных занятий: лекции, практические, семинарские и выездные занятия, стажировку, контрольные и другие работы, методическое руководство, консультации, самостоятельную работу обучающихся, проведение экспертизы и разбора конкретных случаев и т.д. При проведении учебных занятий активно используются телемедицинские технологии.

К учебно-педагогическому процессу привлекаются Главные специалисты Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации: академики РАН и РАМН, руководители, ведущие педагоги и крупные ученые институтов РАМН и Минздрава России.

ФГУ «УНМЦ» осуществляет следующие виды **послевузовского профессионального образования**:

Аспирантура – очная (3 года обучения) и заочная (4 года обучения) по специальностям:

- болезни уха, горла и носа
- внутренние болезни
- кардиология
- нервные болезни
- лучевая диагностика, лучевая терапия

- стоматология
- травматология и ортопедия
- хирургия
- анестезиология и реаниматология
- пульмонология
- клиническая лабораторная диагностика
- восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия

Интернатура (1 год обучения) по специальностям:

- стоматология общей практики,
- хирургия,
- терапия.

Ординатура (2 года обучения) по специальностям:

- функциональная диагностика
- анестезиология и реанимация
- клиническая лабораторная диагностика
- лечебная физкультура и спортивная медицина
- общая врачебная практика (семейная медицина)
- оториноларингология
- скорая медицинская помощь
- гастроэнтерология
- пульмонология
- нефрология
- ультразвуковая диагностика
- ревматология
- хирургия
- травматология и ортопедия
- эндоскопия
- урология
- неврология
- рентгенология
- терапия
- кардиология

ФГУ «УНМЦ» осуществляет **дополнительное профессиональное образование** (профессиональную переподготовку и повышение квалификации) по профилю основных образовательных программ учреждения. По завершению обучения и успешной сдачи квалификационных экзаменов слушатели циклов получают в установленном порядке свидетельство о повышении квалификации и сертификат врача–специалиста.

Научно-исследовательская деятельность

ФГУ «УНМЦ» осуществляет фундаментально-поисковые, методические и прикладные научные исследования и разработки в области проблем здравоохранения, медицинской науки и образования, выполняет испытательные и экспертные работы по актуальным проблемам профилактической, диагностической, клинической и восстановительно-реабилитационной медицины, а также постоянно участвует в разработке, испытаниях и внедрении медицинской техники и изделий медицинского назначения, инновационных медицинских и обучающих технологий, в клинических исследованиях новых лекарственных средств, что является непременной составной частью подготовки специалистов и высшей формой повышения их квалификации.

Постоянно выполняются научные исследования по Плану научно-исследовательской работы, утвержденному начальником Главного медицинского управления, и по плану ФГУ «УНМЦ». Наряду с этим проводятся научно-исследовательские работы по заказам ряда Федераль-

ных агентств, что позволяет распространять богатейший опыт сотрудников учреждения на систему здравоохранения различных регионов России.

Выполнение научно-исследовательской и научно-практической работы осуществляется профессорско-преподавательским составом кафедр ФГУ «УНМЦ», а также аспирантами, ординаторами, соискателями и врачами лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений, подведомственных Главному медицинскому управлению Управления делами Президента Российской Федерации.

В последние годы успешно развивается сотрудничество ФГУ «УНМЦ» с рядом медицинских ВУЗов, НИИ и медицинских учреждений других ведомств, организациями Российской академии наук и Российской академии медицинских наук, а также международное сотрудничество.

Редакционно-издательская деятельность ФГУ «УНМЦ» заключается в подготовке к печати и организации изданий ежеквартального научно-практического журнала «Кремлевская медицина. Клинический вестник», учебных пособий, методических рекомендаций, практических руководств, сборников научных трудов, монографий, научных обзоров и т.д.

Таким образом, в настоящее время профессорско-преподавательский коллектив ФГУ «УНМЦ» эффективно осуществляет подготовку и усовершенствование врачей для лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений Управления делами Президента Российской Федерации, организацию и проведение приоритетных поисковых и прикладных научно-практических работ, внедрение инновационных методов и технологий в клиническую практику.

Медицинские специалисты, получив и усовершенствовав в ФГУ «УНМЦ» профессиональные знания, умения и навыки, активно используют их в лечебно-диагностическом процессе, способствуя повышению качества медицинского обеспечения федеральных государственных служащих и членов их семей.

Получение на кафедрах ФГУ «УНМЦ» последиplomного образования большинством заведующих отделениями и лабораториями медицинских учреждений Управления делами обеспечивает единую инновационных методологию и преимущество в диагностике, лечении и реабилитации пациентов.

Подготовленные в ФГУ «УНМЦ» медицинские специалисты являются основным кадровым резервом для замещения руководящих должностей во всех лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях, подведомственных Главному медицинскому управлению Управления делами Президента Российской Федерации.

В настоящее время на основе ФГУ «УНМЦ» сформирована и успешно действует уникальная система подготовки высококвалифицированных медицинских кадров, разработки, апробации и внедрения инновационных медицинских технологий для медицинских учреждений Управления делами Президента Российской Федерации.

Наша приоритетная задача — сохранить, эффективно использовать и приумножить интеллектуальное достояние, созданное совместными усилиями профессорско-преподавательского коллектива ФГУ «УНМЦ» на протяжении его 40-летней работы и предназначенное для повышения клинического и научно-практического потенциала сотрудников лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений Управления делами Президента Российской Федерации.

Литература

1. Арутюнов А.Т., Егорова И.А., Решетняк В.К., Турзин П.С. Научно-методические и организационные аспекты послеузовского профессионального образования врачей *Кремлевской медицины* // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. — 2007. — № 4. — С. 79 — 83.
2. Арутюнов А.Т., Егорова И.А., Решетняк В.К., Турзин П.С., Евтухов А.Н. О научно-практических медицинских разработках сотрудников лечебно-профилактических и учебно-научных учреждений УД Президента РФ, защищенных в качестве интеллектуальной собственности // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. — 2007. — № 4. — С. 76— 79.
3. Материалы научно-практической конференции, посвященной 35-летию Учебно-научного центра Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации // Редакционная коллегия: С.П. Миронов, В.К. Решетняк, В.Н. Семенов, П.С. Турзин, Н.М. Егорова. — М.: ГлавНИИЦ, 2003. — 504 с.
4. Миронов С.П., Арутюнов А.Т., Турзин П.С. Государственный служащий: профессиональное здоровье и долголетие. — М.: ЗАО «Принт-Ателье», 2006. — 352 с.
5. Миронов С.П., Перов Ю.Л., Цветков В.М., Ястребов В.М. *Кремлевская медицина (От истоков до наших дней)*. — М.: Известия, 1997. — 294 с.
6. Перов Ю.Л., Семенов В.Н., Решетняк В.К., Егорова Н.М. Учебно-научный центр — центр подготовки врачей и ученых для Кремлевской медицины // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. — 2000. — № 1. — С. 19 — 22.
6. Семенов В.Н., Перов Ю.Л., Егорова Н.М., Семин С.Н. Учебно-научному центру Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации — 30 лет // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. — 1998. — № 4. — С. 7 — 10.

Кафедра хирургии: 40 лет в системе Кремлевской медицины

Е.И. Брехов, В.В. Калинин, И.Г. Репин, С.П. Мизин, А.В. Сычев

Кафедра хирургии Учебно-научного медицинского центра Управления делами Президента РФ

В статье анализируется история и этапы развития кафедры хирургии Учебно-научного центра Управления делами Президента РФ. Созданная в 1968 в составе Центральной научно-исследовательской лаборатории 4-го главного управления при Минздраве СССР клиника прошла большой путь. Под руководством профессоров О.К.Скобелкина и Е.И.Брехова были проведены разработки первых в стране медицинских лазеров, были выполнены первые операции с использованием лазерной и плазменной аппаратуры, разработаны и впервые использованы лазерные хирургические инструменты и сшивающие аппараты. За годы работы подготовлено более пятисот клинических ординаторов и аспирантов, многие из которых возглавляют хирургические подразделения медицинских учреждений УД Президента РФ и других ведомств. Сотрудниками кафедры опубликовано более 600 научных работ, из которых более 200 – в центральных отечественных и зарубежных изданиях. Подготовлено и защищено 32 диссертационные работы на соискание ученой степени доктора медицинских наук и 78 – на соискание степени кандидата медицинских наук. За время работы кафедры получено 73 Авторских свидетельства и патента, в том числе 16 международных патентов в Германии, США, Франции. Продолжаются исследования по совершенствованию методов оперативных вмешательств при различной патологии органов брюшной полости.

Ключевые слова: кафедра хирургии, лазерные хирургические инструменты

С момента организации Лечебно-санитарного управления Кремля, преобразованного впоследствии в Четвертое главное управление при Минздраве СССР, постоянно возникал вопрос об отборе и подготовке врачебных кадров для работы в лечебно-профилактических учреждениях системы правительственной медицины. Кроме того, с учетом колоссальной ответственности за жизнь и здоровье пациентов, была ясна необходимость создания единой научной школы, единой концепции диагностики и лечения, обеспечивающей непрерывность лечебного процесса на этапах стационар-поликлиника-санаторий. Особенно острой эта проблема была в хирургии, где единый алгоритм действий хирургов имеет определяющее значение. Именно поэтому не вызвала сомнения необходимость открытия в составе основанной 1 июля 1968 года Центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) Четвертого главного управления при Минздраве СССР, клиники хирургии, которая после смены целого ряда названий и ведомственной принадлежности является сейчас кафедрой хирургии Федерального государственного учреждения «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ.

Первые два года клиникой заведовал известный хирург, профессор Николай Николаевич Каншин. С 1 июля 1970 года руководство клиникой было поручено члену-корреспонденту РАМН, профессору Олегу Ксенофоновичу Скобелкину, с именем которого на долгие 16 лет были связаны многие успехи и достижения коллектива хирургов. Сотрудники кафедры с большим уважением сохраняют светлую память об этом выдающемся хирурге, ученом, общественном деятеле.

В 1971 году в клинику на должность старшего научного сотрудника пришел молодой кандидат медицинских наук, выпускник Калининского медицинского института Евгений Иванович Брехов, который в мае 1981 г. возглавил созданную на базе клиники лабораторию лазерной хирургии, первую в Советском Союзе, в 1985 году лаборатория была преобразована в отдел лазерной хирургии. Хирурги клиники и отдела лазерной хирургии работали в то время в тесном взаимодействии с физиками ведущих

институтов Академии наук СССР, под руководством выдающихся ученых, основателей квантовой электроники, лауреатов Нобелевской премии, академиков Николая Геннадиевича Басова и Александра Михайловича Прохорова. Итогом плодотворной совместной работы стало создание первого в СССР хирургического лазера (установка «Скальпель-1»). Первые хирургические операции на полых и паренхиматозных органах с использованием лазера были выполнены в 1975 году в клинике хирургии ЦНИЛ О.К.Скобелкиным и Е.И.Бреховым.

В процессе выполненных в клинике исследований по изучению воздействия лазерного излучения на биологические ткани были выявлены совершенно новые свойства лазера, которые позволили применить последний для остановки желудочных кровотечений, санации гнойных очагов, кожной аутопластики. Большинство исследований было проведено с применением оригинальной аппаратуры и инструментария, разработанных в клинике. В 1979–80 гг. в клинике хирургии были разработаны и внедрены в практику методы лазерной фотогидравлической препаровки при взятии кожного трансплантата, метод подготовки гнойных ран к наложению ранних вторичных швов с использованием CO₂ – лазера непрерывного действия. В конце 70-х годов, первые в стране и в мире, совместно с известным литовским кардиохирургом, профессором Юргисом Бредикисом была выполнена лазерная фенестрация миокарда при ишемической болезни сердца, которая в настоящее время применяется в Российском научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева.

Однако основным направлением научных разработок клиники хирургии было и остается по сегодняшний день разработка и внедрение в практику новых способов диагностики и хирургического лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы. Особое внимание уделяется хирургии пищевода, желудка и толстой кишки. В клинике были разработаны новые сшивающие аппараты и специальные хирургические инструменты, в том числе для выполнения операций с использовани-

ем лазера. С использованием этих инструментов усовершенствованы и внедрены в практику новые методики хирургических вмешательств на органах грудной и брюшной полости. Фундаментальные исследования по возможностям использования лазеров в хирургии и других областях медицины имели общегосударственное значение и были признаны за рубежом. Благодаря им, лазерные технологии стали использоваться в травматологии, отоларингологии, гинекологии, урологии, эстетической и пластической хирургии. Значимость научных исследований подтверждена многочисленными авторскими свидетельствами и зарубежными патентами. Под руководством профессоров Скобелкина и Брехова была сформирована уникальная научная школа, в которой выросла целая плеяда талантливых хирургов и ученых, среди них доктора медицинских наук Т.М.Титова, В.П.Башилов, В.В.Калинников.

За цикл работ по проблемам лазерной хирургии в 1982 году сотрудникам клиники О.К.Скобелкину, Е.И.Брехову и В.П.Башилову была присуждена Государственная премия СССР, они также были награждены серебряной и бронзовой медалью ВДНХ СССР.

В апреле 1986 г. профессор О.К.Скобелкин был назначен директором вновь организованного Научно-исследовательского института лазерной хирургии Минздрава СССР (в настоящее время Государственный научный центр лазерной медицины Федерального медико-биологического агентства РФ), с этого времени кафедрой заведует Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор Е.И.Брехов.

Под руководством Е.И.Брехова на кафедре продолжена интенсивная научная работа по использованию различных источников высокой энергии в хирургии, оптимизации методов диагностики и лечения широкого спектра хирургических заболеваний. Кроме продолжающихся исследований по лазерным технологиям в медицине, успешно проведены исследования по использованию в хирургии паренхиматозных органов плазменных потоков аргона и гелия, воздушных плазменных установок. Благодаря разработкам, выполненным совместно с учеными МГТУ им.Н.Э.Баумана была сконструирована и принята к серийному выпуску первая плазменная хирургическая установка, первые операции с использованием которой, также были выполнены в клинике хирургии ЦНИЛ профессором Е.И.Бреховым. В настоящее время ведутся работы по использованию в хирургии светолучевых установок.

Одним из направлений научно-практической деятельности кафедры хирургии является панкреатология. В это понятие входят многие проблемы рациональной диагностики, прогноза развития заболеваний и комплексного хирургического лечения очаговых поражений поджелудочной железы, таких как острый деструктивный панкреатит и его осложнения, кистозные и солидные образования, протоковые и паренхиматозные патологические состояния при хроническом панкреатите. Кроме этого, в последнее время, большое внимание уделяется проблеме реабилитации больных, перенесших хирургическое вмешательство на поджелудочной железе по поводу вышеуказанных заболеваний.

В рамках этой темы разработаны и внедрены в практику оригинальные методики, включенные в комплексное хирургическое лечение данной категории больных.

На основании полученных экспериментальных и клинических результатов разработаны и внедрены в клиническую практику усовершенствованные методики обследования, предоперационной подготовки, хирургического лечения, ранней диагностики и специфической терапии послеоперационного панкреатита у больных с очаговыми поражениями поджелудочной железы.

Выявлены и проанализированы факторы, влияющие на развитие и течение острого панкреатита после операций на поджелудочной железе, что позволило разработать объективные критерии раннего выявления, течения и прогнозирования осложнения.

Обоснована, усовершенствована и доказана эффективность методик использования «лазерного скальпеля» при операциях на поджелудочной железе, как при опухолевых поражениях, так и при хроническом панкреатите.

Разработаны и внедрены в клиническую практику методика «динамической оментопанкреатостомии» при хирургическом лечении деструктивного панкреатита и методика специфической плазмосорбции с использованием сорбента протеиназ – «КСИ-сефарозы» при лечении острого панкреатита.

Уточнены объективные критерии определения рационального восстановительного лечения и реабилитации больных, перенесших деструктивный панкреатит и оперативные вмешательства на поджелудочной железе.

Внедрение в клиническую практику предложенных методических подходов при обследовании, предоперационной подготовки, хирургических вмешательствах, ранней диагностики осложнений и восстановительном лечении больных с очаговыми поражениями поджелудочной железы, дает возможность уменьшить количество диагностических ошибок и улучшить эффективность лечебного процесса.

Использование современного медицинского оборудования с оптимизацией технических приемов во время операции позволяет применять данную методологию лечения, как при доброкачественных, так и при злокачественных образованиях поджелудочной железы, дает возможность снижать количество осложнений во время хирургического вмешательства.

Выявление и оценка причин развития послеоперационного панкреатита позволили определить новые диагностические критерии для уточнения характера патологического процесса, степени полиорганной дисфункции при операциях на поджелудочной железе, а также разработать новые хирургические и консервативные методики лечения осложнений.

В рамках данной темы опубликовано более 50 работ в отечественных и зарубежных изданиях. В 2005 году защищена докторская диссертация В.В. Калиниковым на тему «Хирургическое лечение очаговых поражений поджелудочной железы». Материалы этих исследований представлялись на научных конференциях и съездах, включая международные.

На кафедре разработаны оригинальные методики реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе и желудке, по которым в клинике успешно оперированы сотни пациентов. Впервые были выполнены операции по формированию искусственного желудка (еюногастропластика). В клинике выполняется большой объем хирургических операций на печени. При этом хирурги владеют и как «азиатским» методом, из-

вестным как метод дигитоклазии или способ Тунга, так и «европейскими» методиками, в частности одними из первых в стране хирурги клиники начали использовать ультразвуковой дезинтегратор. Профессор Е.И. Брехов, изучивший метод профессора Тунга непосредственно в его клинике во Вьетнаме, сравнил его с европейскими методиками, которые демонстрировал ему в своей клинике в Страссбурге известный европейский хирург, профессор Холландер, разработал и внедрил в практику методики операций на печени, включающие лучшие стороны «европейской» и «азиатской» школы.

Одними из первых в стране на кафедре стали заниматься проблемой так называемой «циторедуктивной хирургии» при онкологических заболеваниях, а также выполнять при раке желудка, поджелудочной железы, ободочной и прямой кишки расширенные лимфодиссекции.

Сотрудниками кафедры ведутся исследования и выполняется большой объем оперативных вмешательств при различных видах экстренной хирургической патологии органов брюшной полости. Особое внимание уделяется новым подходам к диагностике и лечению острых эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающихся кровотечениями.

Сотрудниками кафедры опубликовано более 600 научных работ, из которых более 200 – в центральных отечественных и зарубежных изданиях. Издано 12 монографий. Сотрудники кафедры принимали участие и выступали с докладами на зарубежных хирургических конгрессах, в частности в Дании, в Японии, в Германии.

За годы работы кафедры в клинической ординатуре и аспирантуре подготовлено более пятисот высококвалифицированных хирургов, многие из них возглавляют в настоящее время хирургические подразделения лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента РФ (табл. 1).

Таблица 1

Выпускники кафедры хирургии, работающие в лечебно-профилактических учреждениях УДП РФ

Наименование учреждения	Заведующие отделениями – выпускники клинической ординатуры и аспирантуры кафедры хирургии
ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой»	Заведующий отделением общей хирургии № 2 Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор В.П.Башилов Заведующий отделением общей хирургии № 1 к.м.н. А.С.Зыков
ФГУ «Объединенная больница с поликлиникой»	Заведующий хирургическим отделением стационара, к.м.н. А.Г.Кирпичев Заведующая хирургическим отделением поликлиники, к.м.н. Е.М.Хлюстина
ФГУ «Клиническая больница № 1 (Волынская)»	Заведующий хирургическим отделением, к.м.н. А.В.Хохлов
ФГУ «Больница с поликлиникой»	Заведующий хирургическим отделением, к.м.н. С.И.Тартынский
ФГУ «Поликлиника №2»	Заведующий хирургическим отделением, заслуженный врач РФ, к.м.н. В.Б.Коноплев
ФГУ Санаторий «СОЧИ»	Главный врач – к.м.н. М.Ю.Бобровский

За время работы кафедры получено 73 Авторские свидетельства и патента, в том числе 16 международных патентов в Германии, США, Франции. Подготовлено и защищено 32 диссертационные работы на соискание ученой степени доктора медицинских наук и 78 – на соискание степени кандидата медицинских наук.

Полученные в ходе подготовке в ординатуре и в аспирантуре знания и хирургические навыки позволили многим выпускникам кафедры добиться серьезных успехов в других лечебных и научных учреждениях (табл. 2).

Таблица 2

Выпускники кафедры хирургии

Наименование учреждения	Выпускники клинической ординатуры и аспирантуры кафедры хирургии
ГУ Российский научный центр хирургии РАМН	Заместитель директора – академик РАМН, профессор Н.О.Миланов
Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова	Заведующий кафедрой хирургии факультета фундаментальной медицины – д.м.н., профессор С.Н.Кононенко
НУЗ «Центральная клиническая больница №1 ОАО «Российские железные дороги»»	Заведующий хирургическим отделением – д.м.н., профессор А.Н.Северцев Заведующий отделением хирургической вертебрологии – д.м.н., профессор А.В.Басков
Государственный институт усовершенствования врачей Министерства обороны РФ	Заместитель начальника кафедры хирургии – д.м.н., профессор, полковник м/с А.Н.Курицын
Главный военный клинический госпиталь МВД РФ	Ведущий хирург – к.м.н, полковник м/с С.В.Цуранов
Городская клиническая больница № 51 Департамента здравоохранения г. Москвы	Заместитель главного врача по хирургии – к.м.н. И.Ю.Кулешов Заведующий хирургическим отделением № 2 – А.А.Столяров Заведующий хирургическим отделением № 3 – к.м.н. В.И.Брыков Заведующий хирургическим отделением № 4 – к.м.н. М.В.Смольянинов Заведующий отделением эндоскопии – к.м.н. А.М.Сафронов

В настоящее время, несмотря на сложные экономические условия, проблемы с финансированием новых научных разработок и операционных методик, сотрудники кафедры продолжают научные исследования, направленные на совершенствование методов диагностики и лечения пациентов с различными видами хирургической патологии. Продолжается подготовка клинических ординаторов и аспирантов, постоянно проводятся курсы повышения квалификации хирургов лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента РФ.

Кафедра гастроэнтерологии: историческая справка, достижения и перспективы развития гастроэнтерологии

О.Н. Минушкин

Кафедра гастроэнтерологии ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ

В статье описана история развития кафедры гастроэнтерологии, главным направлением которой является подготовка и усовершенствование врачей Управления. Издано 16 методических пособий, 4 монографии по различным разделам гастроэнтерологии, постоянно продолжается процесс внедрения в лечебные учреждения современной аппаратуры и исследований.

Ключевые слова: гастроэнтерология, подготовка врачей.

Одним из заметных достижений Четвертого главного управления при МЗ СССР было создание службы гастроэнтерологии, в которую вошли гастроэнтерологические отделения стационаров, поликлиник и санаториев, отделения инструментальных и функциональной диагностики, развитие науки и подготовки специалистов-врачей через ординатуру и систему последилового усовершенствования.

Начало формирования службы гастроэнтерологии 4 ГУ при МЗ СССР может быть отнесено к 14 июля 1968 года, когда в соответствии с приказом №474 МЗ СССР «Об организации специализированных клиник и Центральной научно-исследовательской лаборатории Четвертого главного управления при Минздраве СССР» были созданы 7 специализированных клиник – общей терапии, неотложной терапии, кардиологии, гастроэнтерологии, психоневрологии, хирургии, реанимации и анестезиологии. Клиника гастроэнтерологии, возглавляемая профессором, затем членом-корреспондентом АМН СССР В.Г. Смагиным явилась тем центром, вокруг которого были объединены все гастроэнтерологические подразделения 4 ГУ при Минздраве СССР (затем Медицинского центра, Главного медицинского управления Управления делами Президента РФ), где была начата подготовка и усовершенствование специалистов, разрабатывались, проходили клиническую апробацию и внедрялись в практику новые методы диагностики, медицинские технологии, лекарственные препараты. С 1989 года и по настоящее время клиникой гастроэнтерологии (с 1989 года кафедрой) руководит профессор, заслуженный врач РФ, О.Н. Минушкин. В клинике (кафедре) гастроэнтерологии велась работа в научно-исследовательском, научно-педагогическом и лечебно-консультативном направлениях.

А. В научном плане:

- изучение основ хронического дуоденита (пилородуоденита) как предъзвенного состояния,
- изучение патогенеза и типов язвенной болезни (ЯБ),
- клинические исследования и определение места инструментальных методов исследования в диагностике заболеваний органов пищеварения.
- изучение заболеваний пищевода;
- изучение заболеваний кишечника;
- изучение заболеваний желчевыделительной системы и печени;
- изучение заболеваний поджелудочной железы.

Многоплановость исследований, в первую очередь, связана с тем, что подготовка и усовершенствование врачей Управления – является главным направлением работы кафедры.

По первой проблеме в течение 6 лет были разработаны критерии отбора пациентов в группу высокой степени риска. Это оказались больные с хроническим пилоробульбитом. Этой проблемой активно занималась доцент кафедры Г.А. Елизаветина. Установлены следующие критерии отбора: гиперпепсиногенемия 1, дефицит факторов защиты (фукоглипопротеидов мочи: гексозаминов и фукозы). Наблюдение за этими больными осуществлялось не менее 2 раз в год, при этом у 7% (из 295 чел.) пациентов развилась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). Этот показатель намного превосходит частоту ЯБ у населения вообще, что позволило рассматривать указанную группу больных с позиции предъзвенного состояния, а пепсиноген 1 как тест контроля этого состояния.

Касаясь вопросов типирования ЯБ, изучались два аспекта этой проблемы. Первым подходом к решению была попытка типирования на основании клинических особенностей ЯБ, при этом установлено наличие трех типов течения: доброкачественный, стабильный и прогрессирующий. Эта часть работы нашла воплощение в диссертации С.А. Горбатенко (1979). Вторым подходом к решению проблемы было использование функционально-морфологических показателей некоторых интестинальных гормонов и биологически активных веществ. Было установлено, что три формы ЯБ (язва желудка, дуоденальная и пилороантральная язвы) имеют разные патогенетические характеристики, при этом пилороантральная язва занимает промежуточное положение между ЯБЖ и ЯБДК. При ЯБДК выделены два типа: с гипергастринемией и гиперплазией пилорических G-клеток и с нормогастринемией и нормальным числом G-клеток, которые отличаются и в клиническом течении. Этот раздел работы завершился оформлением кандидатских диссертаций Л.В. Масловского (1990) и С.В. Григорьева (1995), докторской диссертации И.В. Зверкова (1994). Материалы этих работ послужили основанием к формированию индивидуального подхода к лечению и профилактике обострений ЯБ (Методические рекомендации по обследованию, лечению и активному наблюдению ЯБЖ и ЯБДК. – М, 1992).

Следующим важным фрагментом научной работы в 80-начало 90 гг. прошлого столетия были расшифровка механизмов нейрогуморальной регуляции при ЯБ, изучение воздействия регуляторных пептидов на висцеральные орга-

ны. Эта часть работы совместно с лабораторией биотехнологии ВКНЦ АМН СССР (под руководством профессора В.И.Титова) завершилась созданием лекарственного препарата на основе опиоидных пептидов — даларгина. При этом препарат даларгин при различных заболеваниях органов пищеварения был внедрен в лечебные учреждения ГМУ УД Президента РФ. По этой части работы выполнены 12 кандидатских и 4 докторских диссертаций (Виноградов В.А, Полонский В.М, Булгаков С.А, Иваников И.О, Богданов А.Н, Чорбинская С.А, Зверков И.В, Теплюк С.Г, Соколов А.С, Павлов С.А, Прописнова Е.П, Дмитриева О.Ф.). По материалам этих работ была написана монография “Лиганды опиатных рецепторов” (Смагин В.Г, Виноградов В.А, Булгаков С.А.), которая подвела итог двенадцатилетней работы и является сегодня наиболее полной работой по данной проблеме.

В последующие 10 лет сотрудники кафедры занимались изучением роли *Helicobacter pylori* (НР) в патогенезе ЯБ и формировании на основе этого микроба типов ЯБ, ассоциированной и неассоциированной с НР с изучением у них особенностей диагностики и клинических проявлений (“НР-статуса”) и, самое главное, подбором эффективной фармакотерапии и оценки ее эффективности. В этой связи за истекший период были исследованы 584 больных, у которых были использованы 18 схем эрадикационной терапии с последующим наблюдением за рецидивами. Были оценены эффективность эрадикации разных схем на частоту обсемененности НР в слизистой оболочке (даже с заменой стандартных антибиотиков на другие антибактериальные препараты), разработаны индивидуальные подходы в выборе доз и длительности приема антибиотиков в зависимости от исходной активности воспаления и степени обсемененности НР слизистой оболочки. Определены критерии прогноза течения ЯБ. По этой части работы выполнено 4 кандидатские диссертации: в 1997 году (Васильева Н.Ю.), в 2000 году (Демина Е.А.), в 2003 году (Аронова О.В.) и в 2008 году (Иванова Е.И).

С 2004 года начался процесс активного изучения роли НР в развитии послеоперационных осложнений и процессов гиперплазии и дисплазии слизистой оболочки, что, в конечном итоге, позволило выделить группы риска онкологической патологии желудка и уточнить программу профилактики. Полученные результаты явились основой для докторской диссертации Е.Г.Бурдиной (2007). В 2007 году профессор О.Н.Минушкин был среди участников на соискание премии г. Москвы в области медицины за работу “Снижение заболеваемости язвенной болезнью в городе Москве и вклад в изучение проблемы пилорического хеликобактериоза”. В практическом плане, особенно в связи с появлением большого количества блокаторов секреции, вновь возникла необходимость более совершенного изучения желудочной секреции с широким внедрением мониторингового изучения суточного распределения рН с целью подбора эффективной терапии, ее индивидуализации, сведения к минимуму побочных эффектов и оценки эффективности профилактики обострений заболевания у больных ЯБ, неассоциированных с НР. Проведенные исследования явились основополагающими в написании 2 учебных пособий для врачей и курсантов циклов усовершенствования врачей “Язвенная болезнь: представление, этиология, патогенез, методы диагностики и лечение” группой авторов во главе с профессором О.Н.Минушкиным (1995, 2008).

С появлением в начале 2000 года новой патологии пищевода — гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, объединяющей патологические изменения этого органа в единый процесс, на кафедре активно разрабатывались эпидемиологические, клинико-диагностические и терапевтические аспекты этой болезни. Полученные результаты послужили материалом для написания 2 кандидатских (Чугунникова Л.И., 2004; Аникина Н.Ю., 2009) и 1 докторской диссертаций (Масловский Л.В., 2008), издано в 2008 году 1 методическое пособие для врачей и курсантов циклов усовершенствования врачей “Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: современные представления (определение, классификации, клиника, диагностика, лечение).”

В последние годы существенно изменились подходы к пониманию патологии кишечника: появились и продолжают выделяться новые нозологические формы из группы хронических колитов и энтероколитов — функциональные расстройства с выделением из них синдрома раздраженного кишечника в качестве самостоятельного заболевания, пересматривается отношение к микробной флоре кишки и ее роль в патологии. На кафедре с 1993 года проводится огромная работа по исследованию содержания и профиля короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) толстокишечной микрофлоры в различных биосубстратах методом газожидкостной хроматографии при заболеваниях органов пищеварения, необходимость которой диктуется также и тем, что изучение микробного спектра толстой кишки исчерпало свои диагностические и лечебные аспекты и появился новый класс препаратов, меняющих рН среды и создающих благоприятные условия для роста и размножения облигатной флоры. Были исследованы содержание и профиль КЖК толстокишечной микрофлоры в различных биосубстратах при заболеваниях кишечника (функциональных состояниях, неспецифическом язвенном колите, раке), желчевыводящих путей и печени (желчно-каменной болезни — ЖКБ, постхолецистэктомическом синдроме, хроническом холецистите, хроническом гепатите в стадии цирроза печени, осложненных печеночной энцефалопатии), поджелудочной железы (хроническом панкреатите в зависимости от состояния внешнесекреторной функции поджелудочной железы). Полученные результаты подтверждают огромную значимость этого метода в диагностике, расшифровке некоторых механизмов патогенеза и в назначении лекарственных средств при ряде заболеваний органов пищеварения. В этой части работы были защищены 5 кандидатских (Семенова Э.Э., 2002; Прихно Н.И., 2002; Сазонова И.И., 2004; Елизарова Н.А., 2004; Сергеев А.В., 2007) и 1 докторская диссертации (Ардатская М.Д., 2003), изданы в 2004–2005 гг. 7 методических пособий для врачей и руководителей органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений (МЗ и социального развития РФ) и в 2008 году 1 методическое пособие для врачей и курсантов циклов усовершенствования врачей. В настоящее время круг изучения данной проблемы был расширен, и проводятся исследования заболеваний легких (хронический бронхит, пневмонии) и больных с вагинозом. При этом обнаруженные результаты предполагают более углубленное изучение данной проблемы.

С 1995 года активно разрабатываются вопросы патологии желчевыводящих путей и печени. Защищены кандидатские диссертации по группам риска ЖКБ (Бурдина Е.Г.) и патологии желчного пузыря у больных, перенесших резекцию желудка (Хохлова С.Ю.). Определены группы

риска по ЖКБ, позволяющие вовремя назначать профилактическое лечение. Часть этих результатов исследований послужили для написания методических рекомендаций О.Н.Минушкина “Дисфункциональные расстройства билиарного тракта” (2003). Последующие работы касались вопросов билиарной недостаточности. Полученные результаты послужили дополнительной информацией для участия (Минушкин О.Н., Ардатская М.Д.) в написании методических рекомендаций “Билиарная недостаточность: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение” (2006).

Рассматривая патологию печени, следует отметить, что на протяжении многих лет научных разработок по указанной проблеме не было, но в биохимических и иммунологических лабораториях активно внедрялись и усовершенствовались биохимические и иммунологические тесты. С 1998 года в болезнях печени доминирует вирусная патология, и на сегодняшний день диагностика вирусов (ДНК HBV, РНК HCV, РНК HDV, РНК HGV, ДНК TTV, ДНК SEN) наряду с биохимическими и иммунологическими тестами являются основополагающими, определяющими тактику ведения больных, интенсивность, продолжительность и эффективность терапии. Полученные результаты по изучению данной проблемы послужили основой для написания докторской диссертации О.Н.Румянцева “Сочетанная инфекция вирусами гепатитов В и С (распространенность, особенности клиники, диагностики, лечения хронических гепатитов, ассоциированных с этой инфекцией)” (2001). Намечались определенные сдвиги в вопросах диагностики и динамического наблюдения таких больных с целью современной диагностики трансформации в цирроз и рак печени. Такую трансформацию связывают с прогрессированием фиброза печени. В последние годы показана возможность “обратного” развития фиброза печени. В настоящее время идет внедрение простых (“расчетных”) тестов, с помощью которых можно контролировать динамику процесса и оценивать эффективность антифибротической терапии. Для динамического изучения интенсивности фиброобразования в печени на кафедре предложено использовать дискриминантную счетную шкалу Боначчини в качестве неинвазивного теста. По этой части работы выполнена кандидатская диссертация С.И.Леонтьевым (2006). В области инструментальной диагностики следует отметить внедрение и оценку ультразвуковых методов исследования в гастроэнтерологии. В этом плане выполнены 5 кандидатских (Болдырев В.В., 1984; Орлова Л.П., 1983; Панина И.Г., 1984; Ищенко Н.С., 1985; Блохин А.Ф., 1988) и 1 докторская (Минушкин О.Н., 1986) диссертаций. Логическим завершением изучением места УЗИ в клинике внутренних болезней было создание ургентной службы ультразвукового исследования, которая на сегодняшний день внедрена во все Российские учреждения, принимающие ургентных больных; издана монография “Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреатической зоны” (авторы: Соколов Л.К., Минушкин О.Н., Терновой С.К., Саврасов В.М.), учебное пособие под редакцией О.Н.Минушкина “Ультразвуковое исследование в клинике внутренних болезней” и 2 методических пособия по ультразвуковому исследованию печени, желчного пузыря и поджелудочной железы.

Вторым аспектом внедрения инструментальных методов исследования является гастро- и колоноскопия, которые до 1995 года были подразделением клиники гастроэнтерологии.

С позиций перспектив развития гепатологии целесообразно продолжить совершенствование иммунологической, серологической и вирусологической диагностики гепатитов, изучение механизмов фиброобразования, внедрение и апробация новых лекарственных средств, влияющих на активность воспалительного и фиброобразовательного процесса и следовательно отодвигающих проблему цирроза и карциномы печени. Активация научных исследований неизбежна еще и потому, что по прежнему актуальными остаются вопросы хирургии и пересадки печени.

Патологии поджелудочной железы были посвящены исследования оценки возможностей ультразвуковой диагностики (Орлова Л.П., 1983), а также работа В.В.Лукьянова (1989), в которой проводится анализ диагностического значения ферментов поджелудочной железы в панкреатическом соке и сыворотке крови при хроническом панкреатите. Использовались самые современные диагностические подходы: восходящая панкреатохолангиография и получение чистого панкреатического сока при канюляции протока поджелудочной железы. Эта работа до сих пор является основополагающей в практическом здравоохранении. Применение в новом столетии в лечении панкреатитов сандостатина (октреотида) заметно облегчило диагностику с использованием инвазивного исследования, улучшило исходы хирургического лечения острого панкреатита и отдаленные результаты. Использование в диагностике состояния внешнесекреторной функции поджелудочной железы эластазы I в кале заметно улучшило диагностику внешнесекреторной панкреатической недостаточности, что позволило подойти к дифференцированной терапии хронических панкреатитов. Эту часть работы завершила кандидатская диссертация А.В.Сергеева (2007). Завершили цикл исследований докторская диссертация В.М.Саврасова “Функциональная рентгенопатология протоков билиарно-панкреатической системы в норме и патологии” (1990) и методические рекомендации “Диагностика и дифференцированное лечение больных хроническим панкреатитом” (1987). Указанные разработки стали основой диагностики, дифференцированного лечения и выработки его тактики.

В. В организационно-педагогическом плане:

- продолжает совершенствоваться процесс преподавательской деятельности, издано 16 методических пособий, 4 монографии по разным разделам гастроэнтерологии;
- совершенствуется лечебное дело; весь научно-педагогический состав кафедры консультирует все лечебные учреждения Главного медицинского управления;
- постоянно продолжается процесс внедрения в лечебные учреждения современной аппаратуры и лабораторных исследований.

Считаем важным наличие кафедры в структуре Главного медицинского управления, т.к. это определяет уровень организации, и качество оказываемой медицинской помощи контингенту.

История кафедры анестезиологии и реаниматологии и этапы развития специальности

Г.А. Рябов, И.Н. Пасечник, Е.И. Скобелев, В.Ю. Рыбинцев, В.В. Крылов, Е.Д. Бондаренко
Кафедра анестезиологии и реанимации ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ

В статье описана история развития кафедры анестезиологии и реанимации, работа которой отражена в 400 статьях, 7 монографиях, 20 методических разработках. Постоянно совершенствуется процесс обучения клинических ординаторов на основе современных достижений доказательной медицины.

Ключевые слова: анестезиология и реанимация, клиническая ординатура.

Мировые тенденции развития национальных систем здравоохранения до настоящего времени определяются на основании все более детального изучения этиологии и патогенеза **Болезни**. По этим же законам появляются новые медицинские специальности. Действительно, здоровый субъект в подавляющем большинстве современных клинических исследований предметом изучения не является, а если какие-то параметры жизнедеятельности здоровых людей и интересуют ученых, то лишь в качестве усредненных границ нормы этих параметров, что используется для сравнения с таковыми в условиях заболевания. Современный научно-методологический уровень не дает возможности унифицировать медицинские знания на основе анализа преемственности обратимой или необратимой смены состояний здоровья и болезни. Результатом метафизического разграничения нормы и патологии явилась концентрация усилий ученых на детальном изучении многообразия проявлений различных нозологических форм болезней. Неизбежным следствием такого подхода есть и будет формирование все более узких медицинских специальностей, представители которых максимально компетентны в диагностике и лечении тематической патологии. Перспектива получить в недалеком будущем абсурдно большое количество узких специалистов, корпоративное взаимодействие которых затруднено ввиду недостаточной широты общемедицинского кругозора, явилась одной из причин заключения в 1999 г. Болонского соглашения. Это соглашение призвано унифицировать систему всех ступеней медицинского образования, прежде всего в странах Европы, с целью обретения необходимого взаимопонимания между представителями различных медицинских школ. Приметой XX века в области здравоохранения и медицинской науки было, с одной стороны, приумножение числа узких медицинских специальностей (коих в одной России вместе с основными специальностями около 130-ти), а с другой — реализация организационных попыток приостановления этого безудержного роста. Вот в таких непростых условиях в 50-х годах XX века началось формирование новой медицинской специальности «анестезиология и реаниматология». Процесс формирования ни в коем случае не был искусственным, а основывался на качественном накоплении общетеоретических знаний по физиологии, биохимии, фармакологии с вытекающим внедрением в клиническую практику новейших способов поддержания гомеостаза в условиях нормы и патологии. Зародились существующие и поныне принципы мониторингования различных параметров жизнедеятельности: становились доступными для основной массы клиницистов критерии оценки метабо-

лизма, гемостатического потенциала, водно-электролитного и кислотно-основного балансов. Возводились в ранг социальных приоритетов методы сердечно-легочной и церебральной реанимации. По мере улучшения технического обеспечения лечебного процесса появлялись доступные методики искусственного кровообращения, электрокардиостимуляции, совершенствовались методы искусственной вентиляции легких (ИВЛ), экстракорпоральные способы детоксикации. Все это привело к появлению в течении **Болезни** фазы, ранее, а именно, до формирования анестезиологии и реаниматологии, не существовавшей. Эта фаза получила название «критическое состояние» (КС) и заняла заслуженное место в ряду из двух существовавших ранее исходов заболевания. Первый из традиционных исходов подразумевал выздоровление пациента после многофакторного позитивного восстановления механизмов ауторегуляции большого организма, Второй исход, напротив, обусловлен неадекватной, относительно болезнетворной агрессии, реакции макроорганизма, что обрекало его на гибель. Фаза КС основана на появившейся с развитием анестезиологии и реаниматологии возможности протезировать, спровоцированные заболеванием, некоторые жизненно важные функции организма. В середине 70-х годов прошлого столетия начинает выходить журнал «Critical care medicine». Сейчас в мире издается уже три десятка тематических изданий. Совершенствование методологической базы обследования больных в КС неизбежно привело к выработке новых принципов лечения, проводить которое было целесообразнее в специализированных отделениях. Врачебный персонал этих отделений вначале состоял из специалистов различных медицинских специальностей, прежде всего хирургов, и лишь впоследствии стали появляться специфические учебные инструменты подготовки анестезиологов и реаниматологов.

В системе кремлевской медицины кафедра анестезиологии и реаниматологии (до 1990 г. — клиника анестезиологии и реаниматологии) была основана в 1968 г. с первого дня создания Центральной научно-исследовательской лаборатории Четвертого Главного управления при МЗ СССР. С момента образования кафедры ее руководил действительный член Академии медицинских наук России Геннадий Алексеевич Рябов. Г.А.Рябов широко известен в России и за ее пределами как крупный ученый, основоположник нескольких научных направлений в анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, автор трех учебников и шести монографий по анестезиологии и реаниматологии, прекрасный клиницист — один из первых анестезиологов в СССР. Важным этапом в развитии специальности стало

формирование службы анестезиологии и реаниматологии Медицинского центра УД Президента РФ. Под методическим руководством главного специалиста Рябова Г.А. были объединены в единое целое отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии всех учреждений Медицинского центра УД Президента РФ. Во многом благодаря его усилиям кафедра представляет собой мощный научно-педагогический коллектив с солидной материально-технической базой, собственной лабораторией, оснащенной современным оборудованием, позволяющим контролировать наиболее важные параметры гомеостаза.

Значительный вклад в формирование коллективного образа кафедры внесли её педагоги. Выпускники кафедры всегда будут помнить отзывчивость и открытость члена-корреспондента РАМН Виктора Николаевича Семенова, УЧИТЕЛЬНИЦУ – как все её звали – Людмилу Николаевну Терентьеву, бессменного руководителя анестезиологической службы кафедры Юрия Степановича Серегина, тактичного и компетентного главного биохимика кафедры Юрия Миргарифановича Азизова. Многие выпускники кафедры в настоящее время продолжают трудиться и на самой кафедре, и в системе Медицинского центра УД Президента РФ. Так, кафедрой заведует д.м.н. Пасечник И.Н., а в учреждениях Медицинского центра работают главными врачами Бунин В.М. и Дорохов С.И. Главный специалист по анестезиологии и реаниматологии МЦ УД Президента РФ Фоминых В.П. также долгое время рука об руку работал с Г.А. Рябовым. Авторский коллектив заранее просит прощения у достойных, но не упомянутых выше выпускников разных лет, перечислением прекрасных профессиональных и человеческих качеств которых могла бы быть заполнена большая книга. За время своего существования на кафедре было подготовлено около 300 клинических ординаторов и аспирантов, защищено 40 кандидатских и докторских диссертаций.

Основными задачами кафедры были и остаются подготовка врачей анестезиологов-реаниматологов в системе клинической ординатуры, постдипломное усовершенствование врачей по актуальным вопросам анестезиологии и интенсивной терапии, подготовка научных кадров в системе очной и заочной аспирантуры, разработка и внедрение новых методов диагностики и лечения больных в КС, методик проведения общей анестезии, оказание консультативно-методической помощи медицинским учреждениям в структуре Управления делами Президента РФ.

Сегодня приоритетным направлением научно-исследовательской работы кафедры в полном соответствии с мировыми тенденциями является разработка концепции КС. Сотрудники кафедры впервые в стране на пике актуальности этого направления начали разрабатывать и внедрять систему инвазивного гемодинамического мониторинга больных, разработали критерии оценки тяжести состояния пациентов и прогностические индексы на основе анализа изменений в системе транспорта кислорода, начиная с легочного газообмена и кончая тканевым дыханием. Были внедрены методы оценки эндогенной интоксикации по фракциям средних молекул. Заметное место в сфере научных интересов кафедры занимают проблемы коагулопатии критических состояний, в том числе и синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Несомненно отечественный приоритет кафедры в вопросах диагностики, оценки и лечения гипоксии критических состояний.

Последние два десятилетия под термином «критическое состояние» понимают такое состояние пациента, при котором система интенсивного лечения будет неэффективна без той или иной степени коррекции жизненно важных функций. Проявления КС неспецифичны: самые различные этиологические факторы вызывают похожие патофизиологические нарушения в системе поддержания гомеостаза. При септическом и геморрагическом шоке, у больных с разлитым гнойным перитонитом или деструктивным панкреатитом, острой недостаточностью кровообращения, ожогами и отравлениями возникают схожие синдромы. Это может быть острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), коматозное состояние, синдром расстройства свертывания крови, различные варианты печеночной и почечной недостаточности и др. Этиологическая обусловленность синдромов КС прослеживается, в основном, при анализе сроков и частоты возникновения конкретных симптомокомплексов. Поэтому при рассмотрении КС в современной медицине принят синдромный подход. Таким образом, тяжесть состояния больного характеризуется количеством и качеством проявлений патологических синдромов. Именно системный подход к развитию КС всегда определял планы научных исследований на нашей кафедре. Ведь при КС, как правило, не наблюдается возникновение только одного изолированного синдрома: у больного обычно выявляются признаки несостоятельности нескольких звеньев физиологических систем. Например, система транспорта кислорода, условно состоящая из таких звеньев, как гемодинамика, легочный и тканевой газообмен и гемическая составляющая, очевидно, может страдать не только в результате поражения легких, но и вследствие недостаточности кровообращения, патологических изменений метаболизма или в результате комплексного поражения звеньев. При острой печеночной недостаточности в результате поражения печени возникает не только глубокое расстройство метаболических функций, но и нарушение нервной деятельности. Принимая во внимание сложный многофакторный характер нарушений в компенсаторных системах и поражение отдельных органов при КС, для описания этих процессов в литературе появился, не совсем корректный, на наш взгляд, термин «полиорганная недостаточность» (ПОН). К сожалению, термин не отражает многообразие проявлений системных нарушений, причиной чего является недостаточная изученность проблемы. Однако большинство авторов уже сейчас, на этапе формирования современных представлений о полиорганной патологии, вкладывает в понятие ПОН не только поражение отдельных органов, но и систем в целом. Печальным подтверждением правильности такого методологического подхода служит то, что большинство пациентов в КС умирает не от моносубстратных поражений, а от совокупного проявления недостаточности многих органов.

Переставшие быть единичными исследования, в том числе и проводившиеся на наших клинических базах, показали, что на начальных этапах развития КС поражения органов и систем носят функциональный характер и, как правило, бывают обратимыми при условии проведения своевременной, патогенетически обоснованной терапии. Потеря времени при прогрессировании основного заболевания или неадекватная терапия, обуславливают перерастание функциональных сдвигов в деструкцию органов и систем, пессимизируя прогноз основного заболевания. Поэтому при КС, как впрочем и при решении любых ле-

чебных проблем, наиболее эффективны профилактические мероприятия. Степень тяжести больного в КС определяет как исходное состояние органов, так и их способность противостоять повреждающим факторам. Таким образом, дисфункция органа при КС зависит от индивидуального физиологического резерва и исходной способности противостоять метаболическим расстройствам. Логично предположить, что развитие ПОН в большинстве случаев служит верным признаком абсолютной или относительной недостаточности компенсаторных механизмов организма больного, ухудшает прогноз основного заболевания и является наиболее частой причиной смерти пациентов некардиологических отделений интенсивной терапии. В зависимости от выраженности ПОН летальность может колебаться от 30 до 100%. У хирургических больных КС и ПОН наиболее часто развиваются при разлитом гнойном перитоните и деструктивном панкреатите. Данные состояния не способны подвергаться спонтанному обратному развитию. Этим и объясняется пристальное внимание клиницистов на протяжении последних трех десятилетий к данной патологии.

По современным представлениям в основе формирования ПОН у больных в КС лежит синдром системной воспалительной реакции (ССВР) — Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) в английской редакции, — который представляет собой неспецифический ответ организма на любое повреждающее действие вообще, и на инфекцию, в частности. В формировании ССВР ведущая роль отводится иммунологическим нарушениям. Депрессия иммунитета сопровождается развитием гнойно-септических осложнений и прогрессированием ПОН. Таким образом, ПОН может рассматриваться как клиническое проявление неконтролируемого генерализованного воспаления в условиях нарушения ауторегуляции. Его основным стимулом является не столько инфекционное начало, а, скорее, чрезмерная реакция организма на неспецифический раздражитель. У больных с перитонитами и панкреатитами главными факторами, инициирующими ССВР, остаются хирургический стресс и эндотоксин. Освобождающийся при деструкции бактерий эндотоксин активирует множество биологических систем. При этом происходит выброс большого количества медиаторов, что образно рассматривается как «метаболическая анархия». Следует отметить, что при КС эти вещества оказывают повреждающее действие на органы и системы. В небольших концентрациях они являются важными компонентами протекания физиологических процессов в клетках организма человека, а повышенные концентрации медиаторов нарушают функционирование жизненно важных структур клетки. Повреждения клетки зависят от природы медиатора и места его приложения и могут носить как обратимый, так и необратимый характер. Важно отметить, что в физиологических условиях процессы пролиферации и отмирания клеток находятся в динамическом равновесии. При воздействии повреждающих факторов гибель клеток начинает преобладать и происходит манифестация заболевания. Закономерности гибели отдельной клетки или их совокупности (органы, ткани, организм в целом) являются важными для изучения патогенеза КС. Смерть клетки происходит либо в результате некроза, либо — апоптоза. Процесс некроза клетки достаточно хорошо изучен. Он происходит при воздействии на клетку цитотоксичных факторов и реализуется посредством воспаления. А вот гибель клетки вследствие апоптоза находится в стадии изучения. Этот механизм не сопровож-

дается развитием воспалительной реакции и нарушением нормального функционирования соседних клеток. Часто апоптоз называют программируемой смертью клетки, при поступлении специальных сигналов на ее рецепторный аппарат. Вопросам апоптоза у больных в КС посвящены публикации, подробно обсуждающие его роль в формировании острого легочного повреждения, ОРДС, септических состояний. Интерес к изучению механизмов апоптоза не только академический, но и утилитарный: возможность воздействия на течение апоптоза позволит создать новые лекарственные средства и оптимизировать результаты лечения многих заболеваний, в том числе и КС.

Таким образом, приступая к лечению больного в КС, необходимо с самого начала принимать во внимание фоновое присутствие органной дисфункции, которая неминуемо перейдет в ПОН в ответ на несвоевременное и неадекватное лечение. Скорость этого перехода пропорциональна количеству допущенных лечебных ошибок и спровоцированности компенсаторных систем. В практике нашей кафедры одним из важнейших методов профилактики развития ПОН в клинике абдоминальной хирургии является тесное взаимодействие с хирургической службой с целью своевременного выявления специфических осложнений. Действительно, любая идеализированная консервативная терапия КС, тактика которой определялась на основании рафинированного мониторинга, будет неэффективна в случае нераспознанных, а потому и несанированных гнойных очагов в брюшной полости. Поэтому, при определении понятий своевременности и адекватности лечения, мы рассматриваем совокупный труд врачей различных специальностей.

Оценка степени тяжести пациента в КС и прогноз основного заболевания можно осуществить с помощью различных шкал балльной оценки. Большинство из них не получило широкого распространения из-за сложности подсчета баллов, трудности получения необходимых данных и невозможности применения ко всем категориям больных. Однако в последнее время наметилась тенденция к использованию ряда шкал для прогнозирования исхода болезни и оценки тяжести ПОН, что связано с введением объективных критериев, в том числе количественных, которые позволяют охарактеризовать состояние больного унифицированными средствами. Формирование такого прогностического подхода вряд ли было бы возможным без десятилетий изучения параметров системы транспорта кислорода с помощью точнейших методов инвазивного мониторинга. Лишь используя полученные в эти годы массивы данных, медицинская наука смогла прийти к выводу о характере взаимосвязи инвазивных и рутинных параметров, характеризующих гемодинамику и тканевую утилизацию кислорода. Ученые нашей кафедры также внесли свою лепту в анализ корреляционных связей инвазивных и рутинных параметров, приблизив эру шкал балльных оценок.

Системы оценки тяжести состояния больных, такие как Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) и Simplified Acute Physiology Score (SAPS), предназначены для прогнозирования исхода заболевания на основе данных, полученных при поступлении пациента в отделение интенсивной терапии. В настоящее время появились сведения, что системы APACHE и SAPS позволяют не только прогнозировать исход заболевания, но, при ежедневном использовании, применимы для оценки динамики состояния пациентов в течение всего времени наблюдения. Шкалы

Sepsis-related (Sequential) Organ Failure Assessment (SOFA) и Multiple Organ Dysfunction Score (MODS) предназначены для оценки выраженности ПОН. Они позволяют определить суммарный показатель наличия и степени выраженности дисфункции по шести органам и системам. Оценка балльных показателей по этим шкалам производится ежедневно от момента поступления больного в реанимационное отделение до его перевода или смерти. Применение шкал SOFA и MODS позволяет стандартизировать клинические исследования, описывать динамику ПОН и сравнивать результаты лечения у разных групп пациентов.

Ряд заболеваний, сопровождающихся первичным массивным поражением органов и систем, как например разлитой гнойный перитонит и деструктивный панкреатит, приводят к практически содружественному развитию КС и ПОН на основе ССВР. По современным представлениям, в таких случаях правомерен диагноз сепсис, где сепсис не просто термин, а патогенетическое обоснование применяемых стандартов лечения с учетом стадийности патологического процесса. Роль ССВР в формировании КС была оценена медицинской общественностью еще в 1991 году на согласительной конференции Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины, где были представлены диагностические критерии ССВР. Сепсис определили как ССВР, возникшей на инвазию микроорганизмов, «тяжелый сепсис» — сепсис с органной дисфункцией, тканевой гипоперфузией или гипотензией, септический шок — как сепсис с артериальной гипотензией, не устраняющейся с помощью инфузионной терапии. Эти определения в настоящий момент широко используются в клинической практике и служат основой для постановки диагноза и проведения лечения. Десять лет спустя актуальность этой концепции была подтверждена на Международной конференции по проблемам сепсиса в Вашингтоне в декабре 2001, где были определены дальнейшие перспективы унифицирования постатдийной диагностики и лечения сепсиса.

Развитие сепсиса вплоть до септического шока можно рассматривать как универсальную модель КС, в рамках которой можно наблюдать динамическое развитие ПОН. Оправданной целью таких изысканий является оптимизация и индивидуализация корригирующего лечения, что в условиях работы нашей кафедры позволяет применять единые критерии диагностики и оптимизировать тактику терапии на основе стандартных мониторинговых процедур с учетом индивидуального состояния компенсаторных резервов больных в КС. В нашей исследовательской работе мониторингу вообще отводится особое место, так как динамический контроль за состоянием больного в КС и ходом лечения безальтернативен. Рутинным стал гемодинамический и метаболический мониторинг. Достаточно оперативно осуществляются бактериологические исследования. Современные стандартные клинические лаборатории в настоящее время обладают почти научной прецизионностью и соответствующим спектром определяемых параметров. При этом приборы работают в автоматическом или полуавтоматическом режимах, исключая влияние отечественного человеческого фактора.

Специалисты нашей кафедры, не упуская из сферы научных интересов перспективных тенденций, основной целью своих исследований видят рационализацию корригирующего лечения. Результаты лечения ПОН и сепсиса во всем мире все еще далеки от желаемых. Соответствующая

статистика по результатам деятельности лечебных учреждений выглядит удручающе. Сложность сочетания факторов, определяющих критерии эффективности лечения и прогноз заболевания, чрезвычайно. Обработка клинического материала стандартными методами вариационной статистики, на наш взгляд, не позволяет проводить непредвзятый многофакторный анализ. Причина этого кроется в способе группировки наблюдений: данные внутри каждой группы должны быть репрезентативны и рандомизированы. Корректное выполнение этих условий тем сложнее, чем многообразнее проявления КС и ПОН. Результатом попытки анализа большого количества данных со значительным несимметричным распределением признаков является отсутствие рутинной статистической достоверности, что подталкивает исследователей, использующих проверенный, но архаичный метод анализа отклонения средних величин, к конъюнктурной группировке данных исследования. В связи с этим хочется обратиться к основным положениям доказательной медицины, позволяющей надеяться на улучшение результатов лечения. В основе доказательной медицины лежит клиническая эпидемиология, сформировавшаяся как наука в 90-х годах прошлого столетия. В ее задачи входит отбор и систематизация достоверных методов диагностики и лечения, основной целью является разработка и применение клинических методов, дающих возможность делать правильные выводы и избегать систематических и случайных ошибок. Для исключения систематических ошибок применяют специальный подбор пациентов и одинаковые методы регистрации результатов лечения. Клиническая эпидемиология подразумевает базирование лечебной тактики на строго доказанных научных фактах, что и получило название «evidence-base medicine» — медицина, основанная на доказательствах, или доказательная медицина. Согласно принципам доказательной медицины, в диагностике и лечении заболеваний должны использоваться только те методы, эффективность которых доказана рационально организованными объективными сравнительными исследованиями. Например антибиотикотерапия, инфузионная терапия и инотропная поддержка (при шоке), респираторная поддержка, нутритивная поддержка отнесены к приоритетным методам, эффективность которых доказана при лечении сепсиса. Методы, неэффективность которых доказана, не могут быть рекомендованы для применения в повседневной клинической практике в силу отсутствия экспериментальных и клинических доказательств. В случае с лечением сепсиса к ним отнесены гемосорбция, дискретный плазмаферез, электрохимическое окисление крови. Сложнее обстоит дело с использованием в клинической практике методов, эффективность которых не подтверждена по критериям доказательной медицины, но использование которых целесообразно с позиций патогенеза, доказательства чего получены в отдельных клинических исследованиях. Это, например, заместительная иммунотерапия сепсиса внутривенными полиглобулинами, коррекция гемокоагуляционных расстройств с помощью гепаринов. Скорее всего, их использование будет продолжаться до проведения соответствующих исследований, к слову сказать, достаточно трудоемких, ввиду значительных массивов анализируемых данных. Сходная ситуация сложилась с лечением острого легочного повреждения и ОРДС. С применением методов доказательной медицины было показано, что традиционная ИВЛ сама по себе может провоцировать повреждение легких. В то же время

ИВЛ — часто безальтернативный способ поддержания жизни больного в КС. В соответствии с принципами доказательной медицины удалось выявить допустимые границы параметров респираторной поддержки, при которых было отмечено снижение летальности. Исследования в данном направлении также заставили по-новому взглянуть на использование сурфактантов, простаглицлина, оксида азота, применение которых не снижало летальность при ОРДС. Отсутствие очевидной эффективности этих препаратов, на наш взгляд, скорее связано с тем, что применялись они на фоне неадекватных режимов ИВЛ, чем с их объективной бесполезностью, но это еще предстоит доказать. В заключение хочется подчеркнуть, что проведение исследований у больных в КС, выполненных на основе положений доказательной медицины — сложный и дорогостоящий процесс, но возможные результаты таких исследований того стоят и могут привести к реальному снижению летальности у столь тяжелой категории больных, которыми являются

пациенты в критических состояниях. Участие сотрудников кафедры в изучении наиболее перспективных направлений развития нашей специальности нашло отражение в более чем 400 статьях и тезисах, 7 монографиях, 20 изданных и переизданных методических разработках.

В настоящее время кафедра анестезиологии и реаниматологии, как и весь Учебно-научный медицинский центр, с надеждой смотрит в будущее, продолжая достойно вести работу, начатую основоположниками кафедры. Постоянно совершенствуется процесс обучения клинических ординаторов на основе современных достижений доказательной медицины. Регулярно публикуются результаты проводимых научных исследований. Выпускники кафедры анестезиологии и реаниматологии вливаются в дружный коллектив врачей Медицинского центра УД Президента РФ.

История кафедры нефрологии, иммунологии и ревматологии

И.А. Борисов, А.В. Гордеев

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

В статье описана история развития кафедры нефрологии, иммунологии и ревматологии, работа которой отражена в 300 научных работах, разделах практических руководств для врачей, методических пособиях. Кафедра является научным, методическим и консультативным центром всей нефрологической и ревматологической службы медицинских учреждений УД Президента РФ.

Ключевые слова: нефрология, иммунология, ревматология.

Возрастающая потребность в оказании высококвалифицированной медицинской помощи больным с диффузными паренхиматозными заболеваниями почек, воспалительными и дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, соединительной ткани, и, не в последнюю очередь высокая наукоемкость подобного вида помощи вызывала необходимость создания соответствующей научно-исследовательской базы. И в 1978 г. в рамках 4 Главного Управления МЗ СССР на базе отделения нефрологии в корпусе № 6 Центральной клинической больницы, рассчитанного на 45 коек, была организована кафедра нефрологии, иммунологии и ревматологии Учебно-научного центра ГУ МЗ СССР. В 1982 г. база кафедры переместилась в терапевтический корпус ЦКБ.

Первым руководителем созданной кафедры стал лауреат Государственной премии СССР, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук Владимир Владимирович Сура (1927–1998 гг.) Предшествующая профессиональная деятельность Владимира Владимировича была связана с клиникой терапии и профзаболеваний I ММИ им. И.М. Сеченова, руководимой академиком АМН Е.М. Тареевым. Здесь он приобрел большой клинический опыт, добился заметных успехов в научной деятельности. Наиболее значительными, во многом новаторскими стали его исследования по проблемам клеточного иммунитета и амилоидоза (кандидатская диссертация, 1953 г.) и патологии соединительной ткани. В 1971 г. В.В. Сура защитил

докторскую диссертацию, посвященную экспериментальному воспроизведению и патогенезу системной красной волчанки. В.В.Сура был автором почти двухсот научных работ, его перу принадлежали главы в таких фундаментальных руководствах, как «Основы нефрологии», «Клиническая нефрология», «Нефрология». Многие годы он являлся членом редколлегии журнала «Терапевтический архив».

Возглавив кафедру нефрологии, иммунологии и ревматологии, Владимир Владимирович объединил вокруг себя высоконаучный и творческий коллектив единомышленников, многие из которых так же, как и он сам, прошли «тареевскую школу» русской классической медицины или пришли из других ведущих профильных медицинских институтов: И.А. Борисов, Е.Л. Насонов, С.Н. Савицкий, Л.М. Мазнева, О.Е. Голованова, Н.М. Семичаевская, Е.В. Васильева, Р.Г. Арустамова, Т.В. Демидова, Л.И. Борисовская и другие.

С первого дня своей работы кафедра нефрологии, иммунологии и ревматологии обучала ординаторов и аспирантов. Усилия научных сотрудников, работающих в тесном взаимодействии с сотрудниками отделения нефрологии и ревматологии ЦКБ, сосредоточились на изучении особенностей патологии почек, суставов, соединительной ткани и клинической иммунологии применительно к геронтологической практике. Это диктовалось и научным интересом, и прикладной клинической практикой. Изучение структуры патологии старческой почки, особенностей острой и хро-

нической почечной недостаточности у пожилых и старых людей, старческого пиелонефрита, нефритов с острым началом в пожилом возрасте как изолированных, так и протекающих в рамках системных васкулитов, ангионеврофрозоза, получившего в последующие годы развитие в рамках ишемической нефропатии было пионерским, нашедшим широкое признание как российских нефрологов, так и интернистов. В своем большинстве научные исследования в этом направлении характеризовались новизной как в постановке вопросов, так и в подходах к их разрешению. Многолетние и многоплановые исследования сотрудников, посвященные изучению особенностей патологии почек у лиц пожилого и старческого возраста, были обобщены в докторскую (Борисов И.А., 1990 г.) и кандидатскую диссертации (Гордеев А.В., 1991 г.), этим исследованиям посвящены главы фундаментальных руководств («Нефрология», «Основы клинической гериатрии»), методические пособия по острой и хронической почечной недостаточности.

Изучение кафедрой различных аспектов клинической иммунологии, а также возможности использования ее методов в практике интерниста внедрены в повседневную жизнь Центральной клинической больницы и оформлены в виде докторской (Е.Л. Насонов) и целого ряда кандидатских диссертаций (Розанова И.В., 1993; Соложин К., 1990; Камаева О.И., 1996; Маркина Е.А., 2002 и др.).

В 1998 г. кафедру возглавил ученик Е.М. Тареева и В.В. Суры доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РСФСР И.А. Борисов.

Сегодня все сотрудники кафедры, будучи одновременно сотрудниками ЦКБ с поликлиникой, продолжают многолетнюю традицию совмещения лечебно-консультативной и научной работы с преподаванием — обучением ординаторов и аспирантов, чтением лекций. Ежегодно сотрудниками кафедры проводится 700 консультаций в год.

Кафедра на протяжении многих лет ежегодно проводит циклы повышения квалификации для врачей как по нефрологии, так и по ревматологии, на которых делится научно-практическими знаниями с врачами.

Подготовлены мультимедийные варианты лекций для курсов повышения квалификации врачей:

1. Структура и функции почек.
2. Инфекции мочевых путей и пиелонефрит.
3. Тубуло-интерстициальные нефропатии и канальцевые дисфункции.
4. Гломерулонефриты.
5. Микрористаллические артропатии, подагра — этиология, клиника, лечение.
6. Ревматоидный артрит — этиопатогенез, клиника, диагностика раннего ревматоидного артрита, принципы лечения.
7. Серонегативные спондилоартриты.
8. Современное течение ревматической лихорадки, клиника, диагностика, лечение, первичная и вторичная профилактика.
9. Остеопороз — этиопатогенез, клинические варианты, диагностика, лечение.
10. Заболевания околосуставных мягких тканей: этиология, клинические варианты, лечение.
11. Системные васкулиты, варианты течения, клиника, диагностика, лечение.

При участии сотрудников кафедры нефрологии, иммунологии и ревматологии выпущены следующие CD-проекты:

1. Лекционный общеобразовательный курс УНМЦ УД ПРФ «Клинические аспекты гериатрии в общей врачебной практике» 2005 г. — лекции: Заболевания почек в пожилом возрасте (профессор И.А. Борисов), «Структура заболеваемости остеоартрозом. Проблема сопутствующих заболеваний» (Н.А. Хитров).

2. Лекционный образовательный курс УНМЦ УД ПРФ 22 февраля 2006 г. «Теоретические и клинические аспекты боли» — лекция: «Полиморфизм боли в ревматологии» (Н.А. Хитров).

3. Лекционный образовательный курс УНМЦ УД ПРФ 20 декабря 2006 г. «Остеопороз: стратегический подход к профилактике и лечению» — лекция «Остеопороз и остеоартроз: взаимосвязь и параллели» (Н.А. Хитров).

Сотрудник кафедры д.м.н., доцент Н.А. Хитров входит в редакционный совет журнала «Современная ревматология», является научным консультантом журнала «Здоровье», ведет Интернет-портал «Ревматологическая помощь» <http://rheumo.ru> и Интернет-школы: «Школа локальной терапии суставов и мягких тканей» <http://khitrov.rheumo.ru>, «Школа артроза» <http://artros.rheumo.ru>. О положительных результатах работы Интернет-портала было доложено на IV Всероссийской конференции «Инновационные технологии в ревматологии» в Нижнем Новгороде 7 мая 2008 г. на пленарном заседании: «Ревматические заболевания и рациональная терапия» в докладе: Иванова Г.Ю., Пархалина В.П., Хитрова Н.А., Ивановой В.Г. «Анализ развития ревматологического сектора русскоязычного Интернета. Тенденции и перспективы».

Профессор И.А. Борисов неоднократно оказывал консультативную помощь в рамках проекта «Телемедицина».

Лечебно-диагностическая и консультативная работа кафедры полностью опирается на стандарты оказания высокоспециализированной и качественной медицинской помощи ревматологическим больным, разработанных АРР — Ассоциацией российских ревматологов — и вобравшие в себя мировой опыт на основе принципов доказательной медицины.

Профессор кафедры А.В. Гордеев является членом правления Ассоциации российских ревматологов, комиссии Министерства здравоохранения и социального развития РФ и членом научного Совета РАМН по ревматологии. А сотрудники кафедры являются обязательными и постоянными участниками всех международных конгрессов, организованных EULAR — Европейской лигой по борьбе с ревматизмом, ACR — Американской коллегией ревматологов, Ассоциацией российских ревматологов.

Самой значимой не только медицинской, но и социально-экономической проблемой современной ревматологии являются воспалительные заболевания суставов и позвоночника, в первую очередь — ревматоидный артрит (РА), второй пик заболеваемости которого приходится на людей пожилого возраста. Именно на этом направлении и сфокусирована научно-практическая деятельность сотрудников кафедры. Для повседневной практики кафедрой нефрологии и ревматологии предложены научно обоснованные новые методики ранней (до рентгенологической) нозологической диагностики РА: магнитно-резонансная томография с контрастным усилением, сонография мелких и крупных суставов, определение антицитрулиновых антител.

Большое внимание уделяется сонографии суставов и параартикулярных мягких тканей для уточнения диагноза,

характера заболевания, стадии и активности процесса, а также выбора тактики, особенно, локальной терапии опорно-двигательного аппарата, нашедших отражение в статьях в журнале «Современная ревматология» (А.Н. Хитров).

Внедрены и продолжают изучаться различные способы ранней, активной базисной иммуносупрессивной терапии РА, а также особенности ее проведения у пожилых пациентов (Н.А. Никитина, Ю.А. Ускова). Также для лечебной практики кафедрой разрабатываются различные виды так называемой «биологической» терапии ряда воспалительных заболеваний суставов и позвоночника, когда мишенью терапии становится конкретная молекула или клетка организма – моноклональные антитела к фактору некроза опухоли – инфликсимаб и к CD20+ субполяции лимфоцитов – ритуксимаб. Изучение проблемы РА с точки зрения индуктора и катализатора ускоренного развития воспалительного атеросклероза и его влияния на сердечно-сосудистую патологию и смертность обобщены в кандидатской диссертации З.Ю. Мутоввиной (2007 г.). Не остаются в стороне от научных интересов кафедры сложная группа системных васкулитов – гигантоклеточного, эозинофильного и микроскопического (И.В. Розанова, З.Ю. Мутоввина, В.И. Пожаров), пирофосфатной и псориатической артропатий. Апробируются и внедряются различные схемы эффективного лечения этого тяжелого проявления системного псориаза.

Большое значение кафедрой придается амбулаторно-поликлинической стадии ведения нефрологических и ревматических больных. После выписки из стационаров проводится соответствующий комплексный клинико-лабораторно-инструментальный мониторинг состояния пациентов, выписанных из стационаров и получающих активную базисную противовоспалительную терапию; большое значение придается их функциональной реабилитации и социальной адаптации. На амбулаторном уровне ведется активная научно-исследовательская и лечебно-профилактическая работа по лечению самых частых поражений опорно-двигательного аппарата: периартритов, остеоартроза и остеопороза. Кафедра уделяет большое внимание как комплексной противовоспалительной, так и, в частности, локальной, особенно, внутрисуставной инъекционной терапии, как стероидными лекарствами, так и препаратами гиалуроновой кислоты артрологических больных. Ведется активная разработка методов локальной внутрисуставной инъекционной терапии под контролем ультразвукового исследования (докторская диссертация «Лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов у больных с патологией внутренних органов в условиях поликлиники» – Н.А. Хитров, 2002 г.).

В последние годы основным «нефрологическим» направлением в научной и лечебно-диагностической деятельности кафедры явилось изучение особенностей нефропатологии у больных сахарным диабетом 2 типа с формированием новой концепции о гетерогенности и мультиморбидности подобного поражения, особенно у ревматических больных получающих активную агрессивную базисную противовоспалительную терапию (докторская диссертация «Патология почек у больных сахарным диабетом II-го типа пожилого возраста» – А.В. Гордеев, 2002 г.).

Важное место в научно-практической деятельности кафедры занимают вопросы, связанные с определением целесообразности, терапевтической и прогностической эффективности и безопасности проведения различных

видов фармакологической нефропротекции (диссертация: «Хроническая почечная недостаточность при сахарном диабете II-го типа у лиц пожилого возраста» – Юшкова И.В. и «Эффективность гемодиализа и гемофильтрации on-line в лечении хронической почечной недостаточности» Рыбакова Н.С.). Кафедра принимает участие в двух продолжительных международных многоцентровых клинических исследованиях, посвященных изучению этой проблемы.

Научно-исследовательские направления кафедры отражаются в диссертационных работах, выполняемых сотрудниками кафедры под научным руководством профессора А.В. Гордеева:

«Побочные эффекты базисной противоревматической терапии у больных пожилого возраста» – Никитина Н.А.

«Особенности сочетанной патологии при ревматоидном артрите и сахарном диабете 2 типа у пациентов пожилого возраста» – Ускова Ю.А.

«Особенности поражения сосудов у пациентов с внесуставными проявлениями ревматоидного артрита» – Пожаров И.В.

Результаты исследований и материалы накопленного опыта неоднократно докладывались сотрудниками кафедры на различных съездах (2005, 2006, 2007, 2008, 2009 гг.), конференциях (2000–2003, 2005, 2008–2009 гг.).

Только на последнем в марте 2009 г. V съезде ревматологов России по собственным клинико-динамическим наблюдениям были сделаны 2 доклада сотрудниками кафедры: Никитиной Н.А., Гордеевым А.В., Мутоввиной З.Ю., Пожаровым И.В., Усковой Ю.А. «Базисная противовоспалительная терапия РА у больных пожилого возраста» и Гордеевым А.В., Мутоввиной З.Ю., Филичкиной И.Н., Филиной Е.Г. «Особенности дебюта ревматоидного артрита у пожилых». Доклады получили высокую оценку.

На Шестой научно-практической конференции «Проблемы современной ревматологии», проходящей в Главном клиническом госпитале МВД 22 апреля 2009 г. сотрудники кафедры нефрологии и ревматологии выступали с докладами: Гордеев А.В. «Искусство болеть», Мутоввина З.Ю. «Особенности клиники и фармакотерапии ревматоидного артрита с дебютом в пожилом возрасте», Ускова Ю.А. «Особенности течения ревматоидного артрита у больных сахарным диабетом», Хитров Н.А. «Значение локальной терапии в ревматологии», Пожаров И.В., Гордеев А.В. «Клинический случай болезни отложения легких цепей в сочетании с тромботической микроангиопатией».

С момента основания кафедры сотрудниками опубликовано свыше трехсот статей в различных медицинских изданиях. Только за последние годы сотрудники кафедры нефрологии и ревматологии принимали участие в написании статей и разделов в руководствах: практического руководства «Основы клинической гериатрии» (главы: «Структура и функция стареющих почек», «Ишемическая болезнь почек», «Пиелонефрит», «Гломерулонефриты», «Уратная (подагрическая) нефропатия, остеоартроз, остеопороз, подагра», «Ревматоидный артрит у больных пожилого возраста»), руководства для врачей «Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологии» (разделы: «Нефрология», «Ревматология»).

Только за последний 2009 г. опубликованы три методических пособия: «Остеоартрит суставов кистей, стоп. Клиника, диагностика и лечение», «Остеоартрит коленных, тазобедренных суставов. Клиника, диагностика и ле-

чение», «Болезнь отложения легких цепей. Клиника, диагностика и лечение».

Кафедра нефрологии, иммунологии и ревматологии сохраняет и развивает научно-практическое сотрудничество с ведущими профильными медицинскими учреждениями нашей страны, прежде всего с Институтом ревматологии РАМН, а также с профессиональными сообществами нефрологов и ревматологов России.

Сегодня, как и прежде, кафедра нефрологии, иммунологии и ревматологии ФГУ Учебно-научного медицинского центра является научным, методическим и консультативным центром всей нефрологической и ревматологической службы медицинских учреждений УД Президента Российской Федерации.

Кафедра лучевой диагностики. Итоги работы

А.В. Зубарев, В.Е. Гажонова

Кафедра лучевой диагностики ФГУ «УНМЦ» УДП РФ

В статье описана история развития кафедры лучевой диагностики. За период с 1996 г. на кафедре подготовлено кандидатов медицинских наук – 22, докторов медицинских наук – 4. Все они работают в системе Медицинского центра, являясь руководителями клиник, отделений, консультантами и ведущими специалистами учреждений. Под руководством сотрудников кафедры за 14 лет успешной работы защищено 20 кандидатских диссертаций и 6 докторских диссертаций.

Ключевые слова: лучевая диагностика, компьютерная томография, УЗИ.

Свою историю кафедра лучевой диагностики ведет с создания отдела рентгенологии в 1984г., который затем был преобразован в отдел лучевой диагностики. В 1988г. в составе отдела был создан курс ультразвуковой диагностики. Его возглавил тогда еще старший научный сотрудник отдела к.м.н. Зубарев А.В. Согласно Приказу Министра здравоохранения от июля 1991 кафедра лучевой диагностики стала структурным подразделением Центральной научно-исследовательской лаборатории при МЗ СССР и в последующем Учебно-научного медицинского центра УД Президента РФ. Клинической, учебной и научно-исследовательской базой кафедры являются отделения лучевых методов диагностики (рентгеновские, КТ и МРТ, ультразвуковой диагностики, радиоизотопной диагностики, ПЭТ, лучевой терапии) лечебно-профилактических учреждений Медицинского центра.

Основными задачами кафедры являются подготовка и повышение квалификации специалистов лучевых диагностов для учреждений Медицинского центра, проведение научных исследований по важнейшим проблемам диагностики, главным образом связанным с их практическим применением в медицинских учреждениях центра, методическое и научное руководство службами лучевой диагностики, совершенствование и повышение ее уровня, а также консультативно-диагностическая работа в учреждениях МЦ.

За период с 1984 по 2008 гг. в отделе рентгенологии, в отделе лучевой диагностики и в последующем кафедры лучевой диагностики всего прошли обучение 211 ординаторов. На сегодняшний день подготовлено 190 врачей по специальностям рентгенология, ультразвуковая диагностика, радиоизотопная диагностика.

С 1996г. кафедру возглавил профессор Зубарев А.В., уже под руководством которого были подготовлены 162 ординатора. По специальности рентгенология и радиоизотопная диагностика выпущено 114 (60%) специалистов. Из них остались работать в системе 105 (92%) человек, и успешно трудятся в настоящее время 57 (50%) человек. По специальности ультразвуковая диагностика подготовлено 76 (40%)

специалистов. Из них остались работать в системе 66 (87%) человек и до сих пор работают 51 (67%) специалист.

Для ЦКБ подготовлено 49 (26%) врачей, из которых на прежнем месте остался работать 21 врач. Для ОБП подготовлено 12 врачей ультразвуковой диагностики и рентгенологов, из них на прежнем месте работают 9 человек. Для КБ 1 – 9 врачей, для КБ 2 (на Открытом шоссе) – 5 врачей. Для поликлиник Медицинского центра подготовлено 38 (20%) врачей, из них: 21 специалист по ультразвуковой диагностике и 17 рентгенологов.

Кафедра гордится своими выпускниками. Бывшие ординаторы кафедры: Бачурина Е.М. (1985 г.), Тарасова И.Е., Сальников Д.В. (1986 г.), Новичкова И.Г. (1998 г.), Зубанов А.Г. (1999 г.) возглавили рентгеновские отделения, отделения ультразвуковой диагностики, отделения ангиографии, КТ и МРТ. Многие из выпускников кафедры в настоящее время являются ведущими специалистами в своих учреждениях, их работу и знания высоко ценят практические врачи.

С 1998 г. с расширением арсенала и парка приборов лучевой диагностики в Медицинском центре возникла необходимость подготовки высококвалифицированных кадров, обладающих знаниями компьютерных навыков, владеющих современными технологиями. С этого года началась подготовка аспирантов по специальности: лучевая диагностика, лучевая терапия. С 1998 г. по 2008 г. на кафедре лучевой диагностики в аспирантуре обучались 15 врачей, из них все остались работать в Медицинском центре, кандидатские диссертации из них защитили 10 человек. В настоящее время проходят обучение в аспирантуре еще 6 врачей, которые закончат аспирантуру в 2009 и 2010 гг. За период с 1996 г. на кафедре подготовлено кандидатов медицинских наук – 22, докторов медицинских наук – 4. Из них все работают в системе Медицинского центра, являясь руководителями клиник, отделений, консультантами и ведущими специалистами учреждений. Под руководством сотрудников кафедры за 14 лет успешной работы защищено 20 кандидатских и 6 докторских диссертаций.

Сотрудники кафедры также проводят большую консультативную и клиническую работу, осуществляя совершенствование существующих и внедрение новых методов диагностики в систему учреждений МЦ. Силами кафедры с 1994—1995 гг. были организованы работы кабинетов УЗ-ангиографии в различных поликлиниках и стационарах Медицинского центра, многие из которых активно функционируют и в настоящее время. В Центральной клинической больнице работают 3 кабинета УЗ-ангиографии: 2 в главном корпусе и 1 в терапевтическом корпусе. В Объединенной больнице с поликлиникой функционируют 2 кабинета УЗ-ангиографии. В Клинической больнице № 1 УД Президента РФ был организован с 1999 г. кабинет УЗ-ангиографии, и с этого времени новые технологии прочно заняли свое место в работе отделения УЗД. В Поликлинике № 1 МЦ с 1999 года организованы консультации по УЗ-ангиографии и новым технологиям, с октября 2001 г. УЗ-ангиография внедрена в практику работы. В санатории «Барвиха» с 2000 г. были организованы постоянные консультации по УЗ-ангиографии, а с сентября 2001 г. — постоянная работа кабинета с применением методик УЗ-ангиографии. С 2000 г. в поликлинике ЦКБ внедрена в практику методика УЗ-ангиографии. С 2006 г. в поликлинике № 4 на Кутузовском проспекте организованы постоянные консультации специалистов кафедры по УЗ-ангиографии.

Силами сотрудников кафедры было осуществлено внедрение новых методик МР-урографии, МР-холангиографии, МЗ-ангиографии с контрастным усилением в практику работы отделения МРТ на базе 5 корпуса ЦКБ. В 2005г. были внедрены новые методики соногистерографии, эластографии, четырехмерного виртуального сканирования в акушерстве в практику работы кабинетов кафедры лучевой диагностики Центральной клинической больницы и Объединенной больницы с поликлиникой.

Для обеспечения унификации в проведении исследований и преемственности работы всех служб в обследовании пациентов на этапах поликлиника-стационар кафедра выпускает 15 монографий. В 1999г. вышла в свет первая монография «Диагностический ультразвук» под ред. А.В. Зубарева - руководство по ультразвуковой диагностике, подготовленное всем коллективом кафедры лучевой диагностики. Руководство посвящено современным диагностическим возможностям ультразвукового исследования при заболеваниях различных органов и систем человеческого организма. Оно было специально разработано для практических врачей МЦ, получивших новое ультразвуковое оборудование, а также для врачей других специальностей как методическое и практическое пособие по использованию современных ультразвуковых технологий. На сегодняшний день оно не потеряло свою практическую ценность и широко используется в работе.

В последующем, с 2000 по 2005г., вышли в печать монографии: «Диагностический ультразвук. Мышечно-скелетная система», «Диагностический ультразвук. Уро-нефрология», «Диагностический ультразвук. Офтальмология», «Ультразвуковая диагностика в травматологии», «Пространственная ультразвуковая диагностика заболеваний глаза и орбиты», «Ультразвуковая диагностика в гинекологии. ЗД», которые посвящены применению современных ультразвуковых технологий в исследовании различных органов и систем.

В 2003г. кафедра выпустила учебное пособие «Основные положения при проведении ультразвуковых исследо-

ваний различных органов и систем». В данном руководстве рассмотрены современные диагностические возможности ультразвукового исследования при заболеваниях различных органов и систем человеческого организма. Приведены стандартные нормы и УЗ-протоколы, которые в настоящее время используются врачами МЦ.

В 2006-2007гг под редакцией Зубарева А.В. и Шотемора Ш.Ш. выходит в свет двухтомное руководство по мультиспиральной компьютерной томографии, которое является настольной книгой для любого врача компьютерной томографии. В издании приведены показания, методики исследования, протоколы, подробно описана нормальная КТ-анатомия и основные изменения которые выявляются при патологии различных органов и систем.

Сотрудники кафедры ведут широкую научно — исследовательскую работу. За последние 10 лет на кафедре были подготовлены и опубликованы 520 статей и тезисов докладов в реферируемых журналах и научных сборниках, сделано более 300 докладов на научно-практических конференциях, международных симпозиумах, научных обществах, съездах ассоциаций. Получено 2 патента на изобретение. Научные достижения кафедры были высоко отмечены на всемирных конгрессах и симпозиумах в Европе, США, Южной Кореи, Японии. Сотрудники кафедры выступали с докладами в 18 зарубежных конференциях, пионерские работы кафедры в отношении трехмерной ультразвуковой диагностики и контрастной эхографии были отмечены призами за лучший доклад и лучшую научную работу на всемирных конгрессах по радиологии в г.Вене (Австрия), в г.Чикаго (США), в г.Флоренция (Италия), в г.Берлин (Германия), в г.Киото (Япония), в г.Сеул (Ю.Корея). Многие сотрудники проходили стажировку в ведущих европейских и американских клиниках, перенимая опыт работы и делая с ним на циклах усовершенствования врачей с практическими врачами.

Кафедра активно участвует в образовательной деятельности. С 1986г. были организованы ежегодные курсы усовершенствования рентгенолаборантов на базе рентгеновского отделения Первой поликлиники Четвертого Главного Управления при МЗ СССР. С 1996г. кафедра участвует в организации лекций цикла специализации медицинских сестер кабинетов ультразвуковой диагностики «Значение и возможности ультразвуковых методов исследования в медицине», проводимых на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории. С 1997г. отвечая современным требованиям переоснащения и освоения новых технологий, к циклам усовершенствования «Ультразвуковая диагностика» введены новые циклы тематического усовершенствования врачей: «Методы внутриволостной ультразвуковой диагностики: эндоректальное и эндовагинальное сканирование», «Цветовое доплеровское картирование», «Современные доплеровские методики», «Новые технологии в ультразвуковой диагностике», на которых прошли усовершенствование более 250 врачей поликлиник, стационаров и санаториев Медицинского центра. Сотрудниками кафедры за последние годы проведено более 120 циклов усовершенствования врачей.

За период 1997-1998 гг. при участии сотрудников кафедры в Медицинском центре Управления делами Президента РФ были организованы и проведены совместно с фирмой «Медицина» 4 международных симпозиума: «Цветовое доплеровское картирование», «Контрастная эхография», «Современные ультразвуковые исследования на аппаратах

высокого класса», «Современные методы исследования и лечения урологических больных», в которых участвовали представители всех подразделений и служб МЦ, практические врачи кабинетов УЗД, коллеги других ведущих медицинских учреждений.

В сентябре 1999 г. кафедра приняла самое активное участие в организации международной конференции в Медицинском центре Управления делами Президента РФ «Ультразвуковая диагностика на пороге 21 века», в работе которой приняли участие и выступили с докладами ведущие российские и зарубежные специалисты. На пленарных заседаниях широко были представлены доклады сотрудников кафедры лучевой диагностики и аспирантов кафедры, которые были посвящены практически всем направлениям научно-исследовательской деятельности кафедры. Были рассмотрены новые ультразвуковые технологии, используемые в диагностике заболеваний внутренних органов и поверхностно расположенных структур.

В 1999г. кафедра лучевой диагностики за вклад в развитие современных ультразвуковых технологий получила почетный знак из рук всемирно известного специалиста в области ультразвуковой диагностики Барри Голдберга, Директора Джефферсоновского института ультразвука Университета Томаса Джефферсона (штат Пенсильвания) в г. Филадельфии. Под руководством Зубарева А.В. кафедра стала филиалом Джефферсоновского института ультразвука в Москве. В 2000г. на базе Объединенной больницы с поликлиникой МЦ была организована и проведена конференция «Роль ультразвукового метода в службе лучевой диагностики Медицинского центра». На пленарных заседаниях этой конференции, широко были представлены современные направления ультразвуковой диагностики, разрабатываемые сотрудниками кафедры лучевой диагностики. Были представлены доклады ведущих академиков и профессоров Медицинского центра и других медицинских учреждений о роли ультразвуковой диагностики в урологии, акушерстве и гинекологии, сердечно-сосудистой хирургии, трансплантологии и других разделах.

В сентябре 2001г. на базе поликлиники №1 МЦ впервые проведена конференция «Ультразвуковая диагностика патологии мышечно-скелетной системы», как обучающий семинар с участием ведущих отечественных и зарубежных специалистов в области спортивной медицины.

В 2003-2007гг. кафедра приняла активное участие в организации системы телемедицинских лекций и консультаций. Сотрудниками кафедры прочитаны 16 лекций по лучевой диагностике для различных городов России.

В 2005г. в Медицинском Центре при участии кафедры организована и проведена первая Международная научная

конференция «Горизонты ультразвуковой диагностики», в работе которой приняли участие и выступили с докладами ведущие российские и зарубежные специалисты. На итоговом заседании были подписаны документы о сотрудничестве Медицинского центра УД Президента РФ и клиники «Шаритэ» г. Берлин (Германия). На пленарных заседаниях широко были представлены доклады сотрудников и аспирантов кафедры лучевой диагностики, которые были посвящены практически всем направлениям научно-исследовательской деятельности кафедры. Были рассмотрены новые ультразвуковые технологии, используемые в диагностике заболеваний внутренних органов и поверхностно расположенных структур.

В 2006г. при организационном и практическом участии кафедры в Медицинском центре прошла 2-я научно-практическая конференция с международным участием: «Горизонты ультразвуковой диагностики», где рассматривались изучаемые проблемы применения трехмерных и четырехмерных технологий в клинической практике КТ, МРТ и УЗИ. Были сделаны доклады международными представителями из клиники Шаритэ и сотрудниками кафедры лучевой диагностики.

В октября 2008г. в Медицинском центре проведена первая в России международная научно-практическая конференция, посвященная вопросам применения нового метода в ультразвуковой диагностике – соноэластографии. Конференция «Эластография – новое направление в ультразвуковой диагностике» проводилась совместно с Российской ассоциацией радиологов, Российской ассоциацией маммологов, Департамента радиологии клиники Шаритэ (Германия), РНЦР Росмедтехнологий в ГМУ УД Президента РФ. В докладах отечественные и зарубежные коллеги, а также сотрудники кафедры представили свой опыт применения соноэластографии в клинической практике. Конференция и практический семинар с возможностью живого сканирования на реальных пациентах привлекла большой интерес практических врачей.

Сегодня клиническими и научными базами кафедры лучевой диагностики являются две крупных клиники: ЦКБ и ОБП, где проходят обучение ординаторы и аспиранты по рентгенологии и ультразвуковой диагностике. Подводя итоги работы кафедры лучевой диагностики, можно сказать, что с поставленными задачами учебной, научно-исследовательской, методической и консультативно-диагностической деятельности кафедра успешно справляется уже на протяжении 18 лет и продолжает активно трудиться с учетом современных требований прогресса и времени.

Роль кафедры семейной медицины в становлении врачей общей практики

С.А. Чорбинская, В.В. Евдокимов, И.И. Степанова
Кафедра семейной медицины ФГУ «УНМЦ» УДП РФ

В статье описана история развития кафедры семейной медицины. За последние 10 лет сотрудниками кафедры издано 3 практических руководства, 17 монографий, 20 учебных и учебно-методических пособий, опубликовано 525 статей.

Ключевые слова: семейная медицина, амбулаторно-поликлиническая помощь.

Большую часть прошедшего двадцатого столетия главным действующим лицом системы первичной медико-санитарной помощи был участковый терапевт. Однако, начиная с 80-х и, особенно, 90-х годов прошлого века все больше и больше внимания стало уделяться работе врача общей практики (семейного врача). Следует отметить, что в системе Кремлевской медицины всегда делался упор на семейный принцип прикрепления контингента. Принцип семейной медицины особенно четко проявился в работе ряда подразделений этой системы. Институт личных семейных врачей стал ведущим звеном медицинской структуры, обслуживающий высший эшелон власти. Но широкого распространения принцип семейной медицины в течение долгого времени все же не имел.

Официальное признание специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» произошло в 1992 году, когда появился приказ Минздрава РФ № 237 «О поэтапном переходе к оказанию первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». Большое значение во внедрении и развитии принципов семейной медицины в системе Медицинского Центра Управления делами Президента РФ сыграли академики Е.И. Чазов, В.С. Гасилин, профессор Г.Н. Ушаков и многие другие. При их участии разработаны организационные модели подготовки и работы семейного врача.

Значительная роль в этом направлении принадлежит кафедре семейной медицины ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, которая была создана в 1985 году для подготовки участковых терапевтов и, поэтому, вначале называлась кафедрой участкового врача. Долгие годы работой кафедры руководил известный клиницист академик РАМН В.С. Гасилин, который был главным терапевтом Медицинского центра УД Президента РФ и работы которого в области кардиологии, терапии, курортологии, организации здравоохранения хорошо известны не только в нашей стране, но и за ее пределами.

В 1999 году кафедру возглавила д.м.н. профессор Чорбинская С.А., которая много лет работала вместе с академиком Гасилиным В.С. и другими ведущими сотрудниками Медицинского центра и обладает богатым педагогическим опытом и большой медицинской практикой. Она также является главным специалистом по семейной медицине и гериатрии ГМУ УД Президента РФ, заместителем директора по учебной работе ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ (ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ).

Учитывая потребность практического здравоохранения и опираясь на мощную материально-техническую и кадровую базы, кафедра участкового врача (с 2000 года

- кафедра семейной медицины) ФГУ «УНМЦ» на клинической базе ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ с 1988 года начала подготовку семейных врачей. В соответствии со стандартами послевузовской переподготовки была разработана и внедрена оригинальная программа подготовки врача общей практики (семейного врача) – ВОП (СВ). Ее содержание было во многом подсказано многолетним опытом сотрудничества терапевтов и специалистов по смежным дисциплинам. Данная программа переподготовки из стажированных врачей-терапевтов была создана с учетом специфики поликлиник УД Президента РФ и включает все обязательные разделы профессиональной подготовки ВОП (СВ).

Программа подготовки постоянно совершенствуется и модернизируется. В действующем ее варианте широко представлены вопросы терапевтического профиля, где особое внимание уделяется проблемам дифференциальной диагностики с учетом синдромального принципа, рациональной фармакотерапии, а также первичной профилактики основных заболеваний. Наряду с этим обеспечивается приобретение диагностических и лечебных навыков по смежным специальностям (оториноларингологии, гинекологии, неврологии, хирургии, офтальмологии и др.) в объеме первой врачебной помощи. Специальный курс предусматривает освоение перечня манипуляций и процедур, обязательных к практическому освоению семейным врачом по вышеперечисленным специальностям. Эта часть программы осуществляется в форме семинарских и практических занятий, проводимых в профильных отделениях.

Данная программа подготовки предусматривает проведение цикла (864 часа) с отрывом от работы. Обучение проводится силами сотрудников кафедры семейной медицины, других кафедр и курсов ФГУ «УНМЦ» с привлечением высококвалифицированных специалистов ФГУ «Поликлиника №1» и стационаров. Подготовка ВОП (СВ) осуществляется из специалистов, окончивших 2-х годичную клиническую ординатуру по специальности «терапия» и имеющих опыт самостоятельной лечебно-диагностической работы не менее 5 лет. За последние 10 лет таких циклов проведено 5 и подготовлено 75 врачей общей практики, которые успешно продолжают свою деятельность в поликлиниках УД Президента РФ. За эти годы была создана и усовершенствована нормативная база функционирования ВОП (СВ) в рамках системы Кремлевской медицины, в том числе утверждены «Положение» и «Должностная инструкция» семейного врача и медицинской сестры.

Успешному осуществлению программы способствует высокий уровень материально-технической базы подразделений, где проводятся занятия. Итоги подготовки под-

водятся на экзамене, в ходе которого оцениваются уровень теоретических знаний, освоение практических навыков, решаются и подробно разбираются различные клинические задачи.

Большое внимание уделяется качественной стороне оснащения рабочего места ВОП (СВ) на основе широкого применения современной компьютерной техники. Создание оригинальных программ позволяет обеспечить необходимую информационно-справочную базу для семейных врачей с целью оптимизации диагностического и лечебно-профилактического процесса.

Практика подтверждает жизнеспособность концепции постоянного обучения специалистов, положенной в основу системы непрерывного обучения семейных врачей. Наряду с циклами общего и тематического усовершенствования повышение их квалификации продолжается на рабочем месте (в поликлиниках, в ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» и т.д.). Этой цели служат регулярно проводимые клинические разборы с участием ведущих специалистов, единые методические дни, фармакологические и онкологические комиссии. Систематически проводятся занятия по отработке и совершенствованию практических навыков, необходимых в urgentных ситуациях, встречающихся в практике семейного врача. Этим вопросам также уделяется большое внимание при проведении кафедрой семейной медицины ежегодного сертификационного цикла усовершенствования для врачей общей практики, который семейные врачи посещают не реже чем 1 раз в 5 лет.

Важнейшим направлением является контроль за уровнем эффективности работы ВОП (СВ), который осуществляется на основе критериев, разработанных специалистами кафедры семейной медицины в сотрудничестве с представителями лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) УД Президента РФ. Используя данные, отражающие многолетний опыт работы на принципах семейной медицины, в ряде отделений ЛПУ было проведено сопоставление эффективности работы семейных врачей и участковых врачей ФГУ «Поликлиника №1». Результаты сравнительного анализа лечебно-диагностической работы свидетельствуют о более высоком уровне качества оказания медицинской помощи семейными врачами в таких сферах, как профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета, ведение пациентов неврологического профиля, рациональность использования лекарственных средств и др.

Врач общей практики (семейный врач), работающий в системе ЛПУ Управления делами Президента РФ, опирается в своей деятельности на многоэтапную систему оказания медицинской помощи, включающую поликлинику, стационар и санатории, что позволяет гарантировать высокое качество обслуживания и преемственность на всех этапах медицинской помощи.

Помимо профессиональной переподготовки и циклов усовершенствования для семейных врачей, кафедрой проводится сертификационный цикл по специальности «терапия». Он рассчитан на 144–170 часов и включает такие разделы клиники внутренних болезней, как кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, ревматология, гематология, эндокринология, нефрология, иммунология и др. В рамках данного цикла также широко освещаются наиболее актуальные вопросы клинической фармакологии. Цикл пользуется большой популярностью, и количество слушателей на нем постоянно увеличивается. Кафедрой семей-

ной медицины проводится и тематический цикл (144 часа) по актуальным проблемам в гериатрии, целью которого является ознакомление врачей поликлиник, стационаров и санаториев с особенностями клиники, диагностики и современных подходов к медикаментозному лечению лиц пожилого и старческого возраста. В рамках цикла рассматриваются комплексные программы профилактики преждевременного старения, вопросы реабилитации, ухода и применения немедикаментозных методов лечения. Сотрудниками кафедры семейной медицины организуются выездные декадни в лечебных учреждениях УДП РФ по актуальным вопросам клиники внутренних болезней (санатории «Марьино», «Загорские дали», Реабилитационный центр и другие лечебно-профилактические и санаторно-курортные учреждения УД Президента РФ).

Для подготовки клинических ординаторов по специальности «терапия» кафедра семейной медицины располагает тремя клиническими базами. Третье терапевтическое отделение ГКБ №51 является базой для обучения клинических ординаторов 1-го года. На 2-м году обучение ординаторов продолжается на базах ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» и ФГУ «Поликлиника №1».

Ежегодно на кафедре обучается от 20-ти до 30-ти человек. После завершения обучения в клинической ординатуре большинство из выпускников распределяются в качестве участковых врачей-терапевтов в поликлиники УД Президента РФ. Вместе с тем, некоторые стационары УД Президента РФ также выражают большую заинтересованность в распределении наших клинических ординаторов на свои базы, отмечая их хорошую клиническую подготовку. Также следует отметить, что из наших выпускников многие уже прошли переподготовку на кафедре семейной медицины по специальности ВОП (СВ) и успешно работают семейными врачами в ФГУ «Поликлиника №1» и ФГУ «Объединенная больница с поликлиникой». Некоторые наши выпускники в настоящее время занимают в лечебных учреждениях УД Президента РФ руководящие должности заведующего отделением, заместителя главного врача по лечебной работе, главного врача корпуса и т.д.

Кафедрой семейной медицины осуществляется большая научно-исследовательская работа. Основными ее направлениями в последние годы являются следующие: оптимизация организационных форм работы врача общей практики в многопрофильной поликлинике, совершенствование ведения больных гипертонической болезнью с сопутствующей патологией (ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом), возможности коррекции метаболических нарушений в рамках первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Приоритетной темой исследований является изучение особенностей течения изолированной систолической артериальной гипертонии, бронхолегочных заболеваний, язвенной болезни, заболеваний печени у лиц пожилого и старческого возраста. Изучаются особенности фармакотерапии и немедикаментозных методов лечения у данной группы больных.

В течение ряда лет проводится работа по оценке эффективности различных схем эрадикационной терапии у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori*, в ходе длительного амбулаторного наблюдения. Изучаются вопросы поражения печени при метаболическом синдро-

ме. Также проводится работа по выявлению осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта на фоне приема НПВП и оценивается эффективность профилактических мероприятий в ходе многолетнего амбулаторного наблюдения.

В области кардиологии исследуется возможность коррекции уровня липидов в группах больных с различным сердечно-сосудистым риском в условиях многопрофильной поликлиники, определяется эффективность триметазидина у больных пожилого и старческого возраста, перенесших инфаркт миокарда на фоне сахарного диабета 2-го типа и пути достижения целевых уровней артериального давления у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом. В области пульмонологии проводится фармакоэпидемиологический анализ лечения пневмоний у лиц пожилого и старческого возраста, отягощенных хронической обструктивной болезнью легких.

За последние 10 лет сотрудниками кафедры семейной медицины издано 3 практических руководства, 17 монографий, 20 учебных и учебно-методических пособий, опубликовано 525 научных статей и тезисов, сделано 224 доклада на национальных конгрессах и съездах, симпозиумах и конференциях. Из вышедших в последнее время изданий необходимо отметить «Основы клинической гериатрии» – практическое руководство под ред. академика РАН и РАМН Миронова С.П. и проф. Арутюнова А.Г. (2008г). Большой вклад в разработку концепции данного руководства и в на-

писание самой работы внесла проф. С.А. Чорбинская. Наряду с этим опубликовано «Руководство по геронтологии и гериатрии» под ред. акад. РАМН, проф. В.Н. Ярыгина, проф. А.С. Мелентьева (2007 г.), где опубликован раздел, посвященный изолированной систолической артериальной гипертензии. Из изданных за последние годы учебных и учебно-методических пособий следует отметить серию, посвященную актуальным вопросам в общей врачебной практике (ОВП) таким как острые отравления, неотложная медицинская помощь, экспертиза трудоспособности, диагностическое значение лабораторных исследований, организация работы и схема амбулаторно-поликлинической медицинской карты и т.д.

Кафедра осуществляет также и внебюджетную деятельность. В клинической ординатуре проходят подготовку ординаторы на внебюджетной платной основе. На платной основе также зачисляется часть слушателей на проводимые кафедрой циклы усовершенствования. Кафедра принимает участие в проведении некоторых внебюджетных клинико-фармакологических исследованиях.

Таким образом следует констатировать, что кафедра семейной медицины вносит достойный вклад в подготовку высококвалифицированных специалистов в данной области, а также в научную разработку проблем семейной медицины.

Кафедра оториноларингологии

Г.З. Пискунов

Кафедра отоларингологии ФГУ «УНМЦ» УДП РФ

В статье описана история развития кафедры оториноларингологии. С 1996 года под руководством сотрудников курса выполнено и защищено 4 докторских и 13 кандидатских диссертаций.

Ключевые слова: оториноларингология, клиническая ординатура.

Учебно-научный медицинский центр (УНМЦ), по сути дела, являлся центром подготовки специалистов высокой квалификации, что подтверждено десятилетиями. В структуре УНМЦ кафедра оториноларингологии создана относительно недавно, это было в 1996 году. Почему возникла такая необходимость? Ведь можно было взять любого подготовленного оториноларинголога и пригласить его работать в системе медицинской службы Управления делами Президента. Престижное место, перспективные контакты, целый ряд преимуществ. Основной причиной и необходимостью создания курса оториноларингологии в структуре УНМЦ было различие в идеологической подготовке по специальности. Что скрывается за словами «различие в идеологической подготовке»?

Семидесятые-восьмидесятые годы прошлого столетия в оториноларингологии ознаменовались существенными изменениями в подходе к вопросам диагностики ЛОР заболеваний и методах их лечения. Ряд научных исследований по физиологии ЛОР органов доказал несостоятельность принципов широко используемого в хирургической практике «радикального» подхода. Принцип этого подхода заключался в стремлении удалить слизистую оболочку

из околоносовых пазух, из полостей среднего уха в случае воспалительного заболевания, полагая, что удалена слизистая оболочка – ликвидирована болезнь. Но практика показывала, что воспалительный процесс не излечивался, а функция оперированного органа существенно страдала. Научными исследованиями была доказана важная защитная роль слизистой оболочки уха, верхних дыхательных путей и глотки; их лимфаденоидной ткани. Появление новой техники (эндоскопов и современных микроскопов), разработка новых принципов хирургии послужили началом формирования нового направления в хирургическом лечении заболеваний ЛОР органов. Новые медикаментозные средства подкрепили это хирургическое направление разработкой патогенетических методов лечения. Возникло новое направление в оториноларингологии – функциональная хирургия и патогенетическая медикаментозная терапия. Особенность структуры медицинских учреждений Главного медицинского управления (Четвертого главного управления) создает благоприятные условия для внедрения новых эффективных методов диагностики и лечения. Наши учреждения идут в авангарде научных исследований и внедрения достижений науки в практику. Таким образом,

специалист, приходящий после подготовки в системе другого учебного учреждения, встречается с новой техникой, с новым идеологическим подходом в диагностике и лечении. Ему необходима была адаптация, которая иногда не могла наступить в течение долгого времени. Это послужило объективной необходимостью создать курс оториноларингологии в системе Учебно-научного центра. По сути дела объединились два понятия: курс как структурное подразделение УНМЦ и курс как новое направление в специальности оториноларингология.

Самыми распространенными болезнями человека по всем континентам земного шара, среди различных возрастных и социальных групп населения являются болезни органов уха, горла и носа. Первый же контакт новорожденного с окружающей средой, его первый вдох уже приводит к инфицированию дыхательных путей. Несовершенство защитной системы ребенка довольно часто приводит к воспалению слизистой оболочки носа, глотки и уха, что известно каждому человеку по личному опыту, по заботам за больным ребенком, по тем неприятностям, которые вызывают эти заболевания. Нередко возникают осложнения, которые приводят к тяжелым заболеваниям — ревматизму, болезням сердца, воспалению легких, бронхиальной астме, менингиту, абсцессам мозга, которые являются уже причиной гибели человека. Болезни органов уха, горла и носа определяют с момента рождения качество и длительность жизни человека на земле. Человек умирает от воспаления легких, заболевания сердца или менингита причинами которых были обыкновенный насморк, ангина или воспаление уха.

В настоящее время оториноларингология отнесена к так называемым “узким” специальностям, что никак не может соответствовать истинному ее значению в жизни человека и медицине, и явилось результатом замедленного развития оториноларингологии как науки и специальности. Оториноларингология — это общеклиническая специальность, и к ней следует относиться также, как к хирургии, терапии, акушерству и гинекологии. Оториноларингология — основа профилактического направления медицины, ибо правильное лечение заболеваний ЛОР органов предупреждает развитие общих заболеваний, которые приводят к смерти человека или существенно влияют на качество его жизни. Такая цепочка легко выстраивается: ангина — ревматизм — мио- и эндокардит — сердечно-сосудистая недостаточность — смерть. Или: острый ринит — аллергический ринит — бронхиальная астма — дыхательная недостаточность — смерть. И еще: острый ринит — острый отит — менингит — смерть. Острый отит — хронический отит — холестеатома — абсцесс мозга (или менингит) — смерть. Таких примеров и комбинаций можно привести много. Очень важна физиологическая роль ЛОР-органов. Слух и речь играют огромное социальное значение. Верхние дыхательные пути активно участвуют в формировании иммунитета человека, они являются первым и основным источником информации организма об антигенной структуре окружающей воздушной среды. Девяносто процентов содержащихся в воздухе ингредиентов задерживаются в полости носа.

За последние 15–20 лет отметился рост заболеваний носа и околоносовых пазух более чем в десять раз по всем регионам мира, в том числе и в России. От 20% до 40% населения развитых стран страдают аллергическим насморком, увеличилось число больных полипозом носа, не снижается число случаев злокачественных заболеваний гортани.

Одна из причин тому ухудшение экологической обстановки. ЛОР органы расположены на передовой позиции по защите организма от воздействия окружающей среды, они постоянно контактируют с микромиром, не уменьшается количество хронического тонзиллита, хотя этиологические причины этого заболевания стали иными, чем тридцать лет назад. В связи с вышеперечисленным, оториноларинголог должен хорошо ориентироваться во многих вопросах медицины. Он должен уметь использовать всю сложную аппаратуру для диагностики, уметь оперировать, правильно провести медикаментозную терапию с использованием всех групп медикаментозных средств, ориентироваться в смежных специальностях. Возникает необходимость иметь для полноценной подготовки специалистов соответствующую базу с современным оснащением, подготовленных учителей, возможность показать курсантам, ординаторам технику выполнения операций, научить их современной патогенетической терапии. Задачи стоят большие, и их необходимо выполнить в двухлетний срок ординатуры, чтобы подготовить квалифицированного специалиста, или в трехлетний срок аспирантуры, чтобы подготовить ученого — кандидата медицинских наук. А для проведения научных исследований также нужна соответствующая база с необходимым оснащением и лабораториями.

Поскольку кадровый состав курса оториноларингологии немногочисленный, в педагогический процесс в качестве совместителей вовлечены оториноларингологии клинических баз курса. Так заведующий ЛОР отделением Городской больницы 71, кандидат медицинских наук, Старосветский Б.В. является по совместительству доцентом на нашем курсе. Есть и другие совместители. Многие сотрудники ЛОР отделений участвуют в педагогическом процессе на общественных началах. Мы используем их знания и научно-педагогический опыт. Мобилизуется весь возможный потенциал — кадровый и технический для выполнения тех задач, которые поставлены перед сотрудниками курса.

После учреждения курса сразу же (практические «с нуля») началась работа по оснащению базы. Прежде всего, была создана материальная база курса. В настоящее время техническая оснащенность курса дает возможность проводить полноценно подготовку ординаторов, созданы условия для научной работы аспирантам. Врачи, приходящие на регулярные курсы повышения квалификации имеют возможность видеть работу хирурга на мониторах, большом экране в конференц-зале и слушать лекции ведущих специалистов страны. Но это не значит, что нет вопросов и проблем. Нужны и дополнительные площади, и оборудование, и лаборатории.

С 1996 года окончили клиническую ординатуру 45 врачей. Часть из них поступили в аспирантуру. В настоящее время на курсе обучаются 14 ординаторов и 6 аспирантов. За время существования курса под руководством сотрудников выполнено и защищено 4 докторских диссертации, 13 кандидатских.

В современной оториноларингологии соединены основные научные и технические разработки последних десятилетий. К ним относятся компьютерная и магнитно-резонансная томография, компьютерная акустическая ринометрия и риноманометрия, оптические системы-микроскопы и эндоскопы, видеомониторинг диагностических и хирургических вмешательств, «силовые» инструменты — шейверы и высокоскоростные бормашины, навигационные системы, объективные методы исследования слуха,

объективная диагностика заболеваний гортани. Появление в арсенале оториноларинголога вышеперечисленных методов резко повысило требования к уровню профессиональной квалификации. В настоящее время, когда широко внедрены методы функциональной хирургии, значение функциональной диагностики в оториноларингологии существенно повышается. Проведение видеостробоскопии у больных хроническим гиперпластическим ларингитом дает возможность проводить раннюю диагностику опухолевых заболеваний гортани, что весьма важно для прогноза лечения.

Одним из методов подготовки специалистов являются кратковременные курсы повышения квалификации по узконаправленной тематике. Если подготовка врачей на кафедрах четко регламентирована и принята официально, то подготовка на курсах остается уделом энтузиастов. Современный курс состоит из трех составляющих. Первая – лекции по тематике курса. Для чтения лекций приглашаются ведущие профессора-эксперты по тому или иному

направлению. То есть, во время курса врач получает самую современную информацию из первых рук. Вторая – показательные операции в режиме прямой трансляции. Во время демонстраций хирургического вмешательства курсанты в аудитории имеют прямой контакт с хирургом, обсуждая все нюансы операции. Третья – выполнение курсантами диссекции околоносовых пазух или височной кости в лабораторной комнате. Используется также интерактивный опрос слушателей.

Работа, которую проводит курс оториноларингологии, типична для российских врачей, во многом она опирается на энтузиазм сотрудников и врачей, любящих свою специальность. Все ждем и надеемся, что этот энтузиазм получит поддержку на государственном уровне не в виде реформ, а в виде планомерного развития медицины от подготовки специалистов до полноценного оснащения учебных и клинических учреждений.

Кафедра эндоскопии

П.А. Никифоров

Кафедра эндоскопии ФГУ «УНМЦ» УДП РФ

В статье описана история развития кафедры эндоскопии. Опубликовано 434 научные работы, 5 монографий, защищено 17 кандидатских и 3 докторские диссертации.

Ключевые слова: эндоскопия, диагностика.

Кафедра эндоскопии как самостоятельное структурное подразделение сформировалась в 1979 году. До этого времени проблемы эндоскопии, включающие научные разработки и подготовку кадров, решались в рамках кафедры гастроэнтерологии ЦНИЛ 4 ГУ МЗ СССР. У истоков создания кафедры, эндоскопической службы Медицинского центра и, в значительной мере, отечественной эндоскопии стоял профессор Л.К. Соколов, с чьим именем связаны многие пионерские работы в этой области. Благодаря его усилиям, эта специальность приобрела самостоятельное значение и получила практическое внедрение в систему работы лечебных учреждений Медицинского центра. Его многочисленные ученики по сегодняшний день трудятся в системе лечебных учреждений подведомственных УД Президента РФ, а научные разработки не потеряли своей актуальности и в настоящее время.

С 1994 года должность заведующего кафедрой эндоскопии занимает доктор медицинских наук, профессор П.А. Никифоров. С 1970 года после окончания клинической ординатуры он трудится в Учебно-научном медицинском центре, занимал последовательно должности врача-лаборанта, младшего, старшего научного сотрудника, и с 1994 года – заведующего кафедрой эндоскопии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ. П.А. Никифоров является автором 156 научных работ, монографии, учебного пособия, методических рекомендаций. Тема докторской диссертации: “Возможности гастроинтестинальной эндоскопии на амбулаторном этапе”. Сфера научных интересов – использование эндоскопии в диспансерном наблюдении, диагностика предраковых заболеваний и раннее выявление

злокачественных заболеваний пищевода, желудка и толстой кишки, клинические и эндоскопические аспекты эрозивно – язвенных поражений пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки и лечебные пособия при осложненных формах их течения. Научный руководитель четырех кандидатских диссертаций, научный консультант докторской диссертации.

В профессорско-преподавательский состав кафедры входят, помимо заведующего, доцент Шулешова А.Г., которая работает на кафедре с 1989 года, закончила клиническую ординатуру, заочную аспирантуру, в 2008 году защитила докторскую диссертацию на тему “Заболевания большого дуоденального сосочка в общей структуре патологии органов гепатопанкреатобилиарной зоны – диагностика, эндоскопические методы лечения и их результаты”. В совершенстве владеет основными эндоскопическими методиками, является автором 121 научной работы.

Ассистент кафедры Осин В.Л. после окончания клинической ординатуры по эндоскопии работал на кафедре в качестве врача лаборанта. В совершенстве владеет основными эндоскопическими методиками, включая urgentные пособия и манипуляции, принимает участие в научных исследованиях.

Врачи кафедры А.Ю. Тарасова и В.Н. Ляпунова осуществляют повседневные эндоскопические исследования и лечебные процедуры, а также участвуют в педагогическом процессе и научных исследованиях.

Клинической базой кафедры является Городская клиническая больница № 51 г. Москвы – многопрофильное лечебное учреждение, в структуру которого входят под-

разделения хирургии, урологии, гинекологии, терапевтические отделения различной специализации, в том числе и гастроэнтерологии. Помимо кафедры эндоскопии, на базе больницы расположены и другие кафедры УНМЦ, в том числе хирургии и гастроэнтерологии, в тесном взаимодействии с которыми осуществляется совместные научные исследования и повседневная лечебно-диагностическая работа.

Кафедра располагает кабинетами, в которых осуществляются плановые и urgentные исследования пациентов и лечебные манипуляции. Оборудование кафедры эндоскопии включает видеоэндоскопы и фиброэндоскопы, оснащенные видеокамерами и приспособлениями для архивации видеоматериалов.

Учебный процесс на кафедре эндоскопии заключается в подготовке клинических ординаторов по специальности эндоскопия, а также проведении сертификационных циклов усовершенствования врачей - эндоскопистов и повышения квалификации врачей на рабочем месте. Обучение ординаторов происходит по соответствующей программе и предполагает овладение ими базовым эндоскопическими методам исследования — эзофагогастродуоденоскопией, колоноскопией и бронхоскопией. Помимо этого, ординаторы знакомятся и принимают участие в проведении лапароскопических исследований и ЭРХПГ. В процессе обучения клинические ординаторы знакомятся и принимают участие в осуществлении как плановых исследований, так и urgentных манипуляций. Одним из аспектов подготовки ординаторов является овладение ими навыками ведения больных гастроэнтерологического и общетерапевтического профиля. Обучение проводится в рамках существующей учебной программы, рекомендуемой для врачей этой специальности, корректируемой с учетом тех реальных возможностей, которыми располагает кафедра. Для осуществления педагогического процесса используется имеющееся оборудование, позволяющее следить за ходом эндоскопических исследований и контролировать действия обучаемых, собственный архивный видеоматериал, накопленный за годы работы кафедры, а также средства обучения и контроля за его эффективностью, полученные с помощью цифровых технологий.

За время работы кафедры было подготовлено 67 клинических ординаторов, большая часть которых до настоящего времени работает в системе лечебно-профилактических учреждений УДП, в том числе и в качестве руководителей подразделений.

Научная деятельность кафедры реализовалась по нескольким направлениям, отражающих использования эндоскопии в клинической практике. В их число входит:

1. Изучение и оценка методов лечебной эндоскопии при хирургических заболеваниях органов брюшной полости, включая лапароскопические пособия, а также диагностические и лечебные манипуляции при желудочных кровотечениях.

2. Оценка местных методов воздействия на заживление хронических язв желудка и ДПК.

3. Изучение методов диагностики заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной зоны и БДС и оценка ближайших и отдаленных результатов лечебных эндоскопических вмешательств.

4. Оценка распространенности и диагностика симптоматических эрозивно-язвенных поражений желудка и

двенадцатиперстной кишки в условиях многопрофильного стационара и поликлиники.

5. Современные вопросы диагностики, патогенеза, терапии и прогноза течения язвенной болезни.

6. Оценка возможностей гастроинтестинальной эндоскопии в оптимизации диспансерного наблюдения за больными с предраковыми заболеваниями и своевременной диагностике рака желудка и толстой кишки.

Реализация указанных направлений научной работы предполагает совместную деятельность с кафедрами УНМЦ и лечебными учреждениями, подведомственными УД Президента РФ.

За время существования кафедры ее сотрудниками было опубликовано 434 научные работы, в том числе 5 монографий, защищено 17 кандидатских и 3 докторские диссертации.

В аспекте методической работы на кафедре подготовлено одно учебное пособие, 2 методические рекомендации. Реализуемые научные разработки в форме докладов на научных конференциях и публикаций внедряются в практику работы практических учреждений здравоохранения.

Внебюджетная деятельность осуществляется путем проведения циклов усовершенствования на рабочем месте для врачей-эндоскопистов.

Становление и развитие эндоскопической службы Медицинского центра связано с именем профессора Л.К. Соколова, стоящего у истоков современной эндоскопии в нашей стране. С приходом в клинику гастроэнтерологии ЦНИЛ в 1969, где он начал работу в качестве старшего научного сотрудника, Л.К. Соколов возглавил эндоскопическое направление работы, под его научным, методическим и практическим руководством сложилась та структура, в рамках которой эндоскопические подразделения успешно функционируют и развиваются в настоящее время. Кафедра эндоскопии Учебно-научного центра (ранее — лаборатория эндоскопии ЦНИЛ) в качестве самостоятельного подразделения существует с 1979 года. Развитие и совершенствование эндоскопической службы Медицинского центра органически связано с научными исследованиями, осуществляемыми под ее методическим руководством и при непосредственном участии сотрудников. К пионерским исследованиям у нас в стране можно отнести работы, касающиеся освоения основных эндоскопических методик и оценки их значения в диагностике ряда заболеваний органов пищеварения. К ним относится серия работ, выполненных непосредственно Л.К. Соколовым с соавторами, рассматривающих вопросы диагностики рака желудка, диссертация Я.В. Гавриленко, освещающая различные аспекты освоения метода дуоденоскопии и ее роль в диагностике ряда заболеваний, работа Н.Н. Малкеровой, где оценены возможности дуоденоскопии и ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике поражений панкреато-билирной зоны и рассматриваются возможности и результаты эндоскопического вмешательств на большом дуоденальном соске. Одной из первой в стране оценила возможности колоноскопии Г.М. Юкина. После освоения и внедрения основных методик в практику работы лечебных учреждений сотрудниками кафедры, аспирантами и практическими врачами лечебных учреждений Медицинского центра была детально оценена роль гастроинтестинальной эндоскопии в диагностике и оценке динамики развития предраковых поражений и раннего рака желудка и толстой кишки. Анализу был подвергнут уникальный

материал, касающийся многолетнего использования эндоскопии в качестве основного средства диагностики и диспансерного наблюдения за пациентами в лечебных учреждениях медицинского центра. Изучены результаты сочетанного использования эндоскопического и ультразвукового метода исследования в диагностике заболеваний органов пищеварения. Серия исследований посвящена рентген-эндоскопической диагностике поражений большого дуоденального соска и заболеваний поджелудочной железы. На основании динамического наблюдения оценены результаты эндоскопического и хирургического вмешательства на большом дуоденальном соске и желчевыводящих путях. Еще одним направлением научных исследований явилось изучение лапароскопической семиотики осложнений после операций на органах брюшной

полости Разработана новая модификация лапароскопической холецистостомии, позволяющая осуществлять эффективную санацию желчного пузыря и являющуюся альтернативой традиционному хирургическому вмешательству у лиц пожилого и старческого возраста. В тематике научных исследований представлена также лечебная эндоскопия у пациентов с эрозивно-язвенными поражениями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, в том числе осложненных кровотечениями. За время существования кафедры подготовлено 42 ординатора, большинство из которых трудятся в подразделениях Медицинского центра, многие врачи прошли усовершенствование на рабочем месте.

Кафедра скорой медицинской помощи и интенсивной терапии

Л.Л. Стажадзе

Кафедра скорой медицинской помощи и интенсивной терапии ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ

В статье описана история развития кафедры скорой медицинской помощи и интенсивной терапии. Целью последипломной подготовки врачей скорой медицинской помощи является приобретение новых теоретических знаний и совершенствование профессиональных умений и навыков, необходимых врачу для оказания высококвалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: скорая помощь, интенсивная терапия.

История создания службы скорой помощи

Зимой 1881 г. в Венском театре комической оперы произошел пожар. Из-за отсутствия своевременной помощи погибло около 500 человек. Вскоре после этого события один из очевидцев трагедии, профессор-хирург Яромир Мунди проявил инициативу в создании Венского добровольного спасательного общества, в которое вошли пожарная и лодочная команды, а также станция скорой медицинской помощи. Основным направлением деятельности общества была помощь при несчастных случаях, работали в обществе врачи и студенты-медики [1].

В 1897–98 гг. станции скорой медицинской помощи были открыты в Берлине, Варшаве, затем в Киеве, Одессе, Риге. Были созданы станции скорой медицинской помощи в Петербурге и в Москве. В 20 гг. прошлого века, при содействии А.С. Пучкова, руководившего Московской станцией скорой медицинской помощи, помимо травм и несчастных случаев на улицах скорая помощь также стала обслуживать остро развившиеся заболевания и неотложные состояния на дому. В начале 60 гг. на скорой помощи появляются специализированные бригады для оказания помощи при острым инфаркте миокарда.

В настоящее время служба скорой медицинской помощи представляет хорошо организованную систему. Бригады имеют современное оснащение, электрокардиографы, наркозно-дыхательную аппаратуру, вакуумные шины. Врачи, работающие на скорой медицинской помощи проходят первичную подготовку по данной специальности, а затем каждые пять лет — обязательное последипломное обучение [2].

Кафедра скорой медицинской помощи и интенсивной терапии ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ

Кафедра скорой медицинской помощи и интенсивной терапии в составе УНЦ УД Президента РФ была открыта в 2001 году по инициативе В.Р. Максимова, который в то время являлся заведующим отделом в Медицинском Центре и имел большой опыт скоромошной работы на различных должностях, в том числе заместителем главного врача Станции скорой и неотложной помощи г. Москвы. Необходимость создания такой кафедры обусловлена особенностями организации работы отделений скорой медицинской помощи поликлиник УД Президента РФ. Перед кафедрой была поставлена задача квалифицированной подготовки молодых специалистов для работы в отделениях скорой медицинской помощи учреждений УД Президента РФ, а также последипломного усовершенствования уже работающих на скорой помощи врачей.

Возглавить вновь созданную кафедру было предложено заместителю директора Научно-практического Центра экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения Москвы, заведующему кафедрой скорой помощи МГМСУ, профессору Стажадзе Левану Лонгиновичу, и 23.07.2001 года был подписан соответствующий приказ по УНЦ № 63-л. Л.Л. Стажадзе окончил в 1961 году лечебный факультет 2-го Московского Государственного медицинского института им Н.И. Пирогова. С 1961 по 1964 гг. работал участковым врачом и врачом неотложной помощи поликлиники № 4 Москвы; с 1964 по 1972 гг. врачом анестезиологом, младшим, старшим научным сотрудником, заведующим вновь созданным по его иници-

циативе отделением реанимации НИИ скорой помощи им Н.В.Склифосовского; с 1972 по 1987 гг. возглавлял вновь созданный отдел по разработке методов и средств по медицинскому обеспечению пилотируемых космических полетов в Институте медико-биологических проблем Минздрава СССР; с 1987 по 1991 гг. являлся заместителем директора по научной работе НИИ скорой помощи им Н.В. Склифосовского, заведующим вновь созданной кафедры скорой медицинской помощи (1989–2001 гг.) Московского Государственного медико-стоматологического института. С 1991 года по настоящее время – заместитель директора вновь созданного Научно-практического Центра экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения г Москвы, с 2001 года по настоящее время – заведующий кафедрой скорой медицинской помощи и интенсивной терапии ФГУ УНЦ УД Президента РФ. Доктор медицинских наук, профессор, академик Международной академии астронавтики. Автор более 180 научных работ и 14 авторских свидетельств по анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии, скорой медицинской помощи, космической медицине, медицине катастроф; подготовил 1 доктора и 14 кандидатов медицинских наук. Председатель подкомиссии по аттестации врачей скорой медицинской помощи Москвы, заместитель председателя ученого медицинского совета Департамента здравоохранения Правительства Москвы, член ученого совета НИИ скорой помощи им Н.В.Склифосовского и УНЦ УД Президента РФ. Награжден медалями «За доблестный труд» (1975), «Ветеран труда» (1986), «В память 850-летия Москвы» (1997), «За верность долгу и отечеству» (2007); «Золотой медалью С.П.Королева» (1980); знаком «Отличник здравоохранения» (1978). Член редколлегии журналов «Медицина катастроф» и «Вестник интенсивной терапии».

В отличие от подавляющего большинства кафедр, формирующихся в основном из специалистов одного профиля, кафедра скорой помощи по определению включает в себя сотрудников различных медицинских специальностей. Именно поэтому на начальном периоде руководству Медицинского Центра нами была предложена основная концепция формирования кафедры, задач и учебных планов и программ ординатуры и последипломного образования.

В основу был положен анализ причин и поводов вызовов бригад скорой помощи Медицинского Центра, определение перечня нозологий и объёма медицинской помощи на догоспитальном этапе. Учитывалось, что на вызовы бригады отправлялись с историями болезни. Кроме этого, мы представили на согласование с рядом главных специалистов Медицинского Центра – терапевтом, хирургом, кардиологом, невропатологом, анестезиологом-реаниматологом, акушером-гинекологом – с последующим утверждением Генеральным директором Медицинского Центра УД Президента РФ академиком С.П. Мироновым «Квалификаци-

онную характеристику врача скорой медицинской помощи медицинского центра управления делами президента РФ».

На основании анализа поводов вызова бригад СМП и с учетом квалификационной характеристики врача СМП в 2001 г. был разработан и утвержден: «Учебный план углубленной подготовки выпускников медицинских университетов, институтов и медицинских факультетов университетов в системе ординатуры УНЦ МЦ УД Президента РФ по специальности врач скорой и неотложной медицинской помощи». Работа кафедры до настоящего времени строится на основании этих двух основополагающих документов.

Учебный план и учебная программа подготовки ординаторов включают вопросы организации скорой медицинской помощи, неотложной кардиологии, терапии, пульмонологии, инфекционных заболеваний, хирургии, травматологии, урологии, акушерства и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, неврологии и психиатрии. Особое внимание уделяется отработке практических навыков на тренажерах.

Программа и учебные планы циклов последипломного образования соответствуют Унифицированной программе последипломного обучения врачей скорой медицинской помощи [3]. Настоящая унифицированная программа предназначена для последипломного обучения врачей скорой медицинской помощи и является нормативным документом, определяющим содержание и организационно-методические формы обучения в последипломном периоде. Целью последипломной подготовки врачей скорой медицинской помощи является приобретение новых теоретических знаний и совершенствование профессиональных умений и навыков, необходимых врачу для оказания высококвалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

В процессе обучения используются следующие виды занятий: лекции, семинары, практические занятия и научные конференции, работа с тренажерами, работа в отделениях.

Кафедрой подготовлено более 20 специалистов по скорой медицинской помощи. Более 200 практических врачей прослушали циклы сертификационного усовершенствования и успешно сдали экзамены. Кафедрой проведено 16 циклов последипломной подготовки и 5 выездных циклов.

Литература

1. А. В. Вахромеев. *История создания кареты скорой помощи в Москве* *Топ Медицина*, №5–6, 1998.
2. Л.Г.Костомарова, Л.Л.Стажадзе. *Территориальная служба медицины катастроф Москвы*. Изд. «Аякс». Москва, 2001 г (223 страницы).
3. *Унифицированная программа последипломного обучения врачей скорой медицинской помощи*. ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. Москва, 2003.

Кафедра травматологии и ортопедии ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации успешно и плодотворно работает под руководством профессора А.И. Городниченко с 1994 года. Базами кафедры являются Центральная клиническая больница с поликлиникой и Городская клиническая больница № 71 города Москвы. На кафедре проводится подготовка клинических ординаторов и аспирантов по специальности травматология и ортопедия, практических врачей на циклах усовершенствования. Приоритетным направлением кафедры является проблема лечения переломов длинных костей различного характера и локализации методом чрескостного остеосинтеза. В 1997 году был создан универсальный репозиционный аппарат внешней фиксации для чрескостного остеосинтеза длинных костей, который стал лучшей альтернативой средствам внутренней фиксации и другим спицевым аппаратам. Ведущими направлениями кафедры являются проблемы лечения травматолого-ортопедических пациентов пожилого и старческого возраста, пострадавших с политравмой, применения интерактивной электростимуляции в отношении уменьшения болевого синдрома, отечности и восстановления функции поврежденной конечности после оперативного лечения.

Ключевые слова: травматология, ортопедия.

Кафедра травматологии и ортопедии ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации успешно и плодотворно работает под бессменным руководством доктора медицинских наук, профессора Анатолия Ивановича Городниченко с 1994 года на базе Городской клинической больницы № 71 города Москвы, а с 2000 года базой кафедры также является Центральная клиническая больница с поликлиникой. На кафедре проводится подготовка клинических ординаторов и аспирантов по специальности травматология и ортопедия, практических врачей на циклах усовершенствования. Многие из наших выпускников продолжают успешно работать в лечебно-диагностических учреждениях ГМУ Управления делами Президента Российской Федерации, а также трудятся в системе городского здравоохранения. Сотрудники кафедры плодотворно взаимодействуют с практическими врачами, благодаря чему стало возможным бурное развитие травматологической службы клинических баз в последние годы.

Приоритетным направлением кафедры является проблема лечения переломов длинных костей различного характера и локализации методом чрескостного остеосинтеза. В 1997 году заведующим кафедры профессором А.И. Городниченко был создан универсальный репозиционный аппарат внешней фиксации для чрескостного остеосинтеза длинных костей, в котором держатели стержней свободно перемещались и самоустанавливались в процессе репозиции, не препятствуя устранять все виды смещений костных отломков, поэтому они были названы «плавающими» [1]. На основании нашего опыта лечения пациентов с полифокальными и многооскольчатыми переломами, а также переломами с обширным повреждением мягких тканей наиболее предпочтительным методом фиксации является метод чрескостного остеосинтеза. Преимуществами метода являются простота хирургической методики, безопасность и минимальная травматизация мягких тканей, проведение фиксаторов вне области повреждения костей и мягких тканей, предотвращающее дополнительное нарушение кровообращения и развитие инфекционных осложнений. Поскольку доказано, что ранний закрытый чрескостный остеосинтез переломов позволяет значительно снизить сроки лечения и реабилитации, а также является способом профилактики жировой и тромбоэмболии, его преимуще-

ства неоспоримы. Все узлы и детали аппарата многоразового использования, что значительно увеличивает экономический эффект от применения данного устройства. На основании полученных результатов можно говорить об убедительном преимуществе применения закрытого чрескостного остеосинтеза для лечения сложных переломов длинных костей и о значительном превосходстве по многим параметрам нового репозиционного стержневого аппарата с «плавающими» фиксаторами стержней, позволяющего улучшить результаты хирургического лечения и повысить качество жизни пациентов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Минимальная травматизация мягких тканей и практическое отсутствие кровопотери в ходе операции являются ощутимыми преимуществами перед средствами внутренней фиксации. Простота и безопасность аппарата, а также одностороннее расположение, дающее свободный доступ к поврежденному сегменту, положительно отличают его от широко распространенных спицевых аппаратов. Значительная жесткость фиксации, превосходящая все известные стержневые аппараты, рентгенпрозрачность наиболее крупных компонентов, а также возможность проведения и фиксации спиц с упорной площадкой позволяют считать его наиболее совершенным из стержневых аппаратов внешней фиксации. Мы считаем, что данный стержневой аппарат — лучшая альтернатива средствам внутренней фиксации и другим спицевым и стержневым аппаратам для чрескостного остеосинтеза, а также является универсальным аппаратом для лечения переломов любой локализации и характера.

Аппарат внешней фиксации и канюлированный стержень на 48-й Всемирной выставке изобретений «Эврика 1999» в Брюсселе удостоены золотой медали с отличием и серебряной медали, а на 8-й Международной выставке изобретений «Восток-запад евро интеллект 2000» в Софии — трех золотых медалей и почетного кубка президента выставки профессора Делюша.

Одним из ведущих направлений кафедры является проблема лечения травматолого-ортопедических пациентов пожилого и старческого возраста. В последние годы сотрудниками кафедры активно внедряются в повседневное использование самые современные методы лечения: эндопротезирование тазобедренных и коленных суставов лучшими зарубежными эндопротезами, остеосинтез перело-

мов внутренними фиксаторами (системы DHS, DCS, PFN, PHN, UTN, LISS, LCP). У лиц пожилого и старческого возраста оперативное вмешательство должно проводиться в экстренном порядке и создавать стабильный остеосинтез костных отломков в анатомически правильном положении. Применение современных фиксаторов позволяет получить у подавляющего большинства пациентов хорошие результаты при неукоснительном соблюдении методик операции и проведении восстановительного лечения. Использование современных малотравматичных фиксаторов сокращает сроки стационарного лечения, период реабилитации и временной нетрудоспособности пациентов, улучшая качество их жизни и возвращая их к активной жизнедеятельности.

Наш опыт лечения пациентов пожилого и старческого возраста с переломами вертельной области бедренной кости позволяет утверждать, что метод интрамедуллярного остеосинтеза фиксаторами PFN, и особенно PFNA, характеризуется минимальным повреждением мягких тканей и кости во время хирургического вмешательства, незначительной кровопотерей и созданием стабильной фиксации костных отломков на протяжении всего периода лечения. Способ может быть применен у пострадавших различного возраста с чрез-, меж- и подвертельными переломами бедренной кости, но особенно показан пациентам пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и выраженным остеопорозом. Применение аппарата конструкции А.И.Городниченко сочетает в себе все преимущества фиксатора PFN, а также позволяет получить экономический эффект от многократного применения конструкции [4]. Стабильный остеосинтез вертельных переломов бедренной кости современными фиксаторами позволил сократить сроки пребывания больных в стационаре, уменьшить период реабилитации и повысить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде. Результаты исследований позволяют рекомендовать фиксаторы PFN, PFNA и аппарат конструкции А.И.Городниченко для лечения пациентов с переломами вертельной области бедренной кости, особенно у пострадавших пожилого и старческого возраста с сопутствующим остеопорозом.

На основании нашего опыта комплексного лечения больных старческого возраста с переломами шейки бедренной кости можно заключить, что операция эндопротезирования тазобедренного сустава дает возможность избавить пациентов от боли, вернуть нормальную походку, и полностью восстановить функцию оперированной конечности при хорошем исходе. В старческом возрасте имеет неоспоримые преимущества эндопротезирование конструкцией «double cup», которое позволяет сократить травматичность и продолжительность оперативного вмешательства, значительно уменьшить интраоперационную кровопотерю, снизить число послеоперационных осложнений и вернуть пациентов к их прежнему образу жизни [3]. Комплексное лечение пациентов старческого возраста с сопутствующим остеопорозом должно включать применение препаратов кальция, витамина D3 и группы бисфосфонатов, что способствует не только увеличению продолжительности функционирования эндопротеза, но и профилактике возникновения новых переломов другой локализации [5]. Разработанная в клинике специальная программа физических упражнений направленная на ускоренную реабилитацию пациентов старческого возраста после операции первичного эндопротезирования тазобедренного сустава позволила сократить сроки восстановления, улучшить качество жи-

ни больных в послеоперационном периоде и вернуть их к прежней жизнедеятельности.

Лечение пострадавших с множественными и сочетанными повреждениями является чрезвычайно актуальной проблемой в современной травматологии, необходимость решения которой особенно остро обозначилась перед врачами травматологами в последние годы в связи с увеличением частоты и тяжести подобных повреждений, вызванным ростом числа дорожно-транспортных происшествий, техногенных катастроф, очагов военных конфликтов. Анализ нашего опыта лечения переломов длинных костей у пострадавших с политравмой позволяет утверждать, что применение стабильного раннего остеосинтеза длинных костей при политравме позволило добиться скорейшей консолидации переломов, уменьшить сроки стационарного лечения и реабилитации больных, снизить их инвалидизацию. Оперативную стабилизацию перелома осуществляли в качестве одной из первоочередных мер в комплексе противошоковых мероприятий и производили в первые часы после травмы одновременно с оперативными вмешательствами на других полостях и сегментах. При остеосинтезе в связи с высокой стабильностью и наименьшей травматичностью мы отдавали предпочтение закрытому чрескостному остеосинтезу стержневыми аппаратами с «плавающими» фиксаторами стержней, не умаляя достоинств закрытого интрамедуллярного остеосинтеза штифтами, поскольку подход к решению вопроса о способе стабилизации переломов длинных костей конечностей являлся сугубо индивидуальным [2].

В последние годы сотрудниками кафедры проводились работы по изучению клинической эффективности применения интерактивной электростимуляции в комплексных стандартных методах лечения переломов в отношении уменьшения болевого синдрома, отечности и восстановления функции поврежденной нижней конечности у пациентов с переломами после оперативного лечения. Методика интерактивной электростимуляции была реализована с применением прибора интерактивного электростимулирующего «InterX 5000» [6]. Анализ полученных результатов показал, что применение «InterX 5000»-терапии позволило ускорить купирование болевого синдрома у послеоперационных больных, снизить дозировки анальгетических препаратов. Был отмечен положительный эффект «InterX 5000»-терапии на уменьшение отечности оперированной нижней конечности, что позволяло увеличить средний объем движений в оперированном суставе. Применение «InterX 5000»-терапии позволило быстрее восстановить функцию оперированной конечности и сократить время реабилитации пациентов. Неблагоприятные эффекты от проводимой «InterX 5000»-терапии отсутствовали.

Под руководством профессора А.И.Городниченко сотрудниками кафедры ведется активная научно-исследовательская работа по разработке и внедрению в практическое здравоохранение новых аппаратов для чрескостного остеосинтеза длинных костей, методов и способов лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. С 1994 по 2008 год сотрудниками кафедры получено 11 патентов Российской Федерации на изобретения, защищены 3 диссертации, опубликовано 5 методических рекомендаций для врачей и более 200 печатных работ в журналах, материалах съездов, конгрессов, симпозиумов и научно-практических конференций.

В XXI веке мы особенно отчетливо осознаем необходимость повышения качества оказываемой травматологической помощи, которая определяется не только своевременной диагностикой, высоким уровнем лечения, достижениями медицинской техники, но и самым главным — наличием высококвалифицированных специалистов, преданных своему делу и желающих добиться наилучших результатов. Именно подготовка таких специалистов является основной целью нашей работы, позволяя решить приоритетные задачи оказания квалифицированной медицинской помощи, снижения отрицательных последствий травматизма, и в первую очередь, смертности и инвалидности, улучшения результатов лечения и качества жизни пострадавших.

Литература

1. Городниченко А.И. Основные направления создания и внедрения в России аппаратов внешней фиксации в травматологии и ортопедии на рубеже 2000 года// Авторский проект. — 1999. — М. — 10с.
2. Городниченко А.И., Усков О.Н. Чрескостный остеосинтез аппаратами конструкции Городниченко в лечении пострадавших с политравмой// Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — М. — Издательство «Медиа Сфера». — 2004. — №9. — С.50–54.

3. Городниченко А.И., Усков О.Н., Горбатов В.И., Драгунас А.Ю. Комплексное лечение пациентов пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедренной кости// Креmlевская медицина. Клинический вестник. — М. — Филиал ФГУП Издательство «Известия» УДП РФ. — 2007. — №3. — С. 76–77.

4. Миронов С.П., Городниченко А.И., Усков О.Н., Сорокин Г.В. Чрескостный остеосинтез при переломах вертельной области бедренной кости// Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова — М. — Медицина. — 2002. — №4. — С. 13–17.

5. Миронов С.П., Родионова С.С., Колондаев А.Ф. и др. Схемы назначения препаратов, регулирующих интенсивность стрессового ремоделирования вокруг имплантата, при эндопротезировании тазобедренного сустава// Пособие для врачей. — 2002. — М. — 14 С.

6. Gorodetskiy I.G., Gorodnichenko A.I., Tursin P.S., Reshetnyak V.K., Uskov O.N.// Non-invasive interactive neurostimulation in the post-operative recovery of patients with a trochanteric fracture of the femur / Journal of Bone and Joint Surgery — British Volume, 2007; Vol 89-B, Issue 11, 1488–1494.

Восстановительная медицина и реабилитация

В.Ф. Казаков, И.Н. Макарова, Г.В. Ускова, А.Н. Шеина, Н.Ф. Шимук, И.А. Жук
Кафедра восстановительной медицины и курортологии ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ

Статья посвящена историческим аспектам развития клинической реабилитации, ее роли в профилактике и лечении. Немедикаментозные методы лечения исстари входят в комплексные программы лечения больных различными заболеваниями и травмами. Все они: рациональное сбалансированное питание, физиотерапия, психотерапия, кинезотерапия — составляют основу медицинской реабилитации и восстановительного лечения. Основными направлениями реабилитационной и восстановительной медицины являются профилактика заболеваний, восстановительное лечение больных непосредственно в острый и хронический период заболеваний, травм и ранений, а также медицинская реабилитация больных и инвалидов с последствиями травм, операций и заболеваний. Кафедра восстановительной медицины и курортологии занимается изучением, созданием, совершенствованием и внедрением в лечебную практику программ восстановительного лечения, а также обучением и совершенствованием знаний в этой области врачей.

Ключевые слова: немедикаментозные методы лечения, медицинская реабилитация, восстановительное лечение, рациональное питание, физиотерапия, психотерапия, двигательная терапия.

Современная восстановительная медицина все больше внимания уделяет не только лечению пациентов с использованием лекарственных средств, но и лечению с помощью немедикаментозных методов, которые также популярны при первичной и вторичной профилактике заболеваний и клинической реабилитации. Значимость применяемых немедикаментозных методов, как правило, нарастает по мере отдаления от острого периода: в стационаре они используются в меньшем объеме, в реабилитационном центре, поликлинике и санатории — значительно больше.

При первичной профилактике речь идет прежде всего о пропаганде и внедрении здорового образа жизни; при вторичной профилактике — о том же самом и некоторых дополнительных немедикаментозных методах, способствующих сокращению сроков болезни, повышению эффективности лечения, предотвращению осложнений и обострений.

Реабилитация зародилась в недрах военной медицины. Она, прежде всего, использовалась при протезировании ампутированных конечностей, главным образом, у раненых на войне. С совершенствованием конструкции протезов росла и необходимость в обучении пользователей ими и

в физической тренировке пациентов. Возникли и хирургические методы реабилитации, способствующие более эффективному протезированию, начало которым положили костно-пластические операции Н.И. Пирогова.

Современные принципы реабилитации в странах Европы и в России были сформулированы в 1919 г. в связи с лечением раненых во время первой мировой войны. Обособление реабилитации началось в 20-е годы XX столетия, но особенно оно было стимулировано опытом лечения раненых во время второй мировой войны.

По данным статистики, в период Великой Отечественной войны из общего числа санитарных потерь около 70% было возвращено в строй, что явилось достижением и реабилитационных служб, в которых все большее участие в этот период стали принимать терапевты.

В 1947 г. реабилитация официально объявлена Американской комиссией по медицинским специальностям самостоятельной дисциплиной.

Охрана и восстановление нарушенного здоровья, т.е. медицинская реабилитация, — одна из важнейших задач государства не только в военное, но и в мирное время. По

самым скромным данным отечественных и зарубежных специалистов, в медицинской реабилитации нуждаются более 23% всех больных в стационарах, более половины пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений и более 90% — в санаториях.

Раннее назначение восстановительного лечения и эффективное его проведение ведет к снижению временной нетрудоспособности и во многих случаях предотвращает развитие инвалидности. В этом состоит и позитивный экономический эффект самой реабилитации, значение которого трудно переоценить. Так, в настоящее время ущерб нашему государству по временной нетрудоспособности ежегодно составляет десятки процентов от внутреннего валового продукта.

Ряд мероприятий по совершенствованию медицинской реабилитации отражен в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» на 2001—2005 годы и на период до 2010 года.

Основными направлениями реабилитационной и восстановительной медицины являются профилактика заболеваний, восстановительное лечение больных непосредственно в острый и хронический период заболеваний, травм и ранений, а также медицинская реабилитация больных и инвалидов с последствиями травм, операций и заболеваний.

Нет ни одной отрасли практической медицины, где бы не применялись средства реабилитации. Невозможно лечение пациентов с заболеваниями нервной системы, травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата без использования средств реабилитации. Великолепно выполненная хирургическая операция может оказаться менее эффективной, если в послеоперационном периоде нарушены или вовсе не выполнены реабилитационные мероприятия.

В клинике внутренних болезней наиболее широко используются средства реабилитации в кардиологии и пульмонологии, при заболеваниях суставов, хотя возможности их значительно шире. Проблеме реабилитации больных инфарктом миокарда у нас в стране всегда уделялось большое внимание. Еще в 30-е годы XX века ее основные принципы были сформулированы Г.Ф. Лангом.

Ныне комплексная лечебно-реабилитационная программа больных инфарктом миокарда включает в себя хорошо организованную службу интенсивного лечения, использование новых фармакологических препаратов, а в последнее время — внедрение эндоваскулярных и хирургических манипуляций, восстанавливающих кровотоки в коронарных артериях. И все эти мероприятия обязательно должны проводиться на фоне рационального питания, ранней кинезотерапии, психотерапии, физиотерапии. Такие комплексные программы, проводимые на фоне медикаментозного лечения, позволили снизить смертность в настоящее время с 25—30% до 8—18%, а также сократить сроки стационарного лечения и значительно увеличить число лиц, вернувшихся к труду, и даже повысить качество жизни больных III и IV ФК.

В настоящее время в реабилитационно-восстановительном лечении пациентов участвуют врачи лечебной физкультуры, физиотерапевты, рефлексотерапевты, психотерапевты, психологи, диетологи и врачи мануальной терапии. В процессе восстановительного лечения принимают участие и врачи других медицинских специальностей.

Основными методами реабилитации и восстановительного лечения являются немедикаментозные: диетотерапия, психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура.

Рациональное питание является основой здоровья человека и продления активного долголетия. Основные задачи его заключаются в обеспечении энергетических потребностей человека и качественного состава рациона, основанного на сбалансированности основных нутриентов пищи, минеральных веществ и витаминов.

Энергетическая ценность рациона зависит от индивидуальных особенностей организма (возраста, пола, уровня обмена веществ, физической активности и др.) и может колебаться в широких пределах.

Показателем качественной полноценности рациона является пищевая плотность, т.е. насыщенность его полезными веществами, особенно микронутриентами. Чем больше содержание полезных веществ в единице объема пищи, тем выше ее лечебные и профилактические свойства.

Диетотерапия является важным методом реабилитации пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой, пищеварительной, двигательной, эндокринной систем, с нарушениями обмена веществ. Методики применения диетотерапии в реабилитации больных различными заболеваниями подробно описаны в методических рекомендациях и пособиях для врачей, памятках по рациональному питанию для больных, разработанных в отделе реабилитации, а затем на курсе немедикаментозных методов лечения и реабилитации УНМЦ.

Опыт клинической медицины показывает, что питательный статус определяет качество жизни человека и способность его переносить критические ситуации, связанные со стрессом, оперативными вмешательствами, травмами, инфекциями. Нарушение структуры питания современного человека становится одним из ведущих факторов риска развития и хронизации большинства инфекционных заболеваний.

Изменения в структуре питания, выявленные в последнее время, не могли не сказаться на развитии современных принципов диетологии и на необходимости коррекции существующих разработок в области питания вообще и лечебного питания в частности. Современные требования ставят перед диетологической службой задачу целенаправленного воздействия факторами питания на больного, исходя из индивидуальных особенностей метаболизма, т.е. предполагается индивидуализация питания для каждого конкретного больного, в том числе с учетом пищевых привычек.

С целью оптимизации лечебного питания, совершенствования организации и управления его качеством в лечебных учреждениях ГМУ

(4 ГУ) была разработана и внедрена (при участии диетолога отдела реабилитации ЦНИЛ) система стандартных диет, отличающихся содержанием основных пищевых веществ и энергетической ценностью, технологией приготовления пищи, среднесуточным набором продуктов.

Основной вариант базисной диеты построен по принципу физиологически полноценной диеты, приближенной к рациональному питанию, и предназначен для пациентов с различными заболеваниями в период ремиссии. Для больных гастроэнтерологического профиля в период обострения заболевания предусмотрен щадящий вариант базисной диеты. Гипокалорийный вариант диеты предназначен для больных сахарным диабетом 2 типа и ожирением. При необходимости возможна коррекция диеты с

учетом состояния больного и наличия сопутствующих заболеваний.

Многолетняя (более 10 лет) исследовательская работа в санаториях под руководством сотрудников отдела реабилитации (курса немедикаментозных методов лечения и реабилитации) по применению многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний показала ее положительное влияние на факторы риска ишемической болезни сердца, такие как гиперлипидемия, артериальная гипертензия, избыточная масса тела. неотъемлемой частью профилактической программы являлось применение коррегированной противоиатеросклеротической диеты.

Принципы рационального питания должны быть предметом пропаганды. Это означает, что основами нутрициологии необходимо владеть всем врачам, занимающимся лечебной практикой. Поэтому программа циклов усовершенствования и повышения квалификации врачей, проводимых сотрудниками курса немедикаментозных методов лечения и реабилитации (в прошлом отдел реабилитации), содержит разделы по диетотерапии. Лекции по диетологии охватывают широкий круг вопросов, касающихся питания человека: рациональное питание, диетотерапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, нарушении обмена веществ и др.

Кроме того, раздел по практическому применению диетологии включен в программу обучения клинических ординаторов.

Психотерапия. Главными принципами реабилитации являются комплексный характер лечебно-профилактических мероприятий и индивидуальный подход к каждому пациенту. Исходя из этих принципов, в программы лечения больных различными заболеваниями наряду с фармакотерапией целесообразно включать элементы психологической коррекции и психотерапии. Необходимость такого подхода в проблеме реабилитации объясняется рядом обстоятельств.

Во-первых, в клинической картине любого заболевания постоянно сосуществуют признаки соматического неблагополучия и симптомы изменения психики, среди которых отмечаются астения, депрессия, тревога, фобические или истерические реакции, ипохондричность и другие. Отсюда следует, что лечить надо не болезнь, а больного человека.

Во-вторых, течение любого соматического заболевания, клинический и трудовой прогноз в значительной степени зависят от личностных особенностей больного и сформировавшейся внутренней картины болезни (ВКБ). Варианты ВКБ многообразны: от анозогнозии — отрицания у себя болезни, до гипернозогнозии — субъективной переоценки тяжести болезни. Использование психотерапевтических методов и приемов позволяет сформировать адекватную ВКБ, что повышает эффективность реабилитационного процесса.

В-третьих, дополнительным поводом для развития нарушений психики (кроме висцеро-церебральных влияний) становятся внутренние конфликты, возникающие в связи с заболеваниями внутренних органов. Наиболее частым психологическим конфликтом является возникновение в ходе болезни несоответствия между сохранившимися или даже растущими потребностями больного и его сокращающимися возможностями, особенно при хронических заболеваниях и инвалидности. В этих случаях необходимо использовать психологическую коррекцию и методы пси-

хотерапии, направленные на адаптацию больного человека к новым условиям.

В-четвертых, среди причин многих соматических заболеваний нередко на первом месте находятся аффективное напряжение, стресс: конфликты, душевные страдания, потери и др. Такие заболевания принято называть психосоматическими, а нарушения, возникающие в организме под влиянием психических факторов, называют психогенными. К психосоматическим заболеваниям относятся ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, ревматоидный артрит и многие другие болезни. Особенности развития этих заболеваний диктуют и своеобразие терапевтического вмешательства. Весь процесс лечения должен сопровождаться психотерапией, направленной на коррекцию личностных черт больного, его реакции на окружающее, разрешение психотравмирующей ситуации и т.д.

В-пятых, в настоящее время наблюдается большая распространенность различных неврозов. Все чаще говорят о «невротизации» населения в результате воздействия большого потока негативной информации, высокой степени нервно-психического напряжения, «болезни спешки, суеты» и др. Особенностью клинического течения неврозов в последние годы является, так называемая «соматизация», т.е. в клинической картине на первое место выступают соматические симптомы. Примерами такой «соматизации» могут быть конверсионная истерия или маскированная депрессия. Естественно, что обычная терапия в таких случаях не даст ожидаемого эффекта.

Использование методов психологической коррекции и психотерапии врачами любой специальности позволяет завоевать доверие пациентов, выработать у них мотивацию на лечение и здоровье. Знание этих методов врачами позволяет помочь пациентам отличить ситуацию объективно неразрешимую от ситуации, которую человек принимает за неразрешимую, снимая с себя ответственность за принятие решений. В результате этого возникает условная выгода болезни («бегство в болезнь»).

Таким образом, включение психологической коррекции и методов психотерапии в программу восстановительно-реабилитационного лечения помогает справиться со многими проблемами у больных, а применение других немедикаментозных средств (физиотерапии, лечебной физкультуры и др.) на фоне диетотерапии и психотерапии способствует повышению его эффективности.

Физиотерапия в переводе с греческого языка означает лечение природой. Она составляет область медицины, в которой изучается действие на организм человека как природных, так и искусственно получаемых (преформированных) физических факторов, которые применяются в лечении и профилактике болезней, сохранении и укреплении здоровья.

В лечебных целях природные физические факторы люди применяют с незапамятных времен. В древности широко применялись грязи, песок, минеральные воды, климат. Сохранились описания лечебных методик приема солнечных ванн, термальных процедур в виде бань, использование разновидностей рыб, обладающих электростатическим потенциалом, методики лечебного массажа и лечебной гимнастики.

Развитие физики, химии, технические успехи воссоздания электрической энергии привели к попыткам примене-

ния постоянного тока с целью лечения болезней нервной системы, методикам электрофореза лекарственных препаратов (конец XVIII, начало XIX века). В лечебную практику внедряются методы фитотерапии, изучаются механизмы влияния физического и лечебного действия ультрафиолетовых и инфракрасных лучей. В этот период формируются первые курорты, активно начинаются исследования по изучению влияния минеральных вод, грязей, разрабатываются схемы лечебных процедур с использованием постоянного тока и первых импульсных токов высокой частоты, аэроионов. В Европе, России создаются школы бальнеологов, климатологов, открываются курсы по подготовки специалистов физической медицины.

Накопленные наблюдения, научные клинико-экспериментальные данные о различных лечебных эффектах физических факторов заложили основу объединения разных физических методов лечения в единую научную дисциплину — физиотерапию, что было подтверждено на I съезде физиотерапевтов в г. Льеже (Бельгия) в 1905 году.

Высокий научно-технический прогресс XX века отразился в развитии и совершенствовании физиотерапии как научной дисциплины, так и практической клинической врачебной специальности.

Научные основы развития физической терапии явились результатом успехов в биофизике, физиологии. Научные достижения позволили сформулировать закономерности влияния физических факторов на организм больного и здорового человека. Они позволили развить теорию нервно-рефлекторного механизма действия факторов, выявить зависимость ответных реакций от особенностей применяемых видов энергии, от частоты, режима воздействия и других составляющих того или иного фактора.

Развитие молекулярной биологии, биофизики, биохимии, успехи клинико-экспериментальных исследований в патофизиологии, иммунологии, эндокринологии привело к обоснованию воздействия физических факторов на целостный организм методами транскеребральной электроаналгезии, электронейростимуляции, коррекции иммунного и гормонального статуса у больных с различными формами патологии.

Прогресс научно-технических решений, интенсивное развитие радиоэлектронной промышленности привело к созданию новых видов энергии, а в физиотерапевтическую практику активно вошли новые методы физиотерапии. В последние десятилетия вошли в медицинскую практику и успешно применяются методы дециметровой и миллиметровой терапии, низкочастотной и импульсной магнитотерапии, лазеротерапии, общей и локальной криотерапии, суховоздушные углекислые, радоновые ванны, методы интегрированных физических факторов: магнитное поле и лазерное излучение, лазерное и видимое излучение, электроимпульсное и механическое воздействие разных частот, ультразвук и импульсный ток и др. Совершенствуются техника и методики воздействия новыми физическими факторами от локальных, точечных воздействий до общих, камерных форм техники процедур.

Введение каждого нового метода физиотерапии оценивается при экспериментально-клинических и технических испытаниях, с последующей подготовкой показаний и противопоказаний к физическому фактору и подготовкой методических рекомендаций.

К началу XXI века физиотерапия значительно расширила возможности нелекарственной терапии, увеличив в

три раза количество применяемых физических факторов и их интегральных разновидностей по сравнению с уровнем 1950 года. Увеличился объем знаний, которыми врач физиотерапевт должен овладеть.

Преподавание физиотерапии в высших учебных заведениях нашей страны началось с 1926 года. Была создана сеть физиотерапевтических структур в виде институтов физиотерапии и курортологии, курортных и физиотерапевтических поликлиник, отделений и кабинетов; началась подготовка кадров через клиническую ординатуру, аспирантуру, на циклах специализации (ныне профессиональной переподготовки), на курсах и кафедрах физиотерапии факультетов повышения квалификации врачей.

В последнее десятилетие сформировалось новое научное направление по программе восстановительной терапии, которое базируется на смежных дисциплинах: физиотерапия, лечебная физкультура, мануальная терапия, рефлексотерапия, диетотерапия, психотерапия и психология. Концепция восстановительной медицины, имеющей большую профилактическую направленность, обоснована в последние годы. Особое место в этой системе занимает санаторно-курортная служба, где оздоровительно-реабилитационные методики строятся на преимущественном использовании природных лечебных факторов с дополнением аппаратной физиотерапии.

Двигательная терапия — является обязательной составляющей всех реабилитационных программ. Движение — один из основных механизмов уравнивания систем организм-среда, т.е. средством связи и взаимодействия, активной адаптации и трудовой деятельности. Движение используется также и как мощный фактор профилактики, лечения и реабилитации.

Кинезотерапия, или лечебная физкультура, имеющая в своем арсенале физические упражнения, массаж, средства закаливания, оказывает на организм прежде всего неспецифическое лечебное действие. Различные формы и средства ее изменяют реактивность организма, повышают его неспецифическую устойчивость, разрушают патологические динамические стереотипы, возникающие в результате болезни, и создают новые, обеспечивающие необходимую адаптацию.

Наряду с этим лечебная физкультура (ЛФК) является также патогенетической терапией. Большая часть заболеваний внутренних органов, заболеваний и повреждений нервной системы и опорно-двигательного аппарата протекают с нарушениями двигательной функции, патологическими изменениями миофасциальных структур, формированием мышечного дисбаланса.

Поскольку ЛФК имеет основную задачу восстановить и способствовать компенсированию расстроенной двигательной функции, а также содействовать тренировке сердечно-сосудистой, дыхательной и др. систем, ограничивающих физическую работоспособность, она носит характер специфической терапии.

Адаптивная, рациональная лечебная физическая культура для лиц с ограниченными физическими возможностями может значительно улучшить соматический статус их, так как малоподвижный образ жизни отрицательно влияет на функциональное состояние всех систем и органов. Аристотель говорил: «Ничто так не истощает и не разрушает человека, как продолжительное физическое бездействие».

Лечебная физкультура тесно связана со всеми медикаментозными, физическими, психологическими, диетоло-

гическими факторами, т.е. со всеми средствами реабилитации и восстановительной медицины.

В настоящее время задачей реабилитационно-восстановительной медицины становится, наряду с другими, создание здоровья на стадиях онтогенеза.

Решение этой проблемы базируется на интеграции знаний, накопленных за последние годы анатомами, физиологами, психологами, биомеханиками, изучающими онтогенетические изменения растущего организма под воздействием внешних и внутренних факторов.

С практической точки зрения актуальны проблемы роста и развития организма в разные стадии, начиная с эмбриональной. И поэтому нельзя забывать о применении средств реабилитации и восстановительной терапии, особенно рационального питания и физических тренировок, во время беременности и в послеродовом периоде.

В процессе роста организма происходят серьезные перестройки органов и систем на микро- и макро-уровнях, а также формирования их кровоснабжения. В возрасте до 10–12 лет, в период активного формирования соматической индивидуальности активизируется деятельность мышечной системы, которая является «катализатором», формирующим кровоснабжение, иннервацию органов и повышающим их функциональную активность. Искусственное снижение двигательной активности (гипокинезия школьников) приводит к замедлению процессов роста и умственного развития.

Поэтому в этом возрасте следует говорить о здоровьесформирующих программах, помня о том, что процессы формирования в разных системах идут с разной скоростью.

В следующей (юношеской) возрастной стадии реализации возможностей формирующегося организма, особенно мышечной, сердечно-сосудистой и регуляторных систем, происходит совершенствование физических качеств. Однако уже в этот период неизбежно начинается дезинтеграция функций, возникающая при ограничении движений или, наоборот, нерационально используемых физических нагрузках. Поэтому в стадиях молодого, зрелого и стареющего организма используются адекватные лечебно-профилактические и тренировочные программы занятий, учитывающие индивидуальные возможности организма и выполняющие здоровьесберегающие задачи.

Следует понять, что «умение стареть» тесно связано и неотделимо от «умения жить», а это значит полноценно использовать достижения науки и техники, биологии и физической культуры, которые расширили возможности поддержания и укрепления здоровья.

Для решения вопросов реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях 4 ГУ в ЦНИЛе был создан отдел, преобразованный в кафедре (курс) немедикаментоз-

ных методов лечения и реабилитации. В 2009г на базе курса была организована кафедра восстановительной медицины и курортологии.

Сотрудниками кафедры были разработаны и внедрены в практику принципы восстановительной терапии и программы реабилитации пациентов с различными заболеваниями и травмами в стационарах, поликлиниках, реабилитационном центре и санаториях 4 ГМУ.

Основным направлением научных исследований кафедры в настоящее время являются диагностика и изучение патологических изменений миофасциальных структур при различных заболеваниях внутренних органов в сочетании с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, поиск и совершенствование способов их устранения, а также создание новых и совершенствование существующих программ восстановительного лечения и реабилитации. Результаты проводимых исследований находят свое отражение в диссертационных работах, в научных статьях, монографиях, справочниках, в методических рекомендациях и пособиях для врачей, внедряются в лечебную практику и используются в учебном процессе при проведении циклов усовершенствования врачей и обучения клинических ординаторов.

Для выполнения реабилитационных программ имеет большое значение оценка общей патологии целостного организма, его регуляторных систем, реактивности, адаптации.

Вследствие этого растет необходимость того, чтобы врачи «узких» специальностей овладевали реабилитационными методами в рамках своих и смежных дисциплин. Об этом еще 100 лет назад Г.А.Захарьин говорил в своих клинических лекциях: «Должно требовать, чтобы каждый врач знал, где и когда нужна та или иная специальная (немедикаментозная) терапия так же хорошо, как он знает, где и когда нужно то или иное аптечное средство».

Вот поэтому на циклы усовершенствования врачей, проводимые курсом немедикаментозных методов лечения и реабилитации, кроме врачей и методистов по лечебной физкультуре, физиотерапевтов, всегда приглашаются врачи различных клинических специальностей.

Придерживаясь принципа: «Чтобы лечиться, нужно учиться», сотрудники курса уделяют большое внимание созданию программ «школ» для пациентов с разными заболеваниями. Например, с ИБС, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, перенесшим аорто-коронарное шунтирование. Кроме этого, сотрудники курса активно участвуют в работе отечественных и международных конгрессов, в создании пособий для врачей, справочников и монографий по медицинской реабилитации.

Кафедра неврологии и основные этапы развития неврологической службы Главного медицинского управления УД Президента Российской Федерации

В.И. Шмырев, Н.В. Бабенков

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ

В статье описана история развития кафедры неврологии. Опубликовано более 400 научных работ, разработаны методические рекомендации по классификации, диагностике, профилактике и лечению заболеваний центральной и периферической нервной системы.

Ключевые слова: неврология, клиническая ординатура.

История неврологической службы неразрывно связана с историей становления правительственной медицины в стране, с именами выдающихся неврологов: клиницистов, ученых, педагогов, организаторов, которым мы обязаны достижениями современной науки и практической неврологии.

18 февраля 1918 года постановлением Совнаркома с целью медицинского обеспечения высших органов государственной власти было создано Санитарное управление Кремля. В последующие годы, сохраняя преемственность традиций, оно было преобразовано в Лечебно-санитарное управление Кремля (с 1928 года), Четвертое Главное управление Минздрава СССР (с 1953 года), Лечебно-оздоровительное объединение (1990–1991гг), Медицинский центр Управления делами Президента Российской Федерации (1992г.) и наконец – Главное медицинское управление УД Президента РФ.

В начале 30-х годов завершается создание основной базы медицинских учреждений Лечсанупра Кремля на Воздвиженке (Кремлевская больница – ныне корпус № 11 ЦКБ). Неврологические отделения и койки имелись, кроме того, и в городских больницах.

Поликлиническая служба в первые годы была представлена небольшими амбулаториями на Воздвиженке, Садово-Каретной улице, в Старопанском переулке.

С 1934 года в основных медицинских учреждениях Лечсанупра Кремля вводятся должности научных руководителей. Первым научным руководителем был академик Р.А.Лурия, консультантами неврологами в эти годы являлись профессора М.С.Маргулис, Л.С.Минор, А.М.Гринштейн.

С 1934 года Кремлевскую больницу возглавлял член-корр. АН СССР М.Б.Кроль. Им написана книга «Неврологические симптомы и синдромы», по которой учились и сегодня учатся многие поколения неврологов страны.

С 1957 года последовательно вводятся в эксплуатацию корпуса Центральной клинической больницы (до 1960 года – Загородной больницы). Неврологические отделения ЦКБ были в этот период методическими и организационными центрами для неврологических отделений поликлиник и санаториев 4ГУ.

В настоящее время в состав неврологической службы ЦКБ входят два плановых неврологических отделения с блоком интенсивной терапии, два детских психоневрологических отделения. В разные годы руководителями неврологических отделений ЦКБ были видные ученые и опытные клиницисты, профессора О.С. Горбашова, О.Н. Савицкая, А.Л. Остапенко, Ф.Е. Горбунов, Н.Н. Яхно,

В.И. Шмырев, доцент А.Т. Зыкова, кандидаты медицинских наук Н.А. Башлыков, И.В. Маняхина, О.Д. Зуева. С 1990 года руководителем неврологической службы ЦКБ является Главный специалист ГМУ, заведующий кафедрой неврологии ФГУ УНМЦ профессор В.И. Шмырев, инициатор многих перспективных научных разработок в больнице и ГМУ.

В 1976 году открылся мощный диагностический и лечебный комплекс – Объединенная спецбольница с поликлиникой на Мичуринском проспекте, в последующем – Объединенная больница с поликлиникой (ОБП). В неврологических отделениях стационара и поликлиники ОБП проводится большая лечебная работа. Известные ученые и клиницисты возглавляли в разные годы неврологическое отделение стационара ОБП: профессор В.Я. Неретин (1976–1979гг), профессор Ю.С. Мартынов (1979–1985гг), профессор В.И. Шмырев (1985–1990), Заслуженный врач России Н.А. Чистоплясова (1990–1999гг), Заслуженный врач России Н.В. Кузнецов (с 1999 года); неврологическое отделение поликлиники: О.М. Дурьлина (1976–1988гг), Г.Е. Стасенков (1988–1990гг), к.м.н. И.В. Маняхина (1990–1999гг), к.м.н. Ю.А. Кузнецов (с 1999 года).

Филиал ОБП – КБ № 1 была открыта в 1956 году и входила в структуру Четвертого Главного управления Минздрава РСФСР. Научным руководителем по неврологии в те годы был профессор З.Л.Лурье. Затем его сменил д.м.н. А.А. Рухманов. С 1989 года, после ряда структурных преобразований, неврологическая служба больницы представлена тремя профилированными отделениями: неврологическое отделение для больных с нарушениями мозгового кровообращения с блоком интенсивной терапии и реанимации (зав. отд. к.м.н. И.Е. Каленова); 1 неврологическое отделение, уделяющее основное внимание проблемам боли (зав. отд. к.м.н. И.В. Казанцева); 2 неврологическое отделение – реабилитации неврологических больных (зав. отд. Д.Б. Денисов). Развитие в последние годы диагностической и лечебной базы, специализация отделений в КБ № 1 позволили оказывать помощь неврологическим больным на самом современном уровне.

Принципиально новый этап в развитии амбулаторной неврологической службы начался в 1950 году, когда было завершено строительство Центральной поликлиники на улице Сивцев Вражек (ныне – поликлиника МЦ, зав. неврологическим отделением врач высшей категории Л.С.Боброва). Оснащенная первоклассным оборудованием, поликлиника получила возможность обеспечить пациентов всеми видами медицинской помощи.

Большое неврологическое подразделение организовано в настоящее время в поликлинике № 1 (зав. отд. Заслуженный врач РФ Г.Г. Федина), на базе которой развернут Диагностический центр. Тесные контакты отделения с вспомогательными диагностическими службами позволяют оказывать квалифицированную неврологическую помощь не только контингенту поликлиники, но и городу. Неврологические отделения поликлиники № 2 (зав.отд. Л.М. Терентьева), перешедшей в структуру ГМУ из 4 ГУ Минздрава РСФСР, поликлиники ЦКБ (зав. отд. Т.В. Девяткина) также оказывают квалифицированную помощь преимущественно сотрудникам ГМУ.

Кроме того, активно функционирует первое и единственное в стране отделение периферических и вертеброгенных болей в поликлинике № 1 (зав. отд. к.м.н. И.М. Ли).

Эффективности лечения больных, а зачастую и сохранению их жизни, способствовала организация в 1963 году отделений неотложной помощи. В 1977 году они были преобразованы в отделения скорой и неотложной помощи, стали создаваться специализированные, в том числе и неврологические бригады. Таким образом, сложились предпосылки для максимально быстрого оказания экстренной специализированной и квалифицированной помощи больным неврологического профиля. Реально приблизилось осуществление программы лечения «инсульта первого часа», что в соответствии с концепцией «терапевтического окна» способствует более эффективному восстановлению больных с острой сосудистой патологией.

Большую помощь в реабилитации больных неврологического профиля оказывает неврологическое отделение Реабилитационного Центра. Мощная физиотерапевтическая, бальнеологическая база Центра, прекрасная оснащенность новейшими реабилитационными технологиями, наличие специально разработанных его сотрудниками комплексных программ позволяют осуществлять восстановительное лечение неврологических больных на самом современном уровне. По инициативе Главного врача РЦ член-корр. РАМН, профессора А.И. Романова создано отделение сомнологии. Его сотрудники первыми в ГМУ начали заниматься новой, чрезвычайно актуальной проблемой – нарушениями ночного сна с развитием эпизодов апноэ, сердечных аритмий, возможностью внезапной смерти. Перспективным направлением является также применение системы «Детензор» в реабилитации больных с вертеброгенной патологией нервной системы.

Преимущество в лечении и реабилитации больных неврологического профиля осуществляется в значительной степени благодаря входящим в структуру ГМУ санаторным учреждениям, расположенным в различных климатических зонах страны, обладающих большим набором лечебных факторов, что позволяет достигать оптимальных режимов реабилитации.

Вопросу развития и совершенствования санаторной базы всегда уделялось большое внимание. В 1935 году принимается в эксплуатацию санаторий «Барвиха», в 1957 году 4 ГУ передается санаторий «Подмосковье» в Домодедовском районе Московской области, в 1965 году вводится новый корпус «Приморский» в санатории «Сочи», в 1966 – климатотерапевтический корпус в санатории им. Герцена.

Реабилитация больных с сосудистой патологией нервной системы, функциональными расстройствами, болевыми и вертеброгенными синдромами осуществляется также в санаториях «Загорские дали», «Марьино», «Волжский утес», «Красные камни», «Москва», «Дубовая роща», «Заря»; домах отдыха «Валдай», «Приэльбрусье». Неврологические отделения или кабинеты имеются в настоящее время во всех санаториях и домах отдыха ГМУ.

Существование в 4 Главном Управлении МЗ СССР, а в дальнейшем – в ГМУ института Главных специалистов помогало сохранять на должной высоте уровень лечебно-диагностической и научной работы. В разные годы Главными неврологами были академики АМН СССР Н.В. Коновалов, Е.В. Шмидт, профессор Ю.С.Мартынов, академик РАМН Н.В. Верещагин. В настоящее время главным специалистом-неврологом ГМУ является профессор В.И.Шмырев.

Консультантами неврологической службы 4 ГУ и в последующем ГМУ являлись и являются виднейшие клиницисты страны академики РАМН Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, А.В. Покровский, Л.О. Бадалян, А.В. Снежневский, А.С. Тяганов, А.М. Вейн, Н.Н. Яхно, профессора Р.А. Ткачев, Б.М. Гехт, О.А. Хондкариан, Л.В. Калинина, И.А. Завалишин, Е.П. Деканенко, Л.М. Попова, Ю.М. Филатов, И.Н. Шевелев, А.А. Потапов, А.И. Проценко, А.Е. Дмитриев, С.Л. Таптапова, Н.Г. Благовещенская, Е.И. Свиридова.

Огромное значение имеет постоянное тесное сотрудничество неврологических подразделений ГМУ с Институтом нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. Директор Института академик РАМН А.Н. Коновалов многие годы является консультантом Управления. Многие пациенты с опухолями нервной системы, сосудистыми и травматическими поражениями головного мозга, вертеброгенными заболеваниями нервной системы, дискогенными радикулопатиями были оперированы в стенах Института нейрохирургии.

В последние годы активно развивается научное и практическое сотрудничество с Институтом хирургии им. А.В.Вишневского, сосудистым отделением, руководимым академиком РАМН А.В.Покровским. Пациенты с патологией магистральных артерий головы получали возможность возвратиться к активной трудовой деятельности после реконструктивных операций, проведенных в Институте.

В 1968 году по инициативе академика РАН и РАМН Е.И.Чазова при Четвертом Главном Управлении была создана Центральная научно-исследовательская лаборатория (ЦНИЛ), ныне – ФГУ «Учебно-научный медицинский Центр». Необходимость создания этого научного учреждения была обусловлена расширением материальной базы медицинских учреждений Управления, их специализацией, организацией новых подразделений и вспомогательных служб.

Кафедра неврологии (до 1990 года – клиника неврологии) основана в 1968 году с первого дня образования ЦНИЛ на базе 51 Городской клинической больницы г. Москвы. Она осуществляет методическое руководство всей неврологической службой ГМУ.

Ее первым заведующим (1968–1980гг) был профессор В.Я. Неретин – опытный организатор здравоохранения, видный ученый, прекрасный педагог. Ему удалось

создать сплоченный коллектив единомышленников, охватить клинику современной диагностической и лечебной аппаратурой. Научные интересы кафедры охватывали широкий круг проблем современной неврологии. Основными направлениями исследований В.Я. Неретина и сотрудников клиники неврологии (А.Т. Зыкова, В.П. Буравцева, В.А. Кирьяков, И.В. Маняхина, Н.А. Башлыков, М.К. Николаев, Е.П. Снеткова, Л.Г. Турбина) на протяжении длительного времени являлись изучение и разработка вопросов патогенеза, диагностики и лечения церебральной и спинальной сосудистой патологии, нейроинфекций, токсических поражений нервной системы. С 1972 по 1980 г. В.Я. Неретин являлся по совместительству заведующим неврологическим отделением Объединенной спецбольницы с поликлиникой и заместителем Главного невролога 4 ГУ. Под его руководством были защищены докторские диссертации В.П. Буравцевой, В.А. Кирьяковым, кандидатские – Е.П. Снетковой, Е.Н. Стрельцовой, М.К. Николаевым, Л.А. Зозуль, Н.В. Бабенковым, Т.В. Сочневой, А.В. Леоновым.

В 1980–1985 годах клиникой неврологии заведовал профессор Ф.Е. Горбунов. Под его руководством продолжены исследования церебральной сосудистой патологии, защищена кандидатская диссертация Л.Г. Турбиной.

С 1985 по 1990 г. под руководством академика РАМН профессора Н.Н. Яхно на кафедре осуществлялись исследования сосудистой патологии мозга, эффективности профилактических мероприятий, терапии и реабилитации при острых и, особенно, хронических формах нарушений мозгового кровообращения. Различным аспектам дисциркуляторной энцефалопатии были посвящены защищенные в этот период кандидатские диссертации И.В. Дамулина, М.А. Лаврентьевой, Н.В. Миронова. Также была начата работа по изучению вертеброгенной патологии нервной системы. При поддержке Н.Н. Яхно было создано отделение вертеброневрологии в поликлинике МЦ, которое возглавила Л.А. Богачева, защитившая в последующем докторскую диссертацию, посвященную организации лечения болевых синдромов невисцерального происхождения в поликлинических условиях. Развитие и оснащение диагностических отделений МЦ в этот период способствовало началу активного и плодотворного научного сотрудничества с ними врачей неврологической службы.

С 1990 года по настоящее время кафедрой неврологии заведует профессор В.И. Шмырев. Исследования, проводимые на кафедре и неврологами ГМУ под его руководством, направлены на внедрение в практическую клиническую неврологию современных диагностических и лечебных технологий. Дальнейшее развитие получила проблема нейровизуализационного мониторинга и терапии геморрагического инсульта, терапии ишемического инсульта, венозной патологии мозга, исходя из концепции патогенетической гетерогенности церебральной ишемии. Внедряется в клиническую практику методика имплантации стволовых клеток в лечении ряда неврологических расстройств. Клинико-МРТ сопоставления, проводимые совместно с нейрохирургами, позволили определить критерии для нейрохирургического вмешательства при дискогенных радикулопатиях. Продолжены исследования пациентов с сочетанной патологией сердца и нервной системы, начато изучение неврологических аспектов при опе-

рациях на сердце. Возможность проведения комплексных исследований обусловлена поддержкой со стороны вспомогательных служб, таких как отделение КТ, МРТ, функциональной диагностики, лабораторной службы. Итогом научных исследований явились докторские диссертации С.Л. Архипова, Н.В. Бабенкова, Г.И. Резкова, кандидатские диссертации М.В. Шишкиной, С.А. Поповой, Л.Б. Клачковой, П.П. Васильева, Д.С. Курильченко, А.Г. Шестаковой, В.С. Бугаева, А.В. Артамонова и ряд других. Подготовлена к защите докторская диссертация Н.В. Миронова.

За все время своего существования основными задачами кафедры были подготовка врачей неврологов в системе клинической ординатуры, научных кадров в системе очной и заочной аспирантуры, последипломное усовершенствование и переподготовка врачей неврологов и специалистов смежных специальностей, а также разработка и внедрение новых современных методов диагностики и лечения неврологических больных, оказание консультативной и научно-методической помощи медицинским учреждениям Управления.

В течение 30 лет кафедрой неврологии подготовлено большое количество врачей в системе клинической ординатуры, очных и заочных аспирантов. Коллектив кафедры проводит большую работу по повышению квалификации врачей, работающих как в системе Медицинского центра, так и в других лечебных учреждениях Москвы, России, стран ближнего зарубежья. Активную помощь и поддержку оказывают кафедре сотрудники Учебно-методического отдела УНМЦ Н.М. Егорова, Л.А. Лосева, отдела кадров ГМУ – Н.А. Шкуро и О.А. Жернова.

Постоянную ощутимую деловую помощь неврологической службе оказывает академик РАН и РАМН С.П. Миронов, который в трудные годы реформ был Генеральным директором МЦ, а ныне является Начальником Главного медицинского управления Президента РФ.

Проводимые на кафедре курсы повышения квалификации врачей по актуальным вопросам неврологии стали широко известны в стране и привлекают специалистов, получающих возможность ознакомиться с самыми современными диагностическими и лечебными методами на базе учреждений ГМУ.

Сотрудниками кафедры и врачами ГМУ опубликовано более 400 научных работ, в том числе – в центральной печати и за рубежом, разработаны методические рекомендации по классификации, диагностике, профилактике и лечению заболеваний центральной и периферической нервной системы.

Результатом обширных научных изысканий за последние 30 лет явились защищенные в неврологической службе ГМУ 7 докторских (В.П. Буравцева, В.А. Кирьяков, В.И. Шмырев, Г.И. Резков, Л.А. Богачева, С.Л. Архипов, Н.В. Бабенков) и 35 кандидатских диссертаций.

Выпускники клинической ординатуры и аспирантуры достигли существенных результатов в дальнейшей научной и практической деятельности. Так, профессор С.В. Котов является Главным неврологом, а профессор М.А. Лобов – Главным детским неврологом Московской области, заведующими клиниками неврологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, профессор Л.Г. Турбина – ведущий научный сотрудник ФУВ МОНИКИ, профессор Г.И. Кунцевич – руководитель отдела ультразвуковой

диагностики Института хирургии им. А.В. Вишневского, И.В. Дамулин – профессор кафедры неврологии ММА им. И.М. Сеченова. Докторами медицинских наук стали Н.Н. Заваденко, М.К. Николаев; доцентами и ассистентами на кафедрах Москвы работают Т.Ю. Хохлова, А.О. Мнушкин, М.В. Шишкина, О.С. Назаров. Неврологическими отделениями в учреждениях ГМУ и больницах города заведуют к.м.н. И.В. Маняхина, к.м.н. Г.С. Селищев, Заслуженный врач России Н.В. Кузнецов, врачи высшей квалификационной категории Г.Е. Стасенков, В.Н. Карзанов, Е.С. Криушев, Е.В. Емелин. Большинство врачей-неврологов ГМУ – специалисты высшей и первой квалификационных категорий, многие из них – выпускники клинической ординатуры ЦНИЛ и УНМЦ.

В 1992 году по инициативе ректора Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова был организован факультет фундаментальной медицины МГУ под руководством декана, профессора О.С. Медведева (до 1999 года), декана, академика РАН и РАМН, профессора В.А. Ткачука (с 2000 года), зам. декана доцентов Н.В. Коробова и В.Б. Кошелева. С этого времени началось сотрудничество факультета с ГМУ. В.И. Шмырев, С.Л. Архипов, Н.В. Бабенков, Г.И. Резков и Н.В. Миرون являются профессорами факультета фундаментальной медицины МГУ, участвуют в подготовке будущих врачей-исследователей.

На протяжении 15 лет осуществлялась педагогическая деятельность на факультете фундаментальной медицины МГУ, в студенческом кружке занимались многие студенты, которые в последующем продолжили обучение в клинической ординатуре и аспирантуре на кафедре неврологии УНМЦ, В.А. Халецкая и Е.В. Тихомирова стали кандидатами медицинских наук. Учебной и научной базой факультета служат собственные кафедры, ЦКБ МЦ, ЦКБ железнодорожного транспорта России, в программе обучения используются современные информационные технологии (базы данных Medline, Neuroscience Index, полнотекстовая библиотека из более 800 журналов – Adonis, видео и компакт-диски с различными программами, телеконференции, проводимые по проложенным в последние годы волоконным сетям), что позволяет воспитать высококвалифицированных специалистов, прекрасно подготовленных к практической и научной работе, которых с приоритетом принимают в клиническую ординатуру на кафедре неврологии УНМЦ.

В настоящее время кафедра неврологии сохранила основной костяк профессорско-доцентско-ассистентского состава и, являясь основным методическим центром неврологической службы ГМУ, полна оптимизма в достижении еще больших результатов в своей многогранной деятельности.

Современные подходы к вопросу о комбинированных операциях на органах желудочно-кишечного тракта, печени и поджелудочной железе

Е.И. Брехов, А.Т. Бронтвейн, С.В. Лебедев, И.Г. Репин

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр»,
ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ

В статье анализируются данные современной мировой литературы, посвященные вопросу комбинированных операций на органах желудочно-кишечного тракта, печени и поджелудочной железе. Приводятся мнения различных авторов по поводу расширения показаний к выполнению расширенных комбинированных операций при распространенном онкологическом процессе желудка, толстой и прямой кишки. Оценивается риск развития послеоперационных осложнений при выполнении сочетанных операций на двух и более органах. Представляется актуальным поиск путей расширения показаний и объема выполнения комбинированных оперативных вмешательств. Данное обстоятельство диктует необходимость совершенствования терминологии, классификации данных операций, оптимизации показаний к их выполнению, выбора доступов, последовательности этапов высокотравматичного хирургического вмешательства, особенности ведения послеоперационного периода, совершенствования хирургической техники и инструментария.

Ключевые слова: комбинированные оперативные вмешательства.

Вопрос о целесообразности выполнения комбинированных операций по поводу опухолей, локализуемых в различных отделах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) остается дискуссионным. Данные литературы свидетельствуют, что перед хирургами часто возникает вопрос об усложнении и увеличении объема оперативного вмешательства со злокачественными новообразованиями органов ЖКТ. У 15% больных колоректальным раком имеются метастазы при первичном диагнозе [19]. Распространенные формы рака желудка первично диагностируются у 50–80% пациентов, среди которых больные с 4-ой стадией рака составляют только около 25% [3, 40, 54], следовательно, остальные могут быть оперированы. По данным 30-го американского хирургического симпозиума (Phoenix, 2003), пациенты с распространенными формами рака поджелудочной железы составляют 40–50%. Все это требует изучения и разработки принципов лечения. Многие хирурги указывают на возможное увеличение частоты хирургических и анестезиологических осложнений, повышение летальности после комбинированных операций [6, 7, 8, 10, 20, 23, 25, 28, 42, 51, 54, 67].

Первые попытки комбинированных вмешательств предпринимались достаточно давно. В 1887 Н.А. Вельяминов осуществил оперативное вмешательство на прямой кишке и владалище [2]. В 50-е годы прошлого сто-

летия Е.Л. Березов успешно выполнял одновременно с резекцией желудка и гастрэктомией спленэктомию, резекцию печени и поджелудочной железы, резекцию поперечной ободочной кишки [1].

Однако на рубеже 50–60 годов существовало мнение об онкологической неэффективности комбинированных операций при распространенных формах рака органов брюшной полости [4]. В связи с этим в течение многих лет преобладали паллиативные операции, направленные на ликвидацию осложнений, вызванных опухолью (непроходимость, кровотечение, перфорация).

Развитие хирургии в 60-е годы характеризуется повышением интереса к комбинированным операциям на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. В первую очередь это относится к раку желудка, при котором лимфодиссекция признана ключевым этапом операции. После образования Японского общества по изучению рака желудка (JRS GC) были приняты «Основные правила по изучению рака желудка в хирургии и патологии (Japanese Research, 1981)». Согласно этим правилам, в зависимости от локализации опухоли были выделены три основные группы лимфоузлов N1, N2, N3. Первая группа включает в себя лимфоузлы связок желудка (N1). Во вторую группу (N2) входят над- и подпривратниковые лимфоузлы, лимфоузлы вдоль левой желудочной и общей печеночной артерии, вокруг чрев-

ного ствола, вдоль селезеночной артерии, лимфоузлы ворот селезенки и правые паракардиальные. Третью группу (N3) представляют лимфоузлы печеночно-двенадцатиперстной связки, ретропанкреатодуоденальные, лимфоузлы корня брыжейки, левые паракардиальные. Дополнительно введена категория N4, которая включает лимфоузлы вдоль средней ободочной артерии и парааортальные лимфатические узлы.

В 1995 году Японское общество по изучению рака, в соответствии с рекомендациями UICC приняло решение об обозначении лимфодиссекции символом D (Dissection) (Japanese Research, 1995). Лимфодиссекция узлов первой группы расценивается как D1. Диссекция узлов первой и второй групп (N1+N2) соответствует степени D2. Удаление лимфоузлов всех трех групп (N1+N2+N3) относится к D3. Лимфодиссекция D4 включает в себя удаление N1, N2, N3, N4.

Анализ литературных данных показал, что до настоящего времени четко не определена эффективность лимфодиссекции при раке желудка. Многие авторы указывают на повышение частоты лечебных резекций с 28% до 68% [54, 56], а увеличение двухлетней выживаемости с 20% до 35%, достижение 5-летней выживаемости до 30% при лимфодиссекции D2 [52]. E. Roderich (2002) считает, что гастрэктомия с расширенной лимфодиссекцией снижает риск локорегиональных рецидивов, а большинство рецидивов представляют собой отдаленные метастазы или канцероматоз.

Chikara K. (2001) [9] рекомендует при раке верхней трети желудка выполнение лимфодиссекции в объеме D3, либо лимфодиссекцию всей брюшной полости. Isozaki H. (1999) сообщает об увеличении 5-летней выживаемости с 4,2% до 16,7% после D4 при поражении парааортальных лимфоузлов.

В свою очередь ряд авторов ставят под сомнение эффективность D2 [22, 50, 53]. Имеет значение и высокий риск послеоперационных осложнений, связанных с расширенной лимфодиссекцией [6, 7, 10, 20, 25].

Подобная ситуация сложилась и в отношении оперативных вмешательств на соседних с пораженным желудком органах. Существуют сообщения, в которых лимфодиссекцию в объеме D2 предлагается дополнять резекцией поджелудочной железы, либо панкреатэктомией и спленэктомией [12, 16, 35, 48]. Однако ряд исследований [7, 20, 51, 54] доказал, что вышеуказанный объем лимфодиссекции не влияет на прогноз по сравнению с D1 и приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений, связанных с резекцией хвоста поджелудочной железы.

Вот почему ряд авторов [36, 38, 48] сужает показания к комбинированной гастрэктомии при очевидном или подозреваемом проникновении в поджелудочную железу. Для самых тяжелых случаев предлагается так называемая левая верхняя брюшная эвисцерация (гастрэктомия, спленэктомия, резекция селезеночного угла толстой кишки, резекция либо удаление поджелудочной железы, резекция левого надпочечника). По мнению Piso P. (2002) комбинированные операции при распространенном раке желудка позволяют максимально добиться радикальности операции (R0).

В 1993 году Германская группа по изучению рака желудка при анализе результатов хирургического лечения 2394 пациентов указала на улучшение отдаленных ре-

зультатов на 12% без увеличения числа послеоперационных осложнений и показателей летальности [58]. Однако достоверное улучшение отдаленных результатов было получено только при II и IIIA стадиях онкологического процесса.

Таким образом, комбинированные операции позволяют улучшить результаты лечения пациентов с раком желудка. Однако рандомизированные исследования достоверно подтверждают данное обстоятельство только для II и IIIA стадии онкологического процесса. Высокий риск послеоперационных осложнений указывает на необходимость поиска путей улучшения непосредственных результатов данных высокотравматичных операций.

Литературные данные свидетельствуют, что комбинированные операции улучшают отдаленные результаты хирургического лечения рака поджелудочной железы. O. Ishikawa (2002) отметил, что расширенная лимфаденэктомия, включающая скелетирование селезеночной и селезеночной и нижней мезентериальной вены, удаление лимфоузлов и лимфатической ткани в ретроперитонеальном пространстве, а также в области чревного ствола и слияния мезентериальных вен значительно снижают вероятность локорегиональных рецидивов. Необходимость данного объема лимфодиссекции подтверждается ранним проникновением опухолевых клеток в близлежащие ткани даже при относительно малых (до 4 см) размерах опухоли в пределах капсулы поджелудочной железы.

Fortner J.G. в 1973 году предложил операцию, названную «региональной панкреатэктомией». Операция включала удаление поджелудочной железы с прилегающей тканью и первичным лимфатическим коллектором, резекцию портальной вены с восстановлением портального кровотока анастомозом конец-в-конец портальной вены и верхней брыжеечной вены. В удаляемый блок включается и начальная часть верхней брыжеечной артерии. Кровоснабжение кишечника и печени осуществлялось с использованием синтетического трансплантата. В 1984 г. Fortner представил анализ результатов лечения 61 пациента. Согласно последним, резектабельность составила 30%, операционная летальность уменьшена с 32% до 8%, послеоперационные осложнения снизились с 76% до 55%. O. Ishikawa (1988, 1992) указывает на улучшение выживаемости после региональной панкреатэктомии.

Однако расширенная панкреатодуоденальная резекция (ПДР) требует четких обоснований для выполнения и доступна небольшому числу хирургов. В ряде случаев после данной операции развиваются такие специфические осложнения, как аррозивное кровотечение, массивная лимфоррея, длительная (до 1 года) секреторная диарея, что в значительной мере утяжеляет послеоперационный период и требует длительного лечения [27]. ПДР, выполненная в стандартном варианте, считается в настоящее время операцией выбора при раке поджелудочной железы [41].

Таким образом, существуют две крайние точки зрения на оперативное лечение пациентов со злокачественными новообразованиями поджелудочной железы. Первая – отказ от радикальных операций в пользу паллиативных вмешательств, и другая – выполнение комбинированной операции. Данное обстоятельство подтверждает актуальность дальнейшего изучения эффективности комбинированных хирургических вмешательств при онкопатологии поджелудочной железы.

Достаточно долгое время наличие распространенных форм колоректального рака (особенно наличие отдаленных метастазов в печени) являлось противопоказанием к попытке выполнения радикальной операции [4]. Однако в настоящее время совершенствование техники и тактических подходов к выполнению вмешательств позволили увеличить 5-летнюю выживаемость больных с колоректальным раком до 38–51% и уменьшить число рецидивов опухоли с 77% до 36% [17, 18, 21, 24, 43]. Достаточно редкое метастазирование в лимфоузлы (даже при T4) способствует выполнению радикальных операций [18].

Несмотря на то, что в 15% случаев опухоль толстой кишки может распространяться практически на все органы брюшной полости [43, 60], многие авторы рекомендуют выполнять мультивисцеральные резекции при распространенных формах рака толстой кишки даже при паллиативном объеме операции, не исключая и панкреатодуоденэктомию [30, 39, 49, 59, 63].

При местнораспространенном раке прямой кишки предлагается тазовая эвисцерация [57]. Многие авторы указывают на относительную переносимость данных операций с низкой летальностью (около 3,7–5%) [34, 59, 68] и увеличение 5-летней выживаемости с 21–32% до 58% [44, 47, 61, 66]. Несмотря на высокий риск послеоперационных осложнений, [8, 23, 42, 67] S. Sokmen (1999) [59] предлагает расширять показания для оперативного лечения распространенного рака прямой кишки.

Метастазы в печени достаточно часто встречаются у пациентов с колоректальным раком, и хирургическое удаление – единственный путь продлить жизнь данным больным. Распространено мнение, что резекции печени лучше выполнять вторым этапом после восстановления пациента, перенесшего первую операцию. Однако ряд авторов [14, 55] свидетельствует, что резекция при таких синхронных поражениях достаточно безопасна и обеспечивает 5-летнюю выживаемость в пределах 25–40% [11, 45, 62, 64]. В.Д. Федоров (1990) [4] также указывает на допустимость и целесообразность комбинированных операций по поводу рака прямой кишки и единичных (1–3) метастазов в печень. Elias D. (1995) [14] обращает внимание на необходимость адекватного доступа, низкого риска печеночной недостаточности, дополнение низкого ректального анастомоза колостомой.

Eduardo de Santibañes (2002) [11] на основании опыта выполнения одномоментных операций по поводу колоректального рака с метастазами в печень утверждает, что прогностическими факторами являются: стадия опухоли, количество метастазов, их диаметр (меньше или больше 5 см), граница резекции (больше или меньше 1 см от края опухоли). Подобного мнения придерживается и Kremer В. (1998) [40].

Ряд авторов при сравнении вышеуказанных групп операций отметили снижение числа послеоперационных осложнений в группе одномоментных вмешательств, не нашли значимых различий в летальности и 5-летней выживаемости [11, 31, 40, 46, 65]. С другой стороны двухмоментные вмешательства приводят к увеличению операционного времени. В свою очередь Doko M. (2000) не обнаружил различий количества послеоперационных осложнений после одно- и двухмоментных операций, а по данным Kimura F. (1996) число послеоперационных осложнений статистически больше после одномоментных операций.

Существуют наблюдения успешной одномоментной резекции печеночных и легочных метастазов колоректального рака [5, 33].

Таким образом, применение комбинированных операций для лечения распространенных форм колоректального рака позволило улучшить радикальность оперативного вмешательства и показатели 5-летней выживаемости. Совершенствование оперативной техники, резекция пораженных органов единым блоком, низкая встречаемость регионарных метастазов способствовали этому. Многие авторы рекомендуют расширять объем оперативного вмешательства не только для достижения радикальности операции, но и для выполнения паллиативного хирургического вмешательства. Однако достаточно значительное число послеоперационных осложнений, особенно при раке прямой кишки, диктуют дальнейшее совершенствование подходов к выполнению данных высокотравматичных операций.

Исходя из вышесказанного, на данном этапе развития методов предоперационной диагностики, анестезиологического пособия и реанимационной службы представляется актуальным поиск путей расширения показаний и объема выполнения комбинированных оперативных вмешательств. Данное обстоятельство диктует необходимость совершенствования терминологии, классификации данных операций, оптимизации показаний к их выполнению, выбора доступов, последовательности этапов высокотравматичного хирургического вмешательства, особенности ведения послеоперационного периода, совершенствования хирургической техники и инструментария.

Литература

1. Березов Е.Л. *Расширенные и комбинированные операции при раке.* – М., 1967.
2. Вельяминов Н.А. *О вылуцении прямой кишки с предварительной или одновременной колотомией по Schinzinger-Madeleng.* Дис. – СПб., 1896.
3. Тарасов В.А., Виноградова М.В., Клещиков В.З., Беляев А.М., Андреасян А.Г. // *Практическая онкология*, 2001, № 3(7), с. 52–58.
4. Федоров В.Д., Одарюк Т.С., Шелыгин Ю.А. // *Хирургия*, 1990, № 4, с. 50–53.
5. Ambiru S, Miyazaki M, Ito H, Nakagawa K, Shimizu H, Kato A, Nakamura S, Omoto H, Nakajima N. // *Cancer*. 1998 Jan 15;82(2):274–278.
6. Bonenkamp JJ, Hermans J, Sasako M, van de Velde CJ. // *N Engl J Med* 1999;340:908–914.
7. Bonenkamp JJ, Songun I, Hermans J, Sasako M, Welvaart K, Plukker JTM, van Elk P, Obertop H, Gouma DJ, Taat CW, van Landschot J, Meyer S, de Graaf PW, von Meyenfeldt MF, Tilanus H, van de Velde CJH // *Lancet* 1995;345:745–748.
8. Chen HS, Sheen-Chen SM. // *World J Surg* 2001, 25(12):1546–1549.
9. Chikara K, Hiroshi S, Masato N, Hirotoshi A, Goro M, Hidetaka O. // *Hepatogastroenterology* 2001;48:908–912.
10. Dent D., Madden M., Prise S. // *Surg. Oncology Clin. North America.* – 1993. – № 2 (3). – P. 433–441.
11. deSantibañes E, Lasalle F, McCormack L, et al. // *J Am Coll Surg* 2002;195:196–202.
12. Dogiletto TB, Pacelli F. et al. // *Arch. of Surg.* – 2000. V.135. P. 1.

13. Doko M, Zovak M, Ledinsky M, Mijic A, Peric M, Kopljar M, Culinovic R, Rode B, Doko B. // *Antropol.* 2000 Dec;24(2):381–90.
14. Elias D, Detroz B, Lasser P, Plaud B, Jerbi G. // *Am J Surg.* 1995 Feb;169(2):254–60.
15. Fortner J.G. // *Surgery* 1973, 307–320
16. Fujimaki M, Soga I, Wada K, et al. // *Cancer (Phila.)*. 1972. V. 30. P. 660–664
17. Gall FP, Tonak J, Altendorf A. // *Dis colon rectum* 1987, 30(5):337–41.
18. Gebhardt C, Mayer W, Rukriegel S, Merier U. // *Langenbeck's Arch Surg* 1999, 84(2):194–199.
19. Greenlee R.T. et al. // *CA Cancer J Clin*, 2001, 50:733
20. Guschieri A., Fayers P., Fielding et al. // *Lancet.* – 1996. – № 347. – P. 995–999.
21. Hagmu ller E, Lorenz D, Sturm J, Richter A, Trede M: *Langzeitüberlebennach chirurgischer Therapie von kolorektalen T4 Karzinomen* // *Zentralbl Chir* 1995, 120:815–20.
22. Hanazaki K., Sodeyama H., Mochizuki Y. et al. // *Hepatogastroenterology.* – 1999. – Vol. 46(28). – P. 2677–2682
23. Harish K., Narayanaswamy Y.V., Nirmala S. // *International Seminars in Surgical Oncology* 2004, 1:8
24. Hermanek P. // *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd.* 1992,; 95–100
25. Iriyama K, Asakawa T, Koike H, Nishiwaki H, Suzuki H. // *Arch. Surg.* 1989;124:309–311.
26. Ishikawa O et al. // *Acta Gastroenterol Belg* 2002; 65:166
27. Ishikawa O., Ohigashi H., Imaoka S., Furukawa H., Sasak Y., Fujita M., Kuroda C., & Iwanaga T. // *Ann Surg.* 1992. 21:5231–5236
28. Ishikawa O., Ohigashi H., Sasaki Y., Kabuto T., Fukuda I, Furukawa H., Imaok S, & Iwanaga T. // *Ann Surg* 208, 215–220 (1988)
29. Isozaki H., Okajima K., Fujii K. et al. // *Hepatogastroenterology.* – 1999. – Vol. 46(25). – P. 549–554.
30. Izbicki JR, Hosch SB, Knoefel WT, Passlick B, Bloechle C, Broelsch CE. // *Dis Colon Rectum* 1995, 38(12):1251–6.
31. Jaeck D, Bachellier P, Weber JC, Mourad M, Walf P, Boudjema K. // *Ann Chir.* 1996;50(7):507–12
32. *Japanese Research Society for Gastric Cancer* // *Japanese J. Surg.* – 1981. – № 11 (2). – P. – 127–139.
33. Jatzko G, Wette V, Muller M, Lisborg P, Klimpfinger M, Denk H. // *Int J Colorectal Dis.* 1991 May;6(2):111–4.
34. Jurgens C, Peitgen K, Walz MK, Krege S, Eigler FW. // *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd.* 1998;115:338–41
35. Kakeji Y, Korenaga D, Baba H. et al. // *J Surg Oncol.* 1995. V. 59(4). 215–219
36. Kasakura Y, Masashi F, Mochizuki F, Kochi M, Kaiga T. // *Am J Surg* 2000;179:237–242.
37. Kimura F, Miyazaki M, Suwa T, Kakizaki S, Itoh H, Kaiho T, Ambiru S, Shimizu H. // *Br J Surg.* 1996 Jul;83(7):1002–6.
38. Kitamura K, Nishida S, Ichikawa D, Taniguchi H, Hagiwara A, Yamaguchi T, Sawai K. // *Br J Surg* 1999;86:119–122.
39. Koea JB, Conlon K, Paty PB, Guillem JG, Cohen AM. // *Dis Colon Rectum* 2000, 43(4):460–5.
40. Kremer B, Vogel I, Henne-Bruns D. // *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd.* 1998;115:143–147.
41. Kuvshinoff Boris W., Bryer Mark P. // *Cancer Control September/October* 2000, Vol. 7, No.5. P. 428–436
42. Law WL, Chu KW, Choi HK. // *J Am Coll Surg* 2000, 190(1):78–83.
43. Lehnert T, Methner M, Pollok A, Schaible A, Hinz U, Herfarth C. // *Ann Surg* 2002, 235(2):217–225.
44. Lowy AM, Rich TA, Skibber JM, et al. // *Ann Surg* 223: 177–185, 1996
45. Lyass S, Zamir G, Matot I, Goitein D, Eid A, Jurim O. // *J Surg Oncol* 2001;78: 17–21.
46. Martin R. // *Journal of the American College of Surgeons* – 01-AUG-2003; 197(2): 233–41
47. Nestor F. Esnaola, Scott B. Cantor, Margo L. Johnson, Attiqah N. Mirza, Alexander R. Miller, Steven A. Curley, Christopher H. Crane, Charles S. Cleeland, Nora A. Janjan, John M. Skibber. // *Journal of Clinical Oncology, Vol 20, Issue 21 (November), 2002: 4361–4367*
48. Piso P, Bellin T, Aselmann H, Bektas H, Schlitt H.J, Klemptner J. // *Dig Surg* 2002;19:281–285
49. Praderi RC, Harretche M, Estefan A, Parodi H, Hernandez W, Boudrandi S, Navarrete H. // *Acta Gastroenterol Latinoam.* 1999; 29(3):95–9.
50. Robertson CS, Chung SC, Woods SD, Griffin SM, Raimes SA, Lau JT, et al. // *Ann Surg* 1994;220:176–182.
51. Roderich E. Schwarz, MD, PhD and Kathryn Zagala-Nevarez, PA. // *Annals of Surgical Oncology.* 2002. 9:394–400
52. Roukos D.H., Lorenz M., Encke A. // *Surgery.* – 1998. – Vol. 123(5). – P. 573–578.
53. Sasako M.J. // *Gastroenterol.* – 2000. – Vol. 35 (12). – P. 116–120
54. Schmid A, Thybusch A, Kremer B, Henne-Bruns D. // *Hepatogastroenterology.* 2000 Mar-Apr; 47(32): 579–585.
55. Schwarz RE. // *Official Journal of The International Hepato Pancreato Biliary Association. Volume 5, Number 1 / March 2003. P. 27 – 32*
56. Shimada J, Nishiyama K, Saton S. et al. // *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi.* – 1995. – Vol. 43(4).– P. 511–514
57. Shirouzu K, Isomoto H, Kakegawa T. // *Br J Surg* 1996, 83(1):32–5.
58. Siewert J.R., Botcher R., Roder J.D., Busch R., Hermanek P., Meyer H.J. // *Br. J. Surg.* – 1993. – № 80 (8). – P. 1015–1018.
59. Sokmen S, Terzi C, Unek T, Alanyali H, Fuzun M. // *Int J Colorectal Dis* 1999, 14(6):282–5.
60. Sugerbaker PH, Corlew S. // *Dis Colon Rectum* 1982;25:545–57.
61. Suzuki K, Dozois RR, Devine RM, et al. // *Dis Colon Rectum* 39: 730–736, 1996
62. Taylor M, Forster J, Langer B, Taylor BR, Greig PD, Mahut C. // *Am J Surg* 1997;173: 467–71.
63. Turollo A, Balani A, Tonello C, Ziza F, Roseano M. // *Ann Ital Chir* 1998, 69(5):639–44. discussion 645–6
64. Wanebo HJ, Chu QD, Vezeridis MP, Soderberg C. // *Arch Surg* 1996;131:322–8.
65. Weber J.C.; Bachellier P.; Oussoultzoglou E.; Jaeck D. // *Br J Surg August* 2003, vol. 90, no. 8, pp. 956–962(7)
66. Willett CG, Shellito PC, Tepper JE, et al. // *Cancer* 1991, 67: 1504–1508.
67. Yamada K, Ishizawa T, Niwa K, Chuman Y, Aikou T. // *Dis Colon Rectum* 2002, 45:1078–1084.
68. Yamada K, Ishizawa T, Niwa K, Chuman Y, Aikou T. // *Dis Colon Rectum* 2002, 45:1078–1084.
69. Yamada K, Ishizawa T, Niwa K, Chuman Y, Aikou T. // *Dis Colon Rectum* 2002, 45:1078–84.

Хирургические аспекты хронического панкреатита

Е.И. Брехов, В.В. Калинин, М.В. Коробов, Н.С. Бордан

Кафедра хирургии ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ

За последние 30 лет в мире отмечен двукратный рост пациентов с хроническим панкреатитом.

Несмотря на бурное развитие в последнее десятилетие малоинвазивных вмешательств на поджелудочной железе и парапанкреатических структурах, прямые (открытые) хирургические методы продолжают занимать ведущую позицию в лечении хронического панкреатита и его осложнений.

Мы располагаем опытом комбинированного и комплексного хирургического лечения более 250 пациентов с хроническим панкреатитом. Используемая лечебно-диагностическая тактика, включая период восстановительного лечения, позволяет нам снизить количество ранних и поздних послеоперационных осложнений, восстанавливать трудоспособность у большого количества больных в оптимальные сроки.

Ключевые слова: хронический панкреатит, хирургическое лечение.

Хронический панкреатит —полиэтиологическое и полипатогенетическое заболевание, преимущественно воспалительной природы, с фазово-прогрессирующими очаговыми, сегментарными или диффузно-дегенеративными, чаще постдеструктивными изменениями экзокринной ткани с атрофией железистых элементов (панкреатоцитов) и замещением их соединительной тканью; изменениями в протоковой системе поджелудочной железы с образованием кист, кальцификатов и конкрементов с нарушением экзосекреторной и инкреторной функции различной степени [3,6,7,8].

За последние 30 лет в мире отмечен двукратный рост пациентов с хроническим панкреатитом. По данным разных авторов, среди населения развитых стран распространенность хронического панкреатита варьирует от 0,2% до 0,68%, а среди заболеваний пищеварительной системы от 6% до 9% и составляет 25 случаев на 100 тысяч населения [5]. Кроме того, что лечение хронического панкреатита является нерешенной задачей современной панкреатологии, в связи с длительной потерей трудоспособности и высокой инвалидизацией это заболевание является еще и серьезной социально-экономической проблемой.

Основными этиологическими факторами хронического панкреатита являются алкоголь, заболевания желчного пузыря и желчных путей [1,2,3,11].

Имеет место вопрос: «Являются ли пациенты с хроническим панкреатитом лицами повышенного онкологического риска?». Несмотря на слабую корреляцию между хроническим панкреатитом и раковой трансформацией поджелудочной железы, многие авторы относят данное заболевание к предраковым.

Существует достаточно много классификаций хронического панкреатита (Международная Марсельская и Марсельско-Римская). В настоящее время наиболее используемой является классификация хронического панкреатита TIGAR-O [6].

Классификация хронического панкреатита TIGAR-O:

1. Токсико-метаболический.
2. Идиопатический.
3. Наследственный.
4. Аутоиммунный.
5. Рецидивирующий и тяжелый.
6. Обструктивный.

Для определения наиболее рациональной тактики, необходимого оперативного лечения, интерес для хи-

рургов представляют две последние формы заболевания (5 и 6).

Хирургическое лечение хронического панкреатита можно разделить на два основных направления:

1 — устранение его первоначальной причины при холангиогенном панкреатите (при сочетанном поражении билиарно-панкреатической системы);

2 — лечение осложнений перенесенного острого деструктивного панкреатита, чаще всего разнообразные хирургические вмешательства по поводу псевдокист поджелудочной железы.

От этого зависит выбор метода оперативного лечения. При холангиогенном хроническом панкреатите выбор хирургического вмешательства определяется в зависимости от степени обтурирующего или стенозирующего поражения магистральных желчных протоков и большого дуоденального сосочка, вызывающего гипертензию как в желчевыводящей системе, так и в протоках поджелудочной железы. Существенное значение имеет и выбор времени выполнения оперативного вмешательства. При билиарном (холангиогенном) панкреатите целесообразно прибегать к операции в ближайшее время после выявления подобных форм поражения поджелудочной железы. Операции по поводу постнекротических изменений (кистозных образований), исходящих из поджелудочной железы, или тесно связанных с ней, должны проводиться только после стихания острых воспалительных изменений, когда можно объективно определить метод, вид и объем вмешательства. Нарушая эти принципы, не удастся получить оптимальный результат.

Необходимо подчеркнуть, что при хирургическом лечении хронического панкреатита далеко не всегда можно ограничиться лишь одним из методов оперативного пособия. Часто возникает необходимость использования комбинированных вмешательств, как на самой поджелудочной железе, так и на желчных путях и большом дуоденальном сосочке [12,14,19].

Для выбора правильной и оптимальной хирургической тактики необходимо проведение соответствующих диагностических мероприятий. Первостепенное значение имеют инструментальные методы обследования: УЗИ, КТ, ЭРХПГ. Современные диагностические возможности позволяют получить не только непосредственное изображение поджелудочной железы, но и определить точную локализацию поражения, распространенность процесса и в большинстве случаев предположить

Таблица

Балльная система диагностики хронического панкреатита

Оцениваемые параметры	Баллы
Кальцификация поджелудочной железы	4
Характерные гистологические изменения	4
Характерные изменения по УЗИ или ЭРХПГ (см. Кембриджскую классификацию)	3
Экзокринная недостаточность поджелудочной железы	2
Приступы панкреатита и/или хроническая абдоминальная боль	2
Сахарный диабет	1
Диагноз хронического панкреатита ставится в случае 4 и более баллов	

морфологический субстрат. Наиболее рациональной является балльная система диагностики хронического панкреатита по P. Layer и U. Melle (2005) (таблица). Где основными оцениваемыми параметрами являются структурные изменения, полученные при лучевых методах исследования (ЭРХПГ, УЗИ и КТ), соответствующие наиболее применяемой, нижеприведенной классификации (рисунок).

Эндоскопические методы лечения показаны при обструктивных формах хронического панкреатита, эффективность их при этом составляет 85–90%. Эти манипуляции на большом дуоденальном сосочке, протоке поджелудочной железы, желчных протоках (папиллосфинктеротомия, извлечение конкрементов, дилатация, эндопротезирование) могут являться как самостоятельными видами, так и этапами комплексного хирургического лечения.

При формирующихся псевдокистах предпочтение отдается выжидательной тактике, т.к. стихание острых воспалительных изменений и образование надежной фиброзной оболочки кисты создает приемлемые условия для наложения панкреатодигестивных анастомозов и резекционных вмешательств. Однако, при возникновении осложнений в процессе формирования постнекротических кист (нагноение, угроза перфорации и т.д.) требуются неотложные мероприятия для их устра-

нения. В настоящее время предпочтение отдается чрезкожным пункционным вмешательствам под ультразвуковым контролем. Кроме того, наружное дренирование под контролем УЗИ является одним из эффективных самостоятельных методов лечения ложных кист поджелудочной железы. Дренаж в полости кисты может находиться от нескольких дней до нескольких недель и месяцев. Через него возможно проведение не только диагностических манипуляций (фистулография), но и лечебных мероприятий: промывание полости растворами антисептиков, активная аспирация ее содержимого и т.п. В других случаях малоинвазивные манипуляции могут сочетаться с эндоскопическими хирургическими методами или являться подготовительным этапом к прямому оперативному вмешательству.

Прямые оперативные вмешательства на поджелудочной железе.

Прежде всего, необходимо отметить, что хирургическое лечение хронического панкреатита не может в полной мере устранить уже наступившие структурные поражения поджелудочной железы. Подбор адекватных хирургических вмешательств направлен только на стабилизацию патологического процесса, замедление его прогрессирования. Несмотря на бурное развитие в последнее десятилетие малоинвазивных вмешательств на поджелудочной железе и парапанкреатических структурах, прямые (открытые) хирургические методы продолжают занимать ведущую позицию в лечении хронического панкреатита и его осложнений. Методики операций при хроническом панкреатите постоянно совершенствуются. Выбор адекватного метода хирургического вмешательства зависит от формы данного заболевания, состояния органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, оцениваемого на основании детального обследования, и определяется несколькими основными факторами: локализацией и распространением поражения поджелудочной железы, состоянием главного панкреатического протока, наличием осложнений. Целью операций на поджелудочной железе является улучшение качества жизни и восстановление трудоспособности. Считается, что идеальная операция при хроническом панкреатите должна обеспечивать ликвидацию боли, купировать местные осложнения и возможность их рецидивов, восстанавливать или улучшать экзокреторную и инкреторную функции поджелудочной железы. Кроме стойких болей при нарушении пассажа панкреатического сока в 12-перстную кишку, соответственно уменьшается содержание панкреатических ферментов, что активизирует энзимозависимую обратную регуляцию экзокреции. Это, в свою очередь, способствует повышению внутрипротокового давления. Поэтому современные хирургические вмешательства при хроническом панкреатите, разрывающие этот порочный круг являются патогенетически обоснованными.

В настоящее время в этом разделе хирургической панкреатологии определено два направления, основанных на выполнении только дренирующих операций либо резецирующих с дренированием главного панкреатического протока. Резецирующие операции (с обязательным дренированием панкреатического протока) направлены на удаление необратимо патологически измененной части поджелудочной железы. Если таких



Рис. Классификация изменений.

изменений нет, выполняется только органосохраняющая дренирующая операция, восстанавливающая отток панкреатического сока за счет формирования панкреатоэнтероанастомоза.

Наиболее частыми операциями на поджелудочной железе являются вмешательства по поводу постнекротических кист, то есть операции при псевдокистозном хроническом панкреатите. Выявление такого кистозного поражения поджелудочной железы в большинстве случаев определяет и показания к оперативному лечению, которые в значительной мере зависят от стадии и срока существования кисты. В зависимости от локализации, величины и степени зрелости кистозного образования выполняются различные операции внутреннего дренирования: цистогастростомия, цистоеюностомия и цистодуоденостомия.

Успех хирургического лечения в значительной мере определяется комплексом лечебных мероприятий, проводимых в до- и послеоперационном периодах и направленных на восстановление или компенсацию утраченных функций, а также профилактику возможных осложнений. Предоперационная подготовка больных с хроническим панкреатитом направлена на коррекцию расстройств функции органов дыхания, кровообращения, печени и почек при осуществлении контроля водно-электролитного и белкового балансов. Кроме того, в комплексную, общепринятую подготовку должны входить мероприятия, направленные на нормализацию функционального состояния поджелудочной железы за счет уменьшения воспалительных изменений в ней и коррекцию моторно-эвакуаторных нарушений дуоденопанкреатобилиарной зоны [4,9,10,13,15,16]. Традиционно используются релаксанты гладкой мускулатуры, желативно селективного типа действия, не оказывающие влияния на мускариновые рецепторы. В предоперационном периоде практически всегда показана энзимотерапия для перевода поджелудочной железы в режим ее секреторной минимизации, за счет генерализованного и селективного обратного торможением секреции [17,18,20,21,22,23].

Мы располагаем опытом комбинированного и комплексного хирургического лечения более 250 пациентов с хроническим панкреатитом.

По нашим наблюдениям, в результате проводимой предоперационной подготовки достоверно уменьшились болевой синдром, явление диспепсии, симптомы внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, отмечалась положительная динамика в биохимических показателях крови. В послеоперационном периоде еще и в качестве заместительной терапии, зависящей от характера и объема оперативного вмешательства всегда проводилась антисекреторная терапия препаратом сандостатин по схеме. Подобная комплексная терапия позволила снизить частоту развития о. послеоперационного панкреатита в 2,5 раза. После выписки из стационара данная категория больных должна находиться на диспансерном наблюдении, получать комплексную ферментокорректирующую терапию, а также препараты, нормализующие моторно-эвакуаторные нарушения. Используемая лечебно-диагностическая тактика, включая период восстановительного лечения, позволяет нам снизить количество ранних и поздних послеоперационных осложнений, восстанавливать тру-

доспособность у большого количества больных в оптимальные сроки.

Таким образом, необходимо своевременно определить показания к хирургическому лечению хронического панкреатита и его осложнений. Независимо от типа проведенного хирургического лечения пациенты данной категории должны подлежать длительному динамическому наблюдению и проведению активных реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Буклис Э.Р., Ивашкин В.Т. Хронический панкреатит: этиология, патофизиология и консервативная терапия // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, том XVI, №6 2006.
2. Губергриц Н.Б., Христич Т.Н. Клиническая панкреатология. — Донецк: ООО «Лебедь», 2000. — 416 с.
3. Ивашкин В.Т., Султанов В.К. Пропедевтика внутренних болезней. Питер, Санкт-Петербург, 2000.
4. Коротько Г.Ф. Секреция поджелудочной железы. — М.: «Триада-Х», 2002. — 224 с.
5. Маев И.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А. и др. Некоторые вопросы эпидемиологии хронического панкреатита // *Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения. — В сб.: Мат. Третьей Восточно-Сибирской гастроэнтерологической конференции / Под. ред. проф. В.В. Цуканова. — Красноярск, 2003. — С. 49–52.*
6. Маев И.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. — 504 с.
7. Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения // *Consilium medicum*. — 2002. — №1.
8. Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: эпидемиология, этиология, классификация // *Фарматека*. — 2007. — № 2. — С. 53–56.
9. Хендерсон Д.М. Патофизиология органов пищеварения. М., 1997; 288с.
10. Шифрин О.С., Юрьева Е.Ю., Ивашкин В.Т. Клиническое применение пензитол при хроническом панкреатите // *Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол.* — 2004. — № 1. — С. 32–34
11. Яковенко А.В. Клиника, диагностика и лечение хронического панкреатита // *Клин. мед.* — 2001. — № 9. — С. 15–20.
12. Ammann R.W., Muellhaupt B., *The natural history of pain in alcoholic chronic pancreatitis*. // *Gastroenterology* 1999, v.— 116 p 1132–1140,
13. Brown A., Hughes M., Tenner S. et al. Does pancreatic enzyme supplementation reduce pain in patients with chronic pancreatitis: A meta-analysis // *Am. J. Gastroenterol.* — 1997. — Vol. 92. — P. 2032–2035.
14. Chen R., Brentnall T.A., Pan S. et al. Quantitative proteomics analysis reveals that proteins differentially expressed in chronic pancreatitis are also frequently involved in pancreatic cancer. *Mol Cell Proteomics* 2007; 6:1331–1342.
15. DiMagno E.P. Gastric acid suppression and treatment of severe exocrine pancreatic insufficiency // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* — 2001. — Vol. 15. — P. 477–486.
16. Dominguez-Munoz J. E., Iglesias-Garcia J., Iglesias-Rey M. et al. Optimising the therapy of exocrine pancreatic insufficiency by the association of a proton pump inhibitor to enteric

coated pancreatic extracts // *Gut*. – 2006. – Vol. 55. – P. 1056–1057.

17. Gomez Cerezo J., Codocer R., Fernandez Callo P. et al. Basal and postprandial cholecystokinin values in chronic pancreatitis with and without abdominal pain // *Digestion*. – 1991. – Vol. 48. – P. 134.

18. Hartmann D., Felix K., Ehmann M. et al. Protein expression profiling reveals distinctive changes in serum proteins associated with chronic pancreatitis. *Pancreas* 2007; 35:334–342.

19. Howard T.J., Jones J.W., Sherman S. et al. Impact of pancreatic head resection direct medical costs in patients with chronic pancreatitis. // *Ann. Surg.*, 2001 vol. 234 p 661–667.

20. Layer P., Keller J., Lankisch P. C. Pancreatic enzyme replacement therapy // *Curr. Gastroenter. Rep.*, 2001, №3 P.101–108.

21. Nair R.J., Lawler L., Miller M.R. Chronic pancreatitis. // *American Family Physician*, №11, 76, 2007.

22. Omary M.B., Lugea A., Lowe A.W., Pandol S.J. The pancreatic stellate cell: a star on the rise in pancreatic diseases // *J. Clin. Invest.* – 2007. – № 117(1). – P. 50–59.

23. Shek F.W., Benyon R.C., Walker F.M., Raymond McCrudden P. Expression of Transforming Growth Factor- β 1 by Pancreatic Stellate Cells and Its Implications for Matrix Secretion and Turnover in Chronic Pancreatitis // *American Journal of Pathology*. – 2002. – № 160. – P. 1787–1798.

Редкие случаи злокачественных новообразований желудка различного происхождения

О. Н. Минушкин, О. В. Таратина

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ

Статья посвящена редким формам злокачественных новообразований желудка. Приведена классификация, описано три клинических случая.

Ключевые слова: злокачественные новообразования желудка.

Злокачественные новообразования занимают особое место в структуре гастроэнтерологической заболеваемости. Разумеется, лечение неоплазий желудка лежит в сфере онкологии, онкохирургии и гематологии, но на этапе, предшествующем постановке окончательного диагноза, таких больных курируют интернисты и гастроэнтерологи, и от их эрудиции и компетентности зависит своевременность и правильность постановки диагноза, а значит, — выживаемость больных. Целью этой статьи является расширение представления врачей-гастроэнтерологов и терапевтов о редких и атипично протекающих злокачественных опухолях желудка и вопросах диагностики этих заболеваний. Поводом для написания этой статьи послужили три клинических случая из числа пациентов гастроэнтерологического отделения ФГУ ОБП УДП РФ, которые могут проиллюстрировать некоторые положения литературного обзора и характерных диагностических ошибок.

Приблизительно 90–95% опухолей желудка злокачественны, из них наиболее распространен рак, на который приходится (по данным разных авторов) 85–95% всех злокачественных опухолей желудка. По уровню онкологической смертности рак желудка занимает второе место в мире после рака легкого [1]. В России разница между показателями заболеваемости и смертности от него ничтожна [2], выживаемость больных остается крайне низкой (5,5 – 25% за 5 лет) и за последнее столетие улучшилась лишь незначительно [3], что говорит о низкой эффективности ранней диагностики. Другие злокачественные опухоли желудка традиционно относятся к редким заболеваниям, составляют 0,5–5% всех новообразований желудка и потому мало освещаются в литературе. Диагностика этих заболеваний очень трудна, и даже при гастроскопии патологический процесс в желудке может быть не определен, а правильный диагноз устанавливается лишь после гистологического исследования удаленного препарата.

Классификация злокачественных опухолей желудка

Согласно Международной гистологической классификации опухолей ВОЗ [4], все злокачественные опухоли желудка можно разделить на 5 основных групп:

1. Эпителиальные опухоли — карциномы (рак) желудка различных гистологических типов;
2. Неэпителиальные опухоли — саркомы (GIST — гастроинтестинальная стромальная опухоль, лейомиосаркома, лейомиобластома, саркома Капоши и др.)

3. Опухоли нейроэндокринных клеток — карциноид желудка (типы I, II и III);
4. Злокачественные лимфомы желудка;
5. Вторичные опухоли желудка

Диагностика злокачественных опухолей желудка

Диагностика рака желудка основывается на сборе жалоб, данных анамнеза, данных клинического обследования и дополнительных методах исследования, направленных на визуализацию опухоли и получение морфологической верификации.

Однако, если в период диссеминации и роста первичной опухоли симптоматика яркая: значительная потеря веса, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, желудочные кровотечения (в случае функционально активных карциноидов — карциноидный синдром), то на ранних этапах жалобы больных часто неспецифичны: немотивированная слабость, утомляемость, снижение аппетита, переполнение желудка, чувство тяжести в нем, боли в эпигастрии, апатия. Клиническое обследование позволяет обнаружить опухоль лишь на поздних стадиях. Поэтому основу диагностики составляют инструментальные методы: классическая рентгенография желудка и фиброгастроскопия [6]. При этом, окончательный диагноз злокачественной опухоли желудка возможно поставить только после проведения гистологического исследования, а в ряде случаев необходимо и иммуногистохимическое исследование биоптатов (в случаях анаплазированного рака желудка, первичных и вторичных лимфосарком, карциноидов, GIST желудка). Вспомогательное значение имеют ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгеновская компьютерная томография (РКТ), магнито-резонансная томография (МРТ), позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) брюшной полости и забрюшинного пространства, эндоскопическая ультрасонография (ЭУС). Основное предназначение этих методов в диагностике опухолевого поражения желудка заключается в получении дополнительной информации о распространенности уже диагностированного новообразования на ближайшие анатомические структуры и выявление ближайших и отдаленных метастазов.

Но, чтобы назначить эти исследования, врач должен подумать о наличии опухоли. В целенаправленном онкообследовании нуждаются больные, жалующиеся на прогрессирующее недомогание, похудание, изменение или ухудшение аппетита, длительное повышение температуры тела,

кровотечение, необъяснимое повышение СОЭ. Настороженность должна быть удвоена при наличии у больного в анамнезе предраковых заболеваний или семейного анамнеза рака желудка. Необходимо также учитывать пределы разрешающей способности каждого метода и возможность ошибочных заключений исследователей. Существует немало публикаций об ошибках в ультразвуковой диагностике, лабораторной диагностике, морфологических исследованиях, рентгенологических исследованиях и ошибках при эндоскопии [7]. Кроме того, необходимо избавляться от некоторых штампов: что единственной формой злокачественных опухолей желудка является рак, а среди морфологических форм рака тотально преобладают его экзофитные формы, что онкопатология встречается только у пожилых пациентов и тому подобное.

Следует упомянуть, что «классическая» рентгенологическая семиотика опухолей желудка базируются непосредственно на изучении рельефа слизистой оболочки и сводится к выявлению дефекта наполнения барием, деформации контуров желудка, изменению рельефа слизистой, отсутствию или неравномерности складчатости слизистой и гашению перистальтики в участке поражения [3, 8, 9]. Однако эти признаки способны выявить лишь распространенные экзофитные морфологические формы неоплазий, которые активно проявляются на поверхности слизистой, но не позволяют выявить инфильтративные формы опухолей и ранние стадии экзофитных форм [3].

Возможность увидеть непосредственно измененную слизистую, взять биоптаты из подозрительных участков для последующего гистологического исследования, сделали эндоскопию одним из основных диагностических методов: она стала безраздельно господствовать в распознавании злокачественных новообразований. Благодаря эндоскопии некоторые формы рака желудка стали диагностироваться на более ранних стадиях, однако при эндофитных формах рака и при подслизистых опухолях визуальные эндоскопические признаки поражения слизистой могут отсутствовать, а значит, нет «подозрительных» участков для взятия биопсии. Поэтому совсем нередко при использовании эндоскопии в качестве единственного и достаточно способа выявления злокачественных новообразований желудка диагностика его оказывается слишком поздней и, как следствие, с практической точки зрения такие случаи довольно часто оказываются неоперабельными [9]. Для иллюстрации приведем наш первый клинический случай.

Клинический случай 1.

Больная Б., 37 лет. Поступила с диагнозом язвы желудка по направлению из поликлиники после проведенной в тот же день гастроскопии. Женщину беспокоили жалобы на интенсивную головную боль и боль в спине, головокружение, слабость, отсутствие аппетита, тошноту, значительное снижение веса, рвоту желчью, субфебрильные подъемы температуры до 37,5°C. При осмотре отмечалась бледность кожных покровов, болезненность при пальпации в эпигастральной области, обращало на себя внимание наличие на коже подмышечных впадин, лица, шеи и туловища (особенно на спине вдоль позвоночника) множественных подкожных плотных узелковых высыпаний, от 2 мм до 1 см в диаметре, безболезненных, без изъязвлений, кожа над некоторыми из них была гиперемирована. Заболевание началось остро за 5 месяцев до поступления в клинику с гриппоподобного состояния с высокой температурой (до 39°C), головной болью, болью в эпигастральной области, тошнотой и однократно возникшей рвотой кровью. При экстренной госпитализации в хирургическое отделение

районной больницы по данным ЭГДС впервые выявлена язва желудка, осложненная желудочным кровотечением, при повторном эндоскопическом исследовании через 2 недели консервативного противоязвенного лечения язву уже не обнаружили, больная была выписана с диагнозом язвенной болезни желудка в стадии ремиссии. Биопсия слизистой желудка не проводилась. После выписки общее состояние больной не улучшалось, появилась субфебрильная температура без озноба, сохранялась тошнота, нарастала интенсивность головных болей, появились боли в спине в проекции позвоночника, пропал аппетит, появился жидкий стул до 4 раз в сутки. Амбулаторно проведенные колоноскопии, гастроскопия патологии не выявили, на фоне лечения ферментами и эубиотиками стул нормализовался. Через 2 месяца от начала заболевания в подмышечных впадинах появились безболезненные узелковые высыпания 2–4 мм в диаметре, количество, размер и распространенность которых постепенно нарастали. Продолжалась потеря массы тела — 15 кг за 3 месяца, по поводу головных болей и болей в спине больная принимала до 5 таблеток анальгетиков в сутки. Через 4 месяца от начала заболевания больная вновь была госпитализирована, теперь уже в специализированный гастроэнтерологический стационар, где вновь обследована. При очередной ЭГДС выявлена лишь диффузная гиперемия слизистой желудка, расцененная как поверхностный гастрит. Для исключения диагноза целиакии (?) была проведена биопсия из залуковичных отделов двенадцатиперстной кишки, при этом биопсия собственно слизистой желудка проведена не была из-за отсутствия «подозрительных участков» слизистой желудка (не было обнаружено ни язвенного дефекта, ни эрозий, ни рубцов). При гистологическом исследовании признаков целиакии не выявлено. УЗИ брюшной полости, рентгенография позвоночника патологии не выявили, больная была выписана с диагнозом «Хронический гастрит. Астено-невротический синдром» и рекомендациями продолжить лечение у неврологов. Сохраняющиеся жалобы на тошноту, прогрессирующая слабость заставили больную через 3 недели после выписки провести фиброгастроскопию, на этот раз в одной из поликлиник МЦ. Исследование выявило глубокую язву на задней стенке нижней трети тела желудка, диаметром 2 см, с геморрагическим налетом; гиперемию слизистой пищевода и желудка, биопсия слизистой вновь не была проведена. В тот же день пациентка была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение ОБП. Из семейного анамнеза выяснилось, что мать пациентки умерла от рака желудка в возрасте 32 лет.

Так как пациентка поступила в стационар в день проведенной гастроскопии и с подробной выпиской из предыдущего стационара, ей был поставлен предварительный диагноз язвенной болезни желудка в стадии обострения на фоне приема НПВС, назначена противоязвенная терапия ингибиторами протонной помпы, антацидами, субцитратом висмута. Обследование же было направлено на выяснение причин неврологических и дерматологических жалоб, с последующей плановой гастроскопией через 10–11 дней.

При обследовании по данным общего анализа крови; развернутого биохимического анализа крови, анализа крови на иммунный статус и гормоны щитовидной железы патологических отклонений обнаружено не было, анализ кала на скрытую кровь был положительным.

Комплексное обследование головного мозга: ЭЭГ, РЭГ, УЗДГ сосудов головы и шеи, МРТ головного мозга выявило лишь признаки внутричерепной гипертензии, никаких объемных образований, очагов демиелинизации, кровоизлияний обнаружено не было. Рентгенография позвоночника также не прояснила картину. УЗИ, МРТ органов брюшной полости, рентгенологическое исследование грудной клетки патологии не выявили, за исключением массива уплотнения забрюшинной клетчатки вокруг брюшной аорты от уровня чревной артерии до почечных сосудов по данным МРТ.

Все это время больная получала активную противоязвенную терапию, которая давала клинический эффект в виде уменьшения тошноты и рвоты. Однако жалобы на слабость, головные боли и боли в позвоночнике, напротив, все время усиливались. Появи-

лась диплопия. Неврологическое обследование говорило в пользу «оболочечного синдрома». Была проведена люмбальная пункция с исследованием спинномозговой жидкости, но ни микобактерий туберкулеза, ни опухолевых клеток, ни бактериального роста (при бактериоскопии и бактериологическом посеве) обнаружено не было.

Была проведена биопсия кожи в области узелка. При микроскопическом исследовании выявлены очаговые гранулемы, в центре которых находился фибриноидный некроз, вокруг которого обнаруживались клетки макрофагального ряда – гигантские двуядерные, многоядерные клетки, похожие на «клетки инородных тел», наблюдался незавершенный фагоцитоз этими клетками лейкоцитарных и моноцитарных элементов (нейтрофилов, эозинофилов), лимфоидная инфильтрация вокруг нервных окончаний и стволиков, придатков кожи с примесью плазматических клеток, гистиоцитов и макрофагов, среди них встречались перстневидные клетки. Нервные стволики некротизировались с образованием рубчиков, вокруг них тоже располагались клетки макрофагального ряда. Заключение: метастаз анаплазированной рака с наличием перстневидных клеток.

При контрольной гастроскопии через 10 дней после поступления в теле желудка найден язвенный дефект с тенденцией к рубцеванию (диаметр язвы сократился с 20 до 8 мм) и рядом еще один постязвенный рубец; выраженная диффузная гиперемия слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Складки слизистой желудка были эластичны, язва выглядела рубцующейся. Была взята множественная биопсия слизистой тела желудка из язвы, постязвенного рубца, участков слизистой выше и ниже язвенного дефекта. При морфологическом исследовании биоптатов выявлен перстневидно-клеточный рак желудка с изъязвлением, инвазивная форма.

Был поставлен диагноз перстневидно-клеточного рака тела желудка, инфильтративно-язвенной формы, в стадии T4NxM1. Метастазы в кожу.

Проводилась симптоматическая паллиативная терапия. Через месяц больная погибла. На вскрытии был подтвержден диагноз инфильтративно-язвенного перстневидноклеточного рака тела желудка, IV стадии, с прорастанием в капсулу поджелудочной железы и забрюшинное пространство, выявлены множественные метастазы рака в кожу, региональные и мезентериальные лимфатические узлы, малый и большой сальник, яичники. Карциноматоз эпикарда, висцеральной и париетальной брюшины, паутинной и мягкой оболочек головного мозга, твердой, паутинной и мягкой оболочек спинного мозга, шванновских оболочек периферических и спинномозговых нервов.

Заслуживает внимания то, что, как и при инструментальном обследовании, на вскрытии макроскопически метастазы опухоли в мозговых оболочках, в легких, в печени, в яичниках выявлены не были. Определялась лишь сама опухоль, инфильтрирующая практически весь желудок, с изъязвлениями и прорастанием в капсулу поджелудочной железы, а также метастазы в кожу и в лимфоузлы малого сальника до 4 мм в диаметре. Метастатическое поражение эпикарда, яичников, оболочек спинного и головного мозга и периферических нервов обнаружило лишь микроскопическое исследование.

Рак желудка – эпителиальная опухоль, возникающая в генеративной зоне шеечной части желудочных желез, то есть относительно глубоко в слизистой оболочке, и совсем необязательно опухоль сразу же может выйти на ее поверхность. Нередко рак продолжает свой рост достаточно длительное время внутрислизисто и в подслизистом слое, оставаясь «прикрытым сверху» малоизмененной слизистой желудка [8], ткань опухоли может изъязвляться, но потом дефект закрывается за счет окружающей нормальной ткани [6]. По этой причине в стандарты диагностики язвенных поражений желудка при проведении фиброгастроскопии в обязательном порядке входит проведение множественной

биопсии из периульцерозной зоны. Однако, за 5 месяцев, предшествующих госпитализации в нашу клинику, больной при 5 последовательных эндоскопических исследованиях ни разу не проводилась биопсия слизистой желудка ни в стационарах, ни амбулаторно, несмотря на отягощенный семейный анамнез, неоднократно выявляемое язвенное поражение слизистой желудка и, наконец, прогрессирующую клиническую картину. Более того, диагноз «Хронический гастрит», выставленный в специализированном гастроэнтерологическом стационаре всего лишь за 2 месяца до смерти больной лишь на основании заключения эндоскописта, согласно современным представлениям, – чисто морфологический, и для его постановки необходимо проведение гистологического исследования минимум трех биоптатов слизистой желудка из различных отделов, что также не было сделано.

Кроме того, этот случай продемонстрировал ограничения разрешающей способности существующих методов визуализации. Несмотря на наличие множественных метастазов опухоли, ни УЗИ, ни МРТ, ни рентгенография, ни исследование спинномозговой жидкости их не выявили. Но известно, что ультразвуковое исследование способно выявлять очаговые образования размерами от 1 см [10], что обусловлено чисто физическими ограничениями метода. Разрешающая способность РКТ и МРТ значительно выше, но и эти методы выявляют очаговые образования размером не менее 2 мм в диаметре, а единственным критерием, по которому можно различить доброкачественные и злокачественные лимфоузлы при этих методах является их размер, и патологическими считаются лимфоузлы размером более 1 см [11]. Между тем опухолевая инвазия лимфатических узлов вовсе не обязательно сопровождается их объемным увеличением (как и в нашем примере).

Наконец, представляет интерес характер распространения опухоли у данной пациентки. Известно, что рак желудка отличается высокой интенсивностью метастазирования, но метастазы в кожу при этом заболевании встречается крайне редко [12], и обычно уже после верификации первичного очага, каждый такой случай – это повод для публикации. При этом метастазы в печень и легкие, которые встречаются значительно чаще, у нашей больной отсутствовали. Чаще метастазы в кожу возникают при раке легких, почек и яичников [13]. Однако, встречаются случаи, когда метастазы в кожу считаются первыми признаками рака желудка [12, 13]. Как и при других висцеральных карциномах, кожные метастазы аденокарциномы желудка обычно возникают как один или множество неспецифических, безболезненных кожных или подкожных узелков, покрытых интактным эпидермисом [14].

Злокачественные лимфомы (лимфосаркомы)

Злокачественные лимфомы желудочно-кишечного тракта относятся к трудно диагностируемым и редко встречающимся заболеваниям, составляющим около 2–3% всех опухолей органов пищеварения. С позиций оценки особенностей болезни среди лимфом желудка выделяют первичные и вторичные лимфомы [15], возникающие при распространении опухолей.

Первичные лимфосаркомы желудка

Первичные лимфатические опухоли составляют около 5% всех злокачественных новообразований желудка.

Это самые частые, после аденокарциномы, опухоли желудка [16].

Первичные лимфомы желудка определяются как внеузловые (экстранодальные) неходжкинские лимфомы любого клеточного типа в отсутствие внежелудочной диссеминации. Они исходят из лимфоидной ткани слизистой оболочки и составляют только 2–3% всех неходжкинских лимфом. Гистологическое строение неходжкинских лимфом весьма вариабельно [17]: лимфоцитарные, лимфоплазмочитарные, лимфобластные или иммунобластные опухоли и лимфома Беркитта. Большинство из них имеют В-клеточную природу, затем следуют Т-клеточные и другие типы.

Наиболее часто в желудке развивается два морфоиммунологических варианта первичных лимфом: агрессивная диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома и, чуть реже, В-зрелоклеточная лимфома маргинальной зоны MALT-типа. В норме в слизистой оболочке желудка лимфоидной ткани нет, но при хронических воспалительных процессах с аутоиммунным компонентом возникают скопления лимфоидных клеток в слизистой оболочке, нередко с признаками плазмочитарной дифференцировки, называемые MALT – mucosa associated lymphoid tissue. И в ряде случаев на фоне персистирующей реактивной пролиферации в ответ на антигенный стимул – *Helicobacter pylori* – возникает аномальный клон В-клеток, который со временем замещает нормальную В-клеточную популяцию и приводит к развитию MALT-лимфомы. Что же касается В-клеточных лимфом высокой степени злокачественности (диффузная крупноклеточная лимфома, лимфома Беркитта), то существует предположение об их образовании в результате прогрессии MALT-ом [18]. Лимфома может возникнуть в любом возрасте, но преимущественно встречается у больных 40–50 лет, чаще у женщин.

Клиническая картина заболевания неспецифична, более того, у пациента может не наблюдаться вообще никаких симптомов. Считается, что для первичной лимфомы желудка характерен болевой синдром в эпигастрии, тошнота, рвота и снижение аппетита [9]. Кроме того, может присутствовать анемия и потеря веса.

При рентгенологической картине лимфомы нельзя отличить от рака. Как и при раке, экзофитная лимфома выявляется как дефект наполнения, эндофитные опухоли чаще проявляются общим уменьшением объема желудка [19].

Своевременная эндоскопическая диагностика лимфом желудка также остается неудовлетворительной, наиболее трудно диагностировать инфильтративный тип опухоли [19]. У больных с лимфомой низкой степени злокачественности часто эндоскопически подозреваются доброкачественные заболевания, тогда как при лимфоме высокой степени злокачественности чаще подозревался рак [20]. Морфологически лимфомы обнаруживают у пациентов с эндоскопически диагностированным “эрозивным гастритом” [21].

Многообразие визуальных проявлений различных форм лимфомы в желудке заставляет проводить дифференциальную диагностику с широким спектром опухолевых и неопухолевых заболеваний, таких как рак, неэпителиальные опухоли желудка, болезнь Менетрие и др. [19].

Окончательный диагноз злокачественной лимфомы требует гистологического подтверждения. Обязательным является выполнение иммуногистохимического исследования. Однако, подслизистый характер опухолевой инфи-

трации нередко приводит к отрицательным результатам морфологического исследования материала, полученного при многократных попытках методом щипцовой биопсии. Приведем наш второй клинический случай:

Клинический случай 2

Больной Т., 51 год, поступил с жалобами на чувство быстрого насыщения, тяжесть в эпигастральной области, запоры, потерю в весе, жалобы появились за три месяца до госпитализации. Обследовался амбулаторно, рентгенологически выявлен субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка, по данным РКТ заподозрена опухоль желудка с инфильтративным подслизистым ростом, при этом несколько повторных гастроскопий патологии не обнаруживали. Каждое эндоскопическое исследование сопровождалось биопсией слизистой желудка, в том числе была проведена множественная повторная щипцовая биопсия слизистой и подслизистого слоя. При морфологическом исследовании опухолевого роста выявлено не было, обнаруживались лишь гиперплазия слизистой, участки толстокишечной метаплазии, склероз собственной пластинки слизистой, выраженная лимфоидная инфильтрация и наличие *Helicobacter pylori* от + до ++++. Амбулаторно проведена эрадикационная терапия. Данные физикального обследования без особенностей.

При госпитализации на ЭГДС в теле желудка по большой кривизне обнаружены разной формы широкие складки с розовой слизистой, плотно-эластической консистенции, стенки слабо расправлялись, циркулярное сужение в начальной части антрального отдела желудка за счет широких продольных плотных складок, также с розовой слизистой. В луковице и нисходящей части двенадцатиперстной кишки – без патологии. Заключение: Выраженный инфильтративный процесс в антральном отделе и дистальной половине тела желудка, вероятно, лимфома. Вновь была взята щипцовая биопсия слизистой и подслизистого слоя со складок желудка в антральном отделе и теле, и вновь морфологических признаков опухолевого роста, дисплазии и атипии эпителия в присланном материале обнаружено не было.

При УЗИ брюшной полости, рентгенографии желудка и РКТ органов брюшной полости выявлялось циркулярное утолщение стенок желудка в области тела и выходного отдела желудка до 16–18 мм, сужение его просвета, отсутствие перистальтики на этих участках. Все три метода говорили в пользу диффузной опухолевой инфильтрации выходного отдела желудка.

При колоноилеоскопии, РКТ легких и средостения данных об опухолевом процессе не получено.

С учетом полученных данных о наличии у пациента прогрессирующей опухоли желудка, несмотря на отсутствие гистологического подтверждения, была заподозрена диагноз злокачественной лимфомы с декомпенсированным стенозированием антрального отдела. С учетом отсутствия признаков отдаленных метастазов, предлагалось прибегнуть к хирургическому лечению, которое одновременно и уточнило бы диагноз. Однако пациент категорически отказался от операции и был направлен по его просьбе в Гематологический Научный Центр РАМН для проведения очередной гастроскопии с глубокой биопсией.

На этот раз при гистологическом исследовании биоптата в одном из поверхностно взятых участков слизистой желудка была обнаружена пролиферация крупных анаплазированных клеток.

При иммуногистохимическом исследовании поставлен диагноз крупноклеточной анаплазированной лимфосаркомы. Для исключения анаплазированного рака была проведена реакции на общий цитокератин, окончательное заключение: В-клеточная лимфосаркома желудка. Для дальнейшего лечения методом полихимиотерапии пациент был переведен в стационар гематологического профиля.

Как уже упоминалось выше, первичная лимфосаркома желудка — это редкое заболевание. В отличие от первого клинического случая, практически сразу с момента появления первых жалоб больного у него было заподозрено наличие опухоли желудка, и для подтверждения диагноза пациенту проводились неоднократные поверхностные щипцовые биопсии. Но при лимфосаркомах, как и при других неэпителиальных опухолях желудка, источником опухолевого роста являются клетки подслизистого слоя, для них характерен эндофитный рост, и, пока не произошла инвазия до уровня слизистой, данные поверхностной биопсии непоказательны. Таким образом, отрицательный результат эндоскопической биопсии не может быть основанием для исключения лимфомы, так как материал нередко берут из поверхностных слоев стенки желудка, которые опухоль не затрагивает. Поэтому при выявлении признаков опухолевого поражения по данным лучевых методов исследования и нарастающих клинических симптомов такого поражения на фоне нормальной эндоскопической картины и отрицательных результатов гистологического исследования биоптатов, полученных при эндоскопии, необходимо применить другие методы получения биопсийного материала: иссечение участка опухоли с последующим гистологическим исследованием удаленной ткани, биопсию специальной сеткой-ловушкой, аспирационную биопсию или прицельную тонкоигльную биопсию под контролем ультразвукографии. Если все попытки подтверждения диагноза с помощью эндоскопической техники остаются безуспешными, следует произвести лапаротомию, иссечение подозрительного участка стенки желудка и тщательное его гистологическое исследование. При невозможности проведения подобных исследований в лечебном учреждении, в котором находился больной, требуется перевод пациента в специализированное учреждение (гематологического или онкологического профиля).

Вторичные опухоли желудка

Наконец, в области желудка могут локализоваться вторичные опухоли, в том числе, вторичные лимфомы — результат прогрессирования системных лимфопролиферативных заболеваний, например, терминальной стадии хронического лимфолейкоза. Желудок — наиболее частый орган поражения вторичными лимфомами [22].

Хронический лимфолейкоз представляет собой опухоль иммунокомпетентной системы, это наиболее частая форма гемобластозов. Основу опухоли составляют морфологически зрелые лимфоциты. Начало болезни нередко определить не удастся: среди полного здоровья и отсутствия у больного каких-либо неприятных субъективных ощущений в крови обнаруживают небольшой, но постепенно нарастающий лимфоцитоз. На ранних этапах число лейкоцитов может быть нормальным. Характерный признак болезни — увеличение лимфатических узлов, часто наблюдается увеличение селезенки, реже увеличивается печень. В костном мозге при хроническом лимфолейкозе находят высокий процент лимфоцитов. Терминальная стадия хронического лимфолейкоза наблюдается нечасто, проявляется саркомным ростом или бластным кризом. Развитие вторичной лимфосаркомы в ряде случаев может сопровождаться сменой лимфоцитоза в крови нейтрофилезом. Важна дифференциальная диагностика между первичной и вторичной лимфомами

желудка, так как тактика их ведения и прогноз совершенно разные. Приводим третий клинический случай:

Клинический случай 3

Больной Ш., 62 г., при поступлении предъявлял жалобы на умеренные боли в подложечной области постоянного характера, усиливающиеся после еды. Эти жалобы возникли за месяц до госпитализации, амбулаторно больному была проведена ЭГДС, при которой обнаружена опухоль тела желудка, стенозирующая просвет, проведена биопсия образования. Результаты амбулаторно проведенного гистологического исследования были расценены как низкодифференцированная аденокарцинома, больной был направлен в плановом порядке для дообследования и оперативного лечения в хирургическое отделение с предварительным диагнозом: скirrosный рак тела желудка, подозрение на метастазы в область ворот печени. Из анамнеза известно, что в течение 8 лет больной страдал хроническим лимфолейкозом, состоял на учете у гематолога и проходил лечение цитостатиками по поводу этого заболевания. Данные физикального обследования отклонений от нормы не выявили, периферические лимфоузлы увеличены не были.

При обследовании в стационаре УЗИ органов брюшной полости выявило наличие неравномерного утолщения стенок желудка по всей окружности на протяжении 9 см, толщина желудочной стенки местами достигала 2 см, экзогенность стенок была низкой. Кроме того, в области воротной вены было выявлено объемное образование низкой экзогенности неоднородной структуры, размером 42x35 мм, внутри него при цветном доплеровском исследовании определялись кровеносные сосуды. Рядом наблюдались еще несколько округлых образований диаметром до 1 см. По ходу брюшной аорты определялось несколько лимфоузлов средней экзогенности размерами до 15x10 мм. Заключение: УЗ-картина опухоли желудка. Метастазы в лимфоузлы ворот печени. Подозрение на метастазы в парааортальные лимфоузлы.

При РКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием также выявлено неравномерное утолщение стенок желудка, нечеткость его контура в области дна, определялись множественные увеличенные лимфатические узлы в проекции малого сальника и ворот печени, мезентериальные и забрюшинные (на всем протяжении исследования до уровня нижнего полюса правой почки), размером от 6 мм до 2 см, а также группа ретроперитонеальных лимфатических узлов максимальным размером до 8 мм. Между 12-перстной кишкой, нижней полой веной и головкой поджелудочной железы определялось округлой формы объемное плотное образование, размером 50x30x45 мм, с четкими ровными контурами, достаточно однородной структуры, которое было расценено как отображение увеличенного лимфатического узла.

Рентгенография легких была в норме, скintiграфия скелета очагов патологического повышенного накопления препарата не выявила.

На четвертый день пребывания в стационаре с учетом данных амбулаторного обследования и обследования в стационаре больному была выполнена лапаротомия. Во время операции при ревизии в нижней трети желудка, ближе к большой кривизне, обнаружена обширная, плотная, бугристая опухоль размерами 13x8x8 см, инфильтрирующая все слои желудочной стенки и стенозирующая его просвет, интимно спаянную с поперечно-ободочной кишкой и врастающую в брюшину передней брюшной стенки. Имелись множественные увеличенные плотные лимфоузлы, наиболее крупный из которых, размерами 8x6 см, располагался позади двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы, уходя в забрюшинное пространство. Была произведена гастрэктомия с расширенной лимфаденэктомией. При патологоанатомическом исследовании резецированного желудка и лимфоузлов была обнаружена диффузная инфильтрация желудка и множественных групп лимфатических узлов, малого и большого сальника лимфообластами с опухолевым

ростом по типу лимфобластной лимфосаркомы, с изъязвлением опухоли, опухолевой инфильтрацией краев резекции.

Больной был консультирован гематологом. Заключение: у больного с хроническим лимфолейкозом обнаружена и удалена лимфосаркома с метастазами в мезентериальные лимфоузлы. Больному показана полихимиотерапия под контролем гематолога. Необходима иммунофенотипирование биопсийного материала и решение о дальнейшей программе лечения. Больной продолжил лечение в гематологическом стационаре.

При рассмотрении данного клинического случая, прежде всего, обращают на себя внимание врачебные ошибки, допущенные на амбулаторном этапе обследования. Врачей не насторожил тот факт, что при наличии одной опухоли – хронического лимфолейкоза – у пациента развилась вторая неоплазия, предварительно расцененная как рак желудка. Согласно исследованию Tsimberidou et al. [23], у пациентов с ранее нелеченным хроническим лимфоцитарным лейкозом риск второго рака в 2.2 раза выше, чем в среднем в популяции. Можно было бы предположить, что у этого пациента имелось синхронное развитие аденокарциномы желудка, но при исследовании удаленной опухоли признаков аденокарциномы не обнаружено. С этого этапа к окончательному заключению о характере патологии нужно было привлечь гематолога. Тогда путь к правильной диагностике и, следовательно, к правильному лечению был бы короче.

Заключение

Ранняя диагностика некоторых опухолей желудка остается трудной. Причиной этого является недостаточная эрудиция врачей первого звена в области развития опухолей желудка, их редких и инфильтративных форм, а также незнание пределов разрешающей способности методов исследования. Нельзя исключать наличие неоплазии желудка только на основании эндоскопической картины, особенно при наличии клинических проявлений и отягощенного семейного анамнеза, необходимо проводить множественные биопсии из разных участков желудка и их морфологическую оценку. Следует помнить, что выявление опухолевых клеток при морфологическом исследовании и признаки очаговых изменений при лучевых методах – это возможность подтверждения, но не исключения диагноза злокачественных опухолей желудка и их метастазов. Если по данным лучевых методов исследования, имеются данные за опухолевое поражение желудка, а результаты щипцовой биопсии отрицательны, следует рассмотреть возможность развития подслизистых опухолей и прибегнуть к другим методам биопсии: аспирационной биопсии, прицельной тонкоигольной биопсии под контролем ультразвукографии либо к лапароскопии и инцизионной биопсии. При невозможности проведения таких исследований в условиях лечебного учреждения, в котором находился пациент, следует немедленно перевести его в специализированных онкологический либо гематологический стационар.

Литература

1. Parkin D.M., Bray F., Ferlay J., Pisani P. *Global cancer statistics, 2002* // *CA Cancer J Clin* 2005. – N.55. – P. 74–108.
2. *Mortality database 1994–1997. World Health Organization, 1999.*
3. Портной Л.М., Дибиров М.П. *Лучевая диагностика эндодифитного рака желудка*. – М.: Медицина. – 1993. – 266 с.
4. Hamilton S.R., Aaltonen L.A. *Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System. In: WHO Classification of Tumors.*

Pathology and Genetics of Tumours of Digestive System. Hamilton SR, Aaltonen LA, eds. Lyon, France: IARC Press, 2000, 204 p.

5. Аксель Е.М., Давыдов М.И. *Статистика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в 2000 году* // *Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000. М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2002. – С.85–106.*
6. Гарин А.М., Базин И.С. // *Злокачественные опухоли пищеварительной системы. М.: «Инфомедиа Паблишерз». – 2003.*
7. Эльштейн Н.В. *Ошибки в гастроэнтерологической практике. Причины, тенденции, профилактика. – М.: Медицинское информационное агентство. – 1998. – 224 с.*
8. Портной Л.М., Вячанин О.В. *Почему нужна современная лучевая диагностика рака желудка? // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, 2006. – Т. 16, № 4. – С. 79–92.*
9. Ганцев Ш. Х. // *Онкология: учебник для студентов медицинских вузов. – 2-е изд. – М. – ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 488 с.*
10. Зубарев А.В. // *Методы медицинской визуализации – УЗИ, КТ, МРТ – в диагностике опухолей и кист печени. М.: Видар, 1995.*
11. Х. Номори, К. Ватанабе, Т. Оцука, Ц. Наруке, К. Сумасу, К. Уно. *Роль позитронной эмиссионной томографии в диагностике поражения лимфоузлов при раке легкого* // *Вестник Российского онкологического научного центра имени Н. Н. Блохина РАМН. – 2004. – Т.4. – С.82–91.*
12. Huntley, C. *Cutaneous Metastasis of Gastric Adenocarcinoma: An Exuberant and Unusual Clinical Presentation* // *Dermatol Online J. – 2008. – V.14, N.11 – P.8.* <http://www.medscape.com/viewarticle/585236>.
13. Schwartz RA. *Cutaneous metastatic disease* // *J. Am. Acad. Dermatol. – 1995. – V.33, N.2., Pt. 1. – P.161–182.*
14. Barreto G, Shrikhande S, Shukla P. *Cutaneous metastasis of gastric signet ring cell carcinoma masquerading as allergic contact dermatitis* // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2007. – V.21, N.1. – P.123–124.*
15. Рысс Е.С., Шелутко Б.И. // *Болезни органов пищеварения. СПб.: Пенкор. – 1998.*
16. Nakamura S., Akazawa K., Yao T., Tsuneyoshi M. *Primary gastric lymphoma* // *Cancer. – 1995. – V.76., N.8. – P.1313–1323.*
17. Самсонов В.А. // *Опухоли и опухолевидные образования желудка. М.: Медицина, 1989.*
18. He MX, Zhu MH, Liu WQ, Wu LL, Zhu XZ. *Primary lymphoblastic B-cell lymphoma of the stomach: A case report* // *World J Gastroenterol. – 2008. – V.14, N.19. – P.3101–3104.*
19. Tilly H., Dreilyng M. *Diffuse large B-cell non-Hodgkin's lymphoma: ESMO Clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up* // *Annals of Oncology. – 2008. V.19, Suppl.2. – ii 67–69.*
20. Taal B.G., den Hartog Jager F.C.A. and Burgers J.M.V. et al. *Primary non-Hodgkin's lymphoma of the stomach: Changing aspects and therapeutic choices* // *Eur J Cancer Clin Oncol. – 1989. – V.25. – P.439–450.*
21. Taal BG, Boot H, van Heerde P. et al. *Primary non-Hodgkin lymphoma of the stomach: endoscopic pattern and prognosis in low versus high grade malignancy in relation to the MALT concept* // *Gut. – 1996. – V.39. – P.556–561.*
22. Al-Akwa A.M., Siddiqui N., Al-Mofleh I.A. *Primary gastric lymphoma* // *World J Gastroenterol. – 2004. – V.10, N.1. – P. 5–11.*
23. Tsimberidou A.M., Wen S., McLaughlin P. et al. *Other Malignancies in Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma* // *Journal of Clinical Oncology. – 2009. – V.27, N.6. – P.904–910.*

Диагностика и диспансерное наблюдение за хроническими эрозиями антрального отдела желудка

П.А. Никифоров, А.Ю. Ниценко, С.Г. Хомерики, И.В. Зверков
ФГУ «Учебно-научный Медицинский центр» УД Президента РФ,
ГУ Центральный НИИ Гастроэнтерологии

Статья посвящена результатам обследования и многолетнего наблюдения за 336 больными с хроническими эрозиями антрального отдела желудка. Частота их обнаружения по данным различных авторов составляет 25% от всех проведенных исследований. В статье рассматриваются вопросы эпидемиологии, этиопатогенеза, морфологии и клинического течения хронических эрозий. Представлены результаты лечения эрозивного гастрита H2-блокаторами, ингибиторами протонного насоса и препаратами, используемыми при эрадикационной терапии. Эффективность терапии в зависимости от применяемых средств составила 65% (от 42 до 83%). По данным многолетнего наблюдения повторное образование хронических эрозий отмечено у 18% больных.

Ключевые слова: хронические эрозии, желудок, лечение, ингибиторы протонной помпы, H2-блокаторы, *H. pylori*, эрадикация.

Эрозивные поражения слизистой оболочки желудка относятся к наиболее часто выявляемым изменениям слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и составляют, по данным разных авторов, от 10 до 25% случаев от числа обследованных пациентов [2, 6, 8].

Эндоскопические методы исследования с динамическое наблюдение за больными позволяет выявить эрозии, которые не заживают в течение нескольких месяцев и даже лет [4, 6]. Такие эрозии получили название “хронических” [11, 13, 16]. Хронические эрозии (полные, приподнятые, выпуклые, осподобные) представляют собой возвышающиеся участки слизистой оболочки желудка в виде папулы с пупковидным втяжением в центре, диаметром 3–7 мм, на вершине обычно определяется округлое изъязвление. Располагаются они чаще в антральном отделе желудка в виде цепочек, идущих по направлению к привратнику, числом от 1 до 15. Считается, что одним из факторов, определяющих локализацию хронических эрозий в антральном отделе, является особенность строения (микроангиоархитектоники) сосудов и кровоснабжения слизистой оболочки антрального отдела желудка. В фундальном отделе желудка и в луковице двенадцатиперстной кишки хронические эрозии встречаются значительно реже.

Морфологически эрозии представляют собой поверхностные дефекты слизистой оболочки желудка, не выходящие за пределы ее собственной мышечной пластинки, которые образуются в очагах поверхностного некроза и заживают без формирования соединительнотканного рубца. Глубина дефекта слизистой оболочки при хронических эрозиях почти такая же, как и при острых эрозиях; их дном обычно служат железы и значительно реже — мышечная пластинка слизистой оболочки [3]. Для хронических эрозий характерно наличие высокопризматического, интенсивно продуцирующего слизь эпителия краевой зоны [10]. В дне хронической эрозии имеется фибриноидный некроз собственной пластинки слизистой оболочки. Гиперплазия пилорических желез в зоне хронических эрозий является причиной образования тех возвышений, которые служат эндоскопическим признаком данных образований [1, 3]. Согласно литературным данным [3, 4, 6], гистологически удается подтвердить наличие хронических эрозий в биопсийном материале только в 1/3 случаев.

При изучении гистологического «фона», на котором располагаются эрозии, обычно находят различной степени выраженности изменения: чаще всего они встречались на фоне поверхностного гастрита, реже — атрофического [14].

Задачи исследования

- Изучить распространенность хронических эрозий желудка в общей популяции, в том числе в сочетании с другими острыми и хроническими заболеваниями органов пищеварения.
- Оценить особенности морфологического строения хронических эрозий желудка и их соотношение с инфекцией *Helicobacter pylori* и различными формами хронического гастрита.
- Проанализировать результаты наблюдения за больными с хроническими эрозиями желудка на протяжении различных отрезков времени и с учетом проводимой терапии.

Материалы и методы

На базе ГКБ № 51 г. Москвы, поликлиник и стационаров МЦ УД Президента РФ и ЦНИИ гастроэнтерологии было обследовано 7876 больных по поводу имеющихся у них заболеваний органов пищеварения или в порядке диспансеризации. Из этого числа у 336–154 мужчин (45,8%) и 182 женщин (54,2%) в возрасте от 20 до 80 лет, (в среднем $60,7 \pm 12$ лет) были выявлены хронические эрозии в антральном отделе желудка. Данная группа наблюдалась в динамике на протяжении 2–28 лет (в среднем $12 \pm 7,6$ лет) с проведением клинического и лабораторного обследования. Всем больным проводилась эзофагогастродуоденоскопия с забором биопсии для верификации морфологических изменений и выявления возможного наличия хеликобактерной инфекции. Биоптаты обрабатывались и окрашивались по стандартной методике [1,2]. Данные гистологического исследования оценивались по общепринятой классификации [3]. Учитывалось наличие *Helicobacter pylori*, оценивалась степень обсеменения по трехбалльной шкале. Помимо гистологического выявления, для диагностики *Helicobacter pylori* использовался быстрый уреазный тест. Данные эндоскопии были формализованы в соответствии с общепри-

Гистологические заключения при морфологических исследованиях биоптатов из хронических эрозий антрального отдела желудка

Гиперплазия (полиповидная и фовеолярная)	591 (46,9%)
Кишечная метаплазия	385 (30,6%)
Атрофия	306 (24,3%)
Острая эрозия	247 (19,6%)
Фиброз / склероз слизистой оболочки желудка / подслизистой основы	294 (23,3%)
Дисплазия 1–2 степени	11 (0,9%)
Полип	8 (0,6%)
Язва хроническая	8 (0,6%)
Всего морфологических исследований	1260

желудка встречаются такие изменения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, как рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК, эрозивный бульбит и дуоденогастральный рефлюкс.

При гистологических исследованиях 1260 биоптатов, взятых из хронических эрозий антрального отдела желудка были получены морфологические данные, описывающие отдельные признаки данной формы патологии (у части пациентов в гистологическом заключении имелось несколько описательных признаков):

В результате морфологического исследования было выявлено, что в 19% случаев были выявлены эрозивные дефекты слизистой оболочки желудка, в остальных случаях имелись признаки, характерные для различных форм хронического гастрита и возможно соответствующие морфологической структуре хронической эрозии. Диагноз хронической эрозии антрального отдела желудка по совокупности имеющихся морфологических данных был установлен в 15,3% случаев.

В ходе динамического наблюдения за больными с хроническими эрозиями антрального отдела желудка при эндоскопическом и морфологическом исследовании биоптатов с применением уреазного теста оценивалась форма хронического гастрита и наличие или отсутствие *H. pylori* в исследуемом материале.

Персистенция *H. pylori* инфекции в сочетании с хроническими эрозиями имеет место в среднем в 66% случаев. Из полученных результатов видно, что сопутствующим фоном персистенции хронических эрозий в данном исследовании является чаще всего атрофический гастрит, а *H. pylori* выявлялся на фоне поверхностного гастрита. Инфицированные *H. pylori* больные в обеих группах встречаются значительно чаще, чем неинфицированные.

Соотношение форм хронического гастрита и персистенции *H. pylori* у больных с хроническими эрозиями антрального отдела желудка

	<i>H. pylori</i> +	<i>H. pylori</i> -	Всего
Поверхностный гастрит	110 (72%)	42 (28%)	152
Атрофический гастрит	112 (61%)	72 (39%)	184
Всего	222 (66%)	114 (34%)	336

$p < 0,02$

нятыми критериями оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Результаты исследования

В таблице 1 представлены данные о частоте встречаемости различных заболеваний в группе пациентов с хроническими эрозиями желудка.

Таблица 1

Частота выявления основных заболеваний у пациентов с хроническими эрозиями антрального отдела желудка (N=336)

Заболевания желчевыводящих путей:	156 (46,4%)
• Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	68 (43,6%)
• Некалькулезный холецистит	73 (46,8%)
• Холестероз / полип желчного пузыря	15 (9,6%)
Язвенная болезнь желудка	27 (8,1%)
Язвенная болезнь ДПК	86 (25,3%)
Острый и хронический панкреатит	98 (29,2%)
Тяжелые сердечно-сосудистые заболевания	85 (25,3%)
Сахарный диабет 2 тип	52 (15,5%)

Как видно, у значительной части больных имели место заболевания органов пищеварения, связанные с нарушениями кислотовыделительной функции желудка, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, в 147 случаях (43,8%), в связи с наличием у пациентов хронических заболеваний они длительное время получали нестероидные противовоспалительные препараты, антиагреганты.

В ходе динамического наблюдения за 336 больными с хроническими эрозиями антрального отдела желудка было выполнено 1249 эзофагогастродуоденоскопий, в ходе которых помимо хронических эрозий у обследуемых обнаружили следующие изменения слизистой оболочки (таблица 2).

Во всех случаях наблюдений наличие хронических эрозий сопровождалось теми или иными изменениями слизистой оболочки желудка, характерными для хронического гастрита.

Приведенные данные показывают, что наиболее часто совместно с хроническими эрозиями антрального отдела

Таблица 2

Поражения пищевода, желудка и ДПК в сочетании с хроническими эрозиями антрального отдела желудка

Катаральный эзофагит	76 (6%)
Эрозивный эзофагит	70 (5,6%)
Острые эрозии желудка	27 (2,2%)
Эрозии луковицы ДПК	94 (7,5%)
Язва желудка	26 (2%)
Язва луковицы ДПК	62 (5%)
Рубцово-язвенная деформация желудка	63 (5%)
Рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК	269 (21,5%)
Полипы желудка	4 (0,3%)
Дуоденогастральный рефлюкс	116 (9,3%)

Результаты динамического наблюдения за больными с эрозиями антрального отдела желудка

Эрозивный гастрит	Нр		
	++	+ -	Всего
(+ +)	104 (65%)	56 (35%)	160 (47,6%)
(+ -)	91 (52%)	85 (48%)	176 (52,4%)
Всего	195 (58%)	141 (42%)	336

В ходе динамического наблюдения у 141 больного (42%) данный признак выявлялся на протяжении всего срока наблюдения, у 134 пациентов (40%) произошло заживление хронических эрозий, а в 61 случае (18%) отмечалось волнообразное течение эрозивного процесса. Следует отметить, что на различных этапах динамического наблюдения за пациентами у 54 из них (16%) на месте исчезнувших эрозий формировались полиповидные гиперплазии.

Вышеприведенные данные указывают на то, что хронические эрозии антрального отдела желудка приблизительно в 12–18% случаев трансформируются в полиповидные складки или изменения слизистой оболочки типа очаговой гиперплазии («бородавчатый гастрит»).

Обсуждение результатов:

Полученные результаты позволяют подтвердить существующие сведения о достаточной распространенности хронических эрозий [6, 14].

Вопрос об этиологии и патогенезе хронических эрозий остается до настоящего времени открытым. Важная роль в развитии хронических эрозий желудка отводится контаминации слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*, инфицирующим желудок при хронических поражениях в 90% и 100% случаев [9,15]. Характерная особенность *H. pylori* – ассоциированных гастритов – изолированное или преимущественное поражение слизистой оболочки антрального отдела желудка. Это связано с особенностями адгезии *Helicobacter pylori*, причем и хронические эрозии встречаются преимущественно в этом же отделе желудка [17]. Несомненно, определенную роль в патогенезе хронических эрозий желудка играет кислотно-пептический фактор. Большое значение в формировании хронических эрозий придается дуоденогастральному рефлюксу, который выявляется в сочетании с эрозиями желудка, по данным разных авторов, в 22,7 (85%) случаев [5, 12]. Сказанное подтверждается результатами приведенных исследований. Как следует из них, рассматриваемые изменения со значительной частотой ассоциированы с язвенной болезнью, при которой, как известно, важнейшим в патогенезе является кислотно-пептический фактор. Еще одним возможным механизмом, обуславливающим появление хронических эрозий, являются нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК, приводящие к нарушению замыкательной функции привратника и рефлюксу дуоденального содержимого в желудок. Желчные кислоты, содержащиеся в дуоденогастральном рефлюксанте, способствуют возникновению эрозий желудка путем разрушения слизистого «защитного барьера». Нередко дуоденогастральный рефлюкс сочетается с гастроэзофагеальным рефлюксом, поэтому в забрасываемом в пищевод содержимом име-

Наблюдаемые больные были разделены на 3 группы, в которых на том или ином этапе динамического наблюдения проводилось лечение по поводу хронических эрозий антрального отдела желудка. Пациенты группы А получали лечение с применением схемы эрадикационной антихеликобактерной терапии первой линии: Ингибитор протонной помпы (омепразол, рабепразол, 20мг) в стандартной дозе 20мг х 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день. Тройная терапия назначается как минимум на 7 дней. Далее назначались ингибиторы протонной помпы в стандартной дозировке. Пациенты группы В получали в качестве терапии ингибиторы протонной помпы (омепразол, рабепразол, 20мг) в стандартной дозе 2 раза в день на курс лечения не менее 4-х недель. Больные группы С получали антагонисты H₂-рецепторов гистамина: ранитидин (300 мг в сутки) или фамотидин (40 мг в сутки) в течение 4 недель. Контрольное эндоскопическое исследование для оценки состояния слизистой антрального отдела желудка и наличия в нем хронических эрозий после курса терапии проводилось у всех больных во временном интервале от 3 до 6 недель, в среднем через 5,2 недели, во время которого оценивалась состояние слизистой оболочки желудка и факт наличия хронических эрозий в антральном отделе желудка (эффективность терапии). Результаты исследования отражены в табл. №5.

Эффективность эрадикационной терапии (элиминация Нр) при контрольном эндоскопическом исследовании составила 81,2%.

Из вышеприведенных данных следует, что терапия хронических эрозий антрального отдела желудка приводит к их исчезновению в среднем 54% случаев. В то же время использование ингибиторов протонной помпы (в т.ч. и проведение эрадикационной терапии) увеличивает процент элиминации хронических эрозий по сравнению с препаратами антагонистами H₂-рецепторов гистамина вследствие их большей кислотоподающей активности ($p < 0,02$).

При диспансерном наблюдении за больными с хроническими эрозиями антрального отдела желудка при эндоскопических исследованиях оценивалась динамика течения эрозивного процесса у 336 наблюдаемых.

К концу наблюдения хронические эрозии в антральном отделе исчезли у 160 (47,6%) больных, остались – у 176 (52,4%) пациентов. Как следует из приведенных данных, у 58% больных в исходе наблюдения повторно было обнаружено наличие *Helicobacter pylori*. Достоверно чаще ($p < 0,02$) это ассоциировалось с наличием хронических эрозий в антральном отделе желудка (65%).

Таблица 5

Оценка эффективности различных терапевтических подходов при лечении пациентов с хроническими эрозиями антрального отдела желудка

Способы терапии хронических эрозий	Количество больных	Эффективность терапии
Эрадикационная терапия (гр. А)	97	60 (62%)
Ингибиторы протонной помпы (гр. В)	184	99 (53,8%)
Антагонисты H ₂ -рецепторов гистамина (гр. С)	55	22 (40%)
Всего	336	181 (54%)

ются также соляная кислота и пепсин. Следствием этого становится развитие эрозивных поражений в нижней трети пищевода. Безусловно, не исключаются другие способствующие факторы развития эрозий, в частности метаболические расстройства в слизистой оболочке желудка и ДПК при поражении других органов и систем организма. Среди экзогенных причин развития эрозий имеют значение нестероидные противовоспалительные препараты, угнетающие синтез эндогенных простагландинов и увеличивающие действие кислоты и дуоденального содержимого при дуоденогастральном рефлюксе на слизистую выходного отдела желудка.

При морфологической верификации диагноз «хроническая эрозия» формулируется, по нашим данным, лишь в 15% случаев. У остальных пациентов выявлялись те или иные признаки хронического гастрита, которые, не являясь специфическими могут в совокупности соответствовать окончательному диагнозу. Для большинства случаев основную роль в постановке диагноза играет эндоскопическое описание патологического процесса в антральном отделе желудка и динамическое наблюдение за больным.

Хронические эрозии антрального отдела желудка встречаются чаще в данном исследовании на фоне атрофического гастрита, реже — на фоне поверхностного (что связано, скорее всего, с возрастным распределением исследуемой группы). Персистенция *H. pylori* выявляется несколько чаще при поверхностном гастрите.

Хронические эрозии желудка отличаются рецидивирующим характером, часто резистентны к проводимой терапии. К моменту завершения наблюдения за данной группой пациентов, примерно в 60% случаев указанные изменения сохранялись или рецидивировали, включая и лиц, которым проводилось лечение. Эффективность лечения больных с данной патологией остается низкой, и в около 40% случаев не удалось достичь клинико-эндоскопической ремиссии. Повторное выявление *H. pylori* несколько чаще сочеталось с наличием хронических эрозий в антральном отделе желудка, чем с его отсутствием на конечном этапе наблюдения.

При длительном динамическом наблюдении в 16% случаев было отмечено появление на их месте эрозий очаговой гиперплазии слизистой оболочки, что в дальнейшем не позволяет исключить возможность эволюции фовеолярной гиперплазией в гиперплазиогенные полипы, что, правда, не подтверждается нашими конкретными наблюдениями. В 0,9% исследований выявлена дисплазия легкой или умеренно выраженной степени. Эти данные служат косвенным доказательством тезиса о незначительной вероятности малигнизации хронических эрозий [18], но, разумеется, полностью исключить такую возможность в конкретном случае трудно.

Больные с хроническими эрозиями антрального отдела желудка должны быть тщательно обследованы, в том числе необходимо проводить динамические морфологические исследования. Подход к лечению каждого больного должен быть комплексным и индивидуальным, что будет способствовать эффективности терапии и снижению до минимума частоты развития возможных осложнений.

Литература

1. Аруин Л.И. *Helicobacter pylori* в этиологии и патогенезе гастрита и язвенной болезни // *Арх. Пат.* — 1990. — №10. — Т.52. С. 3—8

2. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П., *Хронический гастрит.* — Амстердам. — 1993. — 370 с.

3. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. *Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника.* — М.: Триада-Х, 1998. — 496 с.

4. Васильев Ю. В., *Лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с хроническими эрозиями желудка.* *Клин. медицина.* — 1991— №7. — С. 52—53

5. Вахрушев Я.М., Никишина Е.В., *Комплексное изучение патологических механизмов эрозивного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки.* *Российский гастроэнтерологический журнал.* — 1998.— № 3.— С. 22—29.

6. Водолагин В.Д. *Об эрозивно-язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки.* *Клиническая медицина.* — 1997.— №5. — С. 11—12.

7. Гриневич В. Б., *Эрозивные состояния гастродуоденальной области.* *Русский медицинский журнал.* — 1998.— Т.6. — №3.— С. 149—153

8. Ильченко А.А. *Хронические эрозии желудка.* Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 1985.

9. Маев И. В. *Эрозивные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. (Этиология, патогенез, клиника и лечение).* *Клиническая медицина* — 1997 — Т.75 — №6 — С. 57—61

10. Потехин П. П. *Морфогенез эпителиально-стромальных соотношений при эрозивно-язвенном процессе в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.* Научно-практическая конференция “Хроническое воспаление и заболевания органов пищеварения”. 1991.— Ч. 1.— С. 125

11. *Руководство по гастроэнтерологии.* Под ред. Ф.И. Комарова, в 3 Т. — М.: Медицина, 1995. — Т.1 — С. 267

12. Саблин О.А. *Рефлюкс — гастрит: клинические, функциональные и морфологические особенности.* Автореф. дис. канд. мед. наук — СПб, 1997. — 16 с.

13. Савельев В.С., Исаков Ю.Ф., Лопаткин Н.А. и др. *Руководство по эндоскопии.* М.: Медицина. 1985. — 544 с.

14. Соколов Л.К., Никифоров П.А., Склянский О.А. — *Динамика очаговых изменения слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом по данным многолетнего эндоскопического наблюдения в поликлинике // Терапевтический архив* — 1991 — №4 — С. 124—126

15. Трифонов В. Д., Эйберман А.С. *Роль инфекционных агентов в развитии хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.* *Педиатрия.* — 1994. — №2. — С. 106—108.

16. Demling L., Elster K., Koch H. *Endoscopy and biopsy of the oesophagus, stomach and duodenum // Philadelphia: W.B. Saunders, 1982.*

17. Stolte M., Eidit S. *Chronic erosions of the antral mucosa: a sequela of Helicobacter pylori — induced gastritis // Z. Gastroenterol.* — 1992. — Vol. 30. — P. 846—850.

18. Walk L. *How long can a gastric erosion persist? // Radiologie.* — 1991. — Bd. 31, H. 1. — S. 38—39.

Проблемы патогенеза диагностики и лечения хронического гастрита в условиях поликлиники

Е.Г. Бурдина, О.Н. Минушкин, И.В. Зверков, Д.В. Володин,
Е.М. Майорова, А.Г. Шулешова, Ю.И. Грибунов, И.Н. Шебакова
ФГУ «Поликлиника № 2» УД Президента РФ, ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ

Целью исследования было установление основных принципов лечения гастрита в зависимости от морфо-функциональных особенностей желудка.

Обследовано 293 пациента, которые на основании морфо-эндоскопического исследования были рандомизированы на группы: неатрофический гастрит, гастрит с атрофией антрального отдела желудка, гастрит с атрофией фундального отдела (аутоиммунный гастрит), атрофический гастрит с поражением антрального и фундального отделов желудка (пангастрит).

Установлено, что больные хроническим гастритом имеют разную кислотопродуцирующую функцию желудка, которая является основой для выбора схемы лечения.

У больных с НР ассоциированным гастритом с сохраненной и повышенной секрецией в эрадикационной схеме должны использоваться наряду с антибактериальными препаратами ингибиторы протонной помпы; у больных с пониженной секрецией - висмут трикалия дицитрат (Де-нол). Эффективность эрадикации составила 92,65% у больных хроническим гастритом со сниженной кислотопродуцирующей функцией и 91,38% – с сохраненной и повышенной функцией. У больных хроническим гастритом без атрофии выбор тактики лечения также зависит от состояния секреторной функции: при сохраненной секреции целесообразно использовать антисекреторную терапию, при недостаточной секреции – висмут трикалия дицитрат (Де-нол).

Ключевые слова: хронический гастрит, кислотопродуцирующая функция желудка.

Распространенность хронического гастрита (ХГ) велика, им страдает около 80% населения. Ту или иную форму гастрита имеют до 60% населения в возрасте до 50 лет, 95% населения – в возрасте от 50 до 70 лет. После 70 лет этот показатель сокращается, преимущественно за счет уменьшения числа инфицированных *H. pylori* (НР) ввиду снижения кислотопродуцирующей функции желудка в этой возрастной группе. Большинство гастроэнтерологов придерживается точки зрения, что ХГ – это понятие клинко-морфологическое, которое при прогрессирующем течении приводит к развитию атрофии слизистой, а клиническая составляющая характеризует стадию обострения процесса [13].

Под морфологической сущностью ХГ следует понимать нарушение процессов регенерации клеток эпителия и воспаление слизистой оболочки желудка (СОЖ). Различают два вида воспаления СОЖ: *собственно* воспаление – лейкоцитарная инфильтрация собственной пластинки СОЖ и эпителия нейтрофилами (основной показатель активности) и *иммунного* в виде лимфоплазматической инфильтрации (плазматические клетки, Т- и В- лимфоциты, макрофаги). Иммунное воспаление является постоянным признаком любого ХГ. Наличие собственно воспаления свидетельствует об *активном* ХГ, его отсутствие – о *неактивном* ХГ.

В 1990 году на IX Международном конгрессе гастроэнтерологов была представлена классификация гастритов, получившая название Сиднейской, морфологическая часть которой состояла из трех разделов (этиологический, топографический, гистологический), что приближало диагноз к нозологическому. Включены морфологические определения (воспаление и его активность, атрофия, кишечная метаплазия, наличие ассоциации с НР) с *оценкой степени их тяжести* (слабая, умеренная и выраженная), а также морфологические элементы (неспецифические: отек, геморрагии, эрозии, фиброз, уплотнение клеток эпителия и специфические: гранулемы,

радиационное поражение) **без оценки степени тяжести**.

В соответствии с этиологией выделены: *Helicobacter pylori* – ассоциированный гастрит антрального отдела желудка, аутоиммунный гастрит фундального отдела (тела) желудка, смешанный (мультифокальный) пангастрит, особые формы заболевания (химикотоксикоиндуцированный хронический рефлюкс-гастрит, лимфоцитарный, гранулематозный, коллагеновый, эозинофильный, радиационный, инфекционный, помимо НР-ассоциированного).

Для оценки Сиднейской классификации в 1994 году в Хьюстоне (США), была выделена рабочая группа (20 ведущих морфологов-гастроэнтерологов, специализирующихся в области патологии желудка), которая утвердила ее в качестве основной; дополнения сводились к унификации количественной оценки в виде визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), восстановлению терминов «неатрофический» (или бывший поверхностный) и «атрофический» гастрит (исключенные Сиднейской классификацией), уточнены определения для характеристики основных изменений слизистой оболочки желудка.

Хеликобактерный гастрит – наиболее распространенный вариант, составляет 90% всех форм гастрита. Около 5% всех больных страдают аутоиммунным гастритом, еще 5% – другими особыми формами гастрита. Статистических данных о распространенности гастрита в Российской Федерации нет [1,6,7,13,15]

Н. *pylori* ассоциированный гастрит антрального отдела. При длительной персистенции НР инфекции в СОЖ развивается *хронический активный гастрит*. Установление этиологического значения НР [22] сделало ХГ четко очерченной, клинически значимой нозологической единицей с известной причиной, прослеживаемыми этапами патогенетического развития, определенным прогнозом и возможностью этиотропного лечения. Хеликобактерный гастрит характеризуется инфильтрацией собственной пластинки СОЖ и эпите-

лия нейтрофилами (основной показатель активности, коррелирующий со степенью колонизации и «адгезии» НР), плазматическими клетками, Т- и В-лимфоцитами, макрофагами, формированием не свойственной в норме организованной лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистой (MALT), повреждением и дегенерацией эпителия различной степени выраженности, нарушением клеточного цикла эпителиоцитов, изменением желудочной секреции. У больных этой группы нередко обнаруживают атрофию слизистой с развитием кишечной метаплазии (полной и/или неполной) в антруме при неизменной слизистой оболочке или неатрофическом гастрите тела желудка; НР обнаруживают в 95% и более случаев, регистрируется норма- или гиперацидность, норма- или гипогастриносемия при нормальном числе или гипоплазии антральных G-клеток в зависимости от степени выраженности атрофии слизистой оболочки выходного отдела желудка. Аутоантитела типа IgG к G-клеткам обнаруживаются в 10–15% случаев. Наряду с такими дисрегуляторными изменениями как атрофия и кишечная метаплазия, реже обнаруживают дисплазию эпителия различной степени выраженности. Все эти изменения могут трансформироваться в «кишечную» форму рака желудка.

Аутоиммунный хронический гастрит тела желудка характеризуется очаговым или диффузным атрофическим гастритом тела желудка и неизменной слизистой оболочкой или неатрофическим НР-негативным гастритом антрального отдела желудка. У больных этой группы определяются: аутоантитела типа IgG к париетальным клеткам (в 95% случаев); аутоантитела типа IgG к ферменту Н⁺, К⁺ - АТФазе париетальных клеток (в 70% случаев) с развитием гипо- или ахлоргидрии на фоне избыточной активности G-клеток, вырабатывающих гастрин; аутоантитела типа IgG к внутреннему фактору Касла (в 50% случаев) с развитием через несколько лет гиперхромной В12-дефицитной анемии, фунникулярного миелоза; гипопепсиногенемия I; гипергастринемия, вызывающая гиперплазию энтерохромаффиноподобных клеток, что у 5% пациентов с аутоиммунным гастритом заканчивается формированием карциноида. Эти же изменения могут служить основой для развития рака желудка (гипергастринемия в сочетании с секреторной недостаточностью способствует колонизации кишечными бактериями, которые трансформируют нитраты в нитриты – потенциальные канцерогены; возникает «диффузная» форма рака желудка) [4].

Смешанный хронический пангастрит характеризуется мультифокальным и реже диффузным атрофическим гастритом антрального и фундального отделов желудка, НР обнаруживается в 50–70% случаев [3,13]. Характеризуется сохраненной или, чаще, умеренной секреторной недостаточностью, нормопепсиногенемией I, реже гипопепсиногенемией I, нормогастриноемией или, реже, гипогастриноемией при нормальном или, реже, сниженном числе антральных клеток. Эти изменения слизистой оболочки могут служить основой для развития «кишечной» формы рака.

Исходя из вышеизложенного, **целью** настоящего исследования было установление основных принципов лечения гастрита в зависимости от морфо-функциональных особенностей желудка, составление алгоритма рациональной терапии больных с хроническим гастритом.

Материалы и методы

Обследовано 293 пациента (средний возраст 56,1±13,4 года), которые на основании морфо-эндоскопического исследования были рандомизированы на группы:

1. хронический неатрофический гастрит (n=61);
2. хронический гастрит с атрофией антрального отдела желудка (n=96);
3. хронический гастрит с атрофией фундального (тело желудка) отдела (аутоиммунный гастрит) (n=49);
4. хронический атрофический гастрит с поражением антрального и фундального отделов желудка (пангастрит, мультифокальный гастрит) (n=45).

В ходе эндоскопического исследования выполнялся быстрый уреазный тест для верификации НР инфекции и проводилась внутрижелудочная рН-метрия. Морфологические изменения оценивались по модифицированной Сиднейской системе (1996 год) [18], степень дисплазии (неоплазии) – по Новой Международной классификации дисплазий СОЖ (2000 год) [19].

Методом радиоиммунологического анализа (РИА) в крови определяли концентрацию базального пепсиногена I (PGI), базального и стимулированного пищей гастрин (G-17). Исследования проведены по общепринятым методикам. Нормой базального G-17 считали уровни 15–85 пг/мл, PG-I-20–80 нг/мл. Маркером атрофии слизистой оболочки антрального отдела считали уровни стимулированного G-17 < 15 пг/мл, тела желудка – базального PGI < 20 нг/мл.

У НР-позитивных больных с атрофией слизистой оболочки желудка проводилась эрадикационная терапия с использованием тройной схемы в течение 10 дней. Выбор препаратов для эрадикации зависел от состояния кислотообразующей функции желудка. Так, у больных с сохраненной и повышенной секрецией соляной кислоты (n=68) использовали ингибитор протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе (омепразол, эзомепразол, рабепразол или пантопразол 2 раза в день), а у больных с пониженной секрецией (n=58) – висмута трикалия дицитрат (Де-нол 240 мг 2 раза в день). Антибактериальные препараты назначались на основании положений II Маастрихтского соглашения (2000 год). Контрольное исследование проводилось через 4–6 недель после завершения курса антихеликобактерной терапии. Эрадикация считалась достигнутой, если НР не определялся гистологически и с помощью уреазного теста в гастробиоптатах слизистой. У НР-негативных больных использовали, либо антисекреторную терапию при норма- и гиперацидности (блокаторы H₂ рецепторов гистамина, ИПП), либо висмута трикалия дицитрат (Де-нол 240 мг 2 раза в день) при гипо- и анацидности. Применение Де-нола в нашем исследовании было обусловлено цитопротективным действием солей висмута, рядом антихеликобактерных эффектов (образование комплекса с белками бактериальной стенки, что вызывает деградацию бактерии, блокирование адгезии, подвижности НР, подавление активности протеаз, каталаз и фосфолипаз НР) и отсутствием развития резистентности.

Результаты и их обсуждение

По данным гистологического исследования, **НР инфекция** была верифицирована в 78,69%, 66,66%, 67,31%, 64,67%, соответственно по группам, что не противоречит другим литературным источникам [5,9,10,12,13,14]. Сравнительный анализ результатов гистологического исследо-

вания и быстрого уреазного теста подтвердили наличие НР инфекции в изучаемых группах больных.

Анализ *степени обсеменения НР* продемонстрировал преобладание высокой степени (более 50 микробных тел в поле зрения) у больных неатрофическим активным гастритом по сравнению с другими группами: 40,98%, 20,89%, 22,45%, 15,56%, соответственно. Снижение частоты обнаружения и уменьшение степени обсеменения СОЖ НР при атрофическом гастрите, по сравнению с неатрофическим, объясняется нарушением условий жизни бактерий при прогрессировании атрофического процесса: поверхностный эпителий секретирует меньше слизи, под которой укрываются НР, усилена секреция IgA, прогрессирует кишечная метаплазия, появляются очаги дисплазии.

Активный хронический гастрит, характеризующийся инфильтрацией полиморфно-ядерными лейкоцитами эпителия и собственной пластинки на фоне свойственной хроническому гастриту инфильтрации плазматическими клетками и лимфоцитами, диагностирован в 100%, 82,29%, 91,84%, 93,33%, соответственно. Полученные результаты стадии активности воспаления соответствовали частоте встречаемости и степени колонизации СОЖ инфекцией НР. Так, третья стадия активности воспаления, характеризующаяся наряду с выраженной инфильтрацией собственной пластинки и эпителия полиморфноядерными лейкоцитами, наличием «внутриямочных абсцессов», свидетельствующих об активном повреждении эпителия, зафиксирована в 40,98%, 17,71%, 20,41%, 26,67%, соответственно. Высокая активность воспаления СОЖ, сопровождающаяся снижением темпов апоптоза, уменьшением факторов роста, увеличением продолжительности жизни поврежденной клетки, обусловленная персистенцией НР инфекции, а также другими факторами (прием ulcerогенных препаратов преимущественно в старшей возрастной группе), способствует хронизации процесса с прогрессированием атрофии, кишечной метаплазии, дисплазии.

Кишечная метаплазия рас-пределялась следующим образом: 22,95%, 61,45%, 65,31%, 69,0%, соответственно; толстокишечная, причисленная к предраковым изменениям в 13,11%, 29,16%, 26,53%, 40,0%, т.е. преимущественно у больных с выраженной атрофией слизистой, что отражает глубину дисрегенераторных изменений при прогрессировании атрофического процесса. Хотя полную кишечную метаплазию к пренеопластическим изменениям не относят, нельзя исключить ее опосредованную роль в канцерогенезе: повышенная абсорбционная способность таких участков не предотвращает поступление канцерогенов.

По мере увеличения продолжительности периода персистенции НР инфекции, нарастает степень нарушения регуляции роста и дифференцировки эпителия, что приводит к возрастанию частоты

возникновения и степени выраженности структурных изменений СОЖ.

Так, по нашим данным, *дисплазия или неоплазия* (клон клеток, отличающийся от других тканей автономным ростом и соматическими мутациями) диагностирована в 4,89%, 7,29%, 8,16%, 15,55%, соответственно.

По мере прогрессирования атрофического процесса возрастала не только частота обнаружения дисплазии, но и ее тяжесть.

Так, неоплазия различной степени выраженности рас-пределялась следующим образом по группам больных: низкой степени (3 категория) – 3,26%, 4,16%, 4,08%, 6,66%, высокой степени (4.1 категория) – 0,0%, 1,04%, 0,0%, 6,66%. Последовательное прогрессирование морфологических изменений СОЖ от атрофии через этапы кишечной метаплазии и дисплазии к развитию рака показано многими исследователями [14,16,17,20]. Следовательно, своевременное выявление атрофии СОЖ – первый диагностический этап в формировании группы риска по раку желудка.

Результаты *радиоиммунологического исследования* представлены в таблице 1, из которой видно, что уменьшение сывороточной концентрации базального (G-17) и стимулированного (stG-17) прогрессирует по мере нарастания степени атрофии слизистой антрального отдела желудка (потеря антральных G-клеток), достигая статистически значимых различий по сравнению с контрольной группой ($56,44 \pm 20,24 / 93,57 \pm 13,59$) при умеренной ($40,90 \pm 7,03 / 51,12 \pm 13,93$, $p < 0,001$) и выраженной степени атрофии ($13,16 \pm 6,35 / 14,80 \pm 5,43$, $p < 0,001$).

Аналогично, с увеличением степени выраженности атрофии слизистой фундального отдела (потеря главных клеток фундальных желез) желудка уменьшалась концентрация базального PG-I. При сравнительном анализе конт-

Таблица 1

Результаты изучения уровней гастрина-17 и пепсиногена I у больных хроническим гастритом

Группы	n	Концентрация G-17 (пг/мл)		Концентрация PG-I (нг/мл)
		базальная	стимулированная	базальная
		M±σm	M±σm	M±σm
1 Неатрофический гастрит	61	61,11±17,82	107,42±12,95***	73,13±10,25*
Топографические варианты гастрита и степень выраженности атрофии.				
2 Антральный слабая умеренная выраженная	96	35,21±8,42***	54,05±11,22***	64,47±15,87
	51	51,59±11,89	96,24±14,26	62,14±14,31
	28	40,90±7,03***	51,12±13,93***	67,68±16,73
	17	13,16±6,35***	14,80±5,43***	68,60±16,59
3 Фундальный слабая умеренная выраженная	49	70,49±10,75**	139,45±10,01***	37,81±16,77***
	18	68,50±10,99*	141,65±10,21***	57,19±13,42*
	17	70,43±8,64*	116,55±13,60***	41,84±6,80***
	14	72,56±12,64**	105,71±6,22**	14,41±5,10***
4 Пангастрит слабая умеренная выраженная	45	33,56±8,7***	51,47±8,4***	38,29±7,90***
	14	54,99±6,72	96,47±8,32	59,45±12,60*
	16	33,96±16,00**	44,65±12,62***	39,70±8,59***
	15	11,74±3,40***	13,31±4,34***	15,73±2,52***
5 Контрольная группа (практически здоровые)	42	56,44±20,24	93,57±13,59	67,29±13,04

P(κ) – достоверность различий к контрольной группе (парные групповые сравнения)

* – p(κ) < 0,05, ** – p(κ) < 0,01, *** – p(κ) < 0,001

Результаты исследования кислотности желудочного сока у больных хроническим гастритом

НР статус	Данные внутрижелудочной рН-метрии							
	Гипера- ацидность		Нормо- ацидность		Гипо- ацидность		Ана- цидность	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Хронический гастрит (ХГ), n=251 НР + (n=174) НР - (n=77)	33 26 7	13,14 14,94 9,09	109 87 21	43,43 50,00 27,27	102 57 45	40,64 32,76 58,44	7 4 3	2,79 2,30 3,90
А. Неатрофический гастрит (ХНГ), n=61 НР + (n=48) НР - (n=13)	23 19 4	37,70 39,58 30,77	34 26 8	55,74 54,17 61,54	4 3 1	6,56 6,25 7,69	0 0 0	0,00 0,00 0,00
Б. Атрофический гастрит (ХАГ), n=190 НР + (n=126) НР - (n=64)	10 7 3	5,26 5,55 4,68	75 61 14	39,47 48,41 21,87	98 54 44	51,58 42,86 68,75	7 4 3	3,68 3,17 4,69

рольной группы ($67,29 \pm 13,04$) и различных степеней атрофии слизистой (слабая $57,19 \pm 13,42$, умеренная $41,84 \pm 6,80$, выраженная $14,41 \pm 5,10$) констатированы статистически достоверные различия ($p < 0,05 - 0,001$).

Мультифокальная локализация атрофии (пангастрит) сопровождалась значительным снижением средних значений обоих показателей при умеренной и выраженной атрофии ($p < 0,05 - 0,001$).

При неатрофическом гастрите возрастает уровень стимулированного G-17 ($107,42 \pm 12,95$, $p < 0,001$) и базального PGI ($73,13 \pm 10,25$, $p < 0,05$).

Состояние *кислотопродуцирующей функции* было изучено у 251 больного. Результаты представлены в таблице 2.

Гиперацидность установлена в 13,14% ($n=33$) среди больных ХГ, достоверно ($\chi^2=92,58$, $p < 0,001$, $d.f.=1$) чаще у лиц с неатрофическим гастритом 37,70% ($n=23$). При сопоставлении этих данных с результатами изучения НР-инфекции оказалось, что гиперацидность преобладала ($p > 0,05$) у НР-позитивных больных 14,94% ($n=26$): 39,58% ($n=19$) и 5,55% ($n=7$), соответственно по подгруппам, в отличие от НР-негативных больных – 9,09% ($n=7$): 30,77% ($n=4$) и 4,68%, ($n=3$), соответственно. Длительность регистрации ХГ, по данным ретроспективного анализа результатов гастробиопсии, составила $13,7 \pm 6,2$ года: у инфицированных НР $11,2 \pm 4,6$ лет, у неинфицированных НР – $16,3 \pm 7,8$ лет ($t=0,59$, $p > 0,05$).

Интенсивность обсеменения слизистой у инфицированных НР больных ХГ с повышенным кислотообразованием распределялась следующим образом: высокая – 80,77% ($n=21$), умеренная – 19,23% ($n=5$), низкая – 0,0% ($n=0$), т.е. соответствовала 3-й и 2-й степеням и характеризовалась значительной или умеренной активностью хронического воспаления, как у больных ХНГ – 73,68% ($n=14$), 26,31% ($n=5$), 0,0% ($n=1$), соответственно по степеням, так и у больных с признаками атрофии слабой степени СОЖ – 100,0% ($n=7$), 0,0%, 0,0%, соответственно.

Нормоацидность зарегистрирована в 43,43% ($n=109$): 55,74% ($n=34$) и 39,47% ($n=61$), соответственно по подгруппам (ХНГ и ХАГ), различия статистически достоверны ($\chi^2=4,97$, $p < 0,05$, $d.f.=1$).

Нормоацидность среди неинфицированных НР составила 27,27% ($n=21$): 61,54% ($n=8$) и 21,87% ($n=14$), соответственно, по подгруппам, т.е. чаще у больных ХНГ ($\chi^2=0,34$, $p > 0,05$, $d.f.=1$). У больных с НР-позитивным статусом нормоацидность была зарегистрирована у половины больных ХГ 50,00% ($n=57$): чаще у больных без признаков атрофии слизистой 54,17% ($n=26$) и 48,41% ($n=61$), соответственно по подгруппам ($p > 0,05$).

При этом выраженность обсеменения

слизистой НР у больных с нормальным кислотообразованием распределялась следующим образом: *высокая* 42,53% ($n=37$) – 42,30% ($n=11$) и 42,62% ($n=26$), соответственно по подгруппам (ХНГ и ХАГ), *умеренная* 45,98% ($n=40$) – 23,07% ($n=6$), 55,74% ($n=34$), соответственно, *низкая* 11,49% ($n=10$) – 34,61% ($n=9$) и 1,64% ($n=1$), соответственно, т.е. соответствовала в большинстве случаев высокой степени у больных ХНГ и умеренной степени у лиц ХАГ и коррелировало со степенью активности хронического воспаления.

Продолжительность ХГ с нормальной кислотопродуцирующей функцией, по данным ретроспективного анализа результатов гастробиопсии, составила $13,2 \pm 7,2$ года: у инфицированных НР $12,5 \pm 7,6$ лет, у неинфицированных НР – $13,8 \pm 6,9$ лет.

Гипоацидность установлена у 40,64% больных ($n=102$): 6,56% ($n=4$) и 51,58% ($n=98$), соответственно по подгруппам (ХНГ и ХАГ).

У этой категории больных наблюдалось преобладание ($\chi^2=14,60$, $p < 0,001$, $d.f.=1$) лиц неинфицированных – 58,44% ($n=45$) над инфицированными НР – 32,76% ($n=57$): 7,69% ($n=1$) и 6,25% ($n=3$), соответственно у лиц без признаков атрофии слизистой (ХНГ) ($\chi^2=0,03$, $p > 0,05$, $d.f.=1$), 68,75% ($n=44$) и 42,86% ($n=54$), соответственно у больных ХАГ ($\chi^2=11,39$, $p < 0,001$), т.е. статистическая значимость различий определялась у больных в подгруппе ХАГ.

Степень обсеменения НР слизистой желудка была преимущественно ($p < 0,005$) низкая – у 91,23% ($n=52$) больных: 100,0% ($n=3$) и 90,74% ($n=49$), соответственно по подгруппам. Только у 5 (9,26%) больных из 54 хроническим гастритом с явлениями атрофии I стадии была зафиксирована 2-я степень микробного обсеменения НР. Активность воспаления регистрировалась либо слабая, либо умеренная.

Продолжительность хронического воспаления слизистой, по данным ретроспективного анализа результатов гастробиопсии, составила $15,6 \pm 4,5$ лет: у инфицированных НР – $14,3 \pm 4,2$ года, у неинфицированных НР – $16,9 \pm 4,8$ лет ($p > 0,05$).

Анацидность регистрировали в 2,79% ($n=7$) и только у больных из подгруппы ХАГ 3,68% ($n=7$). У этой категории

больных наблюдалось преобладание ($p > 0,05$) лиц неинфицированных – 4,69% ($n=3$) над инфицированными НР – 3,17% ($n=4$). Степень микробного обсеменения слизистой желудка во всех четырех случаях была низкой, активность воспаления слабой. У всех фиксировалась толстокишечная (неполная) метаплазия, признаки дисплазии низкой степени установлены у одного больного, высокой – у двух.

Продолжительность хронического воспаления слизистой, по данным ретроспективного анализа результатов гастробиопсии, составила $18,7 \pm 5,7$ лет: у инфицированных НР – $17,6 \pm 5,1$ год, у неинфицированных НР – $19,9 \pm 6,3$ года ($p > 0,05$).

Анализ состояния кислотопродуцирующей функции желудка у больных ХГ позволил сделать вывод, что у лиц с длительным воспалительным процессом ($17,2 \pm 5,1$ лет) слизистой чаще определялся сниженный уровень кислотности (гипо- и анацидность). Повышенное и нормальное кислотообразование отмечено у больных с менее продолжительным анамнезом ($12,0 \pm 5,7$ лет). Различия в продолжительности заболевания у лиц с гипо- и анацидностью в сравнении с гипер- и нормоацидностью статистически недостоверны ($t=0,67$, $p > 0,05$, $d.f.=5$).

Сопоставление клинических проявлений и нарушений кислотообразующей функции у больных хроническим гастритом позволило установить некоторые закономерности.

Так, среди больных ХГ с **гиперацидностью** ($n=33$) преобладали НР-позитивные больные (78,78%, $n=26$) как в подгруппе ХНГ (82,61%, $n=19$), так и ХАГ (70,00%, $n=7$). Язвенно-подобная симптоматика у больных с гиперацидностью была установлена только у НР-позитивных (79,92%, $n=20$): 78,95%, $n=15$ и 71,43%, $n=5$, соответственно по подгруппам (ХНГ и ХАГ), т.е. чаще у больных ХНГ ($\chi^2=0,16$, $p > 0,05$, $d.f.=1$).

У больных ХГ и **нормоацидностью** ($n=109$) была выявлена аналогичная закономерность – чаще отмечали НР-позитивных лиц (79,82%, $n=87$) в обеих подгруппах (ХНГ и ХАГ): 76,47%, $n=26$ и 81,33%, $n=61$, соответственно. Клинически больные с нормальным кислотообразованием характеризовались бессимптомностью течения ХГ (71,56%, $n=78$), жалобы предъявляли преимущественно инфицированные НР лица (28,44%, $n=31$) из подгруппы ХНГ (87,10%, $n=27$). У четырех больных с явлениями атрофии на фоне персистенции НР (12,90%) регистрировали преимущественно желудочную диспепсию.

Гипоацидность чаще регистрировали у НР-позитивных больных, но с меньшим превалированием, чем у лиц с гипер- и нормоацидностью (55,88%, $n=57$): 75,00%, $n=3$ и 55,10%, $n=54$, соответственно по подгруппам (ХНГ и ХАГ). Бессимптомное течение ХГ (30,39%, $n=31$) было характерно преимущественно для неинфицированных НР лиц (74,19%, $n=23$).

Анацидность была установлена только у больных атрофическим гастритом как НР-позитивных (57,14%, $n=4$), так и НР-негативных (42,86%, $n=3$), различия статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Эрадикация была достигнута у 92,65% ($n=63$) больных с недостаточной секрецией желудка при использовании **коллоидного висмута трикалия дицитрата (Де-нола)** и у 91,38% ($n=53$) больных с сохраненной кислотопродуцирующей функцией желудка. Случаи неэффективной эрадикации ($n=10$) были обусловлены либо прекращением приема препаратов ввиду нежелательных явлений ($n=3$), либо нарушением схемы эрадикации ($n=7$).

Наши данные достаточно убедительно свидетельствуют об эффективности висмута трикалия дицитрата (**Де-нола**) в эрадикационных схемах у больных хроническим гастритом со сниженной кислотопродуцирующей функцией.

Столь высокие показатели обусловлены также низкой степенью колонизации СОЖ НР у больных со сниженной секреторной функцией желудка.

Использование висмута трикалия дицитрата (**Де-нола**) особенно целесообразно у НР-негативных больных пожилого возраста с низким уровнем желудочной секреции, когда ИПП могут оказаться существенно менее эффективными.

Подводя итог вышеизложенному, можно констатировать, что при хроническом воспалении слизистой оболочки желудка обнаруживаются различные нарушения кислотопродуцирующей функции, имеющие свои особенности в зависимости от присутствия/отсутствия персистенции инфекции НР, длительности хронического воспалительного процесса, морфологического характера изменений слизистой (атрофии). Так, у лиц с персистирующей НР инфекцией чаще встречается гиперацидность, что сопровождается выраженными воспалительными изменениями слизистой. Снижение кислотопродуцирующей функции чаще отмечается у лиц в отсутствии НР-инфекции или низкой степени колонизации НР на фоне атрофии слизистой.

Изучение концентрации G-17 и PG-I также демонстрирует их изменение с появлением и прогрессированием атрофии. Причем *гастрин* 17 уменьшается в зависимости от атрофии слизистой антрального отдела, а *пепсиноген* I – фундального. Полученные данные позволяют использовать тест определения гастрин-17 и пепсиногена-I в качестве ориентира наличия и темпов атрофии слизистой.

Выводы

1. Больные хроническим гастритом имеют разную кислотопродуцирующую функцию желудка, которая является основой для выбора схемы лечения.

2. У больных с НР ассоциированным гастритом с сохраненной и повышенной секрецией в эрадикационной схеме должны использоваться наряду с антибактериальными препаратами ингибиторы протонной помпы; у больных с пониженной секрецией – **висмут трикалия дицитрат (Де-нол)**.

3. Эффективность эрадикации составила 92,65% у больных хроническим гастритом со сниженной кислотопродуцирующей функцией и 91,38% – с сохраненной и повышенной функцией.

4. У больных хроническим гастритом без атрофии выбор тактики лечения также зависит от состояния секреторной функции: при сохраненной секреции целесообразно использовать антисекреторную терапию, при недостаточной секреции – **висмут трикалия дицитрат (Де-нол)**.

Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. *Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника*. – М. – 1998. – С. 13–268.
2. Бурдина Е.Г., Минушкин О.Н., Денисов Л.Е. и др. // *Кремлевская медицина. Клин. вестник*. – М. – 2000. – N 1. – С. 63–65.
3. Бурдина Е.Г. *Роль персистенции инфекции Helicobacter pylori в патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта: дисс...д.м.н.* – М. – 2007– 380С.

4. Василенко И.В., Сургай Н.Н. //Вопросы онкологии.— 2003.— Т.49.— N 2.— С.239—244.
 5. Исаков В.А. //РЖГГК — 2003. — Приложение 19. — N 3. — С.30—35.
 6. Исаков В.А., Домарадский И.В. Хеликобактериоз. — М.— 2003.— С.8—263.
 7. Кононов А.В., Ливзан М.А., Мозговой С.И. //Тезисы докладов X Российского национального конгресса «Человек и лекарство».— М. — 2003. — С.223.
 8. Курыгин А.А., Лебедев Н.Н., Багненко С.Ф. и др. Послеоперационные желудочно-кишечные язвы. Руководство для врачей. — С.— Пб. — 2004.— С.27—29.
 9. Кучерявый Ю.А., Гаджиева М.Г. //РЖГГК — 2005. — N 1. — С.71—75.
 10. Лапина Т.Л. //РЖГГК — 2006. — Том XVI.— N 5. — С.2—7.
 11. Минушкин О.Н., Денисов Л.Е., Бурдина Е.Г. и др. // РЖГГК — 2001. — Том XI.— N 2. — С.34—37.
 12. Минушкин О.Н., Зверков И.В. Хронический гастрит. // Лечащий врач. — 2003.— N 5. — С.24—31.
 13. Минушкин О.Н. //Медицинский совет. — N 3. — 2007. — С.71—76.
 14. Пасечников В.Д., Котелевец С.М., Чуков С.З. и др. // РЖГГК — 2004.— Том XIV.— N1. — С.26—32.
 15. Пиманов С.И., Макаренко Е.В. //Клин. медицина.— 2005. — N 1. — С.54—58.
 16. Correa P. //Cancer Res. — 1992. — V.52. — P.6735—6742.
 17. Correa P. //Amer. J. Surg. Pathol. — 1995. — V.19. — P.S37—S43.
 18. Dixon M., Genta R., Yardley J. et al. //Am. J. Surg. Pathol.— 1996. — V.20.— P.1161—1181.
 19. Schlemper R.J., Riddell R.H., Kato Y. et al. //Gut. — 2000. — V.47— P.251—255.
 20. Sipponen P., Graham D.Y. // Scan. J. Gastroenterol. — 2007. — V.42. — P.2—10.
 21. Tomiitchong P., Onda M., Matsukura N. et al. //J. Clin. Gastroenterol. — 1998. — V. 27. — N 1. — P.154—158.
 22. Warren J.R. //Lancet. — 1983. — N2 (I). — P.1273—1275.
-

Болезнь отложения легких цепей. Клиника, диагностика и лечение

А.В. Гордеев, И.В. Пожаров

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ,
ФГУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ

Целью настоящей работы является обобщение имеющихся литературных данных о распространенности, клинике, диагностике, основных стратегиях лечения и прогнозе болезни отложения легких цепей иммуноглобулинов, являющейся одним из вариантов болезни отложения моноклонального иммуноглобулина. Подробно изложены морфологические варианты поражения почек, особенности лабораторной диагностики заболевания. Даны рекомендации по дифференциальной диагностике, обобщены факторы, усугубляющие прогноз заболевания.

Ключевые слова: болезни отложения, отложение легких цепей иммуноглобулинов, моноклональный иммуноглобулин, поражение почек, поражение гломерулярной мембраны почек.

Введение

Болезнь отложения легких цепей (БЛЦ), является одним из вариантов болезни отложения моноклонального иммуноглобулина и развивается вследствие патологической секреции легких цепей (ЛЦ) иммуноглобулинов (преимущественно к-типа), что приводит формированию неорганизованных гранулярных отложений в органах и тканях с преимущественным поражением гломерулярной мембраны.

В 1976 году Randall R.E. опубликовал описание двух пациентов с быстро прогрессирующей почечной недостаточностью и полиорганным поражением на фоне отложения моноклональных ЛЦ, предположив существование новой формы плазмоклеточной дискразии, носящей теперь его имя [29]. Дальнейшее изучение ультраструктурных особенностей ЛЦ позволило дифференцировать ряд самостоятельных заболеваний в зависимости от вариантов тканевой организации выявленного электронноплотного материала (табл. 1).

Таблица 1

Виды ультраструктурной организации легких цепей

- 1) Организованные отложения
 - а). Фибриллы
 - AL-Амилоидоз
 - б). Микротрубочки
 - Моноклональная криоглобулинемия
 - Иммунотактоидный гломерулонефрит (гломерулопатия)
 - в). Кристаллы
 - Кристал-накапливающий гистиоцитоз (crystal-storing-histiocytosis, CSH)
- 2). Неорганизованные гранулярные отложения
 - Болезнь отложения моноклонального Ig (MIDD) (болезнь отложения легких цепей (LCDD), болезнь отложения тяжелых цепей (HCDD), болезнь отложения легких и тяжелых цепей (LHCDD))
 - Проллиферативный гломерулонефрит с отложением моноклонального Ig

Распространенность

Истинная частота БЛЦ неизвестна и, по-видимому, продолжает недооцениваться. Аутопсийные исследования обнаруживают это заболевание не менее чем у 5% пациентов с множественной миеломой (ММ), наличие которой обуславливает развитие MIDD в 40–50% случаев [12]. По данным Mallick N.P. с соавт. из 260 биоптатов почки, выполненных у пациентов с идиопатической протеинурией, БЛЦ определялась в 5 случаях. В то же время целенаправленное изучение 47 пациентов с плазмоклеточными дискразиями позволило Pirani N.P. и соавт. определить достоверные признаки БЛЦ у 10 из них. Отмечается небольшое преобладание мужчин (м : ж – 4–8 : 1) трудоспособного возраста. Пик заболеваемости приходится на пятое десятилетие жизни (40–66 лет).

Морфология

Световая микроскопия (СМ) — позволяет определить лишь косвенные признаки заболевания. Несмотря на клинические признаки преимущественного поражения клубочков, в типичных случаях при СМ поражение канальцев может выходить на первый план. Характерно отложение эозинофильного Shiff (PAS)-позитивного, преломляющего лентоподобного материала вдоль базальной мембраны канальцев [35]. Наибольшие изменения отмечаются в дистальных канальцах и петле Генле, а также — собирательных трубочках, где наблюдается уплощение и атрофия эпителия. Типичные миеломные слепки как правило выявляются в незначительном количестве и требуют исключения сочетанного поражения с ММ. Для поздних стадий заболевания характерно присоединение выраженного интерстициального фиброза, прогрессирование атрофии канальцев.

Поражение клубочков более многообразно. Наиболее характерной особенностью является наличие узлового гломерулосклероза, который по данным разных авторов отмечается в 60–100% случаев [7, 27, 30, 31]. В отличие от истинного диабетического гломерулосклероза (болезни Kimmelstiel-Wilson) для БЛЦ характерно: относительная распространенность узлов в клубочках, отсутствие экссудативных изменений («фибриноидных шапочек»), а также гиалиноза эфферентных артериол. Также нехарактерно

выраженное утолщение базальной мембраны клубочков, которые как правило увеличены в размерах. Кроме того, отмечается диффузная или узловая экспансия мезангиальной матрикса с гиперклеточностью мезангия легкой/умеренной степени выраженности. Важно отметить, что при положительной реакции на конго красный (наблюдаемой у ~10% пациентов) в поляризованном свете отсутствует характерное для AL-амилоидоза яблочно-зеленое свечение вследствие двойного лучепреломления.

Иммунофлуоресцентная микроскопия (ИФМ) — ключевое звено в диагностике БЛЦ. Определяющим признаком заболевания считается обнаружение линейного отложения одного вида ЛЦ, преимущественно к-типа (~80%) вдоль тубулярной базальной мембраны, что наиболее часто наблюдается в дистальных канальцах и петле Генле, однако нередко встречается и в проксимальных отделах нефрона.

Электронная микроскопия (ЭМ) — является обязательным этапом диагностики БЛЦ не только для уточнения распространенности и характера организации ЛЦ, но и учитывая имеющиеся данные о снижении чувствительности ИФМ с увеличением «возраста» отложений. Ультроструктурная оценка материала позволяет выявить внеклеточные неорганизованные гранулярные отложения электронноплотного материала в базальной мембране клубочков и канальцев практически в 100% случаев. Более чем в 85–90% случаев они также отмечаются в мезангиальных узелках, капсуле Боумена и стенках мелких межмиоцитарных артерий. Наличие неамилоидных фибрилл нехарактерно. Однако встречается сочетание фибриллярных и гранулярных отложений в одном или нескольких органах одного пациента.

Среди других органов наиболее часто при БЛЦ поражаются печень, селезенка, кожа, сердце, тонкий кишечник, нервная система [4, 5, 25, 27, 32, 34]. Истинная частота поражения того или иного органа остается неизвестной из-за часто бессимптомного течения. Важно отметить ультроструктурную идентичность почечных и внепочечных изменений, вызванных конкретным подтипом моноклональных ЛЦ у конкретного больного.

Клиника

Заболевание может оставаться невыявленным в течение длительного времени. В настоящее время имеются описания бессимптомного течения болезни на протяжении 15 лет с момента обнаружения отложений ЛЦ [23].

В отсутствие экстраренальных поражений общее состояние пациентов на начальных этапах болезни может оставаться относительно удовлетворительным. *Прогрессирующее похудание* (в среднем на 2–3 кг в месяц) является одним из первых признаков заболевания. При присоединении отечного синдрома вес пациентов может сохраняться стабильным и даже иметь тенденцию к повышению. Необходимо отметить развитие *амиотрофий*, наиболее рано выявляемых в мышцах плечевого и тазового поясов. При этом общая слабость в отсутствие сочетания с лимфопролиферативным заболеванием обычно возникает в развернутой стадии болезни в рамках дисциркуляторно-гипоксического синдрома на фоне анемии, электролитных нарушений, декомпенсированного ацидоза. Повышение температуры тела как правило нехарактерно и требует исключения инфекционного процесса и очевидной лимфопролиферации.

В литературе встречаются атипичные варианты дебюта заболевания: с-м Шегрена, фибрилляция предсердий, тя-

желая дыхательная недостаточность в рамках кистозного поражения легких, полинейропатия [19].

Почечная недостаточность (ПН) является доминирующим признаком заболевания, охватывая более 90% пациентов и служит основной причиной госпитализации [26]. В клинической картине преобладает хроническая ПН (70–80%), скорость прогрессирования которой варьирует в широких пределах [27]. В целом, отличительной особенностью этого вида нефропатии является быстрый темп нарастания ПН: среднее время развития терминальной ПН в отсутствие экстраренальных поражений составляет всего 18–25 месяцев. Не менее 30% больных нуждаются в проведении программного гемодиализа. *Острая ПН* развивается в 20–30% случаев. Наряду с ренальными причинами ее возникновения, такими как острая тубулопатия, необходимо также отметить и вклад внутрисосудистой гиповолемии, часто усугубляемой назначением массивной диуретической терапии. В отличие от миеломной нефропатии, у пациентов с БЛЦ (даже при выявлении М-градиента в моче) основным (80–100%) теряемым с мочой белком является альбумин. Отеки вследствие гипоальбуминемии развиваются у 40–50% пациентов, полный нефротический синдром формируется в 30% случаев. На начальных этапах заболевания выраженность альбуминурии может не коррелировать с распространенностью и тяжестью узлового гломерулосклероза. Также многие авторы не находят корреляции между выраженностью альбуминурии и скоростью снижения клубочковой фильтрации. У 25% больных заболевание протекает преимущественно в виде тубулоинтерстициального нефрита, при котором суточная протеинурия не

Таблица 2

Основные внепочечные проявления БЛЦ

1. Сердце [8,13,37]
 - Аритмии
 - Рестриктивная кардиомиопатия
 - Острый инфаркт миокарда*
 - Коронариит*
2. Печень [27]
 - Гепатомегалия
 - Портальная гипертензия
 - Асцит
 - Внутривенная холестатическая желтуха
 - Острая печеночная недостаточность*
3. Нервная система [10,24]
 - Периферическая сенсомоторная нейропатия
 - Множественные мононевриты
 - ОНМК по ишемическому / геморрагическому типам*
4. Легкие [1,4,5]
 - Обструктивная дыхательная недостаточность
 - Рецидивирующие спонтанные пневмотораксы
5. Глаза [6,23]
 - Гиперпигментация кожи углов глаз
 - Отслойка сетчатки*
6. ЖКТ
 - С-м Шегрена (ксеростомия, ксерофтальмия)
 - Энтероколит*
7. Суставы*
 - Амилоидоподобная артропатия

*- единичные наблюдения

превышает 1,0 грамма. Микрогематурия, сопутствующая НС, упоминаемая практически во всех крупных обзорах, посвященных БЛЦ, тем не менее не является специфичным признаком заболевания, наиболее часто отмечалась у пациентов с изолированным или сочетанным поражением тяжелыми цепями иммуноглобулинов [3].

Накопленные за последние 30 лет данные клинико-морфологических наблюдений за пациентами с различными вариантами течения БЛЦ подтверждают системный характер поражений, отмеченный еще Randall R.E. Основные клинически проявления внепочечных проявлений БЛЦ суммированы в таблице 2.

Лабораторная диагностика

При выявлении протеинурии, вызванной патологическими ЛЦ необходимо учитывать частоту встречаемости ЛЦ при целом ряде различных заболеваний, включая БЛЦ (таблица 3). Изолированная глюкозурия, в отсутствие иных причин, зачастую может быть единственным проявлением поражения канальцев легкими цепями.

Прогрессирующая нормоцитарная анемия, зачастую не соответствующая степени выраженности почечной недостаточности, торпидная к терапии эритропоэтином, наиболее часто развивается у больных с ММ. Косвенным признаком диспротеинемии, иногда опережающим развитие анемии, является повышение СОЭ. В отличие от AL-амилоидоза, при котором наблюдается повышение уровня тромбоцитов, для БЛЦ более характерна персистирующая умеренная тромбоцитопения. Уровень С-реактивного белка как правило не выходит за рамки референсных значений. Выявление гипокомплементемии помимо исключения стандартных причин ее возникновения (постинфекционный, волчаночный мембрано-пролиферативный, криоглобулинемический гломерулонефриты), наиболее часто отмечается у больных с присоединением или изолированным поражением тяжелых цепей иммуноглобулинов.

В отсутствие признаков ММ, морфологическое исследование костного мозга выявляет как правило умеренное повышение уровня плазматиков. При иммуногистохимическом исследовании у определенной части пациентов

обнаруживается отложение моноклональных ЛЦ, идентичных с выявляемыми при биопсии почки.

Лечение

Лечение БЛЦ представляет собой крайне сложную задачу. Помимо основной цели терапии — достижения гематологической ремиссии заболевания, т.е. подавления активности патологического клона В-лимфоцитов, зачастую необходимо проведение адекватной коррекции почечной недостаточности, нефротического синдрома, артериальной гипер/гипотензии, гиповолемии, экстраренальных осложнений, а также — нежелательных реакций химиотерапии, что требует привлечения специалистов различного профиля, использования дорогостоящих методов лечения.

В настоящее время существуют различные схемы лечения БЛЦ, большая часть которых заимствована из арсенала терапии ММ. Традиционной считается комбинация алкилирующих агентов (наиболее часто используется мелфалан в дозе 8 мг/м²) с кортикостероидами. Тем не менее, накапливающиеся в последние годы данные свидетельствуют о достаточно низкой эффективности этой комбинации: частота достижения гематологической ремиссии не превышает 30%, медиана выживаемости — 18 месяцев. Осложняет терапию нефротоксичность мелфалана, часто заставляющая корректировать его дозу в сторону уменьшения, длительность периода между началом терапии и наступлением эффекта, а также высокая частота рецидивирования заболевания, что требует поиска новых методов лечения.

Комбинированные схемы лечения (VAD, MEVP, ABCM), применяемые преимущественно у лиц ≤65 лет, показывают несколько лучшие результаты у пациентов с ММ и AL-амилоидозом (число ответов достигает 54%, медиана выживаемости ~50 месяцев) и, в целом, сравнимы со средними дозами мелфалана (25 мг/м²) как по эффективности, так и по способности достижения гематологического ответа. Тем не менее, высокая токсичность существенно ограничивает их применение. Продолжают изучаться комбинации с бортезомидом [14], леналидомидом, данные по эффективности и безопасности которых в настоящее время ограничены единичными наблюдениями.

Альтернативой комбинированным схемам лечения является высокодозная химиотерапия (мелфалан 100–200 мг/м²) с последующим проведением аутотрансплантации периферических стволовых клеток, получающая в последние годы все большее распространение. Накапливающиеся результаты крупных исследований преимущественно у пациентов с ММ и AL-амилоидозом (табл. 4) свидетельствуют о существенном снижении ранней смертности, не превышающей 15%, достоверном увеличении медианы выживаемости пациентов [20, 33, 37]. Противопоказаниями к ее проведению в настоящее время являются: возраст старше 70 лет, декомпенсированная рестриктивная кардиомиопатия (ФВ ≤40%), стойкая гипотония (АД сист. <90 мм.рт.ст.), тяжелая (III ст.) функциональная недостаточность, хроническая гипоксия (SO₂ <95%).

Как убедительно показал опыт клиники Mayo [18], в отсутствие эффективного лечения рецидив заболевания в трансплантате происходит в течение нескольких месяцев с момента операции у большинства больных. В связи с чем попытка выполнения трансплантации почек у пациентов, находящихся на программном гемодиализе, возможна только в случае достижения гематологической ремиссии заболевания на протяжении не менее одного года при от-

Таблица 3

Заболевания, ассоциированные с наличием ЛЦ в моче [2,15,21]

Частые ассоциации
1. Множественная миелома (47-70%) <ul style="list-style-type: none"> • IgG — 60% (κ-тип) • IgA — 71% (κ-тип) • IgD — 100 (λ-тип) 2. Макроглобулинемия Валденстрема (30-40%) 3. AL-Амилоидоз (92%) - λ-тип
Менее частые ассоциации
1. Лимфома 2. Лейкемия (в т.ч. хронический лимфоцитарный и плазмноклеточный варианты)
Редкие ассоциации*
1. MGUS 2. Определенные виды неретикулярных опухолей: ангиоиммуобластная лимфаденопатия, аденокарцинома поджелудочной железы, медуллярная карцинома щитовидной железы. 3. Рифампицин-индуцированная протеинурия ЛЦ

* - единичные наблюдения

Результаты проведения высокодозной химиотерапии с последующей аутотрансплантацией стволовых клеток

Автор, год	п, чел	Клинический ответ, %	Полная гемат. ремиссия, %	Выживаемость
Royer B., 2004, (51 мес) [32]	11 с БЛЦ (10 с ММ)	36	55	1 - умер
Weichman.K, 2007 (17 мес) [39]	9 с БЛЦ	↓ протеинурии 75,3	88	100%
Skinner M., 2007 (8 лет – РКИ) [36]	312 (AL)	1-й год – 66 30 – без гематолог. ответа	40 – не менее 1 года	Средн. – 4,6 года 5-и летняя - 60% 100 дн. см-сть –13%

сутствии экстраренальных признаков поражения [17]. В связи с вышеизложенным, привлекает особое внимание наблюдение Kuipers D.R. с соавт. [16], показавших потенциальную возможность предотвращения рецидивирования заболевания на фоне применения моноклональных антител к CD 20⁺ несущим лимфоцитам. Так, применение 4-х недельного курса ритуксимаба на 7-е сутки после аллотрансплантации почки у пациентки с предшествовавшей потерей трансплантата из-за рецидивирования БЛЦ, привело к стабилизации процесса, подтвержденное результатами контрольной биопсии почки через 1 год после операции, показавшей лишь минимальные признаки отложения ЛЦ при ИФМ и ЭМ. Повторная биопсия той же почки уже через 2 года с момента проведения операции, выявила минимальные признаки прогрессирования БЛЦ, потребовавшие повторного проведения 4-х недельного курса ритуксимаба. На этом фоне интересно также отметить выраженное (693→74 мг/л) и длительное (~4 месяца) снижение концентрации легких цепей в сыворотке больной.

Учитывая выявление тесной взаимосвязи между вероятностью возникновения, тяжестью течения почечной недостаточности и уровнем экскреции патологических легких цепей, их удаление с помощью аферезных методик с теоретических позиций выглядит оправданным. Zucchelli P. с соавт. (1988) показали более высокую выживаемость пациентов с ОПН на фоне ММ при применении плазмообмена (66% vs 28%, p<0,01). В тоже время рандомизированное исследование, проведенное Jonson W.J. и Kyle R.A. в 1990 году показало отсутствие достоверных различий в улучшении функции почек в аналогичной группе пациентов, отметив лишь некоторое положительное влияние плазмафереза в группе пациентов с тяжелой почечной недостаточностью. Тем не менее, несмотря на более чем 15-летнюю историю применения, в настоящее время убедительные доказательства эффективности данного метода лечения отсутствуют. Мы рекомендуем крайне осторожный и взвешенный подход к применению аферезных методов лечения преимущественно у пациентов с высокими значениями концентрации ЛЦ сыворотки, с учетом частоты и выраженности гиповолемии, нестабильности гемодинамики, а также опасности развития тяжелых инфекционных осложнений.

Прогноз

Прогноз заболевания остается тяжелым: 5-летняя выживаемость пациентов не превышает 70%. Средняя выживаемость пациентов составляет 34 месяца (12-18 мес. для AL-амилоидоза). Основными причинами смерти были и остаются сердечная недостаточность, инфекционные ос-

Таблица 4

ложнения, терминальная почечная недостаточность [21]. Факторами, усугубляющими прогноз заболевания являются возраст пациентов, сочетание с ММ, наличие экстраренальных признаков поражения, позднее начало лечения [26].

Список сокращений

БЛЦ — Болезнь отложения легких цепей иммуноглобулинов
 ГН — Гломерулонефрит(ы)
 ЛЦ — Легкие цепи иммуноглобулинов
 КМП — Кардиомиопатия
 МГ — Моноклональная гам-

мопатия
 ММ — Множественная миелома
 МПГН — Мезангио-пролиферативный гломерулонефрит
 НС — Нервная система
 ОНМК — Острое нарушение мозгового кровообращения
 ОПН — Острая почечная недостаточность
 ПНС — Периферическая нервная система
 СМ — Световая микроскопия
 СН — Сердечная недостаточность
 СОЭ — Скорость оседания эритроцитов
 ТПН — Терминальная почечная недостаточность
 ФСГС — Фокально-сегментарный гломерулосклероз
 ХПН — Хроническая почечная недостаточность
 ЭМ — Электронная микроскопия

ABCМ — Adriamycin, Carmustine (BiCNU®), Cyclophosphamide, Melphalan
 FLOTCH — Familial occurrence of total LeukOnychia, Trichilemmal cysts and Ciliary dystrophy with dominant autosomal Heredity
 HCDD — Heavy-chain deposition disease
 LCDD — Light-chain deposition disease
 LHCDD — Light- and heavy-chain deposition disease
 MGUS — Monoclonal gammopathy of unknown significance
 MIDD — Monoclonal Ig deposition disease
 MEVP — Mitoxantrone, Etoposide, Vindesine, Prednisolone
 POEMS — Polyneuropathy, Organomegaly, Endocrinopathy, M-spike, Skin lesions
 VAD — Vincristine, Adriamycin, Prednisolone

Литература

1. Bhargava P, Rushin JM // *Am J Surg Pathol.* 2007 Feb;31(2):267–76.
2. Brockhurst I, Harris KP, Chapman CS // *Nephrol Dial Transplant.* 2005 Jun;20(6):1251–3.
3. Buxbaum JN. // *Amyloid.* 2001 Jun;8(2):84–93.
4. Colombat M, Stern M, Groussard O, Droz D, Brauner M, Valeyre D, Mal H, Taille C, Monnet I, Fournier M // *Am J Respir Crit Care Med.* 2006 Apr 1;173(7):777–80.
5. Colombat M, Caudroy S, Lagonotte E, Mal H // *Eur Respir J.* 2008 Nov;32(5):1399–403.
6. Daicker BC, Mihatsch MJ // *Eur J Ophthalmol.* 1995 Apr–Jun;5(2):75–81.

7. Fabbian F, Stabellini N, Galdi A, Sartori S, Aleotti // *Cases J*. 2008 Sep 25;1(1):184.
8. Fabbian F, Stabellini N, Sartori S, Tombesi P, Aleotti A, Bergami M, Uggeri S, Galdi A, Molino C, Catizone L. // *J Med Case Reports*. 2007 Dec 29;1:187.
9. Gallo G, Gonzi F, Boctor F, Vidal R // *Am J Pathol*. 1996 May;148(5):1397–406.
10. Grassi MP, Clerici F, Perin C // *Ital J Neurol Sci*. 1998 Aug;19(4):229–33.
11. Hassoun H, Flombaum C, D'Agati VD, Rafferty BT, Cohen A, Klimek VM, Boruchov A, Kewalramani T, Reich L // *Bone Marrow Transplant*. 2008 Sep;42(6):405–12.
12. Herrera GA, Joseph L, Gu X, Hough A, Barlogie B. // *Arch Pathol Lab Med*. 2004 Aug;128(8):875–9. Review.
13. Ikeda S. // *Intern Med*. 2004 Dec;43(12):1107–14. Review.
14. Kastritis E, Migkou M, Gavriatopoulou M // *Haematologica*. 2009 Feb;94(2):300–2.
15. Katzmann JA, Abraham RS, Dispenzieri A, Lust JA, Kyle RA. // *Clin Chem*. 2005 May;51(5):878–81.
16. Kuypers DR, Lerut E, Claes K, Evenepoel P // *Transpl Int*. 2007 Apr;20(4):381–5.
17. Larsen T, Hammer A, Jørgensen KA // *Scand J Urol Nephrol*. 2008;42(2):187–8.
18. Leung N, Lager DJ, Gertz MA, Wilson K // *Am J Kidney Dis*. 2004 Jan;43(1):147–53.
19. Lin J, Markowitz GS, Valeri AM // *J Am Soc Nephrol*. 2001 Jul;12(7):1482–92.
20. Lorenz EC, Gertz MA, Fervenza FC, Dispenzieri A, Lacy MQ, Hayman SR, Gastineau DA, Leung N // *Nephrol Dial Transplant*. 2008 Jun;23(6):2052–7.
21. Masai R, Wakui H, Togashi M, Maki N, Ohtani H, Komatsuda A // 2009 Jan;71(1):9–20.
22. Mayo MM, Johns GS. // *Contrib Nephrol*. 2007;153:44–65. Review.
23. Okura T, Miyoshi K, Nagao T, Jotoku M, Enomoto D // *Intern Med*. 2009;48(2):101–4.
24. Omoti AE, Omoti CE. // *West Afr J Med*. 2007 Oct–Dec;26(4):265–8. Review.
25. Popovic M, Tavcar R, Glavac D, Volavsek M. // *Hum Pathol*. 2007 Jan;38(1):179–84.
26. Pozzi C, Fogazzi GB, Banfi G, Strom EH // *Clin Nephrol*. 1995 May;43(5):281–7.
27. Pozzi C, D'Amico M, Fogazzi GB, Curioni S, Ferrario F, Pasquali S, Quattrocchio G, Rollino C, Segagni S, Locatelli F. // *Am J Kidney Dis*. 2003 Dec;42(6):1154–63. Review.
28. Pozzi C, Locatelli F. // *Semin Nephrol*. 2002 Jul;22(4):319–30. Review.
29. Randall RE, Williamson WC Jr, Mullinax F // *Am J Med*. 1976 Feb;60(2):293–9. Review.
30. Ronco P, Plaisier E, Mougenot B // *Clin J Am Soc Nephrol*. 2006 Nov;1(6):1342–50.
31. Ronco PM, Alyanakian MA, Mougenot B // *J Am Soc Nephrol*. 2001 Jul;12(7):1558–65.
32. Rongioletti F, Patterson JW, Rebora A. // *J Cutan Pathol*. 2008 Aug;35(8):705–21.
33. Royer B, Arnulf B, Martinez F, Roy L, Flageul B // *Kidney Int*. 2004 Feb;65(2):642–8.
34. Salant DJ, Sancharawala V, D'Agati VD. // *Clin J Am Soc Nephrol*. 2007 Jul;2(4):858–67.
35. Santostefano M, Zanchelli F, Zaccaria A, Poletti G, Fusaroli M. // *J Nephrol*. 2005 Nov–Dec;18(6):659–75. Review.
36. Sikkink LA, Ramirez-Alvarado M. // *Amyloid*. 2008 Mar;15(1):29–39.
37. Skinner M, Sancharawala V, Wright DG, Seldin DC, Dember LM, Finn K, Falk RH, Berk J, Quillen K. // *Bone Marrow Transplant*. 2001 Oct;28(7):637–42. Review.
38. Sundaram S, Mainali R, Norfolk ER // *Ann Clin Lab Sci*. 2007 Autumn;37(4):370–4.
39. Toor AA, Ramdane BA, Joseph J, Thomas M // *Mod Pathol*. 2006 Feb;19(2):233–7.
40. Weichman K, Dember LM, Prokavova T, Wright DG, Quillen K, Rosenzweig M, Skinner M, Seldin DC, Sancharawala V. // *Bone Marrow Transplant*. 2006 Sep;38(5):339–43.

Особенности клиники и фармакотерапии ревматоидного артрита у больных сахарным диабетом

Ю.А Ускова, З.Ю. Мутовина, И.В. Пожаров, И.В. Розанова, А.В. Гордеев

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ
ФГУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ

Данное исследование проведено с целью оценки особенности течения и фармакотерапии у пациентов с сочетанием наиболее распространенного аутоиммунного заболевания – ревматоидного артрита и сахарного диабета. Проанализированы особенности дебюта, клиническое течение, лабораторная характеристика ревматоидного артрита, особенности подбора базисной противоревматической терапии, особенности течения сахарного диабета и структура сахароснижающей терапии у 56 больных, наблюдавшихся в отделении с 1985 по 2008 гг. Оценена эффективность базисной противоревматической терапии. Основными выводами являются следующие: пациенты с ревматоидным артритом и сахарным диабетом нуждаются в проведении адекватной базисной противоревматической терапии. Наличие сахарного диабета не является препятствием к назначению глюкокортикостероидов.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, дебют ревматоидного артрита, пожилой возраст, базисная противовоспалительная терапия, сахарный диабет, сахароснижающая терапия..

Введение

Ревматоидный артрит (РА) является самым частым аутоиммунным заболеванием человека. Распространенность РА среди взрослого населения составляет 0,5–2% (среди женщин старше 65 лет – 5%). Заболевание характеризуется поражением людей любого возраста (в том числе наиболее трудоспособного); выделяют два «пика» заболеваемости ревматоидным артритом: до 30 и после 55 лет. Для РА характерно эрозивное поражение суставов, системное поражение внутренних органов, тенденция к неуклонному прогрессированию и частая инвалидизация. Затраты на лечение пациентов с ревматоидным артритом велики, в связи с чем представляется важным определение оптимального метода базисной терапии в каждом индивидуальном случае.

В последние годы большое внимание уделяется иммунным механизмам развития атеросклероза; в частности, многими авторами показано, что при системном воспалительном процессе, каковым является и РА, атеросклеротический процесс прогрессирует быстрее, чем в общей популяции, в связи с чем у больных ревматоидным артритом достоверно выше частота сердечно-сосудистых проблем. Проблеме сердечно-сосудистой патологии при РА посвящено большое количество работ. Также предполагается, что и иные, широко распространенные в популяции у людей пожилого возраста заболевания, такие как сахарный диабет (СД), артериальная гипертензия, доброкачественные и злокачественные новообразования, туберкулез, остеоартрит, остеопороз могут иметь свои особенности течения и прогноза у пациентов с РА [P. van Riel; M. Bely and A. Apathy, 2004].

Вопрос ассоциации РА и СД обсуждается в научной литературе, начиная с первой половины XX в. [10]. Было доказано, что хронический системный воспалительный процесс предрасполагает как к формированию инсулинорезистентности, так и к развитию сахарного диабета (наиболее четкая корреляция отмечена между формированием инсулинорезистентности и повышенным уровнем С-реактивного белка [7, 4, 6]). Имеются данные о повышенном риске развития РА у больных СД 1 типа [1]. Тем не менее, существование статистически досто-

верной корреляции между РА и СД 2 типа подвергается сомнению [5, 2, 8]. Распространенность СД 2 типа среди больных РА, по данным многих авторов, не превышает таковую в общей популяции.

Несомненно, представляет интерес влияние базисной противоревматической терапии на углеводный обмен; например, имеются данные о том, что терапия гидроксихлорохином снижает риск развития СД [3]; много сообщений посвящено вопросу снижения инсулинорезистентности у больных РА, получающим биологическую терапию [9]. В целом же, в доступной научной литературе имеется мало данных об особенностях клиники, течения и базисной противоревматической терапии у больных РА и СД.

Цель исследования

Изучить особенности течения ревматоидного артрита и фармакотерапии у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы

В отделении нефрологии и ревматологии ФГУ ЦКБ УДП РФ в период с 1985 по 2008 гг наблюдались 56 пациентов с РА и СД. Проведен анализ клинического течения, лабораторных и инструментальных данных на момент дебюта РА и в процессе динамического наблюдения.

Результаты и обсуждение

Средний возраст дебюта РА составил 68 [62;73] лет. В данной группе пациентов преобладали женщины: они составили 80,4% (45) от общего числа больных. В дебюте РА преобладали пациенты с полиартритом, они составили 34% (19) от группы; пациенты с олигоартритом в дебюте составили 10,7% (6), с моноартритом – 5,3% (3). Заболевание началось с крупных суставов у 17,9% (10) больных. Серопозитивными по ревматоидному фактору (РФ) в дебюте РА оказались 24 пациента, что составило 70,6% от наблюдаемой группы. Среди пациентов данной группы дебют РА в пожилом возрасте имел место у 62,5% (35). Шестеро больных (10,7%) переносили ревматическую полимиалгию. Анализ внесуставных проявлений РА представлен в таблице 1. Из сопутствующих

Таблица 1

Клиническая характеристика 56 больных ревматоидным артритом и сахарным диабетом

Клиническая характеристика	N=56
Пол, n (%)	
мужчины	11 (19,6)
женщины	45 (80,4)
Возраст дебюта РА, годы	68 [62;73]
Дебют РА в пожилом возрасте, n (%)	35 (62,5)
Полиартрит в дебюте, n (%)	19 (34)
Олигоартрит в дебюте, n (%)	6 (10,7)
Моноартрит в дебюте, n (%)	3 (5,3)
Серопозитивный в дебюте, n (%)	24 (70,6)
Серонегативный в дебюте, n (%)	10 (29,4)
Дебют с крупных суставов, n (%)	10 (17,9)
Внесуставные проявления, n (%), в том числе:	19 (33,4)
лихорадка	15 (26,8)
потеря массы тела более 5 кг	10 (17,9)
лимфаденопатия	2 (3,6)
ревматоидные узлы	3 (5,4)
плеврит	0
перикардит	0
периферическая полинейропатия	0
кожный васкулит	1 (1,8)
васкулит внутренних органов	0
поражение органа зрения	1 (1,8)
синдром Сьегрена	2 (3,6)
Возраст дебюта сахарного диабета	71 [65,5; 78]
Инсулинпотребный диабет, n (%)	6 (10,7)
Сопутствующие заболевания:	
ХПН, n (%)	22 (39,3)
ИБС, n (%)	35 (62,5)
Инфаркт миокарда, n (%)	4 (7,1)
Нарушения ритма сердца, n (%)	9 (16,1)
ОНМК, n (%)	2 (3,6)
Легочная гипертензия, n (%)	2 (3,6)
Ревматическая полимиалгия, n (%)	6 (10,7)
Гигантоклеточный артериит, n (%)	1 (1,8)

заболеваний имели место артериальная гипертензия (42–75% больных), ИБС 35 (62,5%), нарушения сердечного ритма (экстрасистолия, пароксизмальная или постоянная форма мерцательной аритмии) у 9 (16,1%) больных, в анамнезе – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) у 2 (3,4%) больных, острый инфаркт миокарда (ОИМ) у 4 (7,1%) больных. У 39,3% (22) имели место явления хронической почечной недостаточности (ХПН); у двоих (3,6%) отмечалась легочная гипертензия. Средний возраст начала СД составил 71 год [65,6; 78]. Потребность в инсулинотерапии на момент дебюта РА имела место у 6 (10,7%), остальные пациенты (89,3%) получали пероральные сахароснижающие препараты или углеводный обмен компенсировался соблюдением строгой диеты. В динамике, за время наблюдения, структура сахароснижающей терапии не претерпела значимых изменений. Динамика показателей гликемии представлена в таблице 2.

При анализе структуры фармакотерапии ревматоидного артрита можно отметить следующее. Глюкокортикостероиды получали в дебюте заболевания 22 (44%) больных, в дальнейшем их число снизилось до 15

Таблица 2

Сравнительная клиническая характеристика больных РА и СД за период наблюдения

Показатель	На момент дебюта РА	В динамике	
Активность DAS28	5,4 [4,2; 6,96]	4,6 [3,2; 5,3]	P=0,0003
HAQ	1,9 [0,75; 2,5]	1,5 [0,9; 1,9]	P=0,002
Рентгенологическая стадия	N=52	N=34	
1, n (%)	7 (13,4)	2 (5,9)	P<0,05*
2, n (%)	24 (46)	9 (26,5)	
3, n (%)	19 (36,5)	20 (58,8)	
4, n (%)	2 (3,8)	3 (8,8)	
СКФ	63,8 [40; 90]	62,4 [45; 85]	p>0,05
Уровень гликемии натощак	5,5 [4,6; 7,3] N=48	6,1 [5,0; 7,9] N=31	P=0,004
Гликемический профиль			
8.00	6,3 [5,4; 8,4]	5,5 [4,6; 6,5]	P=0,6
12.00	9,2 [5,7; 12]	7,1 [5,3; 9,0]	P=0,4
17.00	10,2 [8,6; 13]	11,2 [9,9; 13,7]	P=0,02
21.00	6,3 [5,5; 10,4]	7,3 [6,2; 8,6]	P**

* – Фишер, χ^2

** – значение недостоверно из-за малого числа наблюдений.

(53,6%). Все наши пациенты получали базисную противоревматическую терапию. Структура фармакотерапии ревматоидного артрита представлена в таблице 3. В качестве базисных противоревматических препаратов назначались следующие: гидроксихлорохин (был отменен у двоих больных в связи с недостаточной эффективностью и необходимостью усиления БПРТ), сульфасалазин (доза препарата увеличивалась за время наблюдения в связи с недостаточной эффективностью), лефлуномид (доза препарата была снижена в одном случае в связи с побочными эффектами, и в одном случае препарат был отменен по другим причинам), метотрексат (за период наблюдения значительно увеличилось число больных, получающих препарат, а также повышалась доза препарата в связи с недостаточной эффективностью, а также в связи с прочими причинами, препятствующими смене БПРТ).

При анализе уровня гликемии натощак были получены следующие статистически достоверные данные: уровень гликемии натощак составил в дебюте заболевания 5,5 ммоль/л [4,6; 7,3], по мере прогрессирования РА – 6,1 [5,0; 7,9]. При анализе гликемического профиля в динамике выявлено статистически достоверное повышение уровня гликемии в 17.00. Наиболее вероятной причиной данного повышения уровня гликемии представляется прием глюкокортикостероидов. Следует подчеркнуть, что, несмотря на наличие СД, пациентам назначались глюкокортикостероиды (ГКС) в связи с несколькими причинами: в качестве «bridge»-терапии в связи с высокой активностью РА в дебюте, в связи с высокой активностью РА у больных и наличием противопоказаний к назначению цитостатических препаратов (метотрексат, лефлуномид): в первую очередь, снижение скорости клубочковой фильтрации, артериальная гипертензия; в связи с наличием сопутствующих заболеваний, таких как ревматическая полимиалгия, гигантоклеточный ар-

Таблица 3

Структура фармакотерапии больных ревматоидным артритом и сахарным диабетом

Препарат	В дебюте РА	В динамике
НПВП, n (%)	38 (59,1)	0
Глюкокортикостероиды		
Не получали, n (%)	28 (56)	13 (46,4)
3,75мг/сут, n (%)	0	2 (7,1)
5мг/сут, n (%)	5 (10)	3 (10,7)
7,5мг/сут, n (%)	0	3 (10,7)
10мг/сут, n (%)	10 (20)	3 (10,7)
11,25мг/сут, n (%)	0	1 (3,6)
15мг/сут, n (%)	4 (8)	1 (3,6)
20мг/сут, n (%)	1 (2)	1 (3,6)
45мг/сут, n (%)	0	1 (3,6)
Гидроксихлорохин		
200мг/сут, n (%)	2 (4,3)	0
400мг/сут, n (%)	2 (4,3)	2 (4,3)
Сульфасалазин		
0,5г/сут, n (%)	0	1 (3,3)
1,0г/сут, n (%)	2 (4,3)	0
1,5г/сут, n (%)	6 (12,8)	1 (3,3)
2,0г/сут, n (%)	6 (12,8)	5 (16,7)
2,5г/сут, n (%)	1 (2,3)	0
3,0г/сут, n (%)	0	3 (10)
Метотрексат		
7,5мг/нед, n (%)	2 (4,3)	3 (10)
10мг/нед, n (%)	4 (8,5)	4 (13,3)
12,5мг/нед, n (%)	1 (2,3)	1 (3,3)
15мг/нед, n (%)	3 (6,4)	3 (10)
17,5мг/нед, n (%)	0	1 (3,3)
Лефлуноמיד		
10мг/сут, n (%)	0	1 (3,3)
20мг/сут, n (%)	14 (29,2)	12 (40)
Инфликсимаб, n (%)	4 (7,3)	1 (1,8)
Ритуксимаб, n (%)	2 (3,6)	2 (3,6)

териит, требующих применения ГКС. По мере снижения активности РА, доза ГКС снижалась или препараты полностью отменялись.

Анализируя динамику активности РА (DAS28), можно сделать вывод о несомненной эффективности проводимой БПРТ, однако снижение среднего показате-

ля DAS28 в наблюдаемой группе оказалось недостаточным. Также выявлено рентгенологическое прогрессирование суставного синдрома (см. таблицу 3).

Выводы

- Дебют РА у больных сахарным диабетом характеризуется высокой активностью воспалительного процесса, полиартритом, серопозитивностью по РФ;
- Наличие сахарного диабета не является препятствием к назначению ГКС.
- Пациенты с сахарным диабетом нуждаются в тщательном контроле гликемии и своевременном принятии мер по компенсации углеводного обмена перед назначением и в период приема ГКС. Целесообразно по возможности ускоренное снижение дозы и/или отмена ГКС;
- Наличие сахарного диабета не является препятствием к назначению БПРТ.

Литература

1. Bonilla E, Lee YY, Philips PE et al. *Ann Rheum Dis* 2007 Dec; 66(12): 1688;
2. Doran M. *J Rheumatology* 2007; 34(3), 458–460;
3. Festa A, D, Agostino R, Howard G. *Circulation* 2000; 102; 42–47;
4. Hakala M, Ilonen J, Reijonen H et al. *J Rheumatology* 1992 Jun; 19 (6): 856–858;
5. Jarvinen KA. *Ann Rheum Dis* 1950 Sep; 9(3): 226–230;
6. Liao KP, Gunnarsson M, Kaillberg H et al. *Arthritis Rheum* 2009 Mar; 60(3): 653–660;
7. Pradhan AD, Manson JE, Rifai N et al. *JAMA* 2001 Nov 14; 286 (18): 2233;
8. Simard JF, Mittleman MA. *J Rheumatol*, 2007 Mar; 34(3): 460–462;
9. Schmidt MI, Duncan BB, Sharrett AR. *Lancet* 1999 May 15; 353 (9165): 1649–1652;
10. Wasko Mc, Hubert HB, Lindala VB et al. *JAMA*, 2007 Jul 11; 298 (2): 187–193.

Изучение проблемы хронической сердечной недостаточности

Б.А. Сидоренко, Н.М. Савина, Д.В. Преображенский, М.А. Бугримова
ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

Статья посвящена работе по изучению хронической сердечной недостаточности. На большом клиническом материале оценивается динамика этиологических и демографических особенностей, клинического течения, медикаментозной терапии и прогноза ХСН за 20-летний период.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, медикаментозная терапия.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является результатом большинства заболеваний сердечно-сосудистой системы, характеризуется высокой распространенностью, прогрессирующим течением и неблагоприятным прогнозом. Социальная значимость ХСН определяется высокими экономическими затратами, наибольшая часть расходов (до 80%) приходится на стационарный этап лечения. Распространенность ХСН неуклонно возрастает, что обусловлено увеличением возраста больных, повышением эффективности лечения острого инфаркта миокарда и хронических форм ИБС, повышением уровня квалификации врачей и применением более информативных методов диагностики. В России имеется не менее 6 млн. больных с ХСН и, по всей вероятности, диагностируется не менее 500 тыс. новых случаев ХСН в год. Прогноз больных с ХСН за последние два десятилетия существенно не изменился, несмотря на очевидные достижения в области изучения патогенеза, клиники и лечения. Смертность среди больных с ХСН составляет от 50% в течение 5 лет при умеренной выраженности до 60% в течение 1 года при тяжелой ХСН. Пациенты с этой патологией остаются наиболее тяжелыми как в плане подбора терапии, так и определения тактики ведения. Высокие темпы летальности и возрастающая потребность в повторных госпитализациях свидетельствуют о том, что ХСН является актуальной научной проблемой и нуждается в дальнейшем изучении.

Научно-исследовательская работа в этом направлении продолжается на кафедре кардиологии и общей терапии с 1999г. по настоящее время. Первый этап включал ретроспективный анализ архивных материалов историй болезни, заполнение разработанных нами клинико-статистических карт на больных с ХСН, госпитализированных в Центральную клиническую больницу УД Президента РФ в 1988г., 1997 г., 1998 г., 1999г. Создание электронной базы данных. Второй этап научно-исследовательской работы продолжается по настоящее время. Он включает данные наблюдения в период госпитализации больных с ХСН в 2002–2007 гг., а также результаты проспективного наблюдения за 158 больными с ХСН на кафедре кардиологии и общей терапии после госпитализации (продолжительность наблюдения от 2 до 6 лет). Всего в базу данных включены 5343 больных. К настоящему времени данные 20-летнего наблюдения позволили получить ряд результатов в изучении проблемы ХСН.

Клинико-гемодинамические особенности хронической сердечной недостаточности и фармакотерапия больных с ХСН: возрастные аспекты

В выполненном исследовании была проведена оценка структуры основных заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к развитию ХСН, выявлены клинические, инструментальные, лабораторные особенности и дана оценка характера терапии ХСН у больных различных возрастных групп, которые госпитализировались в ЦКБ в течение 1998 года. Особенности ХСН впервые были установлены среди контингента, обеспеченного адекватным диспансерным наблюдением и амбулаторным лечением в системе лечебных учреждений УД Президента РФ. Показано, что среди больных с ХСН преобладали больные старших возрастных групп, средний возраст больных с ХСН не отличался от статистических данных стран Западной Европы (74,5 лет). Во всех возрастных группах преобладали больные с постинфарктным кардиосклерозом. Частота артериальной гипертензии у больных с ХСН в 2 раза превышала показатель в Европейской популяции. Число больных с тяжелым течением ХСН преобладало в старших возрастных группах. С увеличением возраста количество больных с сохраненной фракцией выброса левого желудочка увеличивалось. В лечении больных с ХСН недостаточно использовались нейрогуморальные модуляторы – ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы.

Особенности хронической сердечной недостаточности у больных с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа

В выполненной работе изучались особенности клинических проявлений и течения ХСН у больных с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа в период госпитализации в 1997–1999гг. Установлено, что частота встречаемости СД среди госпитализированных больных с ХСН в течение года составляет 20%. Отмечено увеличение продолжительности и частоты госпитализаций, особенно у женщин, преобладание застойной ХСН среди больных с сочетанием ХСН и СД, а также преобладание больных с сохраненной фракцией выброса левого желудочка. У больных с сочетанием ХСН и СД выше число инсультов в анамнезе, подагры, ожирения и ХПН, в 3 раза чаще регистрировались жизнеугрожающие нарушения ритма сердца. Выявлено увеличение уровня глюкозы, калия, креатинина, мочевины, триглицеридов в крови у больных с ХСН и СД.

Установлена зависимость стадии ХСН от компенсации СД. Декомпенсация СД 2 типа является одним из факторов осложненного течения ХСН с возможным неблагоприятным исходом. У больных с сочетанием ХСН и СД менее выражена динамика в процессе лечения и выше резистентность к проводимой терапии. Выявлена тенденция повышения госпитальной летальности у больных с сочетанием ХСН и СД, увеличение частоты фатальных инсультов и инфарктов миокарда.

Полученные результаты позволили разработать алгоритм комплексной оценки и ведения больных с ХСН и СД 2 типа с учетом выявленных особенностей.

Факторы риска развития и особенности внебольничной пневмонии у больных с хронической сердечной недостаточностью

В выполненной работе проводилось изучение частоты встречаемости, возможных факторов риска развития и особенностей течения внебольничной пневмонии среди госпитализированных больных с ХСН. Впервые изучены факторы риска развития внебольничной пневмонии у больных с ХСН. По данным клинико-рентгенологического обследования, внебольничная пневмония выявлена у 18% госпитализированных больных с ХСН. Частота выявления пневмонии не различалась среди мужчин и женщин, однако у мужчин отмечалось значительно более тяжелое течение. Установлено, что у больных пожилого и старческого возраста выявлялась пневмония с двусторонним поражением легких и с более тяжелым течением. У мужчин пневмония значительно реже, чем у женщин сочеталась с артериальной гипертензией и мерцанием предсердий, и чаще — с систолической дисфункцией левого желудочка. Отмечена более высокая частота внебольничной пневмонии среди больных со сниженной функцией левого желудочка. Установлено, что систолическая дисфункция левого желудочка, хроническая анемия и значительное ограничение двигательной активности больного связаны с увеличением риска развития внебольничной пневмонии у больных с ХСН. При лечении внебольничной пневмонии у больных с ХСН наилучшие результаты отмечены при применении антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспорины, фторхинолоны, аминопенициллины).

Особенности течения хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующей анемией

В выполненной работе изучались особенности клинического течения ХСН в сочетании с анемией у больных старших возрастных групп, госпитализированных в кардиологические и терапевтические отделения ЦКБ. Впервые анализировались связь между снижением уровня гемоглобина (менее 120 г/л) и тяжестью ХСН, состоянием сократительной функции миокарда у больных с ХСН и сопутствующей анемией. Анемия выявлялась у 31% больных с ХСН, частота ее увеличивалась на 11% у больных старческого возраста по сравнению с пожилыми пациентами. Частота выявления анемии не зависела от пола больных с ХСН. Установлено, что с развитием анемии у больных с ХСН ассоциированы инфаркт миокарда в анамнезе, мерцательная аритмия, хроническая почечная недостаточность, хроническая патология желудочно-кишечного тракта, хронические гинекологи-

ческие заболевания у женщин. Определены структура и основные факторы развития анемий: у 55% больных нормоцитарная анемия была обусловлена ХСН, у 17% — ХПН, у 20% анемия имела железодефицитный характер, и у 2% больных анемия была связана с дефицитом витамина В₁₂. Не удалось установить генез анемии у 6% обследованных больных. У большинства больных (73%) имела место умеренная выраженность анемии. Показано, что частота анемии коррелировала со стадией ХСН и функциональным классом, являясь фактором неблагоприятного прогноза. Наиболее выраженная степень анемии выявлялась у больных с более тяжелой и длительной ХСН. Одышка при нагрузке и в покое значительно чаще отмечалась у больных с анемией. По данным ЭКГ у больных с ХСН и сопутствующей анемией чаще выявлялись нарушения ритма сердца. По данным ЭхоКГ чаще выявлялись признаки легочной гипертензии. Взаимосвязь между анемией и величиной фракции выброса левого желудочка не выявлена. Разработан алгоритм для комплексного клинико-лабораторного обследования больных с ХСН и профилактики анемии.

Клиническое значение оценки уровня мозгового натрийуретического пептида и систолической функции миокарда у больных с хронической сердечной недостаточностью

В выполненном исследовании изучался уровень мозгового натрийуретического пептида (МНП) в плазме крови при различном состоянии систолической функции миокарда ЛЖ у госпитализированных больных с ХСН в зависимости от этиологии, длительности заболевания, функционального статуса и характера проводимой терапии. Впервые выявлены клинико-инструментальные предикторы значительного повышения уровня МНП в группе больных с ХСН. Установлено повышение уровня МНП у больных с клинически выраженной ХСН в течение первых трех суток госпитализации. Показана зависимость степени повышения N-проМНП от пола и возраста больных, длительности ХСН. Выявлена взаимосвязь между уровнем N-проМНП и систолической функцией левого желудочка: наиболее высокий уровень N-проМНП отмечался у больных с систолической дисфункцией миокарда. Определение уровня N-проМНП позволяет выделять группы наиболее тяжелых больных с выраженной систолической дисфункцией левого желудочка. Установлено, что выраженное ремоделирование левого желудочка, признаки задержки жидкости, нарушения проводимости и желудочковые нарушения ритма сердца независимо связаны со значительным повышением уровня N-проМНП у больных с ХСН. Высокий уровень N-проМНП также был ассоциирован с повышением креатинина, мочевины, снижением общего белка, альбумина. Впервые показано, что уровень N-проМНП при поступлении в стационар является более значимым предиктором повторной сердечно — сосудистой госпитализации и 1-годовой смертности больных с ХСН чем показатель фракции выброса левого желудочка и уровень N-проМНП при выписке из стационара. В выполненной работе обоснована диагностическая значимость, высокая информативность и целесообразность использования определения уровня МНП у больных с ХСН. Разработаны рекомендации по контролю уровня N-проМНП у больных с ХСН на различных этапах лечения для оценки прогноза заболевания и оптимизации дальнейшей тактики ведения.

Изменения характера течения хронической сердечной недостаточности и медикаментозной терапии за 16-летний период (1988 – 2004 гг.)

В выполненной работе изучалась динамика клинических особенностей и медикаментозной терапии ХСН у больных, госпитализированных в ЦКБ в 1988 г. и 2004 г. Выполнен ретроспективный анализ архивных данных историй болезни. Установлено, что средний возраст больных увеличился на 1,2 г. Увеличилось число больных старческого возраста и долгожителей. Выявлено, что число больных с артериальной гипертонией значительно увеличилось среди госпитализированных в 2004 г. Показано, что в 1988 г. тяжелая ХСН встречалась значительно чаще, преобладала в старших возрастных группах. Больные достоверно чаще имели признаки застойной ХСН. При сравнительном изучении характера медикаментозной терапии ХСН нами оценивалась частота использования препаратов различных классов, комбинации лекарственных средств, суточные дозы. Показано, что наиболее существенные изменения выявлены при оценке терапии сердечными гликозидами, β -адреноблокаторами и ингибиторами АПФ. Назначение сердечных гликозидов в 2004 г. уменьшилось в 3 раза. В лечении ХСН стали использоваться новые β -адреноблокаторы (карведилол, бисопролол, метопролол), частота назначения которых в 2004г. составила 58%. Частота назначения ингибиторов АПФ увеличилась от 1% в 1988 г. до 80% в 2004 г. Суточные дозы ингибиторов АПФ не достигали максимально возможных. Сравнительный анализ применения антагонистов кальция и нитратов показал, что в 2004 г. в 3 раза реже назначались антагонисты кальция, в 2 раза реже – нитраты. В работе показано изменение характера медикаментозной терапии согласно меняющимся взглядам и современным подходам к лечению больных с ХСН.

Эволюция медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности за 20-летний период

В выполненной работе изучалась динамика медикаментозной терапии больных с ХСН за 20-летний период. Нами был выполнен клинико-статистический анализ историй болезни 1275 больных с клинически выраженной ХСН, госпитализированных в ЦКБ в 1988 г., 1998 г. и 2007 г. За 20-летний период характер медикаментозной терапии больных с ХСН существенно изменился. Наиболее значительные изменения выявлены при оценке терапии сердечными гликозидами, ингибиторами АПФ и β -адреноблокаторами. Установлено, что с 1988 г. количество пациентов, получающих сердечные гликозиды уменьшилось в 3 раза. Отмечено, что через 20 лет дигоксин стал единственным используемым сердечным гликозидом и за этот период значительно сузились показания к применению: в большинстве случаев назначение дигоксина обусловлено наличием мерцательной аритмии (80%). Частота назначения диуретиков не изменилась – они занимали первое место среди других групп препаратов в 1988г., сохранив свою позицию через 20 лет (87%). Частота назначения ингибиторов АПФ увеличилась от 1% в 1988 г. (каптоприл) до 60% в 1998 г., достигнув оптимальной к 2007 г. (91%). Показано, что в подавляющем большинстве случаев используются ингибиторы АПФ, способные улучшать прогноз больных с ХСН, при этом средние дозы препаратов нельзя назвать адекватными. Рекомендуемая комбинация препаратов – ингибитор АПФ+ β -блокатор использовалась в 2007 г. у 72% больных. За 20-летний период изменились рекомендации

к применению β -адреноблокаторов у больных с ХСН, что подтверждено результатами выполненной работы. В 1988 г. β -адреноблокаторы принимали 58% больных (атенолол, пропранолол), в 1998 г. – 69% (только 6% больных принимали бисопролол). За последующий 10-летний период частота назначения современных β -блокаторов, рекомендованных для лечения ХСН, увеличилась с 6% до 73%. Частота назначения антагонистов кальция уменьшилась в 3 раза, нитратов – в 2 раза. Выполненный анализ медикаментозной терапии ХСН за 20-летний период свидетельствует, что в реальной клинической практике возрастает преверженность к современным национальным и международным рекомендациям по лечению больных с ХСН.

Хроническая сердечная недостаточность у женщин: течение, терапия, прогноз

В выполненной работе изучались особенности ХСН и выживаемость у женщин в зависимости от возраста, состояния сократительной функции миокарда и терапии. Настоящее исследование – первое большое исследование в России по изучению влияния пола на выживаемость госпитализированных больных с ХСН. Всего включены в исследование 3986 больных с ХСН. Женщины были старше и чаще имели артериальную гипертонию, сахарный диабет, ожирение. Реже страдали ИБС. Установлена связь пола, возраста, сопутствующих заболеваний, уровня мозгового натрийуретического пептида и сократительной функции левого желудочка. Показано, что при одинаковой выраженности клинической симптоматики, фракция выброса левого желудочка у женщин была достоверно выше, чем у мужчин. Женщины имели сохраненную систолическую функцию в 2 раза чаще, чем мужчины. Реальные различия могут быть даже выше, потому что ЭхоКГ с меньшей частотой выполнялась у женщин во всех возрастных группах. При оценке фармакотерапии госпитализированных больных с ХСН выявлены различия по возрасту, состоянию сократительной функции миокарда. Установлены различия в терапевтических стратегиях: женщины с ХСН менее интенсивно лечатся препаратами с доказанным влиянием на прогноз, чем мужчины. Различия в частоте лечения ингибиторами АПФ между полами были обнаружены во всех возрастных группах. В нашем исследовании выявлены взаимосвязи между полом, возрастом и факторами риска больных с ХСН. Дана сравнительная оценка показателей смертности, определены различия по полу и возрасту в зависимости от состояния сократительной функции миокарда и терапии. Продолжается изучение прогностических факторов ранней, отсроченной и поздней смертности при тяжелой ХСН.

Клиническое и прогностическое значение полной блокады левой ножки пучка Гиса у больных с тяжелой хронической сердечной недостаточностью

В выполненном исследовании изучалось клиническое и прогностическое значение полной блокады левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) у больных с тяжелой ХСН пожилого возраста. Больные с БЛНПГ были старше. Различий по полу между группами больных выявлено не было. Установлено, что у больных с БЛНПГ достоверно чаще встречалась мерцательная аритмия, реже – инфаркт миокарда в анамнезе, хроническая обструктивная болезнь легких, анемия. Прогностическое значение БЛНПГ у больных с тяжелой ХСН изучено по данным 4-летнего наблюдения: умерли 50% больных с БЛНПГ и 34% больных из группы

сравнения. Выявлены предикторы неблагоприятного прогноза: старческий возраст, систолическая дисфункция ЛЖ, мерцательная аритмия и инфаркт миокарда в анамнезе. Установлено, что причиной более высокой смертности у больных с БЛНПГ является значительное нарушение внутривентрикулярной проводимости по левой ножке пучка Гиса, которое оказывает неблагоприятное влияние на сократительную функцию левого желудочка.

Повторные госпитализации и госпитальная летальность у больных с хронической сердечной недостаточностью

В выполненной работе изучались частота, клиническое значение и прогностические факторы повторных госпитализаций и госпитальная летальность у больных с хронической сердечной недостаточностью по данным одногодичного наблюдения. Впервые выявлены клинико-инструментальные особенности ХСН у больных, нуждающихся в повторных госпитализациях, в том числе в ранние сроки после выписки, а также умерших в стационаре. Установлены факторы риска повторных и ранних повторных госпитализаций, а также факторы риска госпитальной смерти. По нашим данным у больных с клинически выраженной ХСН отмечается высокая частота повторных госпитализаций в течение одного года после выписки из стационара (59%), в том числе в ранние сроки после «первичной» госпитализации (43%). Выявлено, что риск повторных госпитализаций у больных с ХСН достоверно ассоциирован с мерцательной аритмией, наличием в анамнезе инфаркта миокарда, III-IV ФК ХСН, систолической дисфункции левого желудочка, гипергликемии, гиперурикемии и с госпитализацией в связи с прогрессированием ХСН. Больные с повторными госпитализациями имеют более тяжелое течение ХСН и требуют более интенсивной медикаментозной терапии в стационаре. Впервые показано, что риск ранних повторных госпитализаций у больных с ХСН увеличивается при

наличии артериальной гипотонии, гиперкреатинемии и гиперурикемии. В нашем исследовании установлено, что наиболее высокий риск госпитальной летальности отмечается у больных с ХСН с ранними повторными госпитализациями. Увеличение риска летальных исходов также ассоциировано с возрастом, наличием хронической почечной недостаточности, гипергликемии, гипохолестеринемии и выпиской из стационара с сохраняющимися симптомами периферического застоя.

Школа для больных с ХСН

Организована в январе 2003 г. Информационно-образовательные занятия в школе включают информацию о причинах развития ХСН и клинических проявлениях, о режиме выполнения физических нагрузок, диетические рекомендации, информацию о соблюдении схемы приема лекарственных препаратов, обучение пациентов самоконтролю, ведению дневника пациента. У части пациентов определяется толерантность к физической нагрузке (тест с 6-минутной ходьбой) для более точной оценки функционального класса ХСН. Всем пациентам проводится оценка качества жизни с помощью Миннесотских опросников. Регистрируется частота госпитализаций за время наблюдения. Как следствие информационно-образовательных занятий, регулярных телефонных контактов, врачебного контроля отмечено снижение числа госпитализаций, стабильное течение ХСН у подавляющего большинства пациентов Школы для больных ХСН.

Научно-исследовательская работа продолжается: на большом клиническом материале базы данных больных с ХСН изучается и оценивается динамика этиологических и демографических особенностей, клинического течения, медикаментозной терапии и прогноза ХСН за 20-летний период.

Факторы риска повторных госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью

А.С. Гладких, Н.М. Савина, С.П. Кудинова, О.И. Байдина, Б.А. Сидоренко

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ,
ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Больные с хронической сердечной недостаточностью представляют группу высокого риска повторных госпитализаций. Цель исследования: изучить прогностические факторы повторных госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью по данным одногодичного наблюдения. Материал и методы: выполнен ретроспективный клинико-статистический анализ материалов историй болезни. В исследование включены 962 пациента с ХСН II–IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов, госпитализированные в Центральную клиническую больницу однократно или повторно в течение одного года. Результаты: частота повторных госпитализаций в течение одного года составила 59%. Выявлены следующие факторы риска повторных госпитализаций: поступление в стационар в связи с прогрессированием сердечной недостаточности, инфаркт миокарда в анамнезе, мерцательная аритмия, сниженная систолическая функция левого желудочка, гиперурикемия, гипергликемия.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, повторные госпитализации, факторы риска.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) характеризуется высокой распространенностью, прогрессирующим течением и неблагоприятным прогнозом и является одной из наиболее частых причин госпитализации, особенно у больных старших возрастных групп. Социальная значимость ХСН определяется высокими экономическими затратами, наибольшая часть расходов (до 80%) приходится на стационарный этап лечения [19]. Исследования, проведенные в США, Шотландии, Швеции, Нидерландах и Новой Зеландии, показали неуклонный рост числа госпитализаций, связанных с ХСН, на протяжении последних десятилетий [20]. Частота повторных госпитализаций в течение 6 месяцев после выписки достигает 50%, в течение 1 года повторно госпитализируются до 68% больных с ХСН [11, 18, 21]. Частота повторных госпитализаций больных с ХСН в российской популяции составляет 42% в течение 1 года [3]. Снижение потребности в госпитализациях является одним из подходов к улучшению показателей экономической оценки и важной целью лечения больных с ХСН. Информация о прогностическом значении тех или иных клинических факторов в определении риска повторных госпитализаций у больных с ХСН, полученная при анализе зарубежной литературы, весьма противоречива. В отечественной литературе проблема повторных госпитализаций и прогностических факторов у больных с ХСН к настоящему времени исследована недостаточно.

Цель исследования: изучить прогностические факторы повторных госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью по данным одногодичного наблюдения.

Материал и методы

Нами был выполнен ретроспективный анализ материалов историй болезни 1065 больных с ХСН, госпитализированных в Центральную клиническую больницу УД Президента РФ. В исследование включали пациентов старше 18 лет с ХСН II–IV функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA), имеющих признаки нарастания сердечной недостаточности на момент госпитализации. В исследование не включали больных с I ФК ХСН, а также с сопутствующими заболеваниями, сопровождающи-

мия выраженными нарушениями функций внутренних органов, с алкогольной и наркотической зависимостью, беременных женщин. Из анализа исключены пациенты, умершие в период «первичной» госпитализации и вне стационара (8,7%), а также пациенты, дальнейшую судьбу которых после выписки проследить не удалось (1,1%). Продолжительность наблюдения составила один год после выписки из стационара. Оценка риска повторных госпитализаций у больных с ХСН выполнена с учетом всех клинических параметров и демографических характеристик как возможных предикторов исходов. Для сравнительного анализа у больных с повторными поступлениями использовались данные «первичной» (хронологически первой) госпитализации.

Всего в исследование включены 962 пациента с ХСН, среди них 54,9% мужчин. Средний возраст больных составил 76[71;83];(76) лет (от 32 до 96 лет).

Для анализа выборка из 962 больных с ХСН, включенных в исследование, была разделена на две группы:

- 1 группа: больные с ХСН, которые госпитализировались в стационар один раз (n=394);
- 2 группа: больные с ХСН, которые имели одну или более повторную госпитализацию в течение года после выписки из стационара (n=568).

В работе изучались клинические и анамнестические данные, результаты ЭКГ (частота сердечных сокращений, наличие нарушений ритма и проводимости), ЭхоКГ (фракция выброса левого желудочка), рентгенографии грудной клетки, данные лабораторных исследований (клинический анализ и биохимическое исследование крови).

Анализ полученных данных производился с использованием программного обеспечения Statistica 6.0. Для представления итоговых данных использовались методы описательной статистики. Выборочные параметры, приводимые далее в тексте и таблицах, имеют следующие обозначения: объем анализируемой группы – n; количественные параметры представлены в виде Me[M25%;M75%];(M) – медиана [интерквартильный размах]; (среднее по группе); качественные признаки в виде относительных (%) и абсолютных частот (n). Использовались следующие методы статистического анализа: анализ таблиц сопряженности с применением

критерия χ^2 и непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Статистически значимым считался уровень $p < 0,05$.

Результаты

Среди 962 больных с ХСН, включенных в исследование, 41% (394) больных были госпитализированы только один раз (1 группа) и 59% (568) – два и более раз в течение одного года (2 группа).

Среди повторно госпитализированных больных 42,8% вновь поступали в стационар в ранние сроки (в течение 3-х месяцев) после выписки, 19,9% больных – уже в течение первого месяца (рис.1). Продолжительность «первичной» госпитализации у больных с однократными и повторными поступлениями в стационар достоверно не различалась и составила 15[13;20];(17,9) и 16[13;23];(19) койко-дней в 1 и 2 группах, соответственно. Во время повторных госпитализаций умерли 99 больных, госпитальная летальность в течение года составила 10,3%.

По сравнению с однократно госпитализированными, больные с повторными госпитализациями были старше (средний возраст 75 и 76,6 лет, соответственно, $p=0,009$), в обеих группах преобладали мужчины. Основными причинами «первичной» госпитализации были обострение ИБС и/или декомпенсация ХСН. Больные с повторными госпитализациями значительно чаще поступали в стационар по поводу прогрессирования ХСН: 34% и 47,9% случаев в 1 и 2 группах, соответственно ($p < 0,001$).

Больные с повторными госпитализациями значительно чаще имели в анамнезе инфаркт миокарда – 38,1% и 53,7% в 1 и 2 группах, соответственно (табл.1). Мерцательная аритмия также встречалась чаще у больных 2 группы: 39,6% и 50,9%, соответственно ($\chi^2=11,9$, $p < 0,001$). Частота ХПН, ХОБЛ, инсульта, анемии у больных в исследуемых группах достоверно не различалась.

При оценке тяжести течения ХСН установлено, что в группе с повторными госпитализациями больных с тяжелой ХСН III–IV ФК было значительно больше – 75,8% ($\chi^2=10,5$, $p=0,001$). В обеих группах преобладали пациенты с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) по данным ЭхоКГ. Чис-

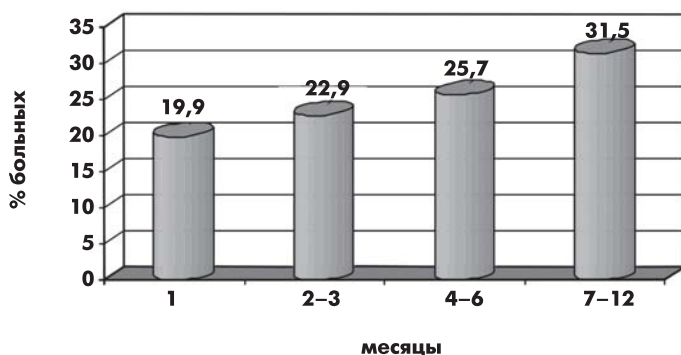


Рис. 1. Длительность периода до повторной госпитализации у больных с ХСН.

Характеристика больных с ХСН с однократными и повторными госпитализациями

Показатель	1 группа с однократными госпитализациями n=394	2 группа с повторными госпитализациями n=568	p
Возраст (лет)	75[70;81];(75)	76[72;83];(76,6)	0,009
Мужчины,%	53,6	55,8	нд
ИМ в анамнезе,%	38,1	53,7	<0,001
Мерцательная аритмия,%	39,6	50,9	<0,001
Сахарный диабет,%	16,5	21,7	0,047
САД (мм рт.ст.)	140[130;160];(146,5)	140[125;160];(141,4)	<0,001
ДАД (мм рт.ст.)	80[80;90];(85,3)	80[75;90];(82,4)	<0,001
ЧСС >100 уд/мин,%	12,7	17,6	0,04
Одышка в покое,%	35,5	44,7	0,004
Гепатомегалия,%	38,1	44,9	0,04
ХСН III–IV ФК,%*	65,6	75,8	0,001
ФВ ЛЖ (%)**	55[45;60];(51,1)	49[35;60];(45,7)	<0,001
ФВ <45%	23	46,6	<0,001
Мочевая кислота >416 ммоль/л, %***	23	37	0,007
Глюкоза >6,7 ммоль/л,%	20,4	29,8	0,002
Диуретики,%	71,3	85,7	<0,001
ИАПФ/АРА,%	63,7	74,1	0,001
Бета-адреноблокаторы,%	55,6	63,6	0,01
Сердечные гликозиды,%	20,1	26,2	0,03

* ФК ХСН определен у 337 больных в 1 группе и у 516 больных 2 группы;

** ФВ ЛЖ определена у 139 больных в 1 группе и у 178 больных 2 группы;

***мочевая кислота определена у 139 больных в 1 группе и у 181 больных 2 группы;

САД – систолическое артериальное давление;

ДАД – диастолическое артериальное давление;

ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;

АРА – блокаторы рецепторов ангиотензина II.

ло больных со сниженной фракцией выброса (ФВ) ЛЖ (<45%) в группе с повторными госпитализациями было в 2 раза больше ($\chi^2=18,8$, $p < 0,001$).

Анализ данных лабораторных исследований крови показал, что в группе с повторными поступлениями в стационар чаще встречались больные с увеличением уровня мочевой кислоты >416 ммоль/л ($\chi^2=7,21$, $p=0,007$) и глюкозы >6,7 ммоль/л ($\chi^2=10,0$, $p=0,002$). Между группами больных не было выявлено достоверных различий по таким изучаемым показателям как гемоглобин, креатинин, электролиты, холестерин.

Для лечения ХСН в стационаре у больных с повторными госпитализациями достоверно чаще применялись мочегонные средства. Парентеральные петлевые диуретики были назначены 12,4% больных в 1 группе и 21,8% больных во 2 группе. Ингибиторы ИАПФ, а в случае их непереносимости блокаторы рецепторов ангиотензина II (АРА), β -адреноблокаторы и сердечные гликозиды также чаще назначались больным 2 группы.

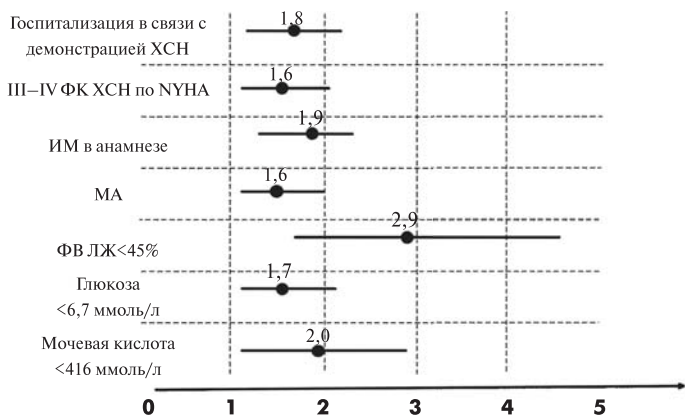


Рис. 2. Факторы риска повторных госпитализаций больных с ХСН.

В выполненной работе нами были выявлены прогностические факторы повторных госпитализаций (рис.2).

По данным однофакторного анализа, риск повторных госпитализаций в течение одного года после выписки был выше у больных, поступивших в стационар в связи с прогрессированием ХСН (ОШ 1,78, 95% ДИ 1,36–2,34). Также установлено, что риск повторных госпитализаций увеличивался у больных с инфарктом миокарда в анамнезе (ОШ 1,88, 95% ДИ 1,46–2,41) и мерцательной аритмией (ОШ 1,58, 95% ДИ 1,23–2,03). Увеличение риска повторных госпитализаций было ассоциировано с более тяжелым течением ХСН: III–IV ФК по NYHA (ОШ 1,64, 95% ДИ 1,22–2,18) и сниженной систолической функцией левого желудочка (ОШ 2,91, 95% ДИ 1,77–4,70). Выявлена связь риска повторных госпитализаций у больных с ХСН с увеличением в крови глюкозы >6,7 ммоль/л (ОШ 1,65, 95% ДИ 1,21–2,25) и мочевой кислоты >416 ммоль/л (ОШ 1,95, 95% ДИ 1,2–2,94).

Обсуждение

Выполненное нами исследование показало, что после выписки из стационара 59% больных с ХСН нуждаются в повторных госпитализациях в течение одного года, во время лечения в стационаре умирают 10,3% больных. Полученные данные совпадают с результатами зарубежных исследований. Так в работе S. Rathore было показано, что в американской популяции больных с ХСН частота регоспитализаций в течение года достигает 63%, а госпитальная летальность по данным E. Philbin и G.Halderman – 8% [12,17,18]. В отечественных работах С.Н. Терещенко и Л.Б. Лазебника частота повторных госпитализаций составила 39%–42% в течение года – ниже, чем в нашем исследовании, а госпитальная летальность выше – 17% [3,5]. Вероятно, такие расхождения могут быть объяснены возрастными различиями исследуемых больных: доля пациентов среднего возраста в работе С.Н.Терещенко была существенно больше – 14%, в исследовании Л.Б.Лазебника – 34%, тогда как в нашем исследовании доля таких больных не превышала 6%, 57,5% наших пациентов были старше 75 лет. Другим объяснением могут быть принципы организации медицинской помощи в системе лечебно-профилактических учреждений УД Президента РФ: тесное взаимодействие амбулаторного и стационарного звеньев, обеспечивающих преемственность лечебно-диагностического процесса,

а также доступность самих госпитализаций, как экстренных, так и плановых.

Выполненный нами анализ результатов зарубежных исследований показал, что информация о прогностическом значении тех или иных клинических факторов в определении риска регоспитализций весьма противоречива.

Возраст, пол, клинические проявления сердечной недостаточности (периферические отеки, влажные хрипы в легких, гепатомегалия) согласно результатам нашего исследования, не имели прогностического значения в определении риска повторных госпитализаций. Наши данные согласуются с результатами исследований Z. Babayan, J.V.Hamner, H.Krumholz и E. Philbin, в которых также не выявлено связи риска повторных госпитализаций с возрастом и полом больных с ХСН [8,13,15,17]. Напротив, по данным M.Mejhert больные старшего возраста чаще нуждались в повторном стационарном лечении [16]. Наибольшая частота госпитализаций отмечается у пациентов с ХСН старческого возраста [4,14,17].

В работе Z. Babayan, так же как и в нашем исследовании, было показано, что наличие в анамнезе инфаркта миокарда и систолической дисфункции ЛЖ достоверно увеличивают вероятность повторных госпитализаций у больных с ХСН [7]. Согласно результатам нашего исследования, вероятность повторных госпитализаций достоверно увеличивается при наличии в анамнезе инфаркта миокарда в 1,9 раза, а у больных с систолической дисфункцией ЛЖ – в 2,9 раза. Напротив, в работах M. Chin, J.V.Hamner, K.Narjai и H.Krumholz не было выявлено значимой связи риска регоспитализаций с ФВ ЛЖ [10,13,14,15]. Также по данным M.Mejhert ФВ и размеры ЛЖ не имеют прогностической значимости в определении риска неблагоприятных исходов у больных с ХСН [16], что, возможно, связано с различными подходами к определению значения ФВ ЛЖ, являющегося показателем снижения систолической функции ЛЖ. Подтверждением этого могут быть результаты ранее проведенного анализа K. Narjai, в котором наличие выраженной дисфункции ЛЖ (ФВ<40%) было достоверно ассоциировано с риском повторных госпитализаций [14].

В работе J.Hamner не было выявлено значимой связи риска повторных госпитализаций с тяжестью ХСН [13], что не совпадает с нашими данными.

Наличие мерцательной аритмии у больных с ХСН согласно результатам нашего исследования увеличивает риск повторных госпитализаций в 1,6 раза. Однако по данным A.Ahmed и P.Carson, мерцательная аритмия не имеет прогностического значения в определении риска неблагоприятных исходов в течение одного года после выписки из стационара [6,9]. Наличие ХОБЛ, согласно результатам нашего исследования, не имело прогностического значения в определении риска повторных госпитализаций у больных с ХСН, что согласуется с данными J.V.Hamner и противоречит данным J.V. Braunstein, E. Philbin, которые сообщили о значительном повышении риска неблагоприятных исходов у больных с ХСН и наличием сопутствующей ХОБЛ [8,13,17].

В исследованиях E. Philbin, H.Krumholz, M.Mejhert было показано, что риск повторных госпитализаций у больных с ХСН связан с наличием сопутствующего сахарного диабета [15,16,17], в исследовании J.V.Hamner, напротив, наличие сахарного диабета не влияло на вероятность неблагоприятных исходов [13]. По нашим

данным также не установлено значимой связи риска неблагоприятных исходов с сахарным диабетом у больных с ХСН, однако при наличии гипергликемии $>6,7$ ммоль/л риск повторных госпитализаций достоверно увеличивался в 1,7 раза. По данным М. Mejhert, низкое содержание гемоглобина в крови было достоверно связано с риском повторных госпитализаций и летальных исходов у больных с ХСН [16]. В нашей работе не было выявлено связи между снижением уровня гемоглобина <120 г/л и вероятностью неблагоприятных исходов у больных с ХСН. Также по данным М. Mejhert чаще нуждаются в повторном стационарном лечении больные с высокими показателями креатинина в крови. В исследовании Н. Krumholz наличие ХПН и уровень креатинина были достоверно ассоциированы с высоким риском повторных поступлений в стационар в течение 6 месяцев после выписки [15]. В нашей работе не установлена связь уровня креатинина с риском повторных госпитализаций в течение одного года.

Выявление прогностических факторов во время стационарного лечения позволяет определить пациентов с высоким риском неблагоприятных исходов, оценить вероятность повторных госпитализаций у больных с ХСН. Такой значимый критерий прогноза больных с ХСН как повторные госпитализации должен учитываться в оценке объема и эффективности медицинской помощи. Так, например, в Нидерландах частота повторных госпитализаций официально применяется в качестве индикатора качества медицинской помощи больному с ХСН. Снижение частоты повторных госпитализаций путем оптимизации стационарного лечения и правильно организованного последующего амбулаторного наблюдения являются целью мультидисциплинарных программ ведения больных с ХСН. Более пристальное внимание к больным из группы риска и применение необходимых специфических вмешательств могут снизить потребность в повторных госпитализациях.

Заключение

Частота повторных госпитализаций больных с ХСН составила 59% в течение одного года. Факторами риска повторных госпитализаций у больных с ХСН являются: прогрессирование ХСН при поступлении в стационар, III–IV ФК по NYHA, инфаркт миокарда в анамнезе, мерцательная аритмия, фракция выброса левого желудочка менее 45%, гипергликемия, гиперурикемия.

Литература

1. Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю., Середенина Е.М., Беленков Ю.Н. // *Сердечная недостаточность*. – 2004. – №5. – 268–271.
2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. // *Consilium Medicum*. – 2002. – т.4. №3. – 112–114.
3. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н., Русская Л.В., Гайнулин Ш.М. // *Сердечная недостаточность*. – 2005. – №6. – 19–22.
4. Ситникова М.Ю., Леявина Т.А., Шляхто У.В. и др. // *Сердечная недостаточность*. – 2005. – №7. – 85–87.
5. Терещенко С.Н., Ускач Т.М., Акимова О.С., Кочетов А.Г. // *Сердечная недостаточность*. – 2004. – №5. – 9–11.
6. Ahmed A., Thornton P., Gilbert J. et al. // *Eur J Heart Fail*. – 2004. – №6. – 421–426.
7. Babayan ZV., McNamara RL., Nagaprasad Nagajothi. // *Clin Cardiol*. – 2003. – №26. – 411–418.
8. Braunstein JB., Anderson GF., Gerstenblith G. et al. // *J Am Coll Cardiol*. – 2003. – №42. – 1226–1233.
9. Carson PE., Johnson GR., Dunkman WB. et al. // *Circulation*. – 1993. – 87(6 Suppl). – 1102–1110.
10. Chin M., Goldman L. // *The Am J Cardiology*. – 1997. – 79. – 1640–1644.
11. Cline CM, Broms K., Willenheimer RB et al. // *Am J Cardiol*. – 1996. – №5. – 10–14.
12. Halderman GA., Croft JB., Giles WH et al. // *Am Heart J*. – 1999. – 137. – 352–360.
13. Hamner JB., Ellison K. // *Heart & Lung*. – 2005. – 34(4). – 231–239.
14. Harjai KJ., Thompson H., Turgut T. et al. // *The Am J Cardiology*. – 2001. – 87(2). – 234–237.
15. Krumholz H., Chen YT., Wang Y. et al. // *Am Heart J*. – 2000. – №1. – 72–77.
16. Mejhert M., Kahan T., Persson H. et al. // *International J of Card*. – 2006. – 109. – 108–113.
17. Philbin EF., DiSalvo TG. // *J Am Coll Cardiol*. – 1999. – 33. – 1560–1566.
18. Rathore SS., Foody JM., Wang Y. et al. // *JAMA*. – 2003. – 289. – 2517–2524.
19. Stewart S., Jenkins A., Buchan S. et al. // *Eur J Heart Fail*. – 2002. – 4. – 361–371.
20. Stewart S., MacIntyre K., MacLeod M. et al. // *Eur Heart J*. – 2001. – 22. – 209–217.
21. Vinson J., Rich M., Sperry J. et al. // *J Am Ger Society*. – 1990. – 38. – 1290–1295.

Организационные технологии управления санаторно-курортным учреждением на основе международных стандартов

В.Ф. Казаков, С.А. Балакин, Ю.Д., Пестов, А.Я. Дмитриев, Т.А. Митрошкина
ФГУ «Санаторий «Волжский утес» УД Президента РФ

ФГУ «Санаторий «Волжский Утес» разработал и внедряет организационные технологии управления на основе требований международных стандартов менеджмента качества ISO 9001, менеджмента окружающей среды ISO 14001, рачительной организации оказания услуг (lean production), управления удовлетворенностью потребителя ISO 10002. Внедрение данных организационных технологий управления позволяет значительно улучшить финансовые показатели работы учреждения путем освоения современных медицинских технологий, снижения издержек, оптимизации использования основных фондов и технического переоснащения, увеличения продаж путевок, а также создать условия для выхода на зарубежный рынок медицинских и оздоровительных услуг.

Достижение высокой результативности и эффективности системы управления обусловлено следующими инновационными преобразованиями в ФГУ «Санаторий «Волжский Утес»: внедрением системного и процессного подхода в управлении качеством услуг и окружающей средой, снижении затрат. Эти подходы позволяют установить конкретные цели и обеспечить их ресурсами, формализовать и стандартизировать ключевые этапы оказания лечебно-диагностических и сопутствующих услуг в санаторно-курортном учреждении; активной ролью (мотивацией) всего персонала в управлении качеством и личной вовлеченности в разработку, самоконтроль и усовершенствование процессов оказания услуг и менеджмента окружающей среды.

ФГУ «Санаторий «Волжский Утес» определил постоянные цели: рост удовлетворенности клиента и совершенствование процессов оказания услуг. Внедрение системы управления направлено на достижение вышеперечисленных целей и включает решение следующих основных задач: идентификацию бизнес-процессов, процессов управления инфраструктурой и других процессов для достижения целей в области качества и окружающей среды; разработка показателей и критериев результативности процессов; разработка методов мониторинга показателей; определение требуемых ресурсов для реализации процессов; поиск возможностей уменьшения рисков и затрат, и повышения результативности и эффективности процессов; планирование стратегии, процессов и ресурсов для реализации идентифицированных улучшений.

Применяя адекватные организационные технологии управления, санаторно-курортное учреждение создает уверенность в возможностях своих видов деятельности, а также основу для постоянного улучшения и обеспечения условиями санаторно-курортного лечения. Это ведет к росту удовлетворенности пациентов/клиентов, долговременному развитию и финансовому успеху нашего учреждения.

Ключевые слова: организация здравоохранения, санаторно-курортные учреждения.

В настоящее время руководители медицинских и санаторно-курортных учреждений проявляют повышенный интерес к организационным технологиям управления учреждением в соответствии с требованиями международных стандартов менеджмента качества ISO 9001, менеджмента окружающей среды ISO 14001, рачительной организации оказания услуг (lean production) и управления удовлетворенностью потребителя ISO 10002 [1, 2, 3]. В современных рыночных условиях, особенно в кризисное время, в оценке стоимости организации 80% составляют не здания и сооружения, не оборудование, не земля, а так называемые нематериальные активы. Это в первую очередь включает все, что связано с технологиями управления. Если технологии управления сертифицированы по международным требованиям, то стоимость организации серьезно возрастает.

ФГУ «Санаторий «Волжский утес» имеет ряд особенностей. Это: большая площадь лесов, полей, рядом водохранилище — Жигулевское море, естественные минеральные источники, удаленность от городов. Эти более 500 гектар земли требуют различных вложений и выпла-

ты налогов, платежей, в том числе по экологии. Поэтому, когда мы начали заниматься системой менеджмента качества (СМК), то органично пришли к необходимости заниматься вопросами экологии и финансов.

На первом этапе разработки СМК нашего санатория были сформулированы цели на год и ближайшие три года. При этом было учтено то, что они должны быть измеримыми и включать не только область качества, но и иметь отношение к экологическому и финансовому состоянию санатория.

Публичное заявление о целях имеет большое значение не только для клиентов, но и для всего персонала учреждения. Пациенты санатория должны видеть, что руководитель и весь коллектив учреждения несут ответственность за соблюдение интересов пациентов. При этом мы много усилий тратим на разъяснение политики всем сотрудникам. Еще раз следует отметить, что формулирование целей — это стратегическая функция руководства учреждения.

Устанавливая цели в различных областях: качества, экологии, финансов, мы сталкиваемся с задачей дости-

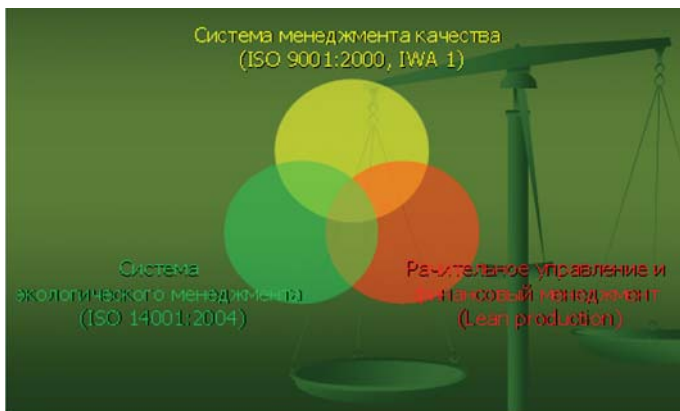


Рис. 1. Интегрированная система управления.

жения их комплекса. Найдено органичное объединение поставленных целей и их реализации в интегрированной системе управления в соответствии с международными требованиями и рекомендациями (рис. 1).

В интегрированной системе управления учитываются рекомендации по улучшению процессов в здравоохранении (IWA 1, ISO 9001), требования к системам экологического менеджмента (ISO 14001), рекомендации к применению подхода к оказанию услуг, который называется рачительное производство (lean production) и рекомендации по менеджменту финансов.

Эти управленческие технологии позволяют грамотно определить риски и управлять ими как в деятельности по оказанию медицинских и других услуг, так и в работе по улучшению экологического состояния санатория и повышения его финансового благополучия. Первый руководитель учреждения понимает, что повысить прибыль можно за счет снижения издержек и потерь и за счет более эффективного использования ресурсов. Это позволяет оказывать качественную медицинскую услугу по приемлемой цене, что и приводит к повышению удовлетворенности потребителей.

Интегрированная система управления позволяет существенно увеличить оперативность реагирования на изменчивость запросов за счет комплексного управления бизнес-процессами.

Рассмотрим некоторые аспекты ISO 14001 управления окружающей средой. Основными выгодами от применения эффективной системы управления окружающей средой являются:

- обязательства в отношении управления окружающей средой (воздухом, водой, лесами и др.);
- поддержание общественных связей;
- доступ к инвестициям;
- сбережение материалов и энергии;
- подготовленность к аварийным ситуациям.

Однако то, что большинство санаториев находится в хорошей экологической среде в смысле качества воздуха и воды, накладывает дополнительные обязательства и приводит к пристальному вниманию различных надзорных органов.

Поэтому создание интегрированной системы управления, позволяющей снизить затраты и штрафы за невыполнение требований по экологии является необходимой инвестицией в развитие учреждения. Кроме этого, следует учитывать, что важнейшим критерием получения внешних инвестиций является сертифика-

ция системы управления, в соответствии с требованиями ISO 14001.

Рассмотрим подробнее технологии финансового управления. Экономика современного постиндустриального общества приобретает сервисный характер, предоставляемые услуги становятся конкретными и персонализированными. Оказание современных услуг требует нового подхода к управлению учреждением с точки зрения экономической эффективности и управления финансами. Ниже экономическая эффективность санаторно-курортного учреждения рассматривается со стороны бюджетной и внебюджетной деятельности.

Основной целью бюджетной деятельности является оптимальное использование бюджетных средств при условии выполнения стандартов качества услуг. Для внебюджетной деятельности санаторно-курортного учреждения дополнительной целью является получение прибыли. Важнейшим направлением финансового управления является определение в условиях сервисной экономики новых задач повышения экономической эффективности санаторно-курортного учреждения в аспекте управления финансами. Рассматриваются задачи: взаимосвязанное определение финансовых целей и целей развития (задача 1), управление финансовыми рисками (задача 2), усиление внутреннего аудита (задача 3), сокращение издержек и потерь (задача 4).

Следует отметить, что решение этих задач в значительной степени зависит от подготовки и развития руководителей и специалистов экономической службы и бухгалтерии. Их совместная заинтересованная творческая, зачастую командная работа определяет успех финансового менеджмента.

Задача 1. Взаимосвязанное определение финансовых целей и целей развития. Финансовые цели определяются, рассматриваются и реализуются в соответствии с уровнями развития организации и перспективными рекомендациями международного стандарта ISO 9004. В направлении «Финансовые ресурсы» определены 5 уровней развития организации: начальный, проактивный, гибкий, инновационный и устойчивый.

Уровень 1. Организация определяет свои финансовые потребности и имеет необходимые финансовые ресурсы без мониторинга и управления.

Уровень 2. В организации разработан и действует процесс определения финансовых потребностей и обеспечения необходимыми финансовыми ресурсами без мониторинга и управления.

Уровень 3. В организации разработан и действует результативный процесс прогнозирования и определения финансовых потребностей, обеспечения необходимыми финансовыми ресурсами, мониторинга и управления финансовыми ресурсами.

Уровень 4. В организации разработан и действует результативный и эффективный процесс прогнозирования и определения финансовых потребностей, обеспечения необходимыми финансовыми ресурсами, мониторинга и управления финансовыми ресурсами.

Уровень 5. Результативные и эффективные процессы управления финансовыми ресурсами, всесторонне согласованные с потребностями всех заинтересованных сторон и ведущие к устойчивости (гомеостазу) организации.

Инструментами повышения уровня управления финансовыми ресурсами организации являются бюджетирование, ориентированное на результат (БОР), а также такие элементы методологии «20 ключей к совершенствованию бизнеса», как стоимостной анализ деятельности, повышение производительности труда, энерго- и ресурсосбережение и др.

Задача 2. Управление финансовыми рисками. Важной составляющей повышения экономической эффективности санатория является современный финансовый менеджмент, в частности управление финансовыми рисками в следующих областях:

- управление расходами;
- точность расчета доходов и расходов;
- управление активами, включая эксплуатационные расходы;
- решения по закупкам и своевременность поставок, снижение дебиторской задолженности.

Почти все эти области финансовых рисков отражены в целях ФГУ «Санаторий «Волжский утес». Таким образом, мы управляем не только качеством медицинских услуг, но и финансовыми рисками санатория. Публичное заявление о целях имеет большое значение не только для клиентов, но и для всего персонала учреждения. Важными целями являются сокращение дебиторской и кредиторской задолженностей и повышение уровня оплаты труда сотрудников.

Задача 3. Усиление внутреннего аудита. Планирование, проведение внутренних аудитов системы менеджмента (СМ) ФГУ Санаторий «Волжский утес» и последующие действия выполняются в соответствии со стандартом организации по внутреннему аудиту и правилами аудиторской деятельности.

- Определены следующие цели проведения аудитов:
- оценивание достоверности финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствия порядка ведения бухгалтерского учета законодательству Российской Федерации;
 - оценивание степени внедрения, результативности СМ, соответствия СМ требованиям ISO 9001, требованиям УдП РФ и МЗиСР;
 - выявление областей системы менеджмента и финансового менеджмента, нуждающихся в улучшении;
 - обеспечение руководства объективной информацией о соответствии системы менеджмента установленным требованиям.

Основными задачами аудитов системы менеджмента являются:

- оценивание качества оказываемых услуг и финансовой дисциплины;
- оценивание функционирования видов деятельности СМ;
- оценивание степени достижения поставленных целей;
- поиск возможностей для улучшений.

Задача 4. Сокращение издержек и потерь. Повышение эффективности учреждения возможно за счет снижения издержек и потерь и за счет более эффективного использования ресурсов. Это позволяет оказывать качественную

санаторно-курортную услугу по приемлемой цене, что и приводит к повышению удовлетворенности клиентов.

В структуре стоимости услуг суммарные расходы на обеспечение качества оказываемой услуги (расходы на качество) в среднем составляют 5–15% от стоимости всей услуги и включают как правило: затраты на предупреждение несоответствий, издержки на контроль и испытания, издержки и потери, связанные с несоответствиями. Причем издержки и потери, связанные с несоответствиями могут в среднем достигать 1/3 всех затрат на качество. Важной задачей является снижение издержек и потерь при одновременном увеличении затрат на предупреждение несоответствий.

При управлении финансовыми ресурсами особым образом следует выделить управление издержками и потерями, которое нацелено на снижение различного рода издержек, снижение времени отклика на запросы клиента, снижение перепроизводства и т.д. Возможными источниками издержек и потерь являются:

- услуга излишнего объема;
- излишние материальные запасы;
- необоснованная транспортировка;
- лишние передвижения;
- исправление;
- простои;
- излишние технологические процессы;
- неиспользуемые ресурсы.

Таким образом, рассмотренные задачи предлагается решать в рамках интегрированной системы управления санатория, которая включает процессы обработки заявок, закупки, оказание услуг, финансовый менеджмент, управление окружающей средой и другие. Все эти процессы работают на достижение результата лечения с наибольшей эффективностью. Например, основными показателями, оценивающими эффективность процессов менеджмента являются: издержки на устранение несоответствий, удельные затраты электроэнергии и газа.

Рекомендации по управлению рисками по качеству услуг организаций здравоохранения содержатся в IWA 1. Модель оказания услуг согласно рекомендациям IWA 1 представлена на рис. 2.

На входе – пациент, нуждающийся в медицинской услуге. На выходе – пациент во время и после оказания услуги. Степень удовлетворенности пациента в первую очередь зависит от четкого выяснения требований и ожиданий пациента, что должно делаться до оказания услуги. Выяснение требований и ожиданий и



Рис. 2. Процессная модель оказания услуг IWA 1.



Рис. 3. Сеть процессов интегрированной системы управления.

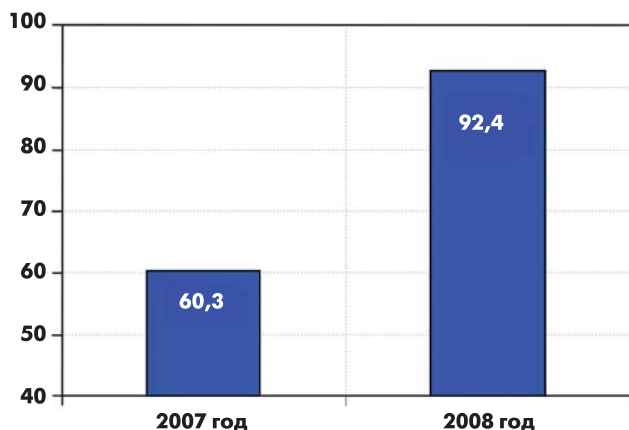


Рис. 4. Оценка «отлично» и «хорошо» удовлетворенности медицинским обслуживанием (%).

четкое планирование услуги предотвращает возникновение проблем излишней или неправильно оказанной услуги, т.е. несогласованности вмешательства и не достижения запланированных результатов лечения.

На современном этапе в первую очередь не хватает четкого выяснения требований и ожиданий пациента и грамотного планирования результатов лечения и оказания других услуг. Планирование должно стать основным этапом бизнес-процессов, таких как оказание медицинских услуг, услуг питания, проживания и других услуг.

Управление претензиями (жалобами) потребителей регламентирует международный стандарт ISO 10002

«Удовлетворенность потребителей. Руководство по управлению претензиями». Этот международный стандарт предусматривает этапы работы с жалобами, связанными с продукцией/услугами, которое включает планирование, проектирование, действие, обслуживание и улучшение. Стандарт определяет следующие аспекты обработки жалоб (претензий):

- создание среды, открытой для обратной связи (включая жалобы), для рассмотрения любых недовольств с целью увеличения способности санатория улучшить свои услуги;
- вовлеченность и ответственность высшего руководства (адекватное приобретение и использование ресурсов, включая обучение персонала);
- признание потребностей и ожиданий лиц, подающих жалобы;
- обеспечение жалующихся открытым, эффективным и удобным способом обработки жалоб (претензий);
- анализ эффективности обработки жалоб (претензий).

Интегрированная система управления санатория включает процессы обработки заявок, закупки, перемещения, оказание услуг, финансовый менеджмент, управление окружающей средой и другие (рис. 3).

Все эти процессы должны работать на достижение результата лечения и повышение удовлетворенности пациентов (рис. 4).

Таким образом, применяя адекватные организационные технологии управления, санаторно-курортное учреждение создает уверенность в возможностях своих видов деятельности, а также основу для постоянного улучшения и обеспечения условиями санаторно-курортного лечения. Это ведет к росту удовлетворенности пациентов/клиентов, долговременному развитию и финансовому успеху учреждения.

Литература

1. Пестов Ю.Д., Дмитриев А.Я., Митрошкина Т.А. // Известия СНЦ РАН. Технологии управления организацией. Качество продукции и услуг. – 2006. – Спецвыпуск 2. – С. 284–288.
2. Пестов Ю.Д., Дмитриев А.Я., Митрошкина Т.А. // Курортные ведомости. – 2007. – № 1. – С. 6–9.
3. Балакин С.А., Малькова Н.А., Пестов Ю.Д., Дмитриев А.Я., Митрошкина Т.А. // Курортные ведомости. – 2009. – № 2. – С. 26–28.

Организационно-информационные технологии управления затратами на медицинские услуги по факту пролеченного больного в стационаре

С.А. Мартынич, О.В. Соколова

ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

В статье рассматриваются методические подходы к установлению технологических и расходных нормативов по факту пролеченного больного на основе диагностически связанных групп как механизм контроля затрат на медицинские услуги.

Ключевые слова: организация здравоохранения, информационные технологии.

Введение

Затраты на виды деятельности больницы могут относиться по-разному: на пациента, на отдельную диагностически связанную группу или на отдельный вид специализированной (высокотехнологичной) помощи.

Степень детализации затрат, в частности будут ли они применяться отношении профилей или категорий пациентов, будет зависеть от возможностей имеющихся в больнице информационных систем [2].

Развитая система учета затрат в условиях больницы позволяет определять не только среднепрофильные затраты на пролеченного больного, но и затраты на более высоком уровне — по отдельным нозологическим группам или категориям пациентов посредством обработки имеющихся данных.

При совершенствовании системы управления затратами больницы следует предусмотреть набор некоторых ключевых организационных принципов, служащих руководством для управления ресурсами, ориентированного на результат деятельности [5].

К основным принципам учета и контроля затрат по факту пролеченного больного относятся следующие:

- учет требований к информации о затратах;
- включение всех видов затрат и поступлений;
- полное возмещение затрат;
- использование единых подходов к определению размеров затрат для всех структурных подразделений стационара;
- контролируемость данных о затратах.

Данные принципы должны использоваться в равной мере при решении краткосрочных задач и достижения долгосрочных целей развития системы управления ресурсами больницы.

Методические подходы к определению затрат на услуги больницы

В настоящее время при определении затрат на услуги больниц используются различные методические подходы [4].

К методикам определения затрат на конкретные виды деятельности в стационаре относятся: прямое отнесение затрат, полное включение затрат, определение стандартных затрат, оценка затрат в зависимости от объемов деятельности.

При определении среднепрофильных затрат принцип прямого отнесения затрат не включает оценку полного объема и видов расходов.

Определение полных среднепрофильных затрат включает, помимо прямых, косвенные затраты и накладные расходы посредством использования методик распределения. Однако при применении этого принципа следует помнить о двух факторах ограничения. Один из этих факторов заключается в том, что процедура определения накладных расходов может носить спорный характер, а размер полных затрат из расчета на одно отделение стационара верен лишь для количества производимых медицинских услуг, на момент калькуляции накладных расходов. Другими словами, при любых отклонениях фактического количества медицинских услуг от планируемого, полные затраты будут соответственно выше или ниже возмещаемых постоянных затрат.

Определение стандартных (нормативных) затрат состоит в установлении технологических и расходных нормативов для каждого отдельного вида лечебно-диагностического процесса. Принцип стандартного исчисления затрат предпочтителен при определении объемов затрат, связанных с определенными видами технологических лечебных процедур [6]. Подобные виды стандартизации затрат могут быть использованы для управления имеющимися ресурсами больницы на «конечный результат» — пролеченного больного.

Оценка затрат в зависимости от объемов деятельности не является новым подходом и применяется в основном как средство отработки процедуры распределения накладных расходов.

В целом, в качестве наиболее подходящей методики определения расходов на пролеченного больного в стационаре можно назвать определение стандартных (нормативных) затрат в комбинации с принципом определения расходов с полным включением затрат.

Определение среднепрофильных затрат отделений стационара и калькулирование себестоимости медицинских услуг по факту пролеченного больного

Схема распределения затрат, относимых на профиль структурного подразделения стационара, содержит ряд элементов, включающих: определение видов затрат и поступлений на «конечный результат» — пролеченного больного (рис. 1).

Как видно на рис. 1, данная схема составлена из ряда элементов, включающих: оценку предполагаемого объема оказания медицинских услуг и объема затрат, классификацию и анализ расходов, а также определение условий отнесения затрат на конкретные виды медицинских услуг.



Рис. 1. Схема распределения затрат.

Источником информации о затратах структурных подразделений являются данные бухгалтерского балансового отчета: “Бухгалтерский баланс” (ф. №1); “Отчет о прибылях и убытках” (ф. №2), а также сведения о финансовой деятельности стационара (ф. № 62). С помощью этих документов могут быть получены данные доходов и расходов, включаемых в финансовую смету¹ профильных подразделений стационара. При этом в смету профильных подразделений стационара должны быть внесены все основные статьи расходов, финансируемых из средств бюджета и внебюджетных источников.

Таким образом, информационная база о смете отделений необходима при оценке полного объема затрат, относимых на уровень пролеченного больного в профильном отделении [3].

Общий объем затрат профильного подразделения стационара представляет собой совокупность расходов, которые должны быть возмещены через соотносимые поступления из бюджетных и внебюджетных источников.

Затраты классифицируются по таким характеристикам, как:

- «прямое» отношение к лечебному процессу (затраты на содержание врачебного и сестринского персонала, расходы на медикаменты);
- «косвенное» отношение (питание больных, прачечная, обеспечение постельным бельем).

Кроме того, выделяются такие статьи расходов профильных подразделений, как накладные расходы (расходы на управленческий и административный персонал), капитальные расходы (амортизационные отчисления) и общеурежденческие расходы (расходы на подготовку персонала и проведение научно-исследовательских работ, связанных с обеспечением клинической деятельности).

Косвенные расходы могут быть распределены посредством использования коэффициентов, характеризующих степень участия тех или иных подразделений стационара. В тоже время накладные расходы могут быть соотнесены на основе какого-либо несложного параметра, например, койко-дней. Капитальные затраты, по мере возможности, должны определяться в отношении соответствующих подразделений стационара, которые используют основные фонды. Капитальные затраты могут относиться не-

посредственно на лечебный профиль или распределяться по лечебным профилям наряду с другими видами затрат какого-либо из подразделений лечебного учреждения.

Для анализа затрат может быть использована классификация затрат на переменные, зависящие от такого фактора как нагрузка отделений в плане количества пролеченных пациентов. К переменным затратам относятся такие виды расходов, как: заработная плата персонала и начисления на нее, медикаменты, питание. Постоянные затраты включают виды расходов, не зависящих от количества обслуживаемых больных. К постоянным затратам относятся: расходы на мягкий инвентарь, амортизация оборудования, общеурежденческие расходы и прочие расходы по содержанию зданий и сооружений.

Калькулирование себестоимости медицинских услуг на пролеченного больного в отношении лечебного профиля выполняется затратным методом по определенным статьям затрат с учетом полных фактических текущих издержек.

Таким образом, одним из инструментов управления затратами на пролеченного больного в стационаре является способ возмещения затрат по среднепрофильным полным текущим издержкам [1].

Однако затраты по факту пролеченного больного могут значительно отличаться от среднепрофильных в отношении как в отношении продолжительности госпитализации, так и использования дорогостоящих ресурсов. Поэтому наиболее приемлемым подходом к управлению затратами на оказание стационарной помощи является способ определения стандартных (нормативных) затрат.

Методические подходы к определению нормативных затрат и установлению технологических и расходных нормативов на медицинские услуги по факту пролеченного больного

Определение стандартных (нормативных) затрат состоит в установлении технологических и расходных нормативов. В основном этот способ определения затрат используется в качестве контрольного механизма.

Измерение и оценка объема медицинской помощи и объема затрат базируется на агрегации видов медицинских услуг, относимых на ДСГ, с учетом специфики и состава случаев пролеченных больных и уровня затрат ресурсов.

Формирование ДСГ означает установление технологических и расходных нормативов, на основе которых затем определяются суммы финансовых затрат на пролеченного больного определенного профиля.

При этом система ДСГ считается более усовершенствованным аналогом стандарта специализированной (высокотехнологичной) помощи [7].

Алгоритм формирования ДСГ представляет собой набор решающих правил и процедур стандартизации затрат, относимых на медицинские услуги по факту пролеченного больного (рис. 2).

Как видно на рис. 2, построение ДСГ с однородным уровнем затрат обеспечивается с применением решающих правил на основе идентификации признаков группировки, параметров, управленческого решения.

При этом установление технологических и расходных нормативов базируется на принципах:

- типизации больных, представляющей классификацию больных по признаку клинической однородности и экономической равноценности потребляемых ресурсов;

¹ Финансовая смета отделения стационара – это свод общих доходов и расходов отделения по их составу, источникам и направлениям использования в течение определенного календарного промежутка времени.



Рис. 2. Алгоритм формирования диагностически связанных групп.

- нормирование затрат на медицинские услуги на основе дифференцированных весовых коэффициентов потребления ресурсов.

Для этих целей используется процедура стандартизации затрат, относимых на конкретные виды медицинских услуг по отдельным нозологическим группам больных.

Клиническая группировка больных на отдельные ДСГ осуществляется на основе заключительного диагноза и его структуры.

Коэффициенты потребления ресурсов в расчете на пролеченного больного рассчитываются на основе среднего числа фактически оказанных медицинских услуг, среднего числа условных единиц трудоемкости (УЕТ) и средних затрат, определенных по полным текущим издержкам (полная себестоимость медицинских услуг).

Весовые коэффициенты затрат ресурсов определяются как отношение средних затрат в каждой конкретной ДСГ к общим затратам ДСГ конкретного профиля, принятых за 1,0.

При этом каждой ДСГ присваивается весовой коэффициент затрат ресурсов (cost-weight). Он выражает степень сложности применяемых лечебно-диагностических технологий и, следовательно, степень потребляемых ресурсов в каждой ДСГ по отношению к среднему уровню затрат ресурсов для всех ДСГ установленного профиля.

Отбор ДСГ производится по выделенным признакам группировки с применением статистического анализа разделения затрат по квартилям: 25% квартиль (ниже среднего уровня), 50% (средний уровень) и 75% (выше среднего уровня):

- возраст;
- длительность лечения;
- затраты;
- статус при выписке (обычный, долговременное лечение, краткосрочная госпитализация, самовольная выписка);
- исход заболевания (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, летальный исход).

К основным классификационным признакам ДСГ в рамках определенного профиля относятся: предельно допустимые уровни в длительности лечения, доля отрицательных результатов (летальность) и доля неадекватности оказания медицинской помощи (изменение сроков госпитализации над предельно допустимыми уровнями).

Таким образом, в рамках системы ДСГ конкретного профиля, устанавливаются определенные требования к качественному и количественному показателю объема стационарной помощи и затрат, дифференцированных по составу случаев пролеченных больных с указанием границ допустимых отклонений [6].

Таким образом, алгоритм формирования ДСГ включает типологию больных с учетом специфики и состава случаев и коэффициентов потребления ресурсов, определяемых видами и характером применяемых медицинских технологий и сроками госпитализации.

Определение нормативных затрат применяется в комбинации с принципом полного включения затрат. Этот способ определения затрат на пролеченного больного рассматривается в качестве контрольного механизма за рациональным использованием ресурсов.

Заключение

Современное видение проблем возмещения затрат на специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь предлагает экономически целесообразные пути их решения.

Организационно-информационные технологии управления затратами на медицинские услуги по факту пролеченного больного в стационаре основываются на принципах стандартного исчисления затрат.

При этом принципы стандартного исчисления затрат комбинируются с принципом определения стоимости по полным затратам. Установление технологических и расходных нормативов затрат, ориентированных на «конечный результат» — эффективно пролеченного пациента целесообразно для планирования госзаказа на специализированную и высокотехнологичную помощь, регламентации медицинских услуг и контроля за эффективным использованием ресурсов.

Литература

1. Авксентьева М.В., П.А. Воробьев. Экономический фактор при принятии решений о применении медицинских технологий // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2008. — № 3. — С. 3–8.
2. Афанасьева Е.Ю. Планирование госзаказа на высокотехнологичную медицинскую помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях и анализ результатов его выполнения с применением автоматизированных госпитальных систем. Автореф. дис. д-ра мед. наук — М., 2008. — 47 с.
3. Веретенникова О. Б. и др. Опыт бюджетирования в многопрофильных больницах // Здравоохранение. — 2008. — № 1. — С. 47–52.
4. Вялков А. И. Деловой план медицинской организации, методология определения ресурсных затрат на реализацию медицинских услуг // Научные и организационные основы менеджмента в ЛПУ. — 2007. — № 12. — С. 10–35.
5. Пиддэ А. Л. Экономическое обеспечение медицинской деятельности: проблемы и пути совершенствования // Экономист лечебного учреждения. — 2008. — № 9. — С. 3–16.
6. Пирогов М. В. Клинико-экономическая стандартизация как обязательное условие повышения экономической эффективности медицинского учреждения при одноканальном финансировании // Главврач. — 2007. — № . — С. 58–70.
7. Шейман И.М. Система стратегической закупки медицинской помощи: международный опыт и его значение для российского здравоохранения // Здравоохранение. — 2006. — № 4. — с.45–61.

Вегетативный тонус у пациентов с синдромом хронической усталости: эффекты акупунктурного введения препарата «Лаеннек»

Е.Н. Дудник, *А.В. Калита, ***Е.А. Диброва, **О.С. Глазачев, *К.В. Судаков

*ГУ НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН

**ФГУ ММА им. И.М. Сеченова Росздрава

***ООО Клиника РАНА

Проведено динамическое обследование 14 мужчин и женщин с синдромом «хронической усталости». Всем пациентам вводили препарат «Лаеннек» в биологически активные точки методом акупунктуры. У наблюдаемых, исходно характеризовавшихся нормотоническим тиком регуляции, введение препарата привело к активации парасимпатического звена вегетативной нервной системы, что указывает на возможность использования данной технологии как релаксационной.

Ключевые слова: хроническая усталость, акупунктура, гидролизат плаценты человека.

Введение

Чрезмерные психоэмоциональные перегрузки вызывают у человека развитие психосоматических расстройств, которые проявляются в нарушении различных физиологических функций. Одним из частых проявлений неблагоприятных последствий психосоциальных стрессорных нагрузок человека является так называемый синдром «хронической усталости», характеризующийся длительной усталостью, не проходящей после отдыха, снижением двигательной активности, мышечным дискомфортом, лихорадкой, снижением памяти, головной болью, нарушением сна и депрессией [1].

Цель настоящей работы заключалась в оценке вегетативного статуса пациентов с «синдромом хронической усталости» и эффектов акупунктурного введения препарата «Лаеннек».

Организация и методы исследования

Проведено динамическое обследование 14 пациентов, мужчин и женщин с синдромом «хроническая усталость» в возрасте 35 – 45 лет. Предварительно у пациентов собирали клинический анамнез. Всем пациентам вводили препарат «Лаеннек» в биологически активные точки методом акупунктуры. Фармакологическим активным компонентом препарата является гидролизат плаценты человека с выраженным детоксикационным действием (производство «Japan Bioproducts Industry Co., Lt.», Япония, Регистрационное удостоверение МЗ РФ П № 013851/01-2002 от 12.08.2003) [2].

Базовые биологически активные точки для акупунктуры препаратом «ЛАЕННЕК»: VB 20; V11; V18; V23; GI10; E36 [3]. Выбор указанных точек и их сочетание определили индивидуально. Глубина укола 10–25 мм. В одну биологически активную точку вводили 0,3 мл препарата «Лаеннек», максимально использованная доза 4,0 мл. Длительность процедуры составляла от 20 до 40 минут.

У пациентов регистрировали кардиоинтервалограммы с использованием аппаратно – программного комплекса «ВНС – спектр» (ООО «Нейрософт», Иваново, 2001). Прибор обеспечивал ввод ЭКГ-сигналов в компьютер, их оцифровку и построение кардиоритмограмм. Регистрацию ЭКГ проводили в первом стандартном отведении. Электроды, выполненные в виде зажимов, накладывали на запястья. Исходные записи перед обработкой предварительно визуально анализировали и

редактировали от артефактов (экстрасистолы, помехи) по известным алгоритмам [4]. Кардиоинтервалограмму у каждого пациента регистрировали в течение 5 минут. Рассчитывали временные и частотные стандартизованные характеристики динамического ряда кардиоинтервалов:

- частоту сердечных сокращений (ЧСС уд/мин);
- среднее квадратическое отклонение величин RR интервалов за весь рассматриваемый период (SDNN, ms);
- моду (M_0 , ms) – наиболее часто встречающееся значение кардиоинтервала;
- амплитуду моды (AM_0 , %) – число кардиоинтервалов, соответствующее значению моды, в процентах к общему объему выборки;
- коэффициент вариации исследуемого массива кардиоинтервалов (CV, %);
- вариационный размах – dX , ms, выборки кардиоинтервалов;
- квадратный корень из суммы квадратов разностей величин последовательных пар RR интервалов (RMSSD, ms);
- процент от общего количества последовательных пар RR интервалов, значения которых были выше, чем 50 миллисекунд (pNN50, %).

На основе проведения спектрального анализа variability сердечного ритма рассчитывали и анализировали частотные параметры: общую мощность спектра (TP), мощности в высокочастотном (HF, 0,16 – 0,4 Гц), низкочастотном (LF, 0,05 – 0,15 Гц) и очень низкочастотном (VLF, < 0,05 Гц) диапазонах, а также их процентные доли от общей спектральной мощности ВРС: HF, %, LF, %, VLF, %. Вычисляли коэффициент LF/HF, отражающий баланс симпатических и парасимпатических регуляторных влияний на сердце.

Условные обозначения показателей variability сердечного ритма представлены в соответствии с международными стандартами оценки variability ритма сердца и используемыми ориентировочными нормативами [5].

Осуществляли биохимический анализ крови. Регистрацию изучаемых показателей проводили до и сразу после введения препарата.

Полученные данные подвергнуты статистической обработке с помощью программы «Statistic 6 for Windows» и пакета прикладных программ SPSS 11.5 for Windows.

Изменение биохимических показателей ($M \pm m$) у обследуемых ($n=14$) при прохождении процедуры препаратом «ЛАЕННЕК»

Биохимические показатели	Исходное состояние	После воздействия
Альбумины (г/л)	40,7±3,15	39,2±11,33
Глобулины (г/л)	33,7±4,87	29,3±7,3
Общий билирубин (мкмоль/л)	18,0±6,07	15,2±2,61
Общий холестерин (мкмоль/л)	5,5±0,99	5,3±0,58
Глюкоза (моль/л)	6,0±1,09	5,7±1,13
Соматотропин (нг/мл)	0,11±0,03	0,12±0,2
Соматомедин С	178±50,34	188±35,56

Вычисляли одномерную описательную статистику для каждого из исследуемых показателей, оценивали распределения признаков на нормальность. Достоверность различий проводили с использованием критерия t-Стьюдента при нормальном распределении данных. В тех случаях, когда распределение не соответствовало критериям нормальности, применяли непараметрический критерий U Манна – Уитни [6].

Результаты и их обсуждение

Пациенты с верифицированным клинически диагнозом «хроническая усталость» при исходном обследовании характеризовались рядом признаков вегетативного напряжения (табл.1). У них регистрировали высокий уровень значений ИН ($196,30 \pm 23,76$), а также доминирование сверхнизкочастотного компонента спектра variability сердечного ритма (VLF, $57,82 \pm 4,76$ %), что указывало на преобладание активности симпатического звена регуляции физиологических функций, носящее церебральный, надсегментарный характер [7].

Все пациенты предъявляли идентичные жалобы на сниженную работоспособность, низкий эмоциональный тонус, плохое неустойчивое настроение с периодической депрессией, чаще в виде астено-депрессивного синдрома, повышенную утомляемость, нарушение сна.

После акупунктурного введения препарата «Лаеннек» в указанные точки, выявлено возрастание значений показателей SDNN с $35,46 \pm 2,82$ до $49,69 \pm 8,88$ ($p < 0,1$) RMSSD с $26,76 \pm 4,76$ до $46,69 \pm 14,36$ ($p < 0,1$), рост значений общей мощности спектра variability сердечного ритма (TP, ms²1000), а также снижение значений показателя индекса напряжения (ИН, усл.ед.) (табл. 1). Отмеченные перестройки отражали активацию парасимпатического звена регуляции вегетативных функций.

При анализе показателей биохимического состава

Таблица 1

Значения зарегистрированных показателей вегетативной регуляции у пациентов ($n=14$) до и после введения препарата «Лаеннек» ($M \pm m$)

№	показатель	Исходное состояние	После воздействия
1	SDNN, ms	35,46±2,82	49,69±8,88*
2	RMSSD, ms	26,76±4,76	46,69±14,36*
3	pNN50, %	2,30±0,99	6,29±2,83
4	CV, %	4,44±0,36	5,98±1,15
5	TP, ms ² 1000	1242,23±115,32	1603,61±312,04*
6	VLF, %	57,82±4,76	51,28±3,99
7	LF, %	29,88±3,00	35,36±2,99
8	HF, %	12,30±2,78	13,35±2,51
9	LF/HF, av	3,86±0,77	3,78±0,72
10	ЧСС, уд/мин	75,15±2,62	72,07±2,37
11	Mo, ms	0,81±0,03	0,84±0,03
12	AMo, %	52,95±2,95	51,78±4,35
13	BP, c	0,18±0,01	0,21±0,01
14	ИН, усл. ед.	196,30±23,76	170,19±26,79*

Примечание: * - достоверность различий при $P < 0,05$ и выше по отношению к исходным данным.

крови по группе в целом (табл. 2) не было отмечено достоверных сдвигов исследуемых показателей.

По индивидуальным значениям показателей variability сердечного ритма (LF/HF, ИН) вся обследованная группа пациентов была разделена на подгруппы, в зависимости от исходного вегетативного тонуса:

1. нормотоники (LF/HF 1,5–3; ИН = 50 – 150 усл. ед.) – n=5
2. симпатотоники (LF/HF >3; ИН > 150 усл. ед.) – n=8
3. ваготоники (LF/HF <1,5; ИН < 50 усл. ед.) – n=1

Проведенные нами исследования выявили, что показатели variability сердечного ритма пациентов до и после процедуры были различны в зависимости от их исходного тонуса вегетативной нервной системы. Данные, характеризующие исследуемые показатели, представлены в таблице 3.

У пациентов, составивших группу нормотоников, в исходном состоянии выявлена сбалансированность частотных составляющих variability сердечного ритма, значения показателя ИН находились на верхней границе нормотонии. У пациентов этой группы по сравнению с исходным состоянием, наблюдали достоверное снижение значений ИН, рост значений общей мощности спектра (TP), значений вариационного размаха ($p < 0,05$). Отмечено незначительное перераспределение частотных компонентов спектра variability сердечного ритма: снижение значений сверхвысокочастотного (VLF), низкочастотного (HF) и рост значений высокочастотного (LF) компонентов спектра. Отмеченные изменения показателей variability сердечного ритма у этих пациентов можно трактовать как активацию парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

У пациентов, составивших группу симпатотоников в исходном состоянии отмечен дисбаланс между частотными составляющими variability сердечного ритма, с выраженным преобладанием гуморально – метаболических влияний. Значения ИН у них характеризовали выраженную симпатотонию. По сравнению с исходным состоянием, у пациентов этой группы достоверных изменений отмечено не было. У них отмечено только незначительное снижение значений индекса напряжения (ИН), увеличение суммарных показателей активности variability сердечного ритма (SDNN и RMSSD), также отражающих активацию парасимпатического звена регуляции вегетативных функций.

Изменение вегетативных показателей ($M \pm m$) у обследуемых ($n=13$) при прохождении процедуры препаратом «ЛАЕННЕК» в выделенных группах

№	показатель	Симпатотоники (n=8)		Нормотоники (n=5)	
		Исходное состояние	После воздействия	Исходное состояние	После воздействия
1	SDNN, ms	36,37±4,55	47,00±13,65	34,00±1,81	54,00±9,29*
2	RMSSD, ms	28,12±7,74	45,37±22,16	24,60±2,71	48,80±15,21
3	pNN50, %	0,91±0,27	2,18±0,84	4,52±2,36	12,88±6,55
4	CV, %	4,73±0,54	5,85±1,77	3,97±0,33	6,20±1,24*
5	TP, ms ² 1000	1194,75±168,57	1022,50±188,14	1318,20±147,76	2533,40±556,03* **
6	VLF, %	66,28±5,09	56,83±4,85	44,28±5,49**	42,40±5,15
7	LF, %	27,18±3,94	33,12±4,62	34,20±4,38**	38,96±2,18
8	HF, %	6,50±1,32	10,06±2,62	21,57±4,56	18,62±4,32
9	LF/HF, av	5,07±0,02	4,60±0,06	1,94±0,44**	2,48±0,47
10	ЧСС, уд/мин	78,12±1,92	74,87±2,35	70,40±5,84	67,60±4,52
11	Mo, ms	0,78±0,01	0,80±0,03	0,88±0,06	0,91±0,06
12	АМо, %	54,68±3,17	58,91±5,20	50,18±6,07	40,38±4,39**
13	ВР, с	0,16±0,01	0,17±0,01	0,22±0,01**	0,26±0,02* **
14	ИН, усл. ед.	232,62±32,69	222,25±30,48	138,20±6,32**	86,90±13,48* **

Примечание: * – достоверность различий при $P < 0,05$ и выше по отношению к исходным данным. ** – достоверность межгрупповых различий при $P < 0,01$.

У пациента, в исходном состоянии характеризующегося выраженной парасимпатикотонией после акупунктурного введения препарата «Лаеннек» отмечено незначительная активация симпатического звена вегетативной нервной системы: увеличение значений сверхвысокочастотного (VLF) и высокочастотного (LF) компонентов спектра сердечного ритма. Значения индекса напряжения (ИН) остались в границах парасимпатикотонии.

Заключение

Проведенные нами исследования продемонстрировали различные изменения показателей, отражающих вегетативную регуляцию в ответ на введение препарата «Лаеннек» в сочетании с акупунктурой, в зависимости от исходного индивидуального тонуса вегетативной нервной системы пациентов. У пациентов, исходно характеризовавшихся нормотоническим типом регуляции, введение препарата привело к активации парасимпатического звена вегетативной нервной системы, что указывает на возможность использования данной технологии как релаксационной.

У пациентов, исходно характеризующихся симпатическим тонусом, применение указанного препарата не оказало выраженных воздействий.

У пациентов, исходно характеризующихся парасимпатическим тонусом, применение указанного препарата предположительно оказывает активирующий эффект, однако для более точной оценки требуется дальнейший набор исследуемого материала.

Литература

1. Клебанова В.А. Синдром хронической усталости (обзор) // Гигиена и санитария. – 1995. – N 1. – С. 144–148.
2. Matsumoto A., Ogura K., Hirata Y et al. Increased nitric oxide in the exhaled air of patients with decompensated cirrhosis. *Ann. Intern. Med.* 1995, 123, 110–114.
3. Минушкин О.Н., Калинин А.В., Масловский Л.В. и др. Опыт применения препарата Лаеннек. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – № 1. – 2004. – С. 85–88.
4. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца. – Иваново., 2000. – 182 с.
5. Heart Rate Variability. Standards of Measurements, Physiological Interpretation, and Clinical Use: Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology // *Circulation* – 1996. – Vol. 87. – P. 1043.
6. Ефимова М.Р., Рябцев В.М. Общая теория статистики. – М., 1991/ – 304 с.
7. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение // Под ред. А.М. Вейна. МИА. – М. – 2003. – С. 57–68.
8. Дудник Е.Н., Калита А.В., Диброва Е.А., Федоров С.М., Глазачев О.С., Судаков К.В. Индивидуальные изменения деятельности сердца на однотипные физические воздействия у лиц с различным тонусом вегетативной нервной системы. // Вестник РАМН. – 2007. – № 3. – С. 39–43.