

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 4 февраля 2019 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 4 (57)
www.niioz.ru



Фото: Екатерина Козлова / НИИЗМ ДЗМ

ПРЕДУПРЕДИТЬ И ВЫЛЕЧИТЬ

Всемирный день борьбы против рака отмечается 4 февраля. По данным ВОЗ, существует более 100 видов онкологических заболеваний, которые могут развиваться в любой части тела. Важную роль в борьбе со злокачественными образованиями играют профилактика факторов риска и ранняя диагностика.

«Одна из задач врача амбулаторного звена – просвещать людей, объяснять на понятном им языке, что надо проходить диспансерные обследования даже

без каких-либо жалоб, заботиться о себе. Основной фактор, который влияет на снижение смертности от онкологических заболеваний, – ранняя диагностика», – отмечает Игорь Хатков, главный внештатный специалист-онколог ДЗМ, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор Московского клинического научного центра имени А. С. Логинова ДЗМ.

>> Читайте на стр. 5

ВРЕМЯ ПЕРВЫХ

НИИ СП им. Н. В. Склифосовского стал первым стационаром ДЗМ, где запущено пилотное внедрение системы ЕМИАС. «Выбор Института им. Н. В. Склифосовского для реализации пилотного проекта ЕМИАС в стационарной сети не случаен. Здесь накоплен колоссальный опыт, который поможет предусмотреть все особенности ведения пациента в условиях многопрофильной клиники. Запуск ЕМИАС в московских больницах позволит выстроить эффективную систему взаимодействия между стационарным и амбулаторным звеньями: для поликлиник в автоматическом режиме станут доступны выписные эпикризы пациентов, а для стационаров станет возможным отслеживание поликлинических записей в электронных медицинских картах пациентов», – отметила Анастасия Ракова, заместитель мэра Москвы. [ММС](#)

ТЕХНОЛОГИИ СПАСЕНИЯ

Хирурги Городского центра трансплантации НИИ СП им. Н. В. Склифосовского успешно провели 600-ю пересадку печени. В год специалисты центра выполняют примерно 90 таких трансплантаций. Среднее время операции – 5 ч. «Хирурги центра выполняют сложнейшие реконструктивные оперативные вмешательства. Склиф первым в мире предложил переливание крови от посмертного донора с сохраненным кровообращением. Это уменьшает иммунологическую сенсibilизацию, снижает частоту отторжений, позволяет минимизировать иммуносупрессию и не использовать кровь от кадровых доноров. Технология требует меньших затрат, при этом выживаемость увеличивается», – отметил Мурад Новрузбеков, заведующий отделением трансплантации печени НИИ СП им. Н. В. Склифосовского. [ММС](#)

ПОБЕДИМ ВМЕСТЕ

ДЗМ запустил акцию, приуроченную ко Всемирному дню борьбы против рака. С 2 по 16 февраля консультации проводят врачи-урологи, эндокринологи, гинекологи, колопроктологи и маммологи-онкологи. Кроме того, жители столицы смогут пройти УЗИ молочных желез, маммографию (по показаниям) и сдать анализ кала на скрытую кровь. Подробности акции читайте на сайте www.mosgorzdrav.ru. [ММС](#)

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



**ОЛЕГ КОТЕНКО:
«АМБУЛАТОРНАЯ
НЕФРОЛОГИЯ
НА СТАРТЕ
ПЕРЕМЕН»**

Интервью с экспертом – стр. 3



ЗДОРОВЬЕ В ПРОБИРКЕ

От первого лица – стр. 4



ЛЕДНИКОВЫЙ ПЕРИОД

Личный пример – стр. 8

ДОНОРСКАЯ ПОЧКА

Врачи ДГКБ святого Владимира ДЗМ вылечили девочку с тяжелым заболеванием почек. Девочка родилась с многочисленными патологиями, и большую часть жизни ей пришлось провести в больнице. Скоро ей исполнится 5 лет, отметить свой день рождения она сможет дома.



В Центр гравитационной хирургии крови и гемодиализа девочка поступила с весом 1700 г в возрасте 21 день с диагнозом «двусторонняя гипоплазия почки, дистопия (нарушение положения) обеих почек, хроническая почечная недостаточность». В силу возраста и маленьких размеров тела осуществлять гемодиализ длительно невозможно.

Ребенку был имплантирован в брюшную полость специальный катетер, с помощью которого осуществлялся перитонеальный диализ. В дальнейшем ребенку предстояло проходить регуляр-

ные процедуры в домашних условиях и принимать препараты. Ей потребовалось пересадить донорскую почку, для этого пришлось набрать нужный вес. Девочка росла медленно, в связи с развитием осложнений периодически возвращалась на длительные сроки в отделение гемодиализа детской больницы святого Владимира, нуждаясь в экстренной помощи, переживая сопутствующие заболевания. В октябре 2017 года ребенку с весом 9,5 кг в возрасте 3 лет 9 месяцев в РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского была успешно пересажена донорская почка. **ММС**

Фото: НИИЗМ ДЗМ

ДЕТСКАЯ ИНФРАСТРУКТУРА

Торжественное открытие детской комнаты состоялось в поликлинике ГКБ № 4 ДЗМ. Теперь взрослые пациенты смогут оставлять своих малышей в специальной комнате на время визита к врачу или прохождения диспансеризации.

При обустройстве помещения использовались только экологически чистые материалы и современное покрытие, на котором дети могут рисовать мелом и прикреплять магнитные буквы. В комнате за детьми следят профессионально подготовленные сотрудники, имеющие педагогическое и психологическое образование по работе с дошкольниками. Помимо этого, пациенты с грудными детьми смогут здесь перепеленать малыша и покормить его. Нововведением уже воспользовались первые пациентки, которые отметили, что это очень удобно. **ММС**



Фото: пресс-служба ГКБ № 4

ХОЛОДНОЕ СЕРДЦЕ

Специалисты ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ провели операцию на открытом сердце. В течение 10 лет мужчина жил с огромной аневризмой и даже не подозревал об этом. Вмешательство прошло в условиях искусственного кровообращения. Чтобы защитить органы и ткани от недостатка кислорода, пациента охладили до 28 градусов.

По дороге на работу мужчине внезапно стало плохо. Компьютерная томография показала, что в груди больного находится кровяной «мешок» размером 10 x 10 см. Для аневризмы это очень большой раз-

мер. Мужчина немедленно был отправлен на операцию, после чего он быстро восстановился и уже через несколько дней был выписан. «Это бомба замедленного действия. И если бы она, аневризма, разо-

рвалась или была ситуация, спровоцировавшая ее повреждение, то, скорее всего, смерть могла быть мгновенной», – сказал главный врач ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ Игорь Парфенов. **ММС**



Фото: пресс-служба ГКБ им. В. В. Вересаева

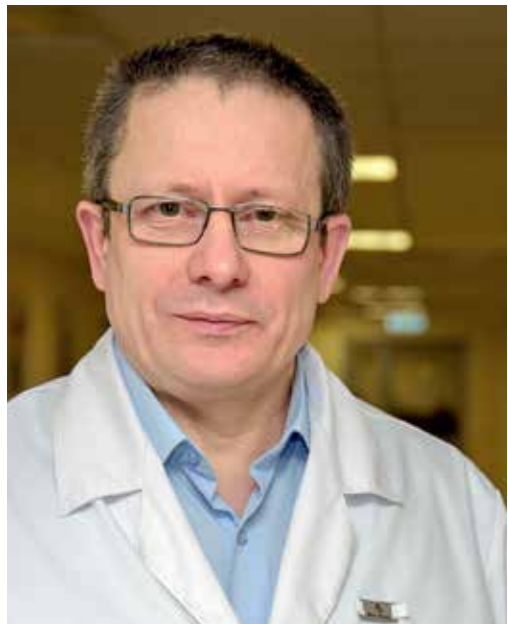
НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ



Вероника Скворцова,
министр
здравоохранения
Российской
Федерации

В реализации межведомственного национального проекта «Здравоохранение» принимают участие 10 федеральных органов исполнительной власти, Российский экспертный центр и все 85 регионов страны. Главная задача – исполнить те цели, которые были сформулированы Президентом РФ в Указе № 204. Это снижение смертности трудоспособного населения от 2 основных причин – сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также уменьшение младенческой смертности. Речь идет о повышении качества и доступности медицинской помощи, поскольку от здравоохранения напрямую зависит уровень жизни людей. Проект основан на тщательной проработке всех направлений с экспертным сообществом и общественными структурами. Прежде всего он посвящен улучшению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, которая является залогом успеха в любом направлении медицины. Для того чтобы она работала так, как надо, нужно повысить уровень инфраструктуры. Важной составляющей проекта является также борьба с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. Здесь наша задача заключается в том, чтобы в рамках онкологической программы создать систему – от первичного звена до национальных исследовательских центров. Нужно, чтобы каждый человек вне зависимости от места жительства мог получить квалифицированную помощь. Следующий момент – совершенствование детского здравоохранения. На данном этапе необходимо развивать внедрение новых профилактических технологий. Особое внимание посвящено кадровой политике в здравоохранении. Здесь должен быть устранен дефицит врачей и среднего медицинского персонала в первичном звене. Одной из важных задач национального проекта «Здравоохранение» является создание единого цифрового контура и широкое внедрение телемедицины. Для того чтобы реализовать новые возможности, внедряются единые централизованные серверы, цифровой архив изображений, лабораторных исследований, централизованные региональные диспетчерские скорой помощи. Эти системы позволяют мониторить ее качество, маршрутизацию пациентов и многое другое. Важный этап – развитие сети национальных исследовательских центров, которые фактически возглавляют профиль и обеспечивают круглосуточный контакт со всеми профильными подразделениями. Если осуществлять программы в соответствии со всеми планами и задачами, медицина перейдет на новый уровень. **ММС**

ОЛЕГ КОТЕНКО: «АМБУЛАТОРНАЯ НЕФРОЛОГИЯ НА СТАРТЕ ПЕРЕМЕН»



– Олег Николаевич, какие позитивные тенденции наметились в лечении пациентов с заболеваниями почек?

– Основной задачей нефрологической службы столицы является оказание специализированной амбулаторной и стационарной помощи пациентам с нефрологическими заболеваниями и в частности обеспечение качественной заместительной почечной терапии в случае полной утраты функции почек. К сожалению, до весны 2014 года в городском здравоохранении это было серьезной проблемой. Из-за дефицита мест на гемодиализе не каждый пациент своевременно получал этот вид помощи. В настоящее время в Москве развернуто более 30 диализных центров, которые полностью обеспечивают все потребности пациентов в заместительной почечной терапии. И можно сказать, что даже если у нас внезапно появится 1000 пациентов, нуждающихся в гемодиализе, возможности нефрологической службы позволят взять их всех на лечение.

Сегодня в Москве на лечении процедурами гемодиализа находятся около 4000 человек. У этой жизненно важной процедуры есть свои жесткие требования, обязательные к исполнению: через день, 3 раза в неделю, на протяжении всей жизни пациенты должны ездить в диализный центр. Москва – большой город с очень плотным трафиком, поэтому транспортировка пациентов на гемодиализ – процесс длительный по времени и высокотратный. Сейчас наша цель не только расширить количество диализных центров и улучшить качество их работы, но и максимально приблизить учреждения к месту постоянного проживания пациентов. Для этого мы открываем небольшие по мощности диализные центры. Ежегодно в столице появляется 4–5 подобных учреждений. Такая практика способствует повышению конкуренции между диализными центрами. Поскольку большинство из них работает по программе частно-государственного партнерства, появляется возможность совместно с фондом ОМС контролировать и обоснованно требовать улучшения качества оказываемой помощи.

Одновременно в Москве все активнее применяется и другой вид заместительной

О возможностях и перспективах развития московской нефрологической службы рассказывает главный внештатный специалист-нефролог ДЗМ, заместитель главного врача по нефрологии ГКБ № 52 ДЗМ, доцент кафедры госпитальной терапии РУДН, кандидат медицинских наук Олег Котенко.

почечной терапии – перитонеальный диализ. Это совершенно иная технология заместительной почечной терапии, которая позволяет пациентам лечиться на дому и даже исключительно в ночное время, во время сна. Процедура проводится под наблюдением наших докторов, с которыми пациент связывается по телефону. Эта технология обеспечивает максимально возможное на сегодняшний день сохранение качества жизни, но, к сожалению, имеет некоторые ограничения по медицинским показаниям. Такой вид лечения идеально подходит для работающих, молодых людей, планирующих в ближайшем будущем сделать трансплантацию почки. Сейчас благодаря этой методике в Москве живут более 450 пациентов.

– Как вы оцениваете амбулаторную помощь пациентам?

– Амбулаторная составляющая нефрологической службы, в отличие от стационарной, пока не столь широко развита в городе. Поэтому 2019 год будет проходить под девизом «Развитие амбулаторной нефрологической помощи». Сейчас в столице работает всего 21 амбулаторный нефролог. На мой взгляд, этого числа недостаточно. Мы будем постепенно наращивать профессиональный потенциал кадров и вводить в амбулаторную нефрологию специально подготовленных, передовых специалистов. В то же время стационарная нефрологическая служба в городе полностью укомплектована. Основная масса пациентов госпитализируется с целью подготовки к заместительной почечной терапии и с тяжелыми нефрологическими заболеваниями. Это больные с классическими иммунопатологиями, нефротическим синдромом, а также с патологией трансплантированной почки. В городе сегодня работает 6 стационаров, имеющих в составе специализированные нефрологические отделения, которых вполне достаточно.

Говоря о позитивных преобразованиях, хочется также отметить расширение спектра инновационных препаратов для лечения нефритов при системных заболеваниях. Они позволяют достигать хорошего терапевтического эффекта без развития серьезных инфекционных осложнений, которые наблюдались раньше при традиционной терапии. Новые препараты позволили сократить время госпитализации пациентов, но самое главное – снизили риски развития серьезных осложнений. Эти препараты, закупаемые Департаментом здравоохранения города Москвы, всегда доступны для нуждающихся пациентов, находящихся на лечении у нефролога.

– Московский городской нефрологический центр в январе отметит юбилей...

– Верно. Специализированные нефрологические койки для лечения больных

с нефритами в составе первого терапевтического отделения городской клинической больницы № 52 появились 60 лет назад. В 1964 году их работа была рассмотрена на заседании коллегии Минздрава СССР, и по материалам заседания приняли решение о создании в СССР нефрологической службы. В качестве ее модели была принята работа нефрологов нашей больницы.

Собственно же Московский городской нефрологический центр как функциональное объединение 2 отделений нефрологии, отделения гемодиализа и лаборатории организован 25 лет назад. В 1998 году у нас открыто специализированное отделение реанимации и интенсивной терапии для пациентов с тяжелыми нефрологическими заболеваниями, которое до сих пор не имеет аналогов в России. Сегодня центр представляет собой мощный холдинг. Здесь пациенты могут получить лечение и консультацию по направлению нефролога. К нам за помощью обращаются со всей России.

– Какова ситуация с ранней диагностикой заболеваний почек?

– Это очень серьезная проблема, когда пациент впервые узнает о болезни почек только в реанимации. За последние 3–4 года число таких случаев уменьшилось, но все равно остается неприемлемо высоким. В конце 2017 года мы реализовали масштабный проект, направленный на диагностику заболеваний почек в Северном административном округе. В результате обследование прошли порядка 90 тысяч человек. Теперь в нашем распоряжении есть данные о доле хронических заболеваний почек у населения. Кстати, она значительно выше официальной статистики.

Но задача нефролога заключается не только в выявлении заболеваний, но и в обеспечении качественной медицинской помощи пациентам. Примерно 10 лет назад можно было сказать, что наибольшую сложность для врачей представляет ле-

чение пациентов с нефротическими синдромами, а в последнее время нефрологи сталкиваются с большим распространением болезней почек у пожилых людей. В ситуации, когда к сопутствующим заболеваниям, например сахарному диабету, перенесенным инфарктам миокарда и инсультам, добавляется еще и патология почек, важной составляющей работы нефролога становится сохранение качества жизни пациента, чтобы последствия почечной недостаточности чувствовались минимально.

Большое внимание мы уделяем и просветительским мероприятиям. Традиционно во Всемирный день почки 16 марта пройдет «Нефромарафон-2019». Мероприятие организуют Департамент здравоохранения города Москвы, городская клиническая больница № 52 и Столичная ассоциация врачей-нефрологов. Каждый участник сможет получить консультации врачей-нефрологов, узнать о правилах ведения здорового образа жизни, научиться готовить здоровую еду, поучаствовать в забеге, конкурсах и танцевальных мастер-классах.

– Главное оружие против болезней почек – это профилактика?

– Разумеется, ведь, кроме курения и нездорового образа жизни, существует еще множество факторов риска. Например, для пациентов с сахарным диабетом важно контролировать уровень сахара в крови. Ничто так не наносит вред почкам, как неконтролируемое высокое артериальное давление. Если человек имеет сердечно-сосудистые заболевания, то он обязательно должен следить за ними. Другой пример – нефротоксичные лекарственные препараты. На протяжении всей жизни человек сталкивается с ними. Реклама стимулирует покупку и прием обезболивающих лекарств, которые ведут к медленному угасанию функции почек. Но даже если препарат выписан по назначению врача, нужно обезопасить себя – прочитать инструкцию по применению и сопоставить со своей функцией почек.

Почка – самый терпеливый орган. Почка будет продолжать работать на полную мощность, пока их повреждение не превысит ¾ их ткани. Зачастую люди не ощущают этого и узнают о проблеме, лишь оказавшись в тяжелом состоянии. Определить наличие патологии почек достаточно просто. Гарантией нефрологического спокойствия для любого человека станет анализ на белок в моче и концентрацию креатинина в крови, на основании значения которого можно рассчитать скорость клубочковой фильтрации. Ее цифровое значение и является мерой степени поражения почек. Пройти диагностику необходимо не менее 2 раз в год. **ММГ**



ЗДОРОВЬЕ В ПРОБИРКЕ



О лабораторной службе стационара скорой помощи и ее возможностях рассказывает руководитель Отдела лабораторной диагностики НИИ СП имени Н. В. Склифосовского Михаил Андреевич Годков.

О достижениях лабораторной диагностики

В середине XX века в мире произошел гигантский прорыв в лабораторной диагностике. Благодаря новейшим достижениям науки и технологии врачи стали обследовать пациентов по значительно более широкому спектру, намного быстрее и точнее. В медицине появились средства диагностики, работающие в автоматизированном режиме. Фактически лабораторная диагностика стала передовым рубежом медицинских науки и практики. Но теоретические возможности должны быть реализованы на практике. Сегодня московская трехуровневая модель лабораторной диагностики считается одной из лучших в мире. Население столицы имеет возможность обследоваться по любому виду патологии по ОМС в кратчайшие сроки и с наивысшим качеством. Основа этой системы – централизованные лаборатории, одной из которых является Отдел лабораторной диагностики Института имени Н. В. Склифосовского.

Проведением анализов обследование пациента не заканчивается. Получение цифровых данных по какому-либо параметру не является самоцелью лабораторной диагностики. Пациент нуждается не в цифре, а в конкретном диагнозе и (или) рекомендациях в отношении лечения. Сегодня лабораторная диагностика способна генерировать огромный массив данных, отражающий широкий спектр состояний человека. По сути, лабораторией создается «цифровой образ» пациента. Задача врача лабораторной диагностики – совместное с клиницистом понимание значения цифры для конкретного пациента с учетом реальной стадии его заболевания или состояния.



Зачастую норма для больного не совпадает с нормой для здорового: пациенты принимают разные препараты, имеют сопутствующие заболевания, развивающиеся на фоне различной генетической предрасположенности к тем или иным заболеваниям, способности организма реагировать на возникающие патологические состояния. И все это врач должен учитывать! Несомненно, профессиональные компетенции специалистов влияют на качество результата, в том числе лабораторного обследования. Подобный подход к диагностике и лечению принято называть персонализированной медициной. Наше здоровье – это персональный генетический фон в совокупности с особенностями развития личности в течение жизни. Но задачи современной лабораторной диагностики значительно шире. Она призвана, с одной стороны, создавать индивидуальный образ каждого человека, а с другой стороны, от нее ждут знаний о сдвигах в здоровье населения, живущего на той или иной территории.

Об истории центра исследований

Лабораторная служба института является одной из старейших не только в Москве, но и в России. В этом году ей исполнилось 95 лет, а первые упоминания о лабораторных исследованиях, проводимых в Странноприимном доме графа Шереметева (так прежде назывался стационар), встречаются еще в середине XIX века.

Около 15 лет назад разрозненные лаборатории института были объединены в единый отдел лабораторной диагностики, который сегодня включает 3 крупных подразделения: клиничко-биохимическую, микробиологическую и иммунологическую лаборатории. Это позволило организовать мощный лабораторно-диагностический комплекс с единой технологией транспортировки и подготовки материала к исследованиям, сквозной системой контроля качества, объединенной базой данных проведенных исследований, формированием алгоритма трактовки результатов исследований, направленного на получение максимального объема информации от проведенных анализов. Мы выполняем гематологические, биохимические, микробиологические, иммуногенетические, иммунологические, иммунохимические исследования и ряд других. Для пациента и клинициста важно получать достоверную и клинически значимую информацию. Для оценки точности и достоверности выполняемых анализов наша лабораторная служба участвует в нескольких системах контроля качества исследований, включая международные. По результатам 2018 года, наш отдел по всем разделам лабораторной диагностики вошел в число лучших лабораторий мира (всего в мировом рейтинге контроля качества лабораторных исследований участвовало более 3000 лабораторий различных стран).

Отдел лабораторной диагностики работает в научно-практической медицинской организации. Это обуславливает возможность и необходимость участия в научно-исследовательской работе. В числе сотрудников – 4 д. м. н., 11 к. м. н., врачи высшей категории. Основные направления научных изысканий отдела – профилактика и диагностика госпитальных гнойно-септических заболеваний, эпидемиологический и медико-социальный анализ распространения ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С среди пациентов с urgentными заболеваниями, организационные проблемы оказания экстренной медицинской помощи.

О профессиональном подходе



Наша лаборатория – одна из 5 централизованных лабораторий города. Отличие нашей централизованной лаборатории от остальных в том, что мы имеем специфическую локацию в стационаре скорой помощи. Стационар института имеет высокое соотношение реанимационных и стационарных коек. А это значит, что нам приходится работать в «зоне высокой неопределенности», обследовать пациентов, находящихся в критическом состоянии, для которых понятие «норма» не вполне подходит. В этом контексте работа врача-диагноста сродни деятельности кропотливого исследователя, находящегося в условиях жесткого лимита времени – больной-то тяжелый, в критическом состоянии. Времени на долгие размышления нет. Нужно быстро и точно поставить диагноз.

При этом реанимационные отделения института существенно различаются по профилю: послеоперационное, травматологическое, ожоговое, нейрохирургическое, кардиологическое, токсикологическое и др. Одинаковых пациентов не может быть вообще, а каждый реанимационный больной – особенный. Пациент с ожоговой травмой по своему состоянию и течению процесса отличается от больного с язвой желудка или после трансплантации печени. Поскольку нет универсального маркера для всех пациентов, для нас очень важно про-

водить прицельное обследование, то есть тестировать те параметры, которые нужны при данном виде патологии у пациента. А подобный набор исследований можно определить только при тесном контакте лечащего врача и врача клинической лабораторной диагностики (КЛД). А значит, врач КЛД должен знать не только свои узкопрофессиональные вопросы, но и особенности тех заболеваний, которые он мониторит. Наши специалисты не только проводят исследования, но и посещают реанимационные и стационарные отделения, принимают участие в клинических разборах, в назначении лекарственных препаратов и схем дообследования. С этой целью в отделе сформирована специальная консультативная группа, которая занимается трактовкой результатов исследований. В состав этой группы входят специалисты, на обучение которых уходят годы, но отдача от их деятельности огромна.

Лабораторная диагностика включает в себя несколько субдисциплин: гематология, цитология, биохимия, гемостазиология, микробиология и ряд других. Врач КЛД должен обладать весомым багажом знаний. И сотрудники отдела успешно пользуются этими знаниями и с удовольствием делятся ими с молодежью. Именно поэтому Отдел лабораторной диагностики НИИ СП им. Н. В. Склифосовского является учебной базой как для врачебного состава, так и для среднего медперсонала Москвы. Будущее медицины – за персонализированным подходом к диагностике и лечению, за автоматизацией и компьютеризацией основных лечебно-диагностических процессов, за технологией «больших данных» и внедрением индивидуальных роботизированных мини-комплексов мониторинга состояния здоровья. А это значит, что роль врача-диагноста, врача-патолога будет возрастать. В этом будущее лабораторной диагностики, и в этом направлении развивается наш отдел. **МММ**

Ирина Слободян

ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ О РАКЕ

В онкологии слишком многое зависит от своевременной диагностики, а она не в последнюю очередь зависит от врачей в поликлинике. В МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ для врачей первичного звена регулярно проводят занятия в Школе онкологов. Общие принципы онконастороженности разъясняет Константин Титов, д. м. н., заведующий онкохирургическим отделением опухолей кожи и мягких тканей МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ.



ЕЩЕ РАЗ О РИСКАХ

Если глобально говорить о причинах развития онкологических заболеваний – все начинается с детства. В России, по данным На-

учного центра здоровья детей, всего 10 % практически здоровых детей дошкольного возраста. В средних классах детей, которым мы можем написать «практически здоров», – 8 %, среди выпускников – 5 %. Остальные 95 % имеют хронические воспалительные заболевания, что в будущем при неправильном образе жизни с большой вероятностью может стать благоприятным фоном для развития рака.

Среди основных факторов риска развития онкологических заболеваний на первом месте стоит несбалансированное питание, а не курение, как думают многие, – высококалорийная жирная и мясная пища, фаст-фуд, консервы и пищевые канцерогены. К сожалению, не очень популярно пока еще в нашей стране употреблять в пищу достаточное количество клетчатки – это овощи, фрукты, зелень, хлеб грубого помола. Известная рекомендация Всемирной организации здравоохранения – 5 разных овощей и фруктов в день.

Курение в сочетании с алкоголем занимает второе место. Именно в сочетании с алкоголем, потому что спиртные напитки потенцируют канцерогены табака: усиливают всасываемость и проникновение. Сам же табак содержит 20 канцерогенов, которые могут напрямую вызывать злокачественную трансформацию клеток организма.

Помимо этого, в числе факторов риска:

- избыточный вес и малоподвижный образ жизни;
- избыточная инсоляция – мода на загар сохраняется уже более 100 лет. Не удивительно, что в мире в 6 раз возросла заболеваемость меланомой. Объясните людям: загар – это ожог, ожог – это мутации в клетках кожи и фон для злокачественных новообразований кожи (рак кожи и меланома);

- хронические инфекции. Чаще всего это хеликобактер пилори, гепатиты В, С, вирусы папилломы человека, вирус Эпштейна–Барра, некоторые формы паразитов.

НЕУСТРАНИМЫЙ ФАКТОР

Биологически рак, особенно внутренней локализации, бессимптомно протекает на ранних стадиях. Это фактор, который в числе прочих обуславливает столь частые поздние обращения к онкологам. И фактор, на который мы никак не можем повлиять. Как правило, никаких патомоничных признаков на I–II стадиях просто нет. И когда уже на III–IV стадиях появляются метастазы, опухоль врастает в ближайшие структуры (рядом расположенные органы, сосуды и нервы), лишь тогда могут появляться симптомы опухоли. И очень часто появление симптомов означает, что уже поздно, и, к сожалению, в большинстве случаев борьба с опухолью проиграна. Конечно, можно применять инновационные препараты, лучевую терапию. Но не всегда они в состоянии остановить процесс.

Именно поэтому так важно отправлять людей на скрининг. К сожалению, мы лишь косвенно можем влиять на сознание пациентов и не можем их перепрограммировать, заставить чаще проверяться. 21 % наших больных приходят к нам слишком поздно, и это не всегда связано с уровнем их образования и осведомленности. Но в 30 % случаев запущенный рак – следствие отсутствия онкологической настороженности врачей и неоправданно долгого обследования, перекидывания пациента от одного специалиста к другому.

ПОЙМАТЬ ВОВРЕМЯ

Важно помнить, что рак крайне редко возникает сам по себе спонтанно из ниоткуда. В основном у онкологических заболеваний есть фоновые патологические состояния: облигатный и факультативный предрак. И это многолетняя история. В идеале надо выявлять предрак, или рак in situ (0-я стадия) – 100 % больных

излечимы. Например, периферический рак легкого примерно 8 лет растет до 1 см в диаметре. За 8 лет мы можем его выявить? Можем. Для этого надо при наличии факторов риска (многолетнее интенсивное курение) назначать пациенту низкодозовую компьютерную томографию органов грудной клетки. Даже агрессивный низкодифференцированный рак легкого развивается не 2–3 месяца, а 2–3 года. Его можно тоже вовремя диагностировать.

В случае рака желудка фоновым заболеванием может быть хронический атрофический гастрит с инфекцией хеликобактер пилори. Пациент с таким диагнозом автоматически попадает в группу риска. Резекция желудка в анамнезе по поводу язвенной болезни – это перестроенный, не совсем нормально функционирующий желудок, а значит, повышенный риск развития рака. То же самое касается и колоректального рака: аденомы и полипы толстой кишки должны удаляться, потому что это предрак.

О риске рака молочной железы говорят некоторые формы мастопатии, например узловая, пролиферативная. Это требует особого наблюдения и направления на биопсию в маммологический центр. Но не все формы мастопатии должны насстораживать, поскольку мастопатия – это в основном возрастные изменения молочной железы.

Рак легкого – чаще всего следствие хронического бронхита курильщика. Хроническая обструктивная болезнь легких, частые пневмонии и другие многолетние хронические заболевания легких могут приводить к трансформации клеток эпителия и повреждению генома, а следовательно, к злокачественным новообразованиям.

Заболеваемость меланомой кожи в нашей стране растет ежегодно на 5 %. Светлокожий голубоглазый любитель загорать очень рискует заболеть меланомой. От терапевта требуется обращать внимание на неровные, неправильной формы, неравномерного или слишком темного цвета

пигментные образования (родинки и др.). Направляйте таких пациентов к дерматологу на дерматоскопию. Даже в случае с меланомой, если мы выявили I стадию, требуется маленькая операция, как правило, амбулаторно под местной анестезией, которая в 80–90 % случаев приводит к полному излечению. Каждый 5-й пациент с меланомой приходит к нам уже с запущенной стадией заболевания, хотя опухоль в 90 % случаев находится на коже. Врачи забывают раздеть больного. Мол, инновационные методы, да и времени мало на прием, но никакие инновации не отменяют визуального осмотра врачом! **ММС**

Алина Хараз

О ПОЛЬЗЕ СКРИНИНГА

В обществе, где скрининг становится рутинной, снижается смертность от злокачественных новообразований.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Необходим ежегодный мазок с шейки матки и из цервикального канала с цитологическим исследованием. Это касается женщин 21–65 лет. **90 % рака шейки матки ассоциированы с онкогенными вирусами папилломы человека.**

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Скрининг в большинстве стран проводится с 50 до 74 лет раз в два года. С 40 до 49 лет он нужен, если у женщины есть какие-то факторы, повышающие риск заболевания (в том числе и генетические). **Скрининг на рак молочной железы на 30 % может снизить смертность от этой самой частой формы рака у женщин.**

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

После 50 лет ежегодный анализ на скрытую кровь в кале. Если анализ положительный, назначается колоноскопия. Но и при отрицательном анализе 1 раз в 5 лет имеет смысл проводить колоноскопию. Эти программы **снижают смертность от колоректального рака на 15 %.**

РАК ЛЕГКОГО

Эффективность скрининга на рак легкого работает, если правильно сформировать группы риска. Не надо всем подряд назначать низкодозовую компьютерную томографию, она необходима курильщикам при стаже от 30 лет по пачке сигарет в день, а также другим людям из группы риска (в частности, это касается работников промышленных предприятий). **Рентгенография, а также любимица терапевтами всех городов России флюорография могут выявить только уже очень большую опухоль и запущенные стадии.**

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Скрининг рака предстательной железы дает достаточно низкую пользу и даже приводит к гипердиагностике и напрасному лечению вплоть до оперативного. Эти вопросы и всевозможные риски нужно индивидуально обсуждать с каждым мужчиной после 50 лет. И если простатспецифический антиген (ПСА) повышен – необходимо направлять на УЗИ и уже после УЗИ обсуждать, нужно ли лечение и какое. При этом **ПСА мужчины старше 50 лет должны проверять регулярно**, поскольку есть и другие заболевания предстательной железы.



СЛОЖНЫЙ СЦЕНАРИЙ ДЛЯ ГРЫЖИ

Грыжа является одним из наиболее частых заболеваний, требующих стационарного лечения. Несмотря на это, специалистам встречаются необычные случаи. Так, врачи ГКБ № 17 ДЗМ вместе с сотрудниками кафедры госпитальной хирургии № 2 РНИМУ им. Н. И. Пирогова выполнили уникальную высокотехнологичную операцию.



Пациентку 83 лет с выраженными болями за грудиной и в верхних отделах живота, с многократной изнуряющей рвотой доставила в больницу машина скорой помощи. После проведения диагностических мероприятий, включающих рентгенологическое и ультразвуковое исследования, а также мультиспиральную компьютерную томографию, у пациентки была выявлена гигантская ущемленная диафрагмальная паразофагеальная грыжа. Было принято решение о неотложном оперативном вмешательстве.

При диагностической лапароскопии врачи обнаружили дефект диафрагмы в области пищеводного отверстия размером 4 × 6 см, через который в плевральную полость полностью мигрировал и

перекручивался желудок. Специалисты решили продолжить лапароскопическое вмешательство. С большими техническими трудностями удалось переместить желудок из плевральной полости в нормальное физиологическое положение. После этого была создана специальная манжета вокруг желудка, моделирующая желудочно-пищеводный клапан, и проведена пластика диафрагмы.

Операцию выполняли Сергей Ларичев, профессор, заместитель главного врача больницы по хирургической по-

мощи, и Алексей Шабрин, доцент кафедры госпитальной хирургии № 2 РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Уникальность операции заключалась прежде всего в том, что она была выполнена при ущемлении гигантской диафрагмальной грыжи с применением малоинвазивных лапароскопических технологий. Операция позволила избежать тяжелых осложнений, восстановить правильное анатомическое расположение органов брюшной полости, объем грудной полости, функции желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы пациентки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На четвертые сутки после нормализации функционирования желудочно-кишечного тракта и сердечно-легочной системы пациентка была выписана из больницы в удовлетворительном состоянии.

Врач-хирург Алексей Шабрин комментирует: «Такое заболевание встречается крайне редко. За нашу практику это второй случай грыжи со столь большим размером и необычным характером. Учитывая ущемление грыжи, мы вынуждены были пойти на срочную операцию, несмотря на возраст пациентки и сопутствующие заболевания. Важным этапом была адекватная подготовка больной к операции и коллегиальный подход врачей к тактике ведения пациентки. Операция продолжалась около 3 часов с последующим суточным наблюдением в условиях



реанимации. Через сутки больная была переведена в общехирургическое отделение, а через двое суток уже ела обычную пищу. После операции были проведены стандартные контрольные обследования, при которых отмечен нормальный пассаж содержимого по желудочно-кишечному тракту. Родственники и сама пациентка отмечают значительное улучшение состояния ее здоровья». [ММС](#)

Светлана Чечилова

«Важным этапом была адекватная подготовка больной к операции и коллегиальный подход врачей к тактике ведения пациентки. Операция продолжалась около 3 часов с последующим суточным наблюдением в условиях реанимации. Через сутки больная была переведена в общехирургическое отделение»

«Такое заболевание встречается крайне редко. За нашу практику это второй случай грыжи со столь большим размером и необычным характером. Учитывая ущемление грыжи, мы вынуждены были пойти на срочную операцию, несмотря на возраст пациентки и сопутствующие заболевания»



ЭТИКЕТ ПАЦИЕНТА

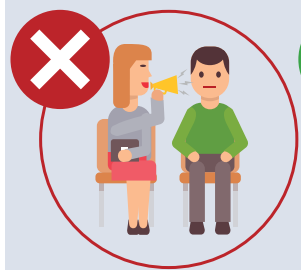
Каждый из нас приходит в поликлинику за медицинской помощью и должен быть уверен, что она будет оказана качественно и в полном объеме. Но, как и в любом учреждении, здесь существуют свои правила поведения, которые нельзя нарушать. Мы решили рассказать о том, чего не следует делать в медицинских организациях (МО). Запомните эти правила, чтобы посещение поликлиники было комфортным для вас самих и медицинского персонала.



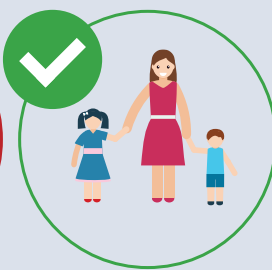
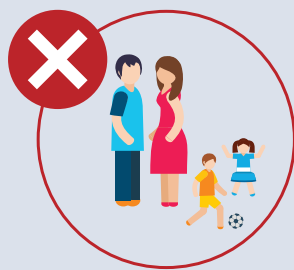
Прносить в здания и служебные помещения МО крупногабаритные предметы (в том числе хозяйственные сумки, рюкзаки, вещевые мешки, чемоданы, корзины и т. п.).



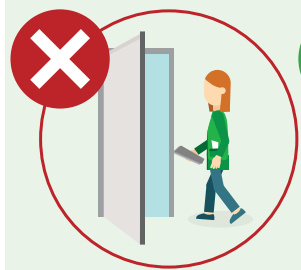
Находиться в служебных помещениях МО без разрешения администрации.



Громко разговаривать, шуметь.



Оставлять малолетних детей без присмотра.



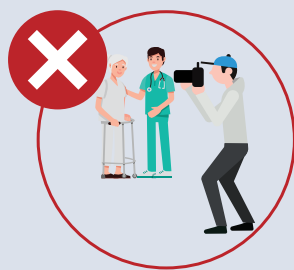
Выносить из МО документы, полученные для ознакомления.



Изымать какие-либо документы из медицинских карт, со стендов и из папок информационных стендов.



Размещать в помещениях и на территории МО объявления без разрешения администрации МО.



Производить фото- и видеосъемку без предварительного разрешения администрации МО.



Находиться в помещениях МО в верхней одежде, одежде, не отвечающей санитарно-гигиеническим требованиям, грязной обуви.



Преграждать проезд санитарному транспорту к зданию (ям) МО.



Проходить в здание и помещения МО в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, вести себя агрессивно.



ЛЕДНИКОВЫЙ ПЕРИОД

Хоккей – спорт для настоящих мужчин. Как можно не стать поклонником этой игры, если она сочетает в себе динамику, скорость передвижения и ловкость. О том, как болеть за хоккей и оставаться здоровым, рассказал заведующий 4-м хирургическим отделением ГКБ имени С. И. Спасокукоцкого ДЗМ Сергей Ерин.



делю. «Здоровый образ жизни позволяет не только хорошо себя чувствовать, но и лучше выполнять свои профессиональные обязанности», – рассказывает Сергей Ерин.

Доктор часто принимает участие в благотворительных матчах, например «Хоккей против рака», «Будь здоров» и других. Среди болельщиков доктора – семья, друзья и пациенты. Супруга Наталья любит зимние виды спорта и хорошо катается на коньках. Страсть к хоккею разделяют и сыновья Сергея. Старший сын Владимир работает спортивным врачом, а в свободное время – выходит на лед вместе с отцом. Младший сын Матвей уже 9 лет в этом виде спорта.

Коллега доктора Ерина – заведующий отделением торакальной хирургии ГКБ имени С. И. Спасокукоцкого ДЗМ Евгений Кутырев тоже член команды Doctors.



Хоккей всегда присутствовал в жизни доктора. Однако на профессиональную ледовую арену он вышел не сразу – все началось с дворового катка. Сразу после школьных занятий мальчик бежал на каток, чтобы пройти к воротам противника и забросить шайбу. «Невозможно описать словами, какие чувства ты испытываешь в тот момент, когда обходишь соперника и делаешь точную передачу», – вспоминает врач.

Сегодня Сергей Ерин играет в команде Doctors. Спортивный коллектив состоит из врачей, что является главным критерием отбора, и насчитывает более 50 человек. Тренировки проходят 2 раза в не-

По мнению врачей клиники, представители медицинского сообщества могут популяризировать здоровый образ жизни исключительно личным примером. «Пациента нужно вдохновлять на выздоровление. Я считаю, медицинский специалист прежде всего должен быть своего рода наставником, а не просто демонстрировать пациентам свои знания», – уверен спортсмен-любитель.

Он считает, что главное для любителей коньков – не курить, вести здоровый образ жизни. Помимо этого, необходимо постоянно контролировать вес, иначе бегать будет очень тяжело. «Спортивные нагрузки должны быть дозированы и соответствовать уровню подготовки конкретного человека. Всегда надо соблюдать рекомендации тренера, не стремиться к самостоятельным достижениям», – рекомендует врач. Каждый выход на лед – это своего рода победа над собой, ведь форма весит почти 20 кг вместе с коньками.

Доктор уверен, что без трудолюбия невозможно достичь успеха ни в спорте, ни в медицине. «Хоккей имеет много общего с врачебной профессией. Каждый день – это борьба за чью-то жизнь. Хирург никогда не сможет успешно выполнить операцию, имея слабую команду. Но если коллектив сильный, то победа будет на вашей стороне», – подчеркивает специалист. **МММ**

Ирина Слободян

«Невозможно описать словами, какие чувства ты испытываешь в тот момент, когда обходишь соперника и делаешь точную передачу»



Фото: из личного архива С. А. Ерина

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Председатель

Леонид Михайлович Печатников

Редакционный совет

Амплеева Т. В., Андреева Е. Е., Анциферов М. Б., Арутюнов Г. П., Бордин Д. С., Богородская Е. М.,

Брюн Е. А., Васильева Е. Ю., Дубров В. Э., Жилиев Е. В., Зеленский В. А., Курносова Т. И., Крюков А. И., Мазус А. И., Мантурова Н. Е., Назарова И. А., Никонов Е. Л., Оленев А. С., Орджоникидзе З. Г., Орехов О. О., Плутницкий А. Н., Погонин А. В., Потехаев Н. Н., Пушкарь Д. Ю., Сметанина С. В.,

Хатьков И. Е., Ходырева Л. А., Хубутя М. Ш., Шабунин А. В., Шамалов Н. А.

Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

Редактор

Оксана Анатольевна Плисенкова

Регистрационное свидетельство ПИ № ФС 77 – 71880 от 13 декабря 2017 года. Выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Учредитель: ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы». Адрес редакции и издателя: 115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, 9. Контакты: +7 (495) 530-12-89, niiozmm@zdrav.mos.ru.

Представителем авторов публикаций в газете «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя). Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Над выпуском работали: редакционный отдел «Московская медицина». Научный редактор: Джамал Бешлиев. Авторы: Ирина Слободян, Ирина Степанова, Алина Хараз. Корректор: Ольга Михайлова. Дизайнер-верстальщик: Рената Хайрудинова. Время подписания в печать: по графику – 15:00, фактическое – 15:00.

Тираж: 75 000 экз. Распространяется бесплатно. Выпуск газеты осуществляется в рамках учебно-производственной работы студентов ГБОУ «ММТ им. Л. Б. Красина». Адрес типографии: г. Москва, ул. Кировоградская, д. 23. НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

