

События

Новые возможности для развития

В Москве создано Общество врачей России



Уполномоченные представители крупнейших профессиональных организаций «Объединение медицинских работников», «Российское общество хирургов», «Российское научно-медицинское общество терапевтов», «Стоматологическая ассоциация России», «Российское общество эндоскопических хирургов», «Ассоциация паллиативной помощи», вузовских и научных организаций собрались на учредительный съезд. На нём было объявлено о создании нового общественного профессионального объединения – «Общество врачей России».

Президентом новой организации выбран генеральный директор Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздрава России академик

РАН и РАМН Евгений Чазов. Вице-президентами стали председатель правления Общероссийского объединения медицинских работников профессор Георгий Новиков и ректор Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова профессор Олег Янушевич. Они возглавили две палаты новой общественной организации. Генеральным секретарём назначен профессор кафедры факультетской хирургии № 1 МГМСУ Эрик Праздников.

На специальной пресс-конференции после съезда журналистов больше всего интересовал вопрос: как новая профессиональная организация намерена строить своё взаимодействие с Национальной медицинской палатой?

– Создавая Общество врачей России мы в какой-то степени выполнили решения I Национального съезда вра-

чей РФ, – пояснил Евгений Чазов. – В нашей стране около 100 медицинских обществ, сформированных, исходя из конкретной медицинской специальности. Например, те же хирурги и кардиологи в своих обществах заняты обсуждением узких проблем. Да, они занимаются полезной деятельностью, касающейся современной диагностики и новых методов лечения. Но глобальные проблемы, такие как, например, состояние и развитие отечественного здравоохранения, все эти «специализированные» организации не затрагивают. Чтобы решать их и нужно объединение.

(Окончание на стр. 2.)

НА СНИМКЕ: идёт учредительный съезд.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Из первых уст

«Правительственный час» Вероники Скворцовой

Глава Минздрава России отчиталась в Государственной Думе РФ и ответила на вопросы депутатов

«Итоги, задачи и планы» – так можно бы коротко назвать доклад министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, с которым она выступила перед депутатами на пленарном заседании Госдумы. Их интересовали итоги работы Минздрава России и системы здравоохранения в 2012 г., задачи, над решением которых будут работать медики в 2013 г. и в ближайшие годы.

Коротко и ясно

Доклад В.Скворцовой ожидался в нижней палате парламента с большим интересом: как-никак – новобранец нового Правительства РФ, которая сменила на посту главы Минздрава (простите, Минздравсоцразвития) после вступления в должность вновь избранного на пост главы государства Владимира Путина «опытного менеджера» Татьяну Голикову. К тому же спикер Госдумы РФ Сергей Нарышкин после заседания накануне Совета палаты, сообщил, что «в адрес министра направлено большое количество вопросов, депутатов интересует, каким образом идет модернизация системы регионального здравоохра-

нения, как обеспечиваются лекарственными средствами и граждане, и медицинские учреждения». «Кроме того, уже почти год действует новый Федеральный закон «Об охране здоровья», поэтому есть возможность подвести определенные итоги», – добавил Председатель Госдумы РФ.

Новый глава Минздрава «уложила» в положенные думским регламентом «парламентскому часу» 20 минут, хотя значительная часть её доклада посвящалась модернизации региональной системы врачебной помощи. В.Скворцова сообщила, в частности, депутатам о том, что в России в прошлом году зафиксированы падения показателей смертности: по всем основным группам заболеваний её цифры снизились. Даже там, где сами врачи ожидали худших результатов.

Так, смертность от болезни системы кровообращения сократилась в 2012 г. по сравнению с прошлым годом на 4%; от инсультов – на 8%; от туберкулёза – на 11%; от внешних причин смертности – на 5,6%. Сохранилась и устойчивая тенденция снижения смертности от онкологических заболеваний.

(Окончание на стр. 3.)

В НОМЕРЕ

Всероссийская экспедиция «МГ» «Пuls региона».

Стр. 4.

Инновационная методика хирургии быстрого восстановления сокращает сроки реабилитации и снижает затраты на лечение.

Стр. 10.

Перспективы

Техника в помощь онкологам

В Омский областной клинический онкологический диспансер поступили 24 комплекта нового высокотехнологичного оборудования, приобретённого в рамках реализации подпрограммы «Онкология» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями».

Приобретены, в частности, цифровые маммографы, функциональные аппараты ультразвуковой диагностики, аппарат контактной лучевой

терапии, устройство для диагностики опухолей на молекулярном уровне. Эта аппаратура позволяет проводить обследование слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, находить минимальные изменения, которые более четко визуализируются при исследованиях на злокачественные образования. В ближайшее время клиника пополнится и двумя современными, на уровне мировых стандартов, рентгенотерапевтическими аппаратами для лечения злокачественных новообразований кожи. Всего в рамках

федеральной программы онкодиспансер получит 34 единицы оборудования на общую сумму 421 млн руб.

Специалисты отмечают, что оснащение Омского областного клинического онкологического диспансера новейшей высокотехнологичной техникой будет способствовать увеличению процента выявления онкопатологий среди населения региона, позволит добиться повышения эффективности лечения заболеваний.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 55 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

В Институте усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова состоялся 13-й семинар «Стандарты и индивидуальные подходы в клинической трансфузиологии». В семинаре приняли участие более 100 представителей трансфузиологических сообществ России, Белоруссии и Великобритании.

Открывая семинар, профессор **Евгений Жибурт** отметил, что ближайшая жизнь российской службы крови будет определяться новым Федеральным законом «О донорстве крови и ее компонентов», вступившем в силу 20 января 2013 г. Сетовать на недостатки закона вряд ли продуктивно, он достаточно широко обсуждался и многие предложения специалистов были учтены (см. «МГ» № 2 от 13.01.2012). Закон можно изменить. Например, ошибочно назначенная ежегодная выплата почётному донору в размере 9959 руб. (как в 2011 г.) уже увеличена и составляет 11 138 руб. Предложения по совершенствованию закона собирает координационный совет по донорству при Общественной палате РФ.

В процессе модернизации здравоохранения появляется необходимость:

- донорства именно тех компонентов крови, которые необходимы современной клинике;
- эпидемиологического наблюдения за донорами;
- развития гемонадзора – системы процедур наблюдения за серьёзными неблагоприятными или неожиданными реакциями доноров и реципиентов.

Опытом совершенствования донорства компонентов крови и гемонадзора в многопрофильной клинике поделился главный врач Тульской областной станции переливания крови **Андрей Караваев**.

Количество доноров крови в 2010 г. по сравнению с 2005 г. сократилось на 29%, а доноров плазмы – на 38,2%. При этом количество донаций крови увеличилось на 13%, а донаций плазмы – на 14,3% за счёт интенсификации режима донаций. Активно формируется контингент регулярных доноров аферезных тромбоцитов.

Объём выданных эритроцитов в 2010 г. по сравнению с 2005 г. возрос на 25,6% и в последние 3 года остаётся достаточно стабильным. Стабильным остаётся и остаток эритроцитов в экспедиции областной станции переливания крови (ОСПК), составляющий 4,8-8,7% годового потребления. Наличие такого запаса эритроцитов позволяет удовлетворить все заявки клиник.

У 56-76% пациентов многопрофильного стационара определены группы крови. Чаще всего – в 4,6 раза – лечащие врачи не определяют фенотип АВ. При этом в 94% случаев фенотип АВ трактуется как В.

Ложное определение других фенотипов происходит в 0,49% случаев, и эти ошибки выявляются при подтверждающем исследовании в клинической лаборатории. Наибольший риск гемолитических осложнений – при констатации фенотипа, несовместимого с истинным (0,39% всех образцов). Соответственно, при отсутствии подтверждающего исследования такие реципиенты имеют шанс получить переливание несовместимых эритроцитов.

Поэтому целесообразно изменить раздел ГОСТ Р 53420-2009, предполагающий однократное (т.е. чревато ошибкой) определение фенотипа АВО в

лаборатории и исключаяющий дублирование исследований в лечебном отделении.

Российская ассоциация трансфузиологов наградила дипломом «Лидер инноваций службы крови в 2012 г.» свердловскую ОСПК «Сангвис». Потребность клиник Екатеринбурга в концентратах тромбоцитов в последние годы возросла на 25%. Уральские коллеги впервые в России и одними из первых в мире внедрили

Активную дискуссию вызвал доклад представителя Покровского банка стволовых клеток **Дмитрия Иволгина** (С.-Петербург) о клеточных технологиях и регенеративной медицине. Альтернативы трансфузиям аллогенной крови в сочетании с доказательным ограничением применения компонентов донорской крови ведут к сокращению востребованности классической станции переливания крови. Второе дыхание

– редко – вовсе без антител (первичный скрытый ВГ В).

В эпидемиологическом надзоре для определения инфекционности скрытого ВГ В должны быть задействованы два механизма:

- осмотр всех реципиентов от предыдущих донаций донора со скрытым ВГ В (look back);
- при выявлении ВГ В у реципиента – осмотр других реципиентов, получивших кровь того же донора (trace back).

Итоги и прогнозы

Новые возможности и риски службы крови

Их обсудили трансфузиологи на своём традиционном семинаре

технологии автоматизированного приготовления пулированных концентратов тромбоцитов, выделенных из цельной крови 4 доноров. По свидетельству заведующей отделением «Сангвиса» **Марины Козловой**, такая технология позволяет увеличить выход тромбоцитов из крови, сокращает трудозатраты, создаёт возможность инактивации патогенов в конечном продукте.

Дипломами «Лидер научных исследований в службе крови» в 2012 г. награждены Красноярский краевой центр крови № 1 и Ивановская ОСПК. Красноярские коллеги показали, что концентраты тромбоцитов, выделенные из цельной крови в газонепроницаемые полихлорвиниловые контейнеры, непригодны для хранения в течение 3 суток. Концентраты тромбоцитов, полученные методом афереза, сохраняют должные параметры качества в течение 5 суток хранения.

Результаты национального исследования, проведённого ивановскими коллегами, легли в основу исключения из Федерального закона РФ «О донорстве крови и её компонентов» неработающего положения об обязательном страховании донора на случай заражения его инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции, что позволило снизить себестоимость крови и направить высвободившиеся средства на более эффективные направления деятельности службы крови (см. «МГ» № 52 от 14.07.2010).

Аудит, проводимый на основе доказательных правил расхода компонентов крови, выявляет 20-25% необоснованных трансфузий. Поэтому в Белоруссии, по словам профессора **Михаила Потапнева**, полагают, что:

- планирование запасов концентрата эритроцитов и других компонентов крови должно быть ежедневным;
- основа гибкого обеспечения компонентами крови – региональное или межрегиональное управление запасами;
- в организациях переливания крови обязательно должен быть план действий на случай чрезвычайной ситуации.

О принципах конструирования современных тест-систем для диагностики инфекций рассказала **Марина Русякова**. Так, для высокой чувствительности выявления антител к вирусу гепатита С система должна содержать рекомбинантные и синтетические антигены, в том числе рекомбинантный антиген NS5, который кодируется той же последовательностью вирусного генома, что и РНК-полимераза вируса.

производственной трансфузиологии может придать внедрение клеточных технологий, для чего на СПК есть площади, кадры и часть оборудования.

Интересный обмен опытом состоялся по технологиям автоматизации разделения цельной крови на компоненты. **Сергей Мадзаев** доложил итоги пилотного исследования, в котором приняли участие 12 организаций. Неожиданно выяснилось, что наибольшее количество проблем у коллег возникает при ручном измерении веса крови и её компонентов (из-за устаревших весов типа «колхозный рынок») и центрифугирования – из-за нестандартности процедуры укладки контейнеров. Решено пригласить к участию в исследовании более широкий круг коллег.

Необходимость стандартизации работы СПК понимают и за рубежом. Так, Евросоюз реализовал проект EQUAL, призванный привлечь лучшую практику стран-участниц для создания руководства и веб-сайта, которые могут помочь организациям службы крови разработать, поддерживать и использовать их стандартные операционные процедуры (СОП). Член соответствующей рабочей группы **Ангус Дуглас** сравнил СОП с кулинарным рецептом. Однако работа с СОП более ответственна, хотя и может показаться бюрократической. Например, очевидно, что по мере разработки новых СОП старые должны быть удалены с рабочих мест. Но при проверке в половине европейских СПК обнаруживаются не удалённые старые СОП, выполнение которых приведёт к ошибке изменённой процедуры.

«Изыюмкой» семинара стало участие одного из признанных в мире экспертов вирусной безопасности гемотрансфузий, руководителя отдела трансфузиологии медицины Кембриджского университета, профессора **Жанна-Пьера Аллана**. Темой его доклада стала новая форма вирусного гепатита В (ВГ В), название которой точнее перевести на русский язык как «скрытый» (в английской версии – occult). Критерии диагностики скрытого гепатита В:

- наличие ДНК ВГ В в печени или плазме без определяемого поверхностного антигена ВГ В (HBsAg);
- ясно, что это не «период окна» до сероконверсии;
- обычно имеются антитела к сердцевинному антигену ВГ В (анти-НВс), а у 50% пациентов также выявляются антитела к HBsAg (анти-НВс);
- редко – присутствуют только анти-НВс;

В исследованиях с применением обеих названных технологий установлено, что инфекционность компонентов крови доноров со скрытым ВГ В в среднем составляет около 30%. Эта инфекционность зависит от количества вируса (в среднем 1050 копий, от 100 до 4000), введённого в организм реципиента, и прямо пропорциональна концентрации вируса и объёму донорской плазмы в компоненте крови. Риск получить вирус с плазмой (85%) значимо выше, чем риск получить вирус с эритроцитарной взвесью (30%). Замещение плазмы взвешиваемым раствором для эритроцитов и тромбоцитов повышает безопасность пациента.

Важным протективным фактором является наличие анти-НВс: 1) в крови донора, 2) у вакцинированного реципиента или 3) полученные от других трансфузий.

Не выявлено влияния на инфекционность иммунного статуса пациента (естественный дефицит: старики, дети; химиотерапия при раке; иммуносупрессия при трансплантации).

Для профилактики передачи вируса от донора со скрытым ВГ В, как и от донора в период серологического окна, важна чувствительность скрининга ДНК в крови донора.

Другим надёжным способом профилактики передачи ВГ В является вирусинактивация, доступная сегодня для плазмы и тромбоцитов. Профессор Валентин Мигунов сообщил, что в его клинике вирусный гепатит у реципиентов развивался с частотой 1 на 20 трансфузий как до, так и после внедрения инактивации патогенов амотосаленом. Профессор Аллан ответил, что такие данные уникальны в мировом масштабе, и предложил помощь своей лаборатории в секвенировании вирусов и поиске возможных новых мутаций.

Таким образом, ВГ В сегодня обладает наивысшим риском передачи с трансфузией. Борьба с ВГ В началась на 20 лет раньше, чем с ВИЧ, и на 30 лет раньше, чем с вирусом гепатита С. И, возможно, вследствие многолетней борьбы (лабораторный скрининг, вакцинация) вирус мутирует и вызывает новые формы заболевания.

Подводя итоги 2012 г. в части трансфузиологии профессор Жибурт обратил внимание на вышедшие в свет «Правила ВОЗ по надлежащей производственной практике (GMP) для организаций службы крови» (об их разработке см. «МГ» № 97 от 22.12.2010). Важно, что этот документ вовсе не предполагает получение

эритроцитарной массы – только эритроцитарную взвесь.

Наша доказательная кровесберегающая идеология (см. «МГ» № 91 от 29.11.2006) шагает по планете. Американская ассоциация банков крови выпустила небольшую книгу «Приступая к менеджменту крови пациентов», включающую пять концепций:

- сокращение отбора крови для исследований;
- оптимизация уровня гемоглобина до операции;
- аутодонации и реинфузия эритроцитов;
- минимизация периоперативной кровопотери;
- доказательные решения гемотерапии.

В 2012 г. развенчан миф об опасности передачи с кровью XMRV (xenotropic murine leukemia related virus) – ксенотропный вирус, связанный с лейкозом мышей. В 2009 г. были опубликованы данные о том, что XMRV ассоциирован с раком простаты и синдромом хронической усталости. Многие страны включили синдром хронической усталости в перечень противопоказаний к донорству (см. «МГ» №11 от 16.02.2011). Однако выяснилось, что в первичной работе были получены ложноположительные результаты из-за контаминации диагностикумов генетическим материалом мышей. Хорошо, что мы не поспешили изменять нормативы.

Благодаря исследованию FOCUS доказана целесообразность воздержаться от трансфузий пациентам после операций в отсутствие симптомов анемии или снижения уровня гемоглобина менее 80 г/л, даже у пожилых пациентов с сопутствующим сердечно-сосудистым заболеванием или факторами риска (подробнее см. «МГ» № 4 от 20.01.2012).

В исследовании Л.Янг и соавторов проведён метаанализ 80 рандомизированных клинических исследований (завершённых в последние 50 лет) по вопросу переливания замороженной плазмы для остановки или профилактики кровотечения. Сделан вывод о том, что всё ещё недостаточно доказательств для «информации о безопасности и эффективности трансфузий плазмы». При этом метаанализ кардиологических исследований не выявил значимого отличия между экспериментальной и контрольной группами при кровопотере (подробнее см. «МГ» № 29 от 25.04.2012).

В наступившем году следует ждать продолжения работы контролирующей органов по выявлению незарегистрированных медицинских изделий:

- стандартных сывороток и эритроцитов (их легко заменить зарегистрированными);
- желатина и полиглюкина (от них нужно вовсе отказываться – см. «МГ» № 45 от 26.07.2012);
- растворов для отмывания замороженных эритроцитов (остаётся только ждать их промышленного производства).

Актуальной задачей остаётся отмена абсурдного требования 18-часовой задержки начала серологического скрининга инфекции после заготовки донорской крови. В итоге этого необоснованного решения переливание тромбоцитов откладывается на сутки, а переливание гранулоцитов вовсе исключается. При этом ни одна методика скрининга донорской крови на инфекции в мире не предполагает минимальный срок хранения образца.

Сергей СИДОРОВ.

Кафедра трансфузиологии Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова.

Москва.