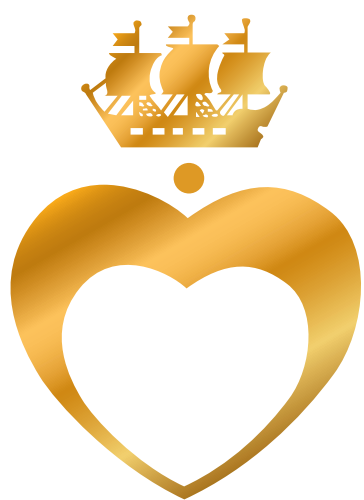




НОВОСТИ ALMAZOV CENTRE NEWS Центра Алмазова

№ 7 (70)

www.almazovcentre.ru

июль 2016

ПЭТ-диагностика в Центре Алмазова

ПЭТ-центр — это мир уникальных технологий, требующий от его обитателей неукоснительного соблюдения целого свода правил, в том числе радиационной безопасности: здесь даже мусорные ведра изготовлены из свинца... Но — обо всем по порядку...

Канцерофобия — это боязнь заболеть раком. Интересно написала об этой фобии в своей книге «Я очень хочу жить» автор иронических детективов Дарья Донцова, которая сама победила рак: «Знаете, мне всё никак не удавалось понять, почему в России массово распространена канцерофобия. Я часто бываю за границей и знаю, что ни в Германии, ни во Франции, ни в Америке люди не испытывают патологического ужаса, услышав из уст врача диагноз «рак». Да, конечно, в этом нет ничего приятного, но это просто болезнь, придется лечиться».

Действительно, рака не стоит бояться, ведь современные методы лечения очень эффективны. Нужно только вовремя провести диагностику и приступить к лечению. Позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) является одним из самых точных методов диагностики и оценки эффективности лечения онкологических заболеваний. И не только...

В Центре Алмазова функционирует центр радиоизотопной диагностики — ПЭТ-центр — под руководством доктора медицинских наук, врача-радиолога высшей категории Дарьи Викторовны Рыжковой, которая согласилась рассказать для читателей нашей газеты о ПЭТ-диагностике.

— Дарья Викторовна, что же такое ПЭТ диагностика и как ее проводят?

— Само исследование включает в себя несколько этапов: в организм человека внутривенно вводят радиофармацевтические препараты (РФП) — диагностические лекарственные средства, в состав которых входит позитрон-излучающий радиоизотоп. Затем пациента помещают в «гентри» — составную часть позитронного эмиссионного томографа. По окружности «гентри» расположены детекторы. Возникающее в процессе взаимодействия позитронов и электронов гамма-излучение регистрируется детекторами томографа. В результате формируется скинтиграфическое изображение исследуемого органа или всего тела пациента.

— Чем отличается ПЭТ-диагностика от компьютерной и магнитно-резонансной томографии?

— Технологии ядерной медицины, к которым относят скинтиграфию и ПЭТ, в большей степени отражают функциональные параметры: кровоснабжение, метаболизм углеводов, аминокислот и нейрамина. Так, например, в злокачественных опухолях метаболизм углеводов значительно выше, чем в нормальной ткани. Именно поэтому злокачественные опухоли и их метастазы выглядят на ПЭТ-изображениях как яркие пятна. Специалисты-радиологи их называют «горячими» очагами. Также с помощью ПЭТ возможна

визуализация клеточных рецепторов к соматостатину, дофамину, тестостерону, эстрадиолу и другим препаратам, плотность которых изменяется при различных заболеваниях. Хочу отметить, что в настоящее время мы живем в эпоху гибридных технологий. Сканеры моно-ПЭТ уже давно сняты с серийного производства. На смену им пришли совмещенные системы для анатомической и радиоизотопной визуализации — ПЭТ-КТ и ПЭТ-МРТ, благодаря которым возможно изучение структурных и функциональных (биохимических) нарушений в организме человека в рамках одного исследования.



Коллектив ПЭТ-центра

— Опасно ли применение радиофармацевтических препаратов?

— Безусловно, введение в организм пациента радиоактивного вещества приводит к воздействию ионизирующего излучения на органы и ткани. Поэтому любую радиоизотопную процедуру, будь то скинтиграфия или ПЭТ, следует выполнять строго по медицинским показаниям. При этом обязательно оценивают пропорцию «риск/польза» для пациента. Но не стоит волноваться: с диагностической целью используют минимальную дозу радиофармацевтического препарата, правильнее говорить — минимальную активность.

— Вы сказали о суперкоротких периодах полураспада радиоактивных изотопов. Получается, что препарат необходимо ввести пациенту сразу после его изготовления, ведь каждая минута на счету. Как это возможно?

— В Центре Алмазова на базе ПЭТ-центра создана радиофармацевтическая мини-фабрика. Первым этапом создания диагностического средства является наработка радиоизотопа на циклотроне. В ПЭТ-центре производится четыре вида радиоизотопов и шесть видов РФП.

Об особенностях производства и контроля качества радиофармакологических препаратов более подробно рассказывает заведующий отделением изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов кандидат химических наук Михаил Петрович Зыков.

Мы с Михаилом Петровичем спускаемся по ступенькам вниз, примерно на уровень минус второго этажа, и попадаем в специальную подземную лабораторию. «С целью соблюдения радиационной безопасности циклотрон расположен глубоко под землей. Несмотря на то, что прямо сейчас идет процесс наработки радиоизотопа, находиться здесь не опасно, — улыбается Михаил Петро-

в хранилище арбитражных проб — второй флакон, а третий флакон предназначен для пациента.

— А как долго готовится и проверяется препарат?

— Полный цикл изготовления диагностического препарата длится от часа до полутора.

— Долго ли длится исследование на томографе?

— Это зависит от поставленной задачи. Исследование всего тела пациента занимает от 15 до 35 минут — в зависимости от роста пациента. Сканирование головного мозга не превышает 15 минут. Исследование сердца продолжится 20 минут.

— Можно ли применять ПЭТ-диагностику у детей?

— Да, но строго по медицинским показаниям. Конечно, с детьми сложнее, чем со взрослыми пациентами — они боятся уколов, плачут, отказываются неподвижно лежать на столе томографа. Успокаиваем и уговариваем всем коллективом. Если нужно обследовать младенца, то просим маму покормить его, малыш тут же засыпает. В самых крайних случаях исследование выполняем под наркозом.

— Кроме рака, какие заболевания можно «высветить» с помощью ПЭТ?

— ПЭТ используется для диагностики различных заболеваний, это и онкопатология, и сердечно-сосудистые заболевания, и эпилепсия, и болезнь Паркинсона, и различные деменции, и поиск очага инфекции или воспаления... Можно выполнить исследование почек, костной системы, щитовидной и паращитовидной желез.

— Интернет пестрит статьями, в которых говорится, что ПЭТ может показать опухоль на самом раннем этапе возникновения, когда она еще менее одного миллиметра. Это действительно так?

— Накопленный опыт показал, что в подавляющем большинстве случаев, с помощью ПЭТ удастся диагностировать опухолевые очаги размером более 4–5 мм. К сожалению, мы не можем говорить о диагностике на уровне отдельно взятой клетки. Поэтому многие непрофессиональные информационные источники просто вводят пациентов в заблуждение.

Не стоит забывать, что любое радиоизотопное исследование должно выполняться строго по назначению лечащего врача. Если все же врач рекомендует пройти ПЭТ-диагностику, то в Центре Алмазова ПЭТ-центр работает круглогодично. Сотрудники отделения — высококвалифицированные специалисты в области радиологии и рентгенологии. Используется современное оборудование экспертного класса.

Беседовала Анна Хокканен

Форум, организованный в 2001 году по инициативе Президента Российской Федерации В. В. Путина и федерального канцлера Федеративной Республики Германия Г. Шредера, продолжил многолетнюю традицию содействия развитию российско-германских отношений в части сотрудничества гражданских обществ двух стран. Тема Форума 2016 года — «Россия и Германия: перед лицом глобальных вызовов».

С 2001 года число рабочих групп Форума постепенно увеличивалось. В этом году создана рабочая группа «Здравоохранение».

15 июня в рамках Форума прошло заседание рабочей группы «Здравоохранение» с участием экспертов с российской и немецкой стороны. Председателем рабочей группы с немецкой стороны является Андреа Фишер (федеральный Министр здравоохранения в отставке), а с российской стороны — Евгений Владимирович Шляхто (генеральный директор ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, академик РАН, президент Российского кардиологического общества).

Важной составляющей работы Форума стало обсуждение перспектив двустороннего сотрудничества в области охраны здоровья. С российской стороны с сообщениями выступили такие российские эксперты, как



Л. М. Рощаль (президент Национальной медицинской палаты), А. И. Карачунский (директор Института онкологии, радиологии и ядерной медицины ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва» Минздрава России), В. Н. Янин (Министр здравоохранения Красноярского края), С. А. Лившиц (главный врач ГБУЗ МО «Ногинская центральная районная больница») и А. О. Конради (заместитель генерального директора ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава Рос-

сии). В работе российско-немецкой группы приняла участие З. С. Середя (начальник отдела развития международного сотрудничества в сфере здравоохранения Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Минздрава России), которая выступила с приветственным словом и высоко оценила актуальность обсуждаемых современных проблем здравоохранения.

В подтверждение высокой социально-политической значимости этой тематики первое заседание рабочей группы посетили сопредседатели Форума В. А. Зубков и

Р. Пофалла, обратившиеся с приветствием к российским и германским экспертам и принявшие активное участие в дискуссии.

В ходе трех заседаний были проанализированы глобальные вызовы, стоящие перед современной медициной, и разработаны основные направления совместной работы на 2016–2017 год. Стороны договорились о том, что в рамках рабочей группы будет вестись широкая междисциплинарная дискуссия о путях наиболее эффективного внедрения инноваций в практику здравоохранения обеих стран, переходе от доказательной к «outcome-based» медицине, о развитии информационных и биотехнологий, а также новых подходов к подготовке медицинских кадров. Планируется организация российско-немецких программ по аспирантуре и магистратуре в области вычислительной медицины, экономики здравоохранения, синтетической медицины, информационных технологий в медицине и биотехнологий. В области телемедицины будут реализовываться совместные проекты по преодолению законодательных проблем в области телеконсультаций, обработке и хранении «big data», защите данных и созданию российско-немецких регистров редких болезней.

ПОЗДРАВЛЯЕМ

8 июля в перинатальном центре Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра имени В. А. Алмазова родились четверняшки. Специалисты Центра Алмазова проводили неоднократные телемедицинские консультации с врачами Липецкого перинатального центра, где наблюдалась беременная женщина. Беременность протекала с осложнениями, была угроза преждевременных родов, что потребовало перевода пациентки в Центр Алмазова. На сроке 32 недели, когда появились признаки нарушения жизнедеятельности одного из плодов, было принято решение о проведении кесарева сечения; в результате на свет появились четыре мальчика весом от 1310 до 1570 грамм. Послеоперационный период протекал без осложнений.

В Центре Алмазова родилась четверня



Врач акушер-гинеколог Кристина Сергеевна Конради отметила, что 4 ребенка в результате ЭКО рождается крайне редко — один случай в мире на 729 тысяч родов.

«Когда все они закричали, это было настоящее чудо и счастье», — улыбается многодетная мама.

За время работы перинатального центра это второй случай рождения четверни. Врачи приняли двойни у 485 пациенток, тройни — у 34 роженниц.

В настоящее время мама чувствует себя хорошо, а состояние малышей стабилизировалось.

Желаем маме и новорожденным крепкого здоровья и скорейшего возвращения домой!

УНИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ

Операция еще неродившейся Машеньке

25 апреля 2016 года врачи Центра Алмазова впервые провели уникальную внутриутробную операцию под сложным названием «Транскутанная трансгистеральная вентрикулоредуцирующая операция у плода под сонографической нейронавигацией».



Счастливые ожидания малыша может для мамы в одночасье разрушиться на приеме у врача... Именно так случилось с беременной женщиной, обратившейся за помощью в Центр Алмазова.

В результате обследования были выявлены серьезные пороки развития у ребенка: гидроцефалия (нарушение нормального развития головного мозга, связанное с чрезмерным накоплением в нем жидкости) и диафрагмальная грыжа.

Вопрос о том, чтобы не сохранять эту беременность, для женщины не стоял. Она была готова на все чтобы бороться за своего ребенка.

Болезнь не отступала

Выносить и родить ребенка с такими патологиями с каждым днем становилось всё труднее. Объем жидкости в мозге стремительно нарастал, и в итоге окружность головы ребенка достигла 46 см. Возникла угроза не только для здоровья, но для жизни мамы. Родить такого ребенка стало уже нереально даже при помощи кесарева сечения. Для этого пришлось бы полностью рассечь матку. После этого уже никогда женщине не суждено было бы стать мамой вновь. А делать кесарево сечение раньше не позволяло состояние малыша, потому что из-за грыжи не были сформированы легкие...

Казалось бы, ситуация безвыходная, и надежды нет. Но врачи Центра Алмазова

нашли решение. Они предложили прооперировать еще неродившегося ребенка прямо в утробе матери.

Операция еще неродившемуся пациенту

Врачам нужно было с точностью до миллиметров определить положение головы ребенка и объем жидкости в его мозге. С помощью специального ультразвукового аппарата была рассчитана траектория и глубина введения иглы в голову плода, через которую и вывели 150 миллилитров жидкости (ликвора). В результате окружность головы плода уменьшилась до 38 см.

Первый этап был пройден, теперь можно было приступать к кесареву сечению.

Машенька

В результате кесарева сечения родилась Машенька. В голову малышки имплантировали шунт для того чтобы по необходимости снижать количество жидкости в мозге. А на следующий день врачи сделали ребенку сложнейшую операцию по поводу диафрагмальной грыжи. Операция прошла успешно.

В спасении ребенка и мамы принимала участие целая команда врачей: нейрохирурги,

акушеры-гинекологи, детские хирурги, анестезиологи, реаниматологи, неонатологи и врачи УЗИ-диагностики.

В июле малышке исполнилось три месяца. Как рассказал хирург, сделавший внутриутробную операцию, Александр Вонгивич Ким: «Временный шунт для отвода ликвора уже заменили на постоянный, выводящий ликвор в полость живота. Теперь он будет стоять столько, сколько понадобится, пока не уйдет гидроцефалия, иногда на это требуется много времени».

По словам врача-невролога Евгения Олеговны Посиделовой, сейчас в плане неврологии Маша развивается в соответствии со своим возрастом, уже умеет переворачиваться со спины на животик, держит голову и много улыбается.

«Все врачи, которые нам помогали, — настоящие профессионалы, я даже не представляла, что они делают такую операцию впервые! Настолько все было слаженно и четко отработано, — рассказывает мама Маши. — Я всем очень благодарна».

Остается надеяться, что на этом закончились все трудности, с которыми столкнулись Маша и ее родные, и ей суждено теперь вырасти и стать счастливой.

Синдром Ундины — страшный сон

Что может быть более приятным для родителей, чем наблюдать за сладким сном своего ребенка? Но такое счастье есть не у всех родителей. Варя родилась в Санкт-Петербурге в Перинатальном центре Центра Алмазова 4 года назад, с тех пор ее родители каждую ночь по очереди дежурят у кровати спящей дочери. А все дело в том, что девочка страдает от редкого заболевания, которое называется синдром врожденной центральной гиповентиляции (синдром Ундины).

При этом заболевании ребенок не может достаточно эффективно дышать во время сна, и всю жизнь ему требуется аппарат искусственной вентиляции, который помогает

дышать во сне. Поэтому, если вовремя выявить такую проблему, адекватно проводить искусственную вентиляцию, не допуская кислородного голодания, дети в большинстве случаев растут, ничем не отличаясь от сверстников.

Варя была выписана домой с аппаратом ИВЛ, который родители присоединяют к ней на время сна. Каждую ночь кто-то из родителей дежурит в комнате, где спит ребенок, и следит за показаниями монитора дыхания, который подает сигнал, если что-то идет не так. Зато в дневное время Варя — обычный ребенок, жизнерадостный, активный, уже учится читать, рисует, танцует, играет с сестрой и друзьями.



В июне в Центр Алмазова приехали специалисты из Великобритании — доктор Мартин Самуэльс и из Швеции — доктор Андерс Джонсон. Они поделились опытом с врачами Центра и рассказали, как помогают детям с синдромом Ундины в их странах. В мире накоплен большой опыт ведения таких детей, проведения вентиляции в домашних условиях. В России это стало возможным лишь в последние годы. А ведь социальная адаптация ребенка затруднена, если он постоянно находится в больнице.

В России диагноз синдрома центральной гиповентиляции установлен у 14 детей. Это безусловно говорит о гиподиагностике, учитывая размеры нашей страны (только в Великобритании людей с таким диагнозом около ста).

Из 14 семей 7 приехали в Центр Алмазова, чтобы встретиться с докторами на специально организованном семинаре. Реаниматологи, педиатры, пульмонологи, генетики, неврологи вместе обсудили проблемы, связанные с синдромом Ундины.

О том, как дела обстоят в России, мы побеседовали с врачом-неонатологом, кандидатом медицинских наук Натальей Александровной Петровой.



Врач-неонатолог,
к. м. н. Наталья Александровна Петрова

— **Наталья Александровна, насколько полезно общаться с зарубежными коллегами, работающими с такими пациентами?**

— На подобных встречах коллеги делятся накопленным опытом проведения длительной вентиляции, проводят мастер-классы. Это очень важно, потому что при синдроме центральной гиповентиляции имеются особенности в подборе параметров вентиляции, времени, когда ее надо проводить, тщательном мониторинге состояния пациента. У некоторых детей возможен перевод с трахеостомы (отверстие в дыхательном горле, в котором находится специальная трубка) на масочную вентиляцию. Но это можно сделать только при определенных условиях и легкой форме заболевания.

— **Чем отличаются тяжелые формы от легких?**

— Тяжесть течения заболевания определяется различной степенью мутации. Есть более легкие формы, например, когда некоторое время ночью ребенок может обойтись без вентиляции и дышать самостоятельно. Подход к таким пациентам индивидуален. Некоторым детям аппарат вспомогательной вентиляции легких необходим и днем.

— **Получается, аппарат должен постоянно работать. Чем опасно его отключение?**

— Он работает от сети или от аккумулятора. С детьми в комнате должен все время находиться взрослый, потому что у них постоянно подключен монитор уровня кислорода и углекислого газа в крови. В случае нарушения дыхания монитор дает сигнал. В такой ситуации нужно срочно поправить маску или изменить параметры вспомогательной вентиляции легких. Если вовремя этого не сделать, наступает кислородное голодание. Гипоксия сказывается на работе всех жизненно важных органов и систем, головного мозга. Это нарушает нормальное развитие детского организма. Самое страшное, что ребенок может просто не проснуться.



*Мишку крепко обнимая,
Ты заснул в кроватке
Ручкой щечку подпирая,
Спи, сыночек, сладко.
Утром солнышко
разбудит
Ласково веснушки,
Поцелует щечки,
носик
На твоей подушке...*

Синдром Ундины — легенда

Красивая германская легенда подарила такое поэтичное название редкому генетическому заболеванию. Конечно, проклятие или синдром Ундины — название неофициальное.

По легенде, русалка по имени Ундина влюбилась в рыцаря Лоуренса. Лоуренс тоже полюбил Ундину и, венчаясь с ней, произнес клятву верности, пообещав любить свою избранницу до тех пор, пока он дышит, и просыпаясь утром, быть ей верным.

Родив ребенка, русалки утрачивают свою вечную молодость и бессмертие. Но это не остановило Ундину. Через год она родила своему мужу сына. Шли годы, Ундина уже не была так молода и привлекательна, и однажды Лоуренс изменил ей. Узнав об этом, Ундина прокляла неверного супруга: дыхание, которым он клялся, будет сохраняться только во время бодрствования. Как только Лоуренс уснет — его дыхание остановится, и он умрет.

— **Значит, родители должны всегда иметь под рукой аппарат искусственной вентиляции?**

— Да, но и это еще не всё. Нужно быть уверенным в том, что не возникнет перебоев с электроэнергией. Электричество должно быть постоянным. В доме у таких деток должен быть электрогенератор на случай отключения электроэнергии и запасной аппарат ИВЛ. Обязательно должны быть запасные трубки, маски, монитор содержания кислорода в крови (пульсоксиметр) и углекислого газа. И, конечно, на экстренный случай — мешок для реанимации.

— **Получается, что люди с синдромом Ундины привязаны к дому? Они же должны находиться рядом со всеми этими приборами.**

— Не обязательно. Есть аппараты стационарные — они большие (также, как стоят в реанимации), а есть портативные маленькие. С такими аппаратами можно ходить на прогулку и даже летать на самолете. Иностранные дети не имеют с этим проблем. Они путешествуют, ведут активный образ жизни. У наших деток тоже уже появилась такая возможность. Одна наша пациентка, например, только что вернулась с родителями из Туниса.

— **А возможно ли ребенку в будущем как-то вести самостоятельную жизнь?**

— Над этим вопросом размышляют не только врачи, но и родители таких детей. Например, один папа сконструировал прибор, который начинает вибрировать как только срабатывает сигнал о сбое дыхания, тем самым будит спящего ребенка. С таким прибором ребенок может спать в комнате один, а ведь это очень важно для психологического здоровья человека. У другого человека есть специально тренированная собака, которая на сигнал будит его или родственников. Придумали даже душ, который проливается, когда срабатывает сигнал.

— **А в России есть поддержка больных синдромом Ундины на уровне государства?**

— К сожалению, в нашей стране социальная поддержка для этих людей пока недостаточна. Во многих странах больным синдромом Ундины выделяют ночную сиделку, которая помогает следить за дыханием во время сна. В России на сегодняшний день необходимо улучшить осведомленность медицинского сообщества об этом заболевании, приобрести опыт вентиляции легких на дому и тем самым обеспечить нормальные условия жизни ребенка. В Европейских странах подросткам с синдромом гиповентиляции помогают социализироваться, вести самостоятельную жизнь, чтобы не возникало психологических проблем.

— **Наталья Александровна, а что говорит наука? В чем причина этого заболевания?**

— Дело в том, что когда человек спит, его дыхание контролируется дыхательным центром в стволе мозга, а при бодрствовании к процессу подключается еще и кора мозга. Если дыхательный центр работает неадекватно, то во время сна, когда не происходит произвольной регуляции дыхания, дыхание становится очень поверхностным и редким, могут возникать апноэ. Причиной заболевания является генная мутация. Но это не значит, что у родителей этих детей на 100 % есть этот дефектный ген. В 90 % случаев мутация возникает спонтанно, причины пока неизвестны.

— **Могут ли люди с синдромом Ундины иметь детей? И можно ли во время беременности узнать, будет ли ребенок тоже страдать от этого заболевания?**

— Люди с синдромом гиповентиляции могут иметь детей, но существует определенный риск передачи мутации. Уже на сроке беременности 10-12 недель можно установить, есть ли у ребенка мутация. В любом случае необходимо предусмотреть возможность раннего оказания помощи новорожденному и провести молекулярно-генетическую диагностику уже в первые дни после рождения.

Беседовала Анна Хокканен

Часть 2

В предыдущем номере нашей газеты мы решили пофантазировать, как бы лечили великих людей прошлого, если бы они попали в современный Центр Алмазова. Пациентами были Иосиф Бродский и Александр Блок, о методах лечения их заболеваний рассказывала заведующая НИО некоронарогенных заболеваний сердца, д. м. н. Ольга Михайловна Моисеева.

На этот раз поразмышлять о прогрессе медицинских технологий и рассказать о новых способах лечения сердечно-сосудистых заболеваний мы пригласили заведующего НИЛ острого коронарного синдрома, доцента кафедры анестезиологии и реаниматологии, к. м. н. Алексея Николаевича Яковлева.

Пациентом выбрали Ивана Поддубного.
Причина смерти — острый инфаркт миокарда.



Имя знаменитого борца Ивана Максимо-вича Поддубного известно во всем мире.

Родился он в простой крестьянской семье. Работал грузчиком. Но благодаря своей богатырской силе стал великим спортсменом и «королем цирковой арены». Боролся на крупнейших манежах Европы, Азии, Африки, Америки и нигде не знал поражений в течение полувек. Умер Иван Максимович от инфаркта, на семьдесят седьмом году жизни.

Итак, комментирует заведующий НИЛ острого коронарного синдрома, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии, к. м. н. Алексей Николаевич Яковлев:



— Если бы Поддубный жил в наши дни в Санкт-Петербурге, то шансы спасти его жизнь при развитии инфаркта миокарда были бы весьма высоки. В частности, у пациентов, поступивших в наш Центр с инфарктом миокарда риск неблагоприятного исхода ниже в шесть раз в сравнении с ситуацией, когда современное лечение не проводится.

Очень важным было обратиться как можно скорее за медицинской помощью. При

развитии симптомов инфаркта — лечение наиболее эффективно в первые часы заболевания. Для скорейшего лечения таких больных в нашем городе существует сеть круглосуточно работающих центров и специальная служба, позволяющая направлять больных в ближайшие к ним стационары. Врач «скорой помощи» регистрирует электрокардиограмму, что позволяет подтвердить диагноз, и сразу начинает необходимое лечение. Если транспортировка в стационар затягивается, у врача существует возможность проведения тромболитической терапии, позволяющей в большинстве случаев восстановить нарушенный кровоток в артериях сердца.

В случае госпитализации в Центр Алмазова врачи Центра были бы заранее предупреждены о том, что к ним направлен пациент ответственным дежурным кардиологом Городской станции скорой помощи, а бригада «скорой помощи», не задерживаясь в приемном отделении, быстро доставила бы больного прямо в реанимационное отделение. Поддубному после короткого осмотра в отделении реанимации и назначения необходимых лекарственных препаратов была бы экстренно выполнена коронарография, по результатам которой был бы установлен характер поражения коронарных артерий. Вероятнее всего, с учетом имеющихся изменений потребовалось бы выполнение ангиопластики и стентирования коронарных артерий, и это вмешательство было бы немедленно выполнено. Если бы ситуация оказалась более сложной, решение об оптимальной стратегии лечения было бы принято коллегиально кардиологами, рентгеновскими хирургами и кардиохирургами в ходе совместного обсуждения.

После лечения в отделении реанимации в течение 1–3 дней Поддубный был бы переведен на кардиологическое отделение, а затем выписан домой с рекомендацией приема ряда лекарственных препаратов, необходимых для предупреждения осложнений и предотвращения развития повторного инфаркта. Лечение, включающее проведение хирургического вмешательства на ранних сроках заболевания и назначения современных лекарственных препаратов, позволяет не только спасти жизнь пациента, но и предотвратить тяжелые осложнения, сохранить возможность в дальнейшем вести активный образ жизни, работать.

Почему же человек с таким крепким здоровьем как Иван Поддубный умер от острого инфаркта миокарда? Острая сердечно-сосудистая патология, инфаркты и инсульты — самые частые причины смерти людей старшего возраста. Существует сложная комбинация различных факторов, способствующих развитию заболевания. Курение и малоподвижный образ жизни — явно не про Поддубного. Употребление пищи с большим количеством холестерина (большого количества животных жиров) — возможно. Могли негативно повлиять повышенное артериальное давление или, например, сахарный диабет, хотя нет информации, что эти заболевания были у Поддубного. Могли сказаться и генетические особенности, хотя во всех источниках написано о крепком здоровье и недюжинной силе всех членов семьи Поддубных — легенда гласит, что его дед прожил до 120 лет. Может, сыграли свою роль тяжелые условия жизни в послевоенные годы.

Анна Хокканен

При подготовке материала
была использована информация с сайта
wikipedia.org

АКЦИЯ

Психологами доказано, что позитивный настрой и хорошее настроение помогают справиться даже с самыми тяжелыми недугами. Связано это с тем, что у жизнерадостных людей уровень гормона стресса (кортизола) ниже. Высокий же уровень этого гормона, напротив, способствует развитию многочисленных заболеваний.

Центр Алмазова старается регулярно привносить в жизнь детей, проходящих длительный курс лечения, положительные эмоции и впечатления.

26 июля волонтерами благотворительно-го фонда «AdVita» был организован для

маленьких пациентов увлекательный вечер в парке. Дети и их родители играли в бадминтон, гольф, петанк или даже пробовали себя в ходьбе по слеклайну (балансированию по слабо натянутой на небольшой высоте стропе).

Кроме активных спортивных развлечений, можно было отдохнуть за увлекательными настольными играми.

Несомненно, благодаря хорошей летней погоде, улыбкам окружающих, увлекательным играм у детей и взрослых надолго сохранится прилив сил и хорошего настроения.



От улыбки хмурый день светлей

CLINICAL KEY™

WWW.CLINICALKEY.COM

**В СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова
открыт полнотекстовый доступ к новейшей
электронной библиотеке по медицине
издательства ELSEVIER.**

**Электронная база данных ClinicalKey
доступна со всех компьютеров сети Центра.**

**У сотрудников есть уникальная возможность
получить бесплатный индивидуальный
удаленный доступ к ресурсу (подробности
в Научной библиотеке Центра).**

НА ПЛАТФОРМЕ CLINICALKEY РАЗМЕЩЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПОЛНОТЕКСТОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

- Книги — ок. 1200 изданий Elsevier в удобных форматах (XML/PDF), более 400 из которых изданы в 2012–2015 гг.
- Периодические издания — более 600 журналов Elsevier по всем специальностям (архив с 2007–2016 гг.)
- Стандарты и рекомендации (Guidelines) от 200 международных обществ
- First Consult — библиотека evidence-based монографий Point-of-Care (более 800 обзоров)
- Clinical Pharmacology — обновляемая база данных лекарственных средств (ок. 3000 монографий о препаратах)
- Procedures Consult — Библиотека практических навыков
- Более 13000 видеоклипов (в том числе более 200 обучающих процедур) и ок. 5 млн. изображений (фотографии, таблицы, графики и др.).
- Мастер для создания презентаций
- В систему также интегрирован поиск по National Library of Medicine (MEDLINE) и Базе данных клинических испытаний ClinicalTrials.gov