

Медицинская

18 декабря 2015 г.
пятница
№ 95 (7617)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Вехи

Дом, где вселяют надежду

Российской детской клинической больнице исполнилось 30 лет



Николай Ваганов с маленькой пациенткой

Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина, выражая сотрудникам больницы признательность за работу, отметила, что РДКБ достигла высокого рейтинга среди федеральных медицинских организаций, является крупнейшим в Российской Федерации лечебным учреждением, имеющим все условия для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Ежегодно в стенах флагмана детского здравоохранения получают лечение более 20 тыс. маленьких пациентов. Сотрудники больницы своим трудом по праву заслужили уважение детей и их родителей.

Общее число пролеченных в РДКБ пациентов за три десятилетия превысило 388 тыс. – целый областной город сохранил для страны

коллектив этого учреждения. Вот, например, 10-летняя Лиза Мартышкина – одна из тех, кто сейчас получает здесь помощь, – признаётся,

что отделение, где она пребывает с друзьями по несчастью, стало для них общим домом, в котором дети настолько окружены заботой и вниманием, что забывают о своих болячках. Исполненная чувством благодарности девочка даже написала стихи накануне юбилея больницы, пожелав докторам «в работе вдохновенья, а в жизни сбывшейся мечты». Сама она уверена: её мечта обязательно сбудется, ведь здесь вселяют надежду.

(Окончание на стр. 5.)

Ирина ПОДДУБНАЯ,
проректор по международному
сотрудничеству, заведующая
кафедрой онкологии РМАПО,
член-корреспондент РАН:

За последние годы тактика лечения
лимфопролиферативных заболеваний
принципиально изменилась.

Стр. 7



Андрей ЛИСИЦА,
директор НИИ биомедицинской
химии им. В.Н.Ореховича,
член-корреспондент РАН:

Исследование свойств мозга позволит
если не наверстать, то хотя бы не уве-
личить отставание российской науки от
международного уровня.

Стр. 10-11



Рудольф АРТАМОНОВ,
доктор медицинских наук,
профессор:

Не торопитесь пить шампанское, успеш-
но защитив свою диссертацию.

Стр. 13



Инициатива

Будет жильё для фельдшера

Губернатор Ульяновской области Сергей Морозов подписал постановление правительства региона о реализации новой программы «Земский фельдшер».

– Мы серьёзно занимаемся комплексным развитием сельских территорий, – отметил глава региона. – Уверен, что проект «Земский фельдшер», который станет для нас приоритетным на 2016–2018 гг., даст новый импульс развитию села. Предоставляя денежную компенсацию медработнику, приглашая его жить и работать в сельскую местность, нужно создавать максимально комфортные условия как в самом фельдшерско-акушерском пункте, так и на селе. Переезд земского фельдшера в населённый пункт способствует улучшению качества жизни в посёлке, это должны чётко осознавать муниципальные власти и товаропроизводители.

Проект разработан с целью оказания содействия в приобретении жилья медработникам бюджетной сферы, повышения доступности медицинской помощи сельскому населению. Старт программы «Земский фельдшер» намечен на январь 2016 г. в рамках открытия года здравоохранения в Ульяновской области.

Планируется, что в следующем году выплаты из регионального бюджета могут получить порядка 60 человек. Участниками программы «Земский фельдшер» станут

медики в возрасте до 50 лет, прибывшие на работу в региональные ФАПы в 2015-2016 гг. Всем им будет предоставляться единовременная компенсационная выплата в размере 500 тыс. руб. на приобретение жилья. Для её получения им предстоит отработать не менее 5 лет на селе.

По оценкам специалистов регионального Минздрава, реализация программы позволит решить кадровую проблему в фельдшерско-акушерских пунктах и повысить к 2019 г. их укомплектованность специалистами со средним медицинским образованием до 100%.

– Основную долю первичной медицинской помощи сельскому населению региона оказывают работники 487 фельдшерско-акушерских пунктов и 45 офисов врачей общей практики. В частности, благодаря реализации программы «Земский доктор» в сельские учреждения здравоохранения в этом году привлечено 65 специалистов с высшим профессиональным образованием, это на 5 человек больше, чем мы запланировали. В настоящее время 54 фельдшерско-акушерских пункта имеют наиболее острую потребность в земских фельдшерах, в 2016 г. мы обратим внимание именно на эти села, – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Профилактика

Витаминизация всей страны?

В России начала действовать программа тотальной витаминизации населения, которая апробируется в виде пилотного проекта в Татарстане.

В рамках её реализации пациентам предложат российскую биологически-активную добавку, запатентованную и имеющуюся в наличии у Минздрава России. Данная программа, по словам представителей ведомства, нужна для «ускорения адаптационного периода

организма больного». По словам директора НИИ питания Виктора Тутельяна, первые подопытные подвиги под эгидой пилотного проекта по витаминизации российского населения на базе стационаров Татарстана ожидаются, в частности, в Республиканском противотуберкулёзном диспансере в Казани.

«Мы начинаем в Казани проект для отработки на регионе проблемы профилактической витаминизации.

Программа на первом этапе рассчитана на больных, поступивших в стационар», – сказал В.Тутельян. Он убеждён, что в сочетании со специфическим лечением витаминизация позволит добиваться лучших результатов лечения за менее короткий срок. В НИИ питания отмечают как проблему тот факт, что практически 100% поступивших в стационар пациентов в разной степени страдают авитаминозом.

Валентин МАЛОВ.
МИА Сити!

Новости

С участием итальянцев

В Ставрополе представители одной из итальянских компаний обсудили вопросы создания кардиологической клиники в краевом центре. По этому поводу в местном Минздраве прошла встреча руководства региона, главных врачей нескольких региональных больниц с итальянской делегацией, в которую вошли генеральный консул Итальянской Республики в Южном и Северо-Кавказском федеральном округах и директор строительной компании.

– Можно сказать, что кардиоцентру быть. В нём намечено установить современное оборудование расширенного функционирования, также мы будем взаимодействовать с итальянскими специалистами по изучению их опыта. При этом учреждение будет работать для всего округа, — сообщил генеральный директор Корпорации развития Ставропольского края Заур Абдурахимов.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

Ставропольский край.

За наркотики взялись всерьёз

В Омске и сельских районах Прииртышья уровень распространения наркомании снизился на 1,1%, а заболеваемости — на 43,3%. Такие данные за нынешний год были представлены на заседании региональной антинаркотической комиссии под председательством губернатора Омской области Виктора Назарова.

Система оказания наркологической помощи населению, сформированная областным Минздравом в трёх уровнях, оказалась действенной, поскольку амбулаторный, стационарный и реабилитационный этапы лечения наркозависимых совмещены независимо от их места жительства.

В рамках комплексной профилактики распространения наркомании постоянно проводятся масштабные информационно-пропагандистские кампании среди учащихся школ и студенческой молодёжи. На снижении уровня наркомании сказалось также и то, что усилены меры по выявлению сбытчиков и потребителей наркотиков. Поставлен в этом году и своеобразный рекорд — в Прииртышье уничтожено 673 га дикорастущей конопли. На освобождённых от конопли площадях высажены многолетние травы...

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Трёхтысячный младенец

В Амурском областном перинатальном центре на свет появился 3-тысячный ребёнок — девочка весом 3580 г, первый ребёнок в семье жителей Благовещенска.

Для сравнительно нового медицинского учреждения Приамурья, которое работает с 2011 г., это значимая веха. Руководство и медицинский персонал перинатального центра поздравили маму с этим замечательным событием и пожелали крепкого здоровья и счастья ей и малышке.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Благовещенск.

Сообщения подготовлены корреспондентами
«Медицинской газеты» и Медицинского
информационного агентства «МГ» Cito!
(inform@mgzt.ru)

Особый случай

Малыша будут выхаживать дома

Сотрудники отделения выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями на базе Екатеринбургской областной детской клинической больницы № 1 совершили уникальный для России перевод пациента с орфанным заболеванием на домашнее обслуживание.

Ребёнок с ограниченными возможностями здоровья на протяжении 5 лет получал лечение в стационаре педиатрического отделения № 1 ОДКБ № 1. Сейчас появилась возможность оказывать ему помощь на дому.

Каждую неделю для поддержания жизнедеятельности организма Илье необходимо вводить внутривенно препарат. Раньше для получения данной процедуры маме ребёнка приходилось приводить его в больницу, теперь врач и медсестра приезжают к пациенту сами. Перед каждой медицинской манипуляцией ребёнка осматривает доктор, а квалифицированная медицинская сестра устанавливает капельницу и находится с мальчиком на протяжении всей процедуры — в течение 4 часов.

— Раньше практики ведения таких

пациентов на дому в Свердловской области и на территории РФ не было. Сегодня мы сделали большой шаг навстречу таким пациентам и их родителям, — отметила заведующая педиатрическим отделением № 1 Людмила Бахарева. Единственное в регионе отделение выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями существует в ОДКБ № 1 уже более 3 лет. Оно оказывает помощь семьям детей с паллиативными состояниями, и в том числе в социализации «особенных» детей и улучшении качества их жизни.

— Паллиативная помощь направлена на поддержку семьи и улучшение качества жизни ребёнка с тяжёлыми хроническими заболеваниями, при которых снижен или отсутствует реабилитационный потенциал. Специалисты больницы оказывают не только квалифицированную помощь пациентам, но и стремятся улучшить качество жизни тяжелобольных детей, — комментирует главный врач ОДКБ № 1 Сергей Беломестнов.

Ольга ОСТАПОВА.

Екатеринбург.

События

Поздравления от министра

Системы здравоохранения разные, а ориентир — один

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова посетила клинику ОАО «Медицина» по случаю 25-летия учреждения. Она встретилась с её главным врачом академиком РАН Григорием Ройтбергом и коллективом, а также осмотрела отделения одной из ведущих частных клиник страны.

В.Скворцова поздравила сотрудников клиники с юбилеем, а также рассказала о задачах, которые сегодня стоят перед отраслью, поделилась планами по развитию медицинских учреждений в регионах и о роли частной медицины в отечественном здравоохранении. Ведь ориентир у них один — улучшение качества и продолжительности жизни россиян.

Она отметила высокий уровень оснащённости современным оборудованием, использование новых диагностических и лечебных методик, подчеркнув, что за 25 лет существования клиники «Медицина» накопила большой опыт. В.Скворцова обратила внимание, что основная задача сегодня состоит в повышении доступности и качества медицинской помощи, в



Министру было о чём пообщаться с врачами клиники

том числе через участие частных медицинских организаций в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Министр подчеркнула важность обмена положительным опытом между медицинскими организациями как государственной, так и частной систем здравоохранения.

— Ваша клиника по-своему уникальна, но моя задача как министра — добиться того, чтобы такой

уровень оснащения и организации стал нормой для всех российских клиник, — сказала она.

На встрече В.Скворцова вручила главному врачу клиники Г.Ройтбергу почётную грамоту Министерства здравоохранения РФ за многолетнюю плодотворную работу и научно-практическую деятельность.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Тенденции

Игрушки помогают выздоровливать

На днях пациентов детского отделения Алтайской краевой офтальмологической больницы ждал приятный сюрприз: в отделении открыли игровую развивающую комнату, созданную на средства спонсоров.



Разноцветная комната находится на втором этаже больницы. На её оснащение ушло около 2 месяцев. Глаза разбегаются от количества

игрушек. На стене — телевизор. Удобно устроившись на диване, можно посмотреть смешные мультфильмы. Для дошколят подгото-

вили специально оборудованные места, рядом — уголок для ученика.

— Особенность детской офтальмологии заключается в том, что физически дети здоровы, и им нужен определённый досуг. Маленькие пациенты находятся на лечении по 10-15 дней, и наша задача не только проводить процедуры, но и лечить их с помощью специальной нагрузки. Для этого и необходимы сенсорные комнаты, где ребята могут вырезать, раскрашивать, лепить и т.д., — отметил Юрий Хмара, который много лет заведовал детским отделением краевой офтальмологической больницы, а сейчас стал гостем праздника. Он тоже принимал участие в официальном открытии игровой, перерезал красную ленточку.

Главный врач краевой офтальмологической больницы Александр Репин отметил, что сотрудничество с компанией-спонсором продолжится. В следующем году в отделении появится ещё один развивающий уголок для детей.

Елена ЛЬВОВА.

Барнаул.

Эхо трагедии

Чтобы пожар не повторился

На заседании Комиссии правительства Воронежской области по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности, которое губернатор Воронежской области Алексей Гордеев провёл в администрации Новохопёрского района, было отмечено, что в результате пожара в Новохопёрском психоневрологическом интернате 23 человека погибли, 24 пострадали. В ходе спецоперации был спасён 51 человек, из них четверо — представители персонала интерната. В настоящее время операция по спасению завершена, проводится разбор завалов.

Угрозы жизни пострадавшим в настоящее время нет. Региональный Департамент здравоохранения оказывает содействие следствию

при проведении судебно-медицинской экспертизы.

По итогам заседания комиссии губернатор Алексей Гордеев пору-

чил участникам провести дополнительную проверку всех интернатов подобного типа в регионе, чтобы не допустить повторения трагедии. Глава региона также дал указание произвести из областного бюджета выплаты, связанные с организацией похорон погибших и оказать их родственникам материальную помощь.

Оксана КОЗЛОВА,
советник Департамента
здравоохранения
Воронежской области.

Официально

Подписан перечень поручений в сфере здравоохранения

Президент РФ подписал перечень поручений, в том числе в сфере здравоохранения, по реализации Послания главы государства Федеральному собранию РФ.

Согласно сообщению, опубликованному на официальном портале Президента, правительству надлежит обеспечить бесперебойное финансирование в 2016 г. высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), оказываемой федеральными медицинскими организациями, в том числе за счёт ассигнований федерального бюджета.

С этой целью до 31 марта 2016 г. кабинету министров надлежит обеспечить внесение в российское законодательство изменений, предусматривающих бесперебойное финансирование ВМП, оказываемой федеральными медицинскими организациями, в том числе за счёт ассигнований федерального бюджета.

До 1 июля 2016 г. должны быть внесены поправки в действующее законодательство, предусматривающие обособление части средств обязательного медицинского страхования в бюджете Федерального фонда ОМС для финансирования ВМП, оказываемой федеральными медицинскими организациями.

Финансирование здравоохранения в 2016 г. уменьшаться не будет, заявил ранее Президент на форуме Общероссийского народного фронта (ОНФ) «За качественную и доступную медицину».

По прогнозам Президента РФ, расходы федерального бюджета на здравоохранение в 2016 г. будут несколько меньше, чем в текущем, при этом отличие от тех объёмов, которые направлялись на развитие отрасли в последние 3 года, окажется незначительным.

«Средний объём финансирования здравоохранения за предыдущие 3-4 года – 3,6% ВВП. Это ни много, ни мало, но цифра в общем достаточно приличная.

В этом году было чуть побольше, в следующем году пока, по предварительным прикидкам, ожидается чуть поменьше, но в целом эта усреднённая величина должна быть выдержана», – сказал Президент, выступая на пленарном заседании форума ОНФ. Затем он добавил: «Посмотрим, как это будет в конце этой непростой для правительства работы по подготовке бюджета на 2016 г.»

В своём выступлении В.Путин также сказал, что на уменьшение финансирования отрасли власти страны не пойдут, постаравшись сохранить его хотя бы на прежнем уровне. «В этой связи хочу отметить, что мы не собираемся понижать финансирование. Мы будем настраивать на это соответствующие структуры правительства при подготовке бюджета следующего и последующего годов», – заявил Президент РФ.

Константин ЩЕГЛОВ.
МИА Сито!

В центре внимания

Регионы: как социальное самочувствие?

Вопросы социального развития регионов были в центре внимания всероссийского совещания с заместителями высших должностных лиц субъектов Федерации, который провела в Доме Правительства РФ вице-премьер Ольга Голодец.

Были подведены итоги работы за 2015 г. и обозначены основные направления работы на 2016 г. «Я очень ценю вашу работу и ваш профессионализм, – обратилась к участникам совещания заместитель председателя Правительства РФ. – Но мы должны сегодня работать с вами с утроенной силой, потому что сталкиваемся с очень сложными внешними факторами. У нас сложная экономическая ситуация, идёт падение доходов, а решения, которые мы вырабатываем, очень сложно сегодня

поддерживаются имеющимися ресурсами. То, что нам удаётся удерживать наши результаты по большинству социальных показателей на достойном уровне, – это во многом ваша заслуга».

Говоря о демографии, вице-премьер напомнила, что по состоянию на 1 ноября зафиксирован положительный прирост населения в 21 тыс. человек. «Должны быть приложены максимальные усилия, чтобы продолжали снижаться показатели смертности. Здоровье – это самый важный для нас показатель. Мы должны сделать всё, чтобы уберечь наших людей в зимний период», – подчеркнула О.Голодец.

По её словам, сегодня остро стоит вопрос о работе страховых компаний. «К ним будут предъявлены новые требования. Оказание медицинской помощи должно заканчиваться конкретным результа-

том. У нас сегодня 63 компании, и среди них достаточно тех, которые будут справляться с поставленной задачей», – считает вице-премьер.

В рамках заседания был рассмотрен также вопрос о ходе передачи детей-сирот в приёмные семьи. Как сообщила, в частности, вице-премьер, «в 2012 г. в нашей базе данных было 119 тыс. сирот, на сегодняшний день их 73 тыс.».

О.Голодец вручила благодарственные письма руководству российских регионов от своего имени за достижения в социальной сфере в 2015 г. Благодарности заместителям руководителей субъектов Федерации также вручили ряд министров, в том числе министр здравоохранения Вероника Скворцова.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сито!

Перемены

Непростая адаптация

Заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников рассказал о целях и задачах реорганизации столичного здравоохранения.

По словам эксперта, Москва отдаёт в федеральный фонд обязательного медицинского страхования примерно в полтора раза больше средств, чем получает обратно. В связи с этим стала очевидна необходимость изменений в финансировании столичного здравоохранения.

«Мы не проводим реформу, мы адаптируем нашу систему здравоохранения к тем новым реалиям, которые продиктованы реформой перевода здравоохранения с бюджетной модели на модель страховую и с появлением столь ненавистного многим нашим докторам термина «одноканальное финансирование», – подчеркнул Л.Печатников.

Наиболее заметным событием недели стало заявление столичного вице-мэра об отмене утверждённого Министерством здравоохранения

РФ плана по оказанию медицинских услуг столичными учреждениями. Эксперт подтвердил, что под свою ответственность снимает все планы, в том числе по диспансеризации и вакцинации.

«Кроме нормальной системы взаимодействия между поликлиникой и фондом есть ещё план по диспансеризации и вакцинации. От того, выполнит или не выполнит эта поликлиника план, кроме формальной благодарности, она ничего не получит в материальном плане. Если у пациента нет внутренней культуры один раз в год пройти минимальное медицинское обследование, как это происходит во всём цивилизованном мире, то это остаётся на его совести. Насильно никого не оздоровить. В результате докторам надо выполнять бюрократическую работу – приписки. Вины у них в этом? Однозначно – нет. Мы опять поставили их в условия, когда они должны выполнять какой-то безумный план», – отметил Л.Печатников.

Эксперт проанализировал и данные Росстата о росте смертности.

«Объективным показателем успеха или неуспеха является коэффициент смертности, а не просто количество свидетельств о смертности, которые выданы московскими загсами. Росстат же считает количество свидетельств о смерти, которые выдаются загсами. В Москве примерно 20%, а иногда и больше, в зависимости от месяца, умирает не москвичей, а людей, которые приезжают в Москву на последних стадиях заболевания из разных регионов России. Они приезжают в федеральные центры, количество которых в Москве несопоставимо с любым другим регионом РФ. Если мы будем говорить о коэффициенте смертности среди москвичей, то этот показатель в Москве неуклонно снижается. Более того, в трудоспособном возрасте количество умирающих москвичей каждый год снижается примерно на 5%. Это один из показателей эффективности. А средняя продолжительность жизни в Москве по итогам 2015 г. будет 77,1 года, что на 6,5 года выше, чем среднероссийский показатель», – заключил Л.Печатников.

Марк ВИНТЕР.
МИА Сито!

Москва.

Сотрудничество

Создана ассоциация медицинского туризма

В России создана Ассоциация организаторов международного медицинского туризма (АОММТ), призванная объединить усилия и возможности всех участников отрасли.

Эксперты АОММТ отмечают, что интерес россиян к зарубежному медицинскому туризму был и остаётся довольно высоким. «Однако о том, что присутствует стабильный спрос и со стороны иностранцев на некоторые медицинские услуги, оказываемые на территории РФ, знает далеко не каждый. Наиболее востребованы у заграничных туристов услуги в области стоматологии и гинекологии. Например, ЭКО в России дешевле в 2-3 раза, чем в европейских странах, а стоимость реставрации зубного ряда отличается почти в 10 раз», – говорится в сообщении.

Аналогичные организации работают в европейских странах, Израиле и США. Их миссия – оказание профессиональной помощи пациенту в выборе клиники за рубежом с учётом диагноза, бюджета, удалённости от места проживания и прочих пожеланий. Они также являются мощными коорди-

национными и информационными центрами отрасли.

«Начавшийся в 2005 г. бум в сфере медицинского туризма привёл к росту числа посреднических компаний, от деятельности которых начала страдать репутация не только отдельных клиник, но и системы российского здравоохранения в целом. Наша задача, чтобы членство в ассоциации стало гарантом профессионализма и качества оказываемых медицинских услуг», – считает президент АОММТ Константин Онищенко.

Членами ассоциации могут стать клиники, туристические компании, осуществляющие деятельность в области медицинского туризма, посреднические и партнёрские организации, координирующие направление пациентов на лечение. В АОММТ могут вступить и частнопрактикующие врачи, ассоциации медицинского туризма, а также прочие физические и юридические лица, выразившие заинтересованность в совместном решении целей и задач ассоциации.

Валентин МАЛОВ.
МИА Сито!

Острая тема

Проверка по сообщениям СМИ

В связи с появлением в СМИ информации о смерти беременной женщины в роддоме ЦРБ № 2 в посёлке Новомихайловское Краснодарского края министр дала поручение.

Как сообщил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой дано поручение Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения провести проверку по данному факту.

Ранее СМИ сообщили, что погибшей женщине была сделана

инъекция трамала. После чего 24-летняя женщина умерла, медикам не удалось спасти и её неродившегося ребёнка. Журналисты, «подливая масла в огонь», утверждают, что персонал роддома праздновал день рождения главного врача, поэтому помощь больной была оказана несвоевременно. Прокуратура Краснодарского края уже возбудила уголовное дело по этому трагическому случаю. Своё слово должен теперь сказать и Росздравнадзор.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сито!

Краснодарский край.

Санитарная зона

Со стафилококком не шутят



Родители ещё двоих детей обратились за медицинской помощью из-за отравления продукцией кондитерского цеха «Нарыйаана» в Якутске, сообщили из регионального отделения Роспотребнадзора.

Всего за 4 дня в Якутске заболело 67 человек, в том числе 45 детей, госпитализирован 41, из них 33 ребёнка. По результатам лабораторных исследований в остатках торта из очагов, от больных и 2 работников кондитерского цеха выделен патогенный стафилококк. По требованию надзорного ведомства, в 30 торговых точках

областного центра с реализации было снято 60 кг продукции производства вышеназванного кондитерского цеха. Деятельность магазина и кондитерского цеха приостановлена.

По факту массового отравления детей Следственное управление Следственного комитета по региону возбуждено уголовное дело по статье «Сбыт продукции, не отвечающей требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей».

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сито!

Якутск.

В рамках проекта «Рождённый раньше срока», реализуемого Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины совместно с Обществом по развитию медицины и здравоохранения, состоялся научно-философский диспут «(Не)упущенные возможности», приуроченный к Международному дню недоношенного ребёнка.

Мероприятие проходило в формате видеомоста, который объединил в одну аудиторию более 500 неонатологов, педиатров, акушеров-гинекологов, детских хирургов из Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону, Екатеринбурга, Новосибирска и других регионов. Обсуждались такие вопросы, как целесообразность инвестирования в технологии сохранения беременности, вакцинопрофилактика недоношенных детей, организация грудного вскармливания в стационаре и т.д.

Какой способ предпочесть?

Одной из острых проблем в выхаживании и лечении недоношенных остаётся открытый артериальный проток. Потребность в его коррекции отмечается у 55-70% пациентов, появившихся на свет в возрасте менее 28 недель весом менее 1000 г. Существуют медикаментозный и хирургический способы лечения. Какой из них предпочесть? На сегодняшний день в регионах сложилась различная практика: одни чаще всего используют при открытом артериальном протоке клипирование, другие – медикаментозную терапию. Например, в Екатеринбурге, по словам заведующего отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии новорождённых и недоношенных областной детской клинической больницы № 1 Марка Пруткина, как правило, прибегают к консервативной терапии. За прошлый год из 112 детей массой тела менее 1000 г только 2 ребёнка были прооперированы, в остальных случаях проток был закрыт консервативно.

Подобная тенденция прослеживается в Новосибирске. Правда, из-за проблем с обеспечением необходимым препаратом количество клипирования артери-

Деловые встречи

Можно ли, если возможно?

На этот вопрос ищут ответ специалисты перинатальной медицины



альных протоков возросло по сравнению с 2013 г. Но если бы препарат всегда был в наличии, то, по словам новосибирских специалистов, количество лигирования однозначно было бы меньше.

Ведущий детский хирург России, главный детский хирург Департамента здравоохранения Москвы Александр Разумовский считает, что это вопрос неоднозначный, каждый регион должен его решать в зависимости от обстоятельств. В Филатовской больнице таких детей оперируют прямо в кувезе, разработан щадящий вариант хирургического вмешательства, вся процедура в опытных руках занимает 5-10 минут.

– Иногда я вижу детей, – сказал А.Разумовский, – у которых упорно стараются закрыть проток лекарственными средствами и упускают момент, у ребёнка развивается внутрижелудочковое кровоизлияние или энтероколит.

По словам хирурга, порой промедление приносит боль-

шой вред. Больные за период ожидания успевают приобрести столько проблем, связанных с существующим гемодинамическим протоком, что оперировать их бывает уже поздно.

Зависит от показаний

Однако, по мнению главного неонатолога Департамента здравоохранения Москвы, главного врача Филатовской больницы Антонины Чубаровой, рассматривать эти методы как альтернативные нельзя. Есть свои показания к применению того и другого. Бывают ситуации, когда закрыть артериальный проток медикаментозным путём невозможно, осложнения будут нести больший риск, чем существование протока. В то же время доступность кардиохирургической помощи есть не везде. Поэтому следует использовать в регионе ту методику, которая даёт наиболее быстрый и эффективный результат.

– Исходить надо из интересов ребёнка, – высказала неопровержимую точку зрения президент Европейской педиатрической ассоциации, заместитель директора Научного центра здоровья детей, член-корреспондент РАН Лейла Намазова-Баранова. – Именно их нужно ставить во главу угла.

– Самое важное, чтобы в каждом регионе было право выбора, – добавила главный детский специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, директор Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения Москвы Татьяна Батышева. – Этот выбор должен основываться не на том, кто что знает лучше, а на том, чтобы была возможность в интересах ребёнка быстро провести и оперативное лечение, и консервативное.

Спор вокруг данной темы возник неслучайно, а потому что сохраняется некая неопределённость относительно сроков и методов применения.

По словам президента Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академика РАН Николая Володина, несколько лет назад ассоциацией были выпущены методические рекомендации по ведению недоношенных детей с гемодинамически значимым открытым артериальным протоком, где указано, прежде всего, на этапность: в начале наблюдение и терапевтическая коррекция (однократное введение препарата, при необходимости повторное), и уже если второй курс не даёт эффекта, следует прибегать к помощи кардиохирурга, который проводит клипирование.

Но за последние годы накоплен

большой опыт и медикаментозного и хирургического вмешательства, поэтому имеет смысл более чётко прописать показания, противопоказания, сроки и т.д.

– Мы – сторонники мультидисциплинарного подхода к выработке методических рекомендаций и обязательно учтём нынешние пожелания, – пообещал Н.Володин.

На мажорной ноте

Однако острая дискуссия вернулась не только при обсуждении тактики лечения детей с открытым артериальным протоком, но и других вопросов, в том числе вакцинации недоношенных.

– Недоношенность не является основанием для отказа от прививок. Напротив, вакцинация остро необходима для таких малышей, – отметила Л.Намазова-Баранова.

С интересом было встречено сообщение заведующей отделением для недоношенных детей НЦЗД Ирины Беляевой о функционировании первого в нашей стране банка донорского грудного молока.

– Значение грудного молока для гармоничного роста и развития ребёнка трудно переоценить, – резюмировал Н.Володин. – Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины ведёт огромную работу по популяризации вскармливания грудным молоком. Для этого была инициирована акция «Безопасное сцеживание», которая способствует оснащению акушерских и педиатрических стационаров необходимым для этого процесса оборудованием, в частности клиническими молокоотсосами.

Завершился телемост на мажорной ноте – презентацией шапочки детского доктора, которая вручается лучшим врачам в качестве символа объединения усилий разных специалистов, оказывающих помощь недоношенным детям. В нынешнем году дизайн шапочки был разработан художником-модельером Викторией Андреяновой.

– Для меня является огромной честью знать, что эту шапочку будут носить люди, каждый из которых совершает ежедневный подвиг во имя жизни детей, – сказала она.

Валентина ЗУЕВА.
МИА Сitо!

Ситуация

По сообщению пресс-службы Общероссийского народного фронта, на запрос этой общественной организации в региональные министерства здравоохранения о необходимости устранения нарушений антикоррупционного законодательства и публикации декларации главных врачей откликнулись 17 из 29 регионов. Ещё в 12 регионах проигнорировали обращение Народного фронта.

Таковы итоги повторного мониторинга, проведённого в ноябре экспертами ОНФ, которые теперь направят данные о регионах, игнорирующих антикоррупционное законодательство, в Генеральную прокуратуру для принятия мер по устранению правонарушений.

Проблему несоблюдения региональными органами здравоохранения антикоррупционного законодательства эксперты Народного фронта обсуждали на прошедшем в сентябре форуме «За качественную и доступную медицину!». Главный редактор газеты «Курьер. Среда. Бердск» из Новосибирской области Галина Коморникова рассказала

ОНФ надеется на Генпрокуратуру

Нелёгкий путь к доступной и качественной медицине

Президенту РФ и лидеру Общероссийского народного фронта Владимиру Путину о том, что хотела провести сравнительное исследование зарплат медработников в своём регионе, однако деклараций руководителей учреждений в открытом доступе не нашла. В конце сентября эксперты ОНФ провели мониторинг и обнаружили, что почти 40 регионов не обнародовали сведения о доходах руководителей учреждений на сайтах минздравов за 2014 г., ещё в 29 субъектах на сайтах ведомств вообще не оказалось специального раздела «Против коррупции».

Однако антикоррупционное

законодательство требует размещения раздела «Против коррупции» на главной странице сайта органа здравоохранения с подразделами о нормативных актах в сфере противодействия коррупции, антикоррупционной экспертизе, сведениях о расходах и доходах, аттестационной комиссии по служебному поведению и урегулированию конфликта интересов, а также с формой обратной связи для сообщений о фактах коррупции.

Эксперты ОНФ изучили декларации главных врачей, опубликованных в 17 регионах. Разрыв между годовым доходом главврача и годовой заработной платой

медработников (по данным Росстата) в этих регионах составил от 4 до 200 раз. Самые высокие годовые доходы главврачей зафиксированы в Туве (65 млн руб.) и Татарстане (24-25 млн).

Не разместили декларации о доходах руководителей медицинских учреждений республики Дагестан, Северная Осетия – Алания, Ингушетия, Башкортостан, Чеченская Республика, Кировская, Московская, Липецкая, Смоленская, Тюменская области, а также Чукотский автономный округ и Севастополь.

«Разрыв в доходах руководства учреждений и обычных представителей медперсонала

больниц – колоссальный. Понятно, почему эти цифры регионы стараются скрывать. Они ещё раз подтверждают актуальность поручения Президента РФ и лидера ОНФ Владимира Путина по итогам форума «За честную и доступную медицину!» правительству до февраля 2016 г. принять меры, направленные на устранение существующей диспропорции в оплате труда руководящих работников и основного персонала медицинских организаций. ОНФ, в свою очередь, предложил кабмину всестороннюю помощь в решении этого вопроса. Мы надеемся, что это поручение главы государства будет выполнено в срок. Ну а Генпрокуратура до этого заставит региональные минздравы исполнить антикоррупционное законодательство в части обеспечения публикации деклараций руководителей учреждений», – заключил руководитель Центра ОНФ по мониторингу качества и доступности здравоохранения Николай Говорин.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

У истоков

Тридцать лет назад три женщины – заместитель председателя Совета министров РСФСР Лидия Лыкова, заместитель министра здравоохранения РСФСР Антонина Грачёва и начальник Главного управления лечпрофпомощи детям и матерям МЗ РСФСР Татьяна Кулакова – решили судьбу долгостроя на юго-западе Москвы. Возводимый более 20 лет на болоте в деревне Тропарёво комплекс, задуманный как клиника 2-го Медицинского института, предложено было сделать самостоятельной больницей. С того момента и началась история РДКБ. Сегодня это одна из самых молодых детских больниц. Но за короткое время она смогла стать больницей номер один в России, а всё потому, что здесь собрался удивительный коллектив.

– Для меня больница, наверное, даже не второй дом, а первый, – признаётся заведующий уроandroлогическим отделением Фауд Абдуллаев. – Я здесь провожу времени больше, чем где-либо.

Фауд Камалович трудится в РДКБ 29 с половиной лет, то есть практически с её основания. Начиная свою профессиональную деятельность как взрослый уролог, был урологом-экспериментатором в НИИ урологии, а потом пришёл сюда и стал детским урологом.

– Я очень рад тому, что сменил специальность, – говорит он, – и счастлив, что оказался с этой специальностью в этой больнице, которая вместе со мной развивалась. Здесь я состоялся как врач. Мы организовали самое большое, самое интенсивное уроandroлогическое отделение в России, где проводится до 2400 операций в год. Разработали и внедрили массу новых методик. У нас очень много достойных врачей. Мы постоянно движемся вперёд, и когда оглядываемся назад, то нам не стыдно.

В атмосфере свободы

Заведующий отделением общей эндокринологии Максим Карманов в этом учреждении работает 24 года.

– Мы были первыми студентами, которые пришли в РДКБ в 1987 г., – вспоминает он. – Сохранилась фотография, сделанная в переходе только сформированного хирургического корпуса, когда ребята надо мной шутили: «Ты точно будешь педиатром в хирургическом корпусе». Я отвечал: «Зря шутите, я буду здесь педиатром».

Так и случилось. После окончания вуза ушёл в науку, работал в НИИ эндокринологии, учился в ординатуре в Нидерландах. Однако, вернувшись из-за рубежа, оставил НИИ и оказался в РДКБ. Год прослужив врачом, был назначен заведующим отделением. Ему в ту пору только исполнилось 27 лет.

– Нам, молодым людям, давалась возможность созидать, воплощать свои медицинские и научные мечты, сочетая деятельность в РДКБ и во 2-м Медицинском институте. Я отработал ассистентом кафедры клинической генетики 16 лет, преподавал, – рассказывает Максим Евгеньевич. – Именно сочетание преподавательской работы, огромная выездная и просветительская деятельность обеспечивают очень хороший контакт со всеми региональными клиниками, позволяют иметь самых сложных больных в Российской Федерации и заниматься самой интересной работой.

Следует пояснить, отделение, руководимое М.Кармановым, оказывает помощь пациентам со всеми эндокринными забо-

леваниями (кроме диабета), но в первую очередь с различными нарушениями пола и грубыми задержками роста, являясь одной из самых мощных эндокринологических структур, располагающих 65 койками.

– Работаем на всю Российскую Федерацию, – подчёркивает М.Карманов. – Ведём больных практически с первых недель жизни до 18 лет. И в дальнейшем поддерживаем с ними связь.

Вехи

Дом, где
вселяют надежду

Поэтому я знаю, как они себя чувствуют, что с ними происходит. На сегодняшний день бывшие мои пациенты, страдавшие карликовостью, выше меня ростом. Это очень приятно.

– С РДКБ связаны лучшие годы жизни. Потому что в ней царил атмосфера творчества, свободы, – также признаётся Алексей Масчан, заместитель директора Федерального центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва (учреждения, родившегося и выросшего под крышей РДКБ, а ныне самостоятельного). – Это ощущение свободы и позволило достигнуть того, чего больница достигла. Счастье и прогресс возможны только среди свободных людей. Спасибо за годы, проведённые вместе.

Флагман детского
здравоохранения

В больнице трудится 404 врача, 149 кандидатов и докторов наук, 147 человек являются отличниками здравоохранения.

– Средний возраст работников больницы – 42 года, врачей – 45 с половиной лет, медицинских сестёр – 36 лет, – говорит глав-

нейший больничный комплекс на 1025 коек. В её составе 15 отделений хирургического профиля и 14 – педиатрического. Почти 90% пациентов – жители других регионов России (критерий по этому показателю для федеральных медицинских учреждений – не менее 40%). Ежегодно в её стенах проводится почти 8 тыс. операций (а в первый год существования больницы было проведено всего 2).

дня. Его лечащим врачом стал Лев Александрович Махров. Однако в судьбе малыша принимали участие не только травматологи, но и нейрохирурги, челюстно-лицевые хирурги, офтальмологи и многие другие специалисты. Комплексный подход (а это, возможно, только на базе многопрофильной больницы) позволил выходить ребёнка, адаптировать к жизни. Более того, Олег обрёл семью. Мама Олеся поёт в хоре при больничном

является клинической базой 14 кафедр Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, двух кафедр Российской медицинской академии последипломного образования.

Как сказал первый главный врач РДКБ Валерий Сергеевич Любимцев, мечта многих поколений 2-го Меда (ныне РНИМУ им. Н.И.Пирогова) иметь клинический городок сбылась. Он существует.

С РДКБ в той или иной степени взаимодействуют все научные центры страны, отсюда и хорошие результаты.

Она возглавляет Ассоциацию детских больниц России, основными целями которой стали изучение и распространение опыта лучших учреждений, внедрение научных достижений в практику.

– Для нас РДКБ – маяк, флагман, опора, – считает главный врач Белгородской областной детской клинической больницы Роман Проценко. – Многие годы тесно сотрудничаем с ней. Больница никогда не отказывает в госпитализации наших сложных пациентов. Специалисты РДКБ приезжают к нам, оперируют, организуют обучающие семинары. Благодаря этому множество детей выздоровело.

На вершине пирамиды

Юбилей – это повод оценить пройденный путь.

– Путь у РДКБ был непростым, – отметил председатель исполкома Союза педиатров России, директор Научного центра здоровья детей, академик РАН Александр Баранов на торжественной церемонии по случаю 30-летия. – Но сегодня ваша клиника находится на вершине той пирамиды, которая называется «медицинская помощь детям».

А президент Национальной медицинской палаты доктор Леонид Рошаль, приветствуя виновников торжества, обратился к ним со словами:

– Роденьки мои, что только с вами не делали, пытались сократить, уничтожить, соединить с несоединимым, а вы выстояли. Показали свой профессионализм. Вы – последняя инстанция для многих тысяч детей, семей.

Поздравить юбиляров с важной вехой приехали представители Минздрава, Совета Федерации, Государственной Думы и других властных структур, руководители ряда крупнейших российских научно-клинических центров, главные врачи областных, краевых, республиканских больниц, просто друзья больницы. Как подчеркнула член Совета Федерации Валентина Петренко, появление больницы такого уровня явилось значительным шагом в развитии многопрофильной специализированной медицинской помощи детям всей Российской Федерации. За 30 лет её сотрудники внесли неоценимый вклад в охрану здоровья будущего страны – наших детей.

У больницы много наград. Среди них есть особенная – орден Святого Благоверного царевича Дмитрия Московского за заслуги в попечении о детях, нуждающихся, сирых и больных. А сегодня к ним прибавилась ещё одна – орден «За верность Отечеству» от Министерства обороны РФ. Сотрудники больницы самоотверженно служат отечеству, детству, пациентам, за что ряд из них отмечены почётными грамотами, дипломами Минздрава России, Совета Федерации.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.



Елена Байбарина вручает почётную грамоту Минздрава России

Несмотря на увеличение числа больных с тяжёлой патологией, значительно сократились сроки лечения. Средняя длительность составляет 14 дней (при том, что в структуре учреждения имеются отделения онкогематологии и трансплантации).

храме. Папа Серёжа работает массажистом в больнице.

– Желание взять Олега, который к 7 годам не ходил и не говорил, возникло в храме, когда увидела его на службе, – рассказала женщина. – Но терзали сомнения, которые исчезли после беседы со Львом Александровичем. Для меня оказалось очень важным услышать, что Олег будет ходить. Я этому поверила. Потом (после того, как мы его усыновили), было ещё множество операций, сложностей. Преодолеть всё помогла поддержка сотрудников отделения, я чувствовала, что за нами стоит команда, что они – тоже наша семья.

Сегодня Олегу 26 лет, он дизайнер-художник и пришёл поблагодарить своих спасителей.

– Отделение травматологии стало для меня первым домом, – сказал юноша. – Огромное спасибо всем, особенно заведующему отделением Александру Сергеевичу Кузину и доктору Льву Александровичу Махрову.

Таких историй в больнице сотни, потому что здесь реализуется программа «Ты не один», в рамках которой оказывается специализированная помощь детям-сиротам с множественными врождёнными пороками, генетическими и другими заболеваниями, а ещё потому, что здесь трудятся неравнодушные люди.

Президент Международной ассоциации детских фондов и Российского детского фонда академик Российской академии образования Альберт Лиханов чётко подметил: из-под крыла РДКБ выходят новые системы защиты детства.

Благодаря сотрудничеству

Однако больница – не только лечебное учреждение, но и научное и образовательное. Она



Бывший сирота Олег (у микрофона) со своими родителями благодарит докторов

ный врач РДКБ Николай Ваганов, кстати, 17 лет возглавляющий это учреждение и вложивший немало труда в его развитие, модернизацию, совершенствование.

Больница добила впечатляющих результатов в области стационарной помощи детям. Многие из того, что делается в РДКБ, было сделано впервые в российском детском здравоохранении. Например, организовано первое в стране отделение трансплантации костного мозга, создан центр по пересадке почки, открыто отделение для лечения детей с муковисцидозом... Перечисление с приставкой «впервые» можно было бы продолжать и продолжать. Сегодня РДКБ – круп-

– Конечно, это не 9, как рекомендуют вышестоящие органы, – комментирует Н.Ваганов, – но тренд существенный: с 30 до 14. Будем и дальше уменьшать, когда построим пансионат.

Больничная летальность в РДКБ в 2 раза ниже, чем в Российской Федерации (а ведь сюда попадают самые тяжёлые больные).

Ты не один

В августе 1990 г. в отделение травматологии и ортопедии РДКБ поступил малыш-сирота с тяжёлым грузом различной патологии. История болезни Олега – это целая стопка увесистых томов. Мальчик провёл в больнице 1752

При Минфине России есть такой Научно-исследовательский финансовый институт – НИФИ. В 2015 г. этот институт сделал несколько предложений по модернизации российского здравоохранения, которые пугают своей чудовищной безграмотностью и циничностью. Начали его специалисты с того, что летом этого года выступили с тезисом, что здоровье россиян мало зависит от деятельности системы здравоохранения («Воскрешение динозавра», «Ведомости» от 13.07.2015). Затем заявили, что число бесплатных вызовов скорой медицинской помощи и посещений врача в поликлинике можно сократить. Далее потребовали, чтобы граждане трудоспособного возраста сами заплатили за посещения врачей и вызовы «скорой» и напоследок предложили заменить врачебные бригады скорой медицинской помощи фельдшерскими. Разберём по порядку, почему эти предложения, по моему мнению, безграмотные и неверные.

Объёмы финансирования

Удобный тезис выдвинули минфиновцы – раз здоровье граждан мало зависит от деятельности здравоохранения, то и нечего на него денег давать. Это неверно. В действительности, в недостаточно финансируемых системах здравоохранения, как в РФ, есть прямая зависимость между госрасходами на бесплатную медицину и показателями здоровья (ожидаемая продолжительность жизни – ОПЖ и смертность).

В зоне госфинансирования от 400 до 1700 долл. по паритету покупательной способности (ППС) действует простое правило: даёшь дополнительные средства – смертность падает, а ОПЖ растёт. Не даёшь – наоборот, смертность растёт, а ОПЖ падает. Например, в РФ с 2005 по 2013 г. госрасходы на медицину возросли с 480 до 910 долл. ППС, соответственно, и ОПЖ возросла на 5 с лишним лет. Поэтому, если мы хотим, чтобы этот показатель в нашей стране вырос с нынешних 71 года до 74 лет, а именно такая задача поставлена в майских Указах Президента РФ, нам придётся не сокращать, а увеличивать госрасходы на бесплатную помощь. Вот такая арифметика.

Сокращение числа бесплатных вызовов «скорой» и посещений врача

Эти предложения НИФИ уже могут испугать не только организаторов здравоохранения, но и население. Речь идёт ни много ни мало, а о сокращении самых базовых видов медицинской помощи – скорой и первичной медико-санитарной в поликлиниках, гарантированных нам бесплатно 41-й статьёй Конституции РФ и другими законами. Может быть, действительно, НИФИ прав, многовато мы бесплатных медицинских услуг получаем? Для справки по Программе госгарантий – это почти 10 посещений поликлиник и 0,3 вызова «скорой» на 1 человека в год.

Точка зрения

Не ведают, что творят

К чему может привести экономия на жизни и здоровье российских граждан

Если сравнить с нормативами, например, советского времени, то они были ещё выше, чем сейчас. Соответственно, и число врачей, и число коек в стационарах было больше. При этом число больных людей в 80-е, наоборот, было на 50% меньше в расчёте на 100 тыс. человек. В результате каждый заболевший мог свободно получить необходимую помощь, объёмов хватало на всех. Поэтому и смертность в те годы в нашей стране была на 20% ниже, чем сегодня. По логике, если больных людей стало больше, необходимо было предложить увеличение объёмов бесплатной помощи и финансирования. Однако у Минфина на этот счёт оказалось другое мнение.

Заплатить за медицинскую помощь «из своего кармана»?

Может быть, в НИФИ подумали, что для россиян не проблема выложить лишние рубли за визит к врачу или вызов скорой помощи? Придётся напомнить финансистам следующие факты из официальной статистики. Сегодня россияне уже оплачивают из своего кармана 35% расходов на здравоохранение. Это на 10-15% больше, чем в Евросоюзе. Далее, по данным Росстата, более 50% населения страны проживает на доходы менее 19 тыс. руб. в месяц. Более того, Минэкономразвития России посчитал, что в 2015 г. реальные зарплаты граждан упадут на 8,1%, а доходы населения – на 4% по сравнению

с прошлым годом. Их снижение продолжится и в будущем году. Другими словами свободные средства в карманах россиянам будет найти сложно. Ведь нужно ещё оплатить питание, услуги ЖКХ, проезд до работы или потратиться на первоочередные нужды детей.

Что произойдёт, если мы заставим население платить за медицинские услуги из своего кармана? Если бы НИФИ изучал

Причём из всех факторов, которые могли повлиять на этот рост, ухудшился только один – снизилась доступность бесплатной медицинской помощи. За 2014-й по сравнению с 2013 г. госфинансирование снизилось на 7% в сопоставимых ценах, число посещений поликлиник по поводу заболеваний – на 14%, число вызовов скорой медицинской помощи – на 4%, число госпитализаций – на 2%.

Врачебные бригады не фельдшерские

Видимо, минфиновцы решили перенять опыт стран ЕС. Но там, на Западе, другие расстояния между населёнными пунктами, чем у нас. Соответственно, если пациенту стало очень худо, его действительно за 7-8 минут доведут до ближайшей клиники. И там, в этой клинике, пациент попадёт в так называемое стационарное отделение скорой медицинской



Болезнь «на ногах»

А что будет в России, если введут лимит на бесплатные визиты к врачу и вызовы скорой помощи для трудоспособных граждан, как предлагает НИФИ? Ответ очевиден: население будет экономить и отказываться от необходимой медпомощи. Как результат – показатели здоровья этой группы граждан будут только ухудшаться, а они сегодня и так ужасающие, особенно у мужчин. И снова факты. По данным Росстата, до пенсии доживает только 2/3 мужчин. Смертность трудоспособных мужчин сегодня на 28% выше, чем в конце 80-х. Из-за их сверхсмертности сегодня в РФ самая высокая в мире разница между продолжительностью жизни женщин и мужчин – 11,2 года (в странах ЕС – в среднем 6 лет).

Наши трудоспособные граждане отказываются от выхода на больничный и переносят заболевания «на ногах», чтобы не потерять заработок. Так, число дней, пропущенных в связи с заболеваниями, на 1 работника в год сегодня у нас на 3 дня ниже, чем в 80-е годы, и на 6 дней ниже, чем в странах ЕС. При этом производственная медицина, которая была в советские годы и позволяла получать профилактическую и лечебную помощь рядом с работой, сегодня разрушена. Между тем за рубежом все уважающие себя работодатели при поддержке государства активно защищают здоровье своих работников и внедряют производственную медицину.

зарубежный опыт, то он бы знал следующие факты. Несколько лет назад в благополучной Новой Зеландии (для справки: там расходы на бесплатную медицину в 3,5 раза больше, чем в России в сопоставимых ценах) ввели доплаты за визиты к детским врачам. В результате родители юных пациентов стали отказываться от посещений. Как следствие, через год смертность детей возросла. Пришлось снова сделать медпомощь полностью бесплатной, правда, потерянные жизни было уже не вернуть.

Да что там Новая Зеландия, за примером далеко ходить не надо. В России, по данным Росстата, за 9 месяцев 2015 г. смертность населения возросла почти на 1%, а в Москве – на 3,9% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года.

помощи, где его сразу осмотрит врач. А если нет угрозы жизни, то пациент попадёт к врачу первичного звена, причём в 70% случаев – в день обращения. А ещё там есть доступные и бесплатные лекарства по рецепту врача, которые снижают риски обострения заболеваний и их осложнений.

У нас, в России, пока всё по-другому. Госрасходы на бесплатную медицину в 2,5 раза ниже, чем в странах ЕС в среднем. При этом в 2016 г. они сокращаются ещё на 20% по сравнению с 2013 г. в сопоставимых ценах. В РФ на всю страну имеется только несколько больниц с современными стационарными отделениями скорой медпомощи, а к врачу участковой службы не всегда попадёшь сразу. Расходы на лекарства по рецепту врача в РФ в 5,5 раза ниже, чем в странах ЕС в среднем. И ещё, у нас в половине регионов огромные, бескрайние расстояния между населёнными пунктами и лечебными учреждениями. Поэтому, когда улучшим положение с доступностью лекарств и врачей на участках, когда построим отделения скорой помощи, тогда и поставим вопрос о замене врачебных бригад на фельдшерские. Мы ведь не можем сказать нашим пациентам: подождите, мы тут реформами решили заняться, так что, извините, врача на «скорой» нет.

Надеюсь, что после приведённых фактов всем стало ясно, что экономия по Минфину – это экономия на здоровье и жизни российских граждан. Вот уж действительно не ведают, что творят.

Гузель УЛУМБЕКОВА,
руководитель Высшей школы
организации и управления
здравоохранением,
доктор медицинских наук.
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Инициатива

В ходе заседания президиума регионального Совета по семейной и демографической политике губернатор Ульяновской области Сергей Морозов предложил создать так называемые «мужские консультации».

– Как правило, мужчины не уделяют должного внимания своему здоровью, что зачастую приводит к развитию серьёзных болезней, снижению продолжительности жизни. Создание кабинетов мужского здоровья, где все желающие могут получить консультацию врача, должно помочь в решении этой проблемы, – отметил глава региона.

После этого была организована

Мужчин берут «под присмотр»

работа по созданию сети мужских консультаций.

– В настоящее время такие отделения открыты на базе областных клинической больницы и клинического центра специализированных видов медицинской помощи. В июне центр мужского здоровья появился и в областном кожно-венерологическом диспансере. Кроме того, в 28 лечебных учреждениях области работают мужские смотровые кабинеты. В 2015 г. здесь «под присмотром» побывали более 33,5 тыс. муж-

чин, – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь. – В регионе самой распространённой среди урологических болезней мужчин является рак предстательной железы. На диспансерном учёте с этим диагнозом сегодня состоят 900 человек. Всего за прошлый год зарегистрировано более 14,5 тыс. случаев этого заболевания. Мужчинам в возрасте от 50 лет необходимо раз в 3 года проходить своевременное тестирование ПСА,

что позволит выявить злокачественный процесс на ранних стадиях. В нынешнем году в областном клиническом онкологическом диспансере подобные обследования прошли порядка 24 тыс. мужчин.

Особое внимание в регионе уделяют вопросам лечения бесплодия супружеских пар. В частности, в перинатальном центре на базе городской клинической больницы №1 накоплен большой опыт консервативного лечения большинства форм мужского и женского бесплодия.

– Причины мужского бесплодия разнообразны. На сегодняшний день имеются механизмы коррекции большинства из них. В тех случаях, когда консервативное лечение не даёт эффекта, мы весьма успешно применяем вспомогательные репродуктивные технологии, – отметил андролог городской клинической больницы №1 Рустам Исаков.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

– **Ирина Владимировна, какое место среди онкозаболеваний занимают мантийноклеточная лимфома и хронический лимфолейкоз, насколько распространены данные патологии?**

– В последние годы во всём мире и в России неуклонно растёт количество пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями. И если в 70-е годы прошлого столетия среди онкогематологических заболеваний опухоли лимфоидной ткани составляли порядка 25%, остальная часть приходилась на долю лейкозов, то сегодня это соотношение практически сравнялось.

ХЛЛ – самый распространённый лейкоз у взрослых по сравнению с другими опухолями лимфоидной ткани, преимущественно этим заболеванием страдают люди пожилого возраста. Однако в России, по данным регистра лимфопрелиферативных заболеваний, общая популяция больных с ХЛЛ моложе, чем в других странах мира.

Мантийноклеточная лимфома – орфанное заболевание, одна из наиболее агрессивных опухолей, которая имеет неблагоприятный прогноз. Но, к счастью, частота встречаемости этой патологии не столь велика, как других вариантов неходжкинских лимфом.

– **С чем связан рост заболеваемости?**

– На этот вопрос нет однозначного ответа. Причинно-следственная связь между воздействием негативных факторов и возникновением опухолей лимфоидной кроветворной ткани достоверно установлена только для лучевого фактора. У людей, попавших в зону радиации, в отсроченном периоде могут развиваться лейкозы или лимфомы. Но основная часть населения не подвергается этому воздействию, за исключением солнечной радиации, без которой всё живое в принципе не может развиваться и существовать. Предполагается, что к факторам риска также относятся частое воздействие на организм химикатов – пестицидов, бензола, аэрозольных красок. Однако достоверных доказательств на этот счёт нет.

– **Всё чаще приходится слышать, что рак – не приговор. Какой процент больных сегодня излечивается?**

– Говорить о полном излечении в онкологии достаточно сложно. Главная задача – добиться положительного эффекта, так называемой клинической ремиссии. Раковые клетки «очень хитрые», более приспособляемого биологического объекта, как опухолевая клетка, не существует в природе. Она имеет самые разные возможности защиты от практически всех видов воздействия.

Под излечением сегодня понимается возможность достижения нескольких параметров: отсутствие симптомов заболевания и длительная ремиссия. До недавнего времени в качестве критерия излечения применялись показатели 5-летней выживаемости, после чего больного снимали с диспансерного учёта. Теперь мы понимаем, что это далеко не так. Человек, перенёсший онкологическое заболевание, должен находиться под постоянным врачебным наблюдением. Нередко у таких пациентов на фоне проведённого лечения или вследствие изначальной нестабильности генома развиваются гетерогенные опухоли.

К излечению же следует стремиться: достижение полного благополучия, доказанного молекулярной ремиссией, является

задачей врача-онкогематолога.

– **Сколько может прожить человек с диагнозом ХЛЛ и МКЛ?**

– Это совершенно разные заболевания. Больные с ХЛЛ могут жить долго. Даже при подтверждённом диагнозе многие из них не имеют показаний к началу лечения. После постановки диагноза в течение некоторого времени может использоваться выжидательная тактика, чего не скажешь об МКЛ. Развитие бо-

рального приёма, применение не требует госпитализации пациента. Кроме того, на фоне приёма этого препарата не развиваются те побочные явления, возникновения которых мы боимся у пожилых больных.

С профессиональной точки зрения, для нас это открытие. И когда мы говорим о возможности эффективного лечения рецидива болезни, безусловно, ибрутиниб обладает несомненными преимуществами перед

– В России он был зарегистрирован в январе 2015 г., но мы «почувствовали» его гораздо раньше, во время клинических исследований этого препарата, которые также проводились и в нашей стране.

Сегодня Россия является полноценным партнёром во многих международных мультицентровых клинических исследованиях ЛС. Это очень важно, поскольку в первую очередь новые препараты начинают исследоваться

поэтому по определению оно не может быть дешёвым. Надеяться на то, что мы получим лекарство столь же эффективное, менее токсичное, чем новые таргетные препараты, при этом ещё и более дешёвое, не стоит. Ни одно государство в мире не покрывает полностью лечение онкологических больных. Каждая страна ищет те возможности, которые помогли бы больному получить адекватную терапию, и у нас в стране есть эта уникальная возможность. Благодаря федеральной программе «Семь нозологий» больные бесплатно обеспечиваются необходимыми для жизни препаратами.

Мы никогда не смогли бы адекватно лечить лимфопрелиферативные заболевания, если бы не имели в своём арсенале такой препарат, как ритуксимаб. Сегодня появился ещё один очень эффективный лекарственный препарат – ибрутиниб, он включён в проект перечня ЖНВЛП, и мы полагаем, что со временем он также войдёт в программу «Семь нозологий». Когда нас как экспертов спрашивают, стоит или не стоит идти государству на столь большие траты, мы понимаем, что они должны быть обоснованы. Каждое государство ищет те возможности, которые позволят получить больному адекватную терапию. Для нас просто объяснить необходимость включения ибрутиниба, потому что он ни с одним другим препаратом не сравним по эффективности и крайне хорош по спектру токсичности.

Вставая перед выбором, мы смотрим на тот перечень, который мы хотели бы иметь, но понимаем, что надо выбрать нечто, что уже на сегодняшний день совершенно чётко имеет доказательную базу. И, конечно, ибрутиниб относится к такому препарату, который хотелось бы иметь в программе «Семь нозологий», чтобы лечить наших больных.

– **В России разработаны клинические рекомендации по терапии ХЛЛ и МКЛ. Имеются ли различия в подходах к терапии этих заболеваний в России и других странах мира?**

– Принципиальных различий в тактике ведения данной категории пациентов нет, у нас используются такие же подходы, как и за рубежом. Когда мы только приступили к созданию клинических рекомендаций, приходилось слышать, что их надо адаптировать для России. Мне этот послы не совсем понятен. Ведь что входит в задачи онколога? Прежде всего, поставить правильный диагноз и назначить адекватное лечение. В российских клинических рекомендациях этап диагностики полностью соответствует мировым требованиям. Единственным отличием является лишь то, что в российские клинические рекомендации не включаются лекарственные препараты, не зарегистрированные в РФ.

Но мы нашли выход. В последнюю версию клинических рекомендаций, которая была опубликована в 2014 г., были включены показания к применению ЛС, которые уже апробированы в мире, но с соответствующей пометкой о том, что их применение возможно только после регистрации. В 2016 г. планируется новое переиздание, это будет уже третья версия клинических рекомендаций по лечению онкогематологических заболеваний.

Беседу вела
Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Авторитетное мнение

Эффективно и безопасно

Именно так можно лечить онкогематологические заболевания, если применять современные препараты

В конце октября в рамках 12-й Российской конференции «Злокачественные лимфомы» состоялся сателлитный симпозиум «Новая эра в онкогематологии». В ходе мероприятия ведущие российские и зарубежные онкогематологи рассказали о современных клинических разработках и уделили внимание наиболее важным и сложным аспектам подходов к лечению хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) и мантийноклеточной лимфомы (МКЛ) в связи с расширением возможностей терапии.

– Онкогематология находится в авангарде инновационных решений современной медицины. Именно здесь открываются биологические мишени и создаются новые таргетные препараты, увеличивающие эффективность лечения пациентов, – уверена председатель симпозиума, проректор по международному сотрудничеству, заведующая кафедрой онкологии Российской медицинской академии последиplomного образования, член-корреспондент РАН Ирина ПОДДУБНАЯ. – На смену паллиативному подходу приходит новая тактика – достижение как можно более полных и длительных ремиссий. О том, какие приоритетные задачи сегодня стоят перед онкогематологами, перспективах оказания действенной помощи больным с ХЛЛ и МКЛ наша беседа с ведущим российским специалистом в области онкогематологии.



лезни происходит более агрессивно и трудно поддаётся лечению. Продолжительность жизни у пациентов с этим заболеванием исчисляется недолгими годами.

– **Как менялись подходы к терапии этих заболеваний?**

– За последние годы тактика лечения лимфопрелиферативных заболеваний принципиально изменилась. В 70-80-е годы считалось, что при лечении ХЛЛ можно добиться только паллиативного ответа, стабилизации процесса, улучшения лабораторных показателей, ни о каком выздоровлении речи не было. Затем в арсенале онкологов появились более эффективные препараты, в частности аналоги пуринов, которые позволили добиться клинической и лабораторной ремиссии, но они обладали выраженными побочными эффектами, особенно у пожилых больных (случаи развития тяжёлых пневмоний, анемии).

В отношении лечения МКЛ ситуация развивалась по-другому. Мантийно-клеточной лимфомой можно заболеть в любом возрасте. Как известно, максимальный эффект терапии достигается именно на 1-й линии терапии, то есть сразу после постановки диагноза при правильном выборе лечения, а рецидив – это большая проблема.

Теперь появился новый химиотерапевтический препарат ибрутиниб: он высокоэффективный, предназначен для перо-

всеми существовавшими ранее терапевтическими подходами.

– **В ходе семинара отмечалось, что ХЛЛ трудно поддаётся стандартному лечению, с чем это связано?**

– Объяснить резистентность достаточно сложно. Сейчас проводится большое число молекулярно-биологических исследований, направленных на изучение генетических особенностей опухолевых клеток, которые делают их нечувствительными к проводимой терапии. В основе резистентности опухолей лежит тот феномен, о котором я уже говорила: раковые клетки обладают мощным механизмом защиты от самых разных воздействий. Но в отношении ибрутиниба у них пока такой защиты нет.

– **Получается, что на сегодняшний день ибрутиниб демонстрирует обнадеживающие результаты для пациентов с ХЛЛ и МКЛ?**

– Безусловно, и никто не упрекнёт нас в промоции: этот препарат зарекомендовал себя настолько, что теперь мы ищем новые ниши для его использования. Очень надеемся, что в ближайшее время он войдёт и в первую линию терапии: подход к его изучению является этически выдержанным – от терапии рецидивов переходить к использованию в первой линии.

– **Как давно в российской клинической практике используется ибрутиниб?**

у самых сложных категорий больных, которым уже не помогает стандартная терапия. И если лекарственный препарат ещё не зарегистрирован в стране, то порой единственный шанс оказать реальную помощь больному – включить его в исследование.

Более того, не могу не сказать, что впервые в нашей стране Российскому онкогематологическому обществу удалось получить разрешение на проведение оригинального, одобренного международным комитетом научного клинического исследования ибрутиниба у особой категории больных хроническим лимфолейкозом.

– **Насколько новые препараты доступны больным?**

– Химиотерапия начала применяться в онкологии с 1946 г. Но за последующие полвека не было создано ничего принципиально нового. Мы «топтались на одном месте», варьируя всевозможные комбинации из двух-трёх десятков химических агентов. Некоторые из этих схем не утратили своей ценности до настоящего времени. Однако тот темп, с которым сейчас появляются новые препараты, невозможно ни с чем сравнить. Каждый год появляется минимум 10 новых молекул, которые начинают изучаться в онкологии.

Надо быть реалистами. Разработка нового лекарства – очень дорогостоящий процесс,

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 85 (1937)

Хронический парапроктит (свищ заднего прохода, свищ прямой кишки) – хронический воспалительный процесс в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке, сопровождающийся формированием свищевого хода. Хотя хронический парапроктит может быть симптомом ряда специфических состояний, большинство наблюдений относят к так называемым неспецифическим, идиопатическим или криптогенным свищам. Примерно 95% больных со свищами прямой кишки связывают начало заболевания с перенесённым острым парапроктитом. Заболеваемость свищами прямой кишки составляет 2 наблюдения на 10 тыс. населения в год.

Эпидемиология

Распространённость заболевания – 9 на 100 тыс. населения. Наиболее часто свищи прямой кишки выявляют в возрасте от 20 до 50 лет. Мужчины страдают несколько чаще, чем женщины, примерное соотношение 2 : 1.

Общую заболеваемость анальным свищом трудно оценить, как сложно оценить и её экономические последствия. Для большинства пациентов с простыми свищами время развития болезни от момента формирования острого парапроктита до последующего формирования свища может быть относительно коротким. Тем не менее нередко пациенты со сложными свищами болеют годами, перенося множество повторных операций, начинают страдать недержанием и в конце концов стойко теряют трудоспособность.

Этиология и патогенез

Предрасполагающими факторами возникновения гнойного процесса в параректальной клетчатке являются: ослабление местной и гуморального иммунитета при истощении, алкоголизме, вследствие острой или хронической инфекции (ангина, грипп, сепсис); сосудистые изменения при сахарном диабете, атеросклерозе; функциональные нарушения (запор, понос); наличие геморроя, трещин заднего прохода, криптита и др.

Анатомическая граница между прямой кишкой и анальным каналом проходит по аноректальной линии. На этом уровне находятся морганиевы крипты – кармашки, дно которых располагается примерно на границе верхней и средней трети анального канала. На дне крипт открываются выводные протоки анальных желёз, которые в основной массе локализируются в толще внутреннего сфинктера. Анальные железы представляют собой каналы, в которые проникает инфекция из просвета прямой кишки. Закупорка протока железы приводит к формированию острого парапроктита.

В 30-50% наблюдений после острого парапроктита у больных формируется свищ прямой кишки. Формированию свища прямой кишки предшествует простое вскрытие и дренирование абсцесса без ликвидации входных ворот инфекции. Через область поражённой анальной крипты или через входные ворота другой этиологии (травма) происходит постоянное инфицирование параректальных тканей из просвета кишки. При этом поражённая крипта является внутренним отверстием свища.

Наружное свищевое отверстие наиболее часто располагается на коже перианальной области, промежности, ягодичной области, во влагалище или свищ может быть неполным внутренним, то есть заканчивается слепо в мягких тканях. Гнойный ход окружается стенкой из соединительной ткани. Происходит постепенное формирование свища, по ходу которого в клетчатке, при недостаточном хорошем дренировании, могут формироваться инфильтраты и гнойные полости.

Свищи прямой кишки могут быть и другой этиологии:

- посттравматические, в том числе послеоперационные;
- свищи, дренирующие параректальные кисты;
- свищи при болезни Крона и т.д.

Классификация

Свищ заднего прохода и прямой кишки может быть:

- полным (есть внутреннее и наружное свищевое отверстие);
- неполным внутренним (наружного отверстия нет, есть только внутреннее).

По локализации внутреннего отвер-

ствия в анальном канале или прямой кишке выделяют: задний, передний и боковой свищи.

В зависимости от расположения свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода

выделяют: интрасфинктерный, трансфинктерный, экстрасфинктерный.

Экстрасфинктерные свищи по сложности делятся на 4 степени:

- 1-я степень – внутреннее отверстие узкое, без рубцов вокруг него, нет гноя и инфильтратов в клетчатке, ход достаточно прямой;
- 2-я степень – в области внутреннего отверстия имеются рубцы, но нет воспалительных изменений в клетчатке;
- 3-я степень – внутреннее отверстие узкое без рубцового процесса вокруг, но в клетчатке имеется гнойно-воспалительный процесс;
- 4-я степень – внутреннее отверстие широкое, окружено рубцами, в параректальной клетчатке воспалительные инфильтраты или гнойные полости.

Отдельно выделяются свищи прямой кишки высокого уровня, при которых внутреннее свищевое отверстие расположено выше зубчатой линии, в нижеампулярном отделе прямой кишки.

Диагностика

К основным клиническим симптомам свища заднего прохода и прямой кишки относятся наличие наружного свищевого отверстия на коже перианальной области, промежности или ягодичной области, серозные, гнойные или сукровичные выделения из наружного свищевого отверстия, периодически возникающий болезненный инфильтрат в перианальной области, промежности, чаще всего расположенный в области наружного свищевого отверстия, дискомфорт, боли в области заднего прохода. При наличии обострения гнойно-воспалительного процесса в параректальной клетчатке возможно появление общих воспалительных симптомов, таких как повышение температуры тела и лихорадка.

Интрасфинктерные свищи – составляют примерно 25% всех свищей прямой кишки. Также данные свищи называются подкожно-подслизистыми. Свищевой ход, как правило, бывает прямым, рубцовый процесс не выражен, давность заболевания обычно небольшая. Наружное свищевое отверстие чаще всего локализуется вблизи от ануса, внутреннее может быть в любой из анальных крипт.

Диагностика этого вида свищей достаточно проста. Пальпация перианальной области позволяет определить свищевой ход в подслизистом и подкожном слое.

Зонд, введённый в наружное свищевое отверстие, обычно свободно проходит в просвет кишки через внутреннее отверстие или подходит к нему в подслизистом слое. Проба с красителем (метиленовым синим) у больных с таким свищом обычно бывает положительной. Функция сфинктера сохранена.

Трансфинктерные свищи – встречаются наиболее часто, составляют 45%. Причём отношение свищевого хода к наружному жому может быть разным. Ход может идти через подкожную, поверхностную или ещё выше – через глубокую порцию.

При низких трансфинктерных свищах ход определяется в мягких тканях в виде плотного тяжа, идущего от наружного свищевого отверстия к передней, задней или боковой стенке анального канала. Чем выше по отношению к сфинктеру расположен ход, тем чаще встречаются не прямые, а разветвлённые ходы. Чаще в клетчатке обнаруживаются полости затёков, сильнее выражен рубцовый процесс

в тканях, окружающих ход, в том числе и в сфинктере.

Экстрасфинктерные свищи встречаются в 15-20% наблюдений. Свищевой ход располагается высоко, как бы огибает наружный сфинктер, но внутреннее отверстие находится в области крипт, то есть ниже. Такие свищи, как правило, образуются вследствие острого пельвиоректального и ретроректального парапроктита. Для них характерно наличие длинного извитого хода, часто по ходу свища обнаруживаются гнойные затёки и рубцы. Нередко очередное обострение воспалительного процесса приводит к образованию новых свищевых отверстий.

Иногда воспалительный процесс переходит из клетчаточного пространства одной стороны на другую и возникает подковообразный свищ. Подковообразный свищ может быть как задним, так и передним. Проба с красителем у данной категории больных не всегда является положительной, при зондировании определяется глубокий свищевой ход, чаще всего идущий параллельно прямой кишке. В область внутреннего свищевого отверстия, как правило, конец зонда не проникает.

При трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки обследование больного необходимо дополнять фистулографией, эндоректальной ультрасонографией, магнитно-резонансной томографией для определения порции сфинктера, через которую проходит свищ, локализации внутреннего свищевого отверстия, оценки расположения гнойных полостей, а также для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, при которых может появляться свищевой ход и свищевое отверстие.

Диагноз выставляется на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных изменений, выявляемых при ультразвуковом и/или рентгенологическом исследованиях. Для этого врачу необходимо провести **обязательные методы исследования при наличии свища заднего прохода или прямой кишки:**

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни;
- наружный осмотр перианальной и крестцово-копчиковой области (определение локализации патологического процесса);
- исследование анального рефлекса;
- пальпацию с определением наличия или отсутствия инфильтративных изменений мягких тканей в области свищевых отверстий, по ходу свища;
- пальцевое исследование анального канала и прямой кишки с оценкой функ-

ционального состояния запирающего аппарата прямой кишки, локализации внутреннего свищевого отверстия, наличия сопутствующих заболеваний анального канала и прямой кишки, наличия параректальных инфильтратов;

- зондирование хода для выяснения расположения свищевого хода по отношению к анальному каналу и прямой кишке, оценки степени вовлечённости мышечных структур сфинктера, наличия полостей затёков по ходу свища;

- пробу с красителем для выявления сообщения наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки, окрашивания дополнительных свищевых ходов и полостей;

- аноскопию для визуализации внутреннего свищевого отверстия;

- ректороманоскопию с целью диагностики сопутствующих заболеваний прямой и сигмовидной кишки.

Дополнительные исследования при наличии свища заднего прохода или прямой кишки:

- фиброколоноскопия (оценка наличия или отсутствия сопутствующих изменений толстой кишки, воспалительных изменений, характерных для болезни Крона и язвенного колита);

- фистулография (метод выбора при свищах прямой кишки с наличием полостей затёков в параректальных клетчаточных пространствах, высоко расположенном внутреннем свищевом отверстии, подковообразных, рецидивных экстрасфинктерных свищах, дифференциальной диагностике между свищом прямой кишки и параректальной кистой);

- ультрасонография ректальным датчиком, в том числе трёхмерная (метод выбора для оценки расположения свищевого хода по отношению к анальному сфинктеру, уточнения расположения внутреннего свищевого отверстия, диагностики параректальных и межсфинктерных затёков, выявления дополнительных свищевых ходов, оценки расположения свищевого хода при неполных внутренних свищах прямой кишки);

- компьютерная томография малого таза и промежности (метод выбора при диагностике пельвиоректальных затёков, для оценки расположения свищевых ходов и полостей у пациентов с перианальными осложнениями при болезни Крона);

- магнитно-резонансная томография малого таза (наряду с ультразвуковым исследованием ректальным датчиком является методом выбора для оценки расположения свищевого хода по отношению к анальному сфинктеру, уточнения локализации внутреннего свищевого отверстия, диагностики параректальных и межсфинктерных затёков, выявления дополнительных свищевых ходов);

- исследование функционального состояния замыкательного аппарата прямой кишки (показано перед операцией у больных с изначальными нарушениями функции анального сфинктера, у больных, ранее оперированных по поводу свища заднего прохода или прямой кишки, у больных, которым предстоит операция по поводу трансфинктерного свища, захватывающего более 30% сфинктера, экстрасфинктерного свища или свища высокого уровня).

Дифференциальная диагностика начинается с исключения воспалительных заболеваний кожи и мягких тканей, которые не имеют связи с анальным каналом и прямой кишкой. Кроме того, дифференциальный диагноз проводится:

- со специфическими инфекциями (туберкулёз, актиномикоз);
- воспалительными заболеваниями кишечника с перианальными осложнениями (болезнь Крона, язвенный колит);
- параректальными кистами, тератомами;

● хроническим воспалением эпителиального копчикового хода;

● хроническим остеомиелитом костей таза.

При туберкулёзе лёгких, кишечника нельзя исключать и банальные свищи прямой кишки. Подозрение на специфический процесс вызывают случаи, когда из свищей обильно выделяется жидкий гной, а при гистологическом исследовании обнаруживаются многочисленные сливающиеся гранулёмы с казеозным некрозом.

Редко, но бывает озлокачествление свища прямой кишки, при этом выделения из него становятся кровянистыми с примесью слизи. Надёжным методом диагностики является цитологическое исследование соскоба из свищевого хода, причём соскоб лучше делать из глубокой части хода, а не из области наружного отверстия.

Лечение

Возможности Клиник Самарского государственного медицинского университета (главный врач – профессор И.Лосев) позволяют проводить полный цикл комплексного лечения и медицинской реабилитации пациентов со свищами прямой кишки, включающий работу консультативной поликлиники, диагностических служб, стационарных отделений – колопроктологического (клиника и кафедра госпитальной хирургии) и восстановительной терапии.

Единственным радикальным методом лечения свищей прямой кишки является хирургический.

Лишь тяжёлые заболевания различных органов и систем в стадии декомпенсации являются противопоказанием к выполнению оперативных вмешательств. Если удаётся добиться улучшения состояния после проведённого лечения, то операция становится возможной.

Сроки выполнения радикальной операции определяются в основном клиническим течением болезни. Большинство больных оперируются в плановом порядке. При обострении хронического парапроктита с формированием абсцесса операция проводится, как и при остром парапроктите, в неотложном порядке.

Откладывать радикальное лечение надолго нецелесообразно, потому что обострение может повториться, воспалительный процесс с последующим рубцеванием стенки анального канала, сфинктера и параректальной клетчатки может привести к деформации анального канала и промежности и развитию недостаточности анального сфинктера.

Виды операций при свищах прямой кишки:

- иссечение свища в просвет прямой кишки;
- иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием затёков;
- иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием анального сфинктера;
- иссечение свища с проведением эластичной лигатуры;
- иссечение свища с перемещением слизисто-подслизистого, слизисто-мышечного или полнослойного лоскута прямой кишки в анальный канал.

Метод операции в основном определяется с учётом локализации свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода; степени развития рубцового процесса в стенке кишки, области внутреннего отверстия и по ходу свища и наличию гнойных полостей и инфильтратов в параректальной клетчатке.

Хирургическое лечение интрасфинктерных и трансфинктерных свищей, захватывающих дистальную 1/3 наружного сфинктера

1. Рассечение или иссечение свища в просвет кишки.

Факторами риска развития анальной инконтиненции после рассечения или иссечения свища в просвет кишки являются: наличие признаков недостаточности анального сфинктера в предоперационном периоде, рецидивный характер свища, женский пол, свищи, захватывающие более 30% наружного сфинктера, а также пациенты, ранее перенёвшие операции по поводу заболевания заднего прохода и промежности.

2. Метод лечения свищей путём введения в свищевой ход фибринового клея.

Имеет несколько преимуществ: простая техника вмешательства, возможность повторного выполнения процедуры, отсутствие повреждающего влияния на мышечные структуры промежности.

Методика обладает преимуществом у пациентов с высоким риском развития недостаточности анального сфинктера или с уже имеющейся анальной инконтиненцией. Однако при выборе метода лечения интра- и трансфинктерных свищей, захватывающих небольшую порцию анального сфинктера, способ значительно уступает операции рассечения или иссечения свища в просвет кишки, при которой риск развития нарушения функции запирающего аппарата прямой кишки также является низким.

Хирургические вмешательства при трансфинктерных свищах, захватывающих более 1/3 наружного сфинктера и экстрасфинктерных свищей прямой кишки

1. Лечение свищей путём введения в свищевой ход фибринового клея.

2. Лечение свищей с помощью герметизирующих тампонов.

Герметизирующие тампоны из биологического материала (подслизистая основа кишки свиньи, межклеточный матрикс дермы, биологически совместимые искусственные материалы – полигликоевая кислота) используются для лечения свищей прямой кишки с целью закрытия внутреннего свищевого отверстия с последующим заживлением свищевого хода.

3. Метод иссечения свища с проведением лигатуры при хирургическом лечении свищей заднего прохода и прямой кишки имеет два основных варианта. При наличии острого или хронического гнойно-воспалительного процесса в области свища лигатура может выполнять функцию дренирования с последующим формированием прямого свищевого хода с чётко отграниченными стенками.

«Дренирующая» лигатура, как правило, накладывается на срок 6-8 недель. Данный вариант проведения лигатуры является первым этапом перед радикальным хирургическим лечением свища. Вторым вариантом является проведение лигатуры (шёлковой или латексной) с целью постепенного рассечения свищевого хода и волокон сфинктера путём периодического затягивания лигатуры. Медленное рассечение мышечных волокон сфинктера лигатурой препятствует их расхождению, что направлено на профилактику развития недостаточности анального сфинктера в послеоперационном периоде. Ухудшение функции анального держания при использовании лигатурного метода, по литературным данным, колеблется от 0 до 54% и чаще встречается при использовании «пересекающей» лигатуры. При этом наиболее часто у пациентов отмечается недержание газов, чем жидкого и оформленного стула. Использование лигатуры является эффективным методом и может применяться для лечения чрессфинктерных свищей, захватывающих более 50% наружного сфинктера и экстрасфинктерных свищей прямой кишки, в особенности в тех случаях, когда с помощью других методов не удаётся добиться хорошего результата.

4. Метод лечения свищей с помощью перевязки и пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT) заключается в перевязке и пересечении части свищевого хода, проходящей в межсфинктерном пространстве.

В связи с небольшим числом исследований относительно данного варианта хирургического лечения свищей заднего прохода и прямой кишки в настоящее время уровень доказательности приведённых данных оценить невозможно.

5. Метод иссечения свища с ушиванием сфинктера заключается в иссечении свищевого хода с пересечением порции сфинктера, через которую идёт свищ, и последующим ушиванием концов пересечённой части жома. Частота хороших результатов после иссечения свища, с ушиванием сфинктера в среднем составляет 60-80% и сопоставима с результатами других методик.

В связи с достаточно высоким риском развития анальной инконтиненции после данной операции пациенты должны быть

заранее предупреждены о характере хирургического вмешательства, возможных последствиях и осложнениях.

6) Иссечение свища с низведением лоскута стенки прямой кишки является сфинктеросохраняющей операцией, при которой производится иссечение свищевого хода, мобилизация лоскута стенки прямой кишки (лоскут может состоять из слизистой оболочки, слизисто-подслизистого слоя или может быть полностенным) протяжённостью, достаточной для закрытия внутреннего свищевого отверстия. Путём низведения лоскута и подшивания его края к коже перианальной области происходит закрытие внутреннего свищевого отверстия.

Лечение свищей заднего прохода и прямой кишки, связанных с болезнью Крона

Перианальные поражения при болезни Крона встречаются в 40-80% случаев. Выбор метода лечения свища прямой кишки при болезни Крона является сложной задачей и требует индивидуального подхода.

Как правило, лечение свищей на фоне болезни Крона начинается с консервативных мероприятий на фоне терапии основного заболевания. В 90% случаев применение антибактериальных препаратов, метронидазола способствует уменьшению выраженности перианальных поражений. По отдельным данным литературы, использование в терапии 6-меркаптопурина, циклоспорина также способствует уменьшению выраженности воспалительного процесса при наличии свищей прямой кишки на фоне болезни Крона.

Применение инфликсимаба и других препаратов моноклональных антител к фактору некроза опухоли способствует заживлению свищей заднего прохода и прямой кишки в среднем в 46% случаев. Несмотря на хорошие результаты консервативной терапии болезни Крона с перианальными поражениями, выбор метода лечения у каждого пациента является индивидуальным, зависит от тяжести основного заболевания, выраженности симптоматики.

Методом выбора лечения у больных с выраженной активностью воспалительного процесса в перианальной области с формированием свищей на фоне обострения болезни Крона является формирование постоянной стомы или операция, сопровождающаяся удалением поражённой прямой кишки.

1. Наличие свища заднего прохода или прямой кишки без выраженных клинических проявлений у пациентов с болезнью Крона не требует хирургической коррекции.

Свищи заднего прохода и прямой кишки на фоне болезни Крона могут быть «вторичными», то есть связанными с основным заболеванием, но также могут быть связаны с воспалительным процессом в криптоглангулярной зоне. Независимо от этиологии развития свища, при отсутствии каких-либо его проявлений, то есть бессимптомном течении, отсутствии воспалительного процесса, хирургическое лечение не требуется. В таких случаях свищ на протяжении длительного срока может не давать каких-либо симптомов, однако пациенты должны быть предупреждены о возможности выполнения операции по поводу свища в дальнейшем.

2. Методом выбора хирургического лечения при интрасфинктерных и трансфинктерных свищах, захватывающих дистальную 1/3 наружного сфинктера на фоне болезни Крона, является рассечение или иссечение свища в просвет кишки.

3. При трансфинктерных свищах, захватывающих более 1/3 наружного сфинктера, и экстрасфинктерных свищах прямой кишки, ассоциированных с болезнью Крона, требуется установка дренирующей лигатуры на срок 6 и более недель с целью адекватного дренирования гнойной полости и предотвращения закрытия наружного свищевого отверстия. По последним литературным данным, сочетанное использование дренирующей лигатуры с биологической терапией препаратом инфликсимаб позволяет добиться заживления свищевого хода у 24-78% пациентов.

Операция с низведением лоскута стенки прямой кишки может использоваться

у пациентов с высокими чрессфинктерными и экстрасфинктерными свищами на фоне болезни Крона при условии отсутствия обострения воспалительного процесса в прямой кишке. При наличии обострения воспалительного процесса в прямой кишке использование биологических препаратов может в последующем дать возможность выполнения операции с низведением лоскута.

Лечение свищей прямой кишки высокого уровня

При расположении внутреннего свищевого отверстия выше зубчатой линии – в области аноректального перехода или нижеампулярном отделе прямой кишки, при выраженных гнойно-воспалительных, инфильтративных изменениях в параректальной клетчатке и стенке прямой кишки у части пациентов требуется проведение многоэтапного хирургического лечения. В качестве первого этапа с целью отключения пассажа кишечного содержимого по прямой кишке больным выполняется формирование двустольной колостомы.

Вторым этапом после ликвидации воспалительных, инфильтративных изменений, выполняемое оперативное вмешательство по поводу свища прямой кишки (иссечение свища с низведением лоскута стенки прямой кишки). При хорошем исходе операции, заживлении раны, в качестве третьего этапа выполняется внутрибрюшное закрытие колостомы (через 2-6 месяцев).

Основными осложнениями после операции являются рецидив свища и недостаточность анального сфинктера, причинами которого могут быть как ошибки в выборе метода операции, так и технические погрешности, а также дефекты в послеоперационном ведении больного.

Во избежание этого в послеоперационном периоде пациентам, перенёвшим операцию по поводу свища прямой кишки, требуется соблюдение диеты, регулярное выполнение перевязок, заключающихся в очищении ран растворами антисептиков и нанесении на раневую поверхность мазевых основ на водорастворимой основе.

Профилактика

В настоящее время не существует каких-либо профилактических мер, которые могли бы препятствовать формированию свища заднего прохода или прямой кишки после вскрытия острого парапроктита. Возможным средством профилактики является своевременное хирургическое лечение острого парапроктита с адекватным дренированием гнойной полости и последующим контролем заживления раны.

Врачу следует убедиться, что пациенты после вскрытия острого парапроктита имеют ясное представление о возможности неполного заживления раны с последующим формированием свища или возможности рецидивирования гнойно-воспалительного процесса в параректальных тканях, кроме того, понимают всю важность своевременного извещения врача о появлении любых клинических проявлений. Также мерой профилактики развития заболевания может являться своевременное лечение сопутствующих заболеваний аноректальной зоны (геморрой, анальная трещина, криптит).

Лечение пациентов со свищами прямой кишки необходимо проводить в специализированных колопроктологических стационарах, где выполняются высококвалифицированные оперативные вмешательства, требующие знания анатомии, физиологии и применения клинического опыта.

Павел АНДРЕЕВ,
ассистент кафедры и клиники
госпитальной хирургии,
кандидат медицинских наук.

Сергей КАТОРКИН,
заведующий кафедрой и клиникой
госпитальной хирургии,
доцент, кандидат медицинских наук.

Вячеслав ИСАЕВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Самарский государственный
медицинский университет.**

Через 5 лет России желательно получить самостоятельность в ключевых сферах науки и технологий. Государство поставило такую цель, определило несколько приоритетных направлений и выделило деньги на прикладные исследования и разработки в этих секторах. Новый цикл соответствующей федеральной целевой программы (ФЦП) реализуется Министерством образования и науки РФ с начала 2014 г. и завершится в конце 2020-го.

Одно из приоритетных направлений – «Науки о жизни». Здесь отбор заявок на проведение прикладных исследований и, соответственно, на субсидии из средств ФЦП, проводит экспертная группа. В качестве экспертов приглашены ведущие российские учёные – молекулярные биологи с хорошими публикациями.

О том, какие научные проекты получают поддержку федеральной целевой программы и почему работы медиков оказываются в стопке отвергнутых, мы беседуем с руководителем экспертной группы, директором НИИ биомедицинской химии им. В.Н.Ореховича, членом-корреспондентом РАН Андреем ЛИСИЦЕЙ.

– Андрей Валерьевич, можно ли по итогам реализации федеральной целевой программы оценить изобретательский талант и предпринимательскую активность российских учёных? Кто те счастливицы, чьи проекты, имеющие отношение к наукам о жизни, одобрены и профинансированы?

– Анализируя архивы ФЦП последних лет, я с удивлением обратил внимание: часто победителями становятся вузы, причём даже не медицинские, а технические. Заявок поступает много, но критерии отбора таковы, что говорить «нет» приходится чаще, чем «да». Многие, кто стремится войти в эту федеральную целевую программу, думают, что здесь будут поддерживать любые великие научные или гуманитарные идеи. Идеи должны быть обязательно, но экспертная группа проверяет ещё очень важный момент: ты просто что-то придумал на кончике карандаша – скажем, телепортирующее устройство, вечный двигатель, – или же имеешь публикации в журналах с высоким импакт-фактором? Может быть, есть зарубежные патенты? И вот здесь начинается отсеивание, потому что у нас в области наук о жизни не так много коллективов, которые активно публикуются. А защищать свои разработки за рубежом – так это вообще нам не свойственно.

Многие и академические, и тем более вузовские коллективы споткнулись на том, что не смогли правильно оформить технические задания, либо не провели их инженерную и экономическую проработку, из-за чего реализовать техзадание невозможно: реальные затраты оказались существенно больше первоначально заявленных.

И, наконец, самое главное и, наверное, неожиданное для медицинской и научно-медицинской общественности: среди научных проектов, которые мы поддерживали, крайне мало представленных врачами или учёными-медиками.

Не нарушая границ

– Это действительно неожиданность. Разве науки о жизни не имеют отношения к медицине?

– Задача данной федеральной целевой программы – найти и поддержать технологии, которые могут иметь отношение к медицине и здоровью, но непосредственно не будут вторгаться в сферу полномочий Министерства здравоохранения РФ. То есть не надо подавать заявки на создание медицинских приборов, лекарственных препаратов и методов лечения каких-либо заболеваний, поскольку эти разработки, вполне вероятно, окажутся не поддержаны. Это есть минимум две причины.

Первая – система регистрации изделий медицинского на-

всем недавно поддерживалась Российской академией медицинских наук. Если мы начнём, используя возможности федеральной целевой программы Минобрнауки, принимать решения за Минздрав, то совершим большую ошибку.

Министерства призваны сотрудничать, но не нарушать границ функционала друг друга. Допустим, экспертная группа Министерства образования и науки РФ взяла на себя ответственность направить 120 млн бюд-

Для здоровья и ещё раз для здоровья

– Что же сейчас остаётся в разделе «Науки о жизни»?

– Стратегических векторов четыре: персонализированные постгеномные технологии – постгеномная медицина; возможность интеграции устройств и материалов с организмом; память и пластичность мозга; биоактивные субстанции.

дальше без нужды в госсредствах.

Второй сектор направления «Науки о жизни» – «Биоактивные субстанции», в частности генетические конструкции. В этой области науки Россия отстаёт лет на 5, а то и на 10. Пытаться сразу создавать свои диагностические тест-системы, а тем более лечебные технологии, абсолютно бесперспективно, мы всё равно будем в арьергарде. Наше предложение – войти на мировой биотехнологический

Из первых уст

«Не надо путать науки о жизни с медициной»

Почему федеральная целевая программа поддерживает одних учёных и отвергает других?



жетных рублей на разработку и производство эндоскопического прибора для хирургии полых органов. Тем самым научное ведомство вторглось в область деятельности Минздрава, который, вполне возможно, считает приоритетной разработку совсем другого медицинского оборудования.

Даже если мы сочтём научную идею прорывной, примем такой проект и дадим под него деньги, дальше разработчик должен будет зарегистрировать прибор или лекарство. И Минздрав на этапе регистрации оставит процесс не-

значения в России по логике данного процесса отстаёт от переднего края мировой науки лет на 15-20. И наша экспертная группа с этим уже столкнулась: авторы разработали для онкологической службы диагностическую систему, построенную на совокупности генетических маркёров. Совокупность маркёров получили одним методом секвенатора нового поколения. С точки зрения науки это, безусловно, современное решение. Но на этапе регистрации им сказали: вы эти 45 маркёров разбейте на 45 диагностических ПЦР-тестов и для каждого теста докажете чувствительность и специфичность. Между тем именно совокупность признаков патологии, выявляемых в одном диагностикуме – современный тренд, а наша регистрационная система не совсем к этому готова. Если вы хотите, чтобы наука создавала продукт, который потом одобряет регулятор в лице Росздравнадзора, вы тем самым «оттаскиваете» эту науку минимум на 15 лет назад.

Есть и вторая причина – уважение министерствами полномочий друг друга. Медицинская наука – это отдельная самостоятельная отрасль, которая поддерживается Министерством здравоохранения РФ и ещё со-

контролируемого расходования бюджетных средств, которое допущено «благодаря» экспертному мнению непрофессионалов. Непрофессионалов в том смысле, что это мнение учёных с высокими индексами Хирша, но не учёных-практиков, работающих в сфере здравоохранения. Это разные миры.

Так вот, мы продумали возможные конфигурации и пришли к выводу, что в контексте ФЦП «Исследования и разработки», которую реализует Минобрнауки России, следует отделить медицинскую науку от наук о жизни. Это не значит, что развитие медицины не является приоритетным направлением для России, просто мы с абсолютной ясностью увидели: под медицинскую науку нужна отдельная федеральная целевая программа с финансированием, которое я оцениваю в 12-15 млрд руб. в год. Сумма не запредельная для нашего государства.

Предоставьте ресурс Минздраву, и это ведомство распорядится им разумно, ведь там работают компетентные специалисты с современным кругозором. Тогда науки о жизни начнут работать на медицинские задачи, а не натужно придумывать, что бы такого полезного сделать для медиков.

– Но ведь это направления самой настоящей медицинской науки...

– Да, сектор «Постгеномная медицина» ассоциируется с такими проблемами, как резистентность опухолей и инфекций к лечению, канцерогенез, нарушения иммунной системы, старение. Именно на этих моделях постгеномные исследования должны показать свою эффективность. Но постгеномные технологии – это то, что вряд ли станет зарегистрированным медицинским продуктом, поскольку геномы, по определению, персонализированные, а не стандартизованные. Какую систему медицинских стандартов ни разрабатывай – природу не обманешь.

Проект, целью которого заявлено снижение заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний или выбор индивидуальной химиотерапии, не будет соответствовать концепции федеральной целевой программы. Потому что это задача Минздрава, в составе которого планируется создание центров персонализированной медицины ФМБА. Я уверен, что полномасштабная геномика как направление медицинских исследований там даст лучшие результаты, чем во многих известных зарубежных центрах, и тем более лучшие, чем можно получить в вузах или НИИ.

С другой стороны, проект по расшифровке геномов опухолей и выявлению мутаций, специфичных для российской популяции, целиком соответствует концепции. Потому что в данном случае результатом станет не лечебная технология, которую нужно регистрировать в Росздравнадзоре, а верифицированная база данных специфических мутаций, то есть инструмент для решения кинических задач. Таким образом, будет создан результат, не вмещающийся в сферу полномочий профильного министерства. Но тут разработчик получает финансирование из средств ФЦП только на техническое решение, обеспечивающее экспоненциальный рост данных. Это означает, что бюджетные средства должны сработать как «электрический стартер», а далее от него должен заработать «двигатель внутреннего сгорания», который потащит проект

рынок с реагентами для научных исследований, но не для медицинской диагностики.

Поясню, что имеется в виду. Мы не можем с помощью генетических конструкций создать наборы для диагностики и лекарственных препараты, потому что цикл их разработки не уложится в 2-3 года и 90 млн руб. по формату ФЦП. Однако мы можем вести речь о создании оригинальных реагентов, необходимых для разработки таких тест-систем. Например, наборы антител для детекции цитокинов. За рубежом они есть, но ты придумай технологию, которая позволит производить их в России в 10 раз дешевле и при этом с сопоставимой точностью. Тогда страна сможет выйти не только на внутренний, но и на внешний рынок с высокотехнологичными биотехнологическими продуктами.

Если же мы дадим деньги на разработку диагностикомов, что с нашей точки зрения может показаться важным, не исключено, что Минздрав потом откажет в регистрации этому изделию, потому что, например, для врачей лучше работать с уже изученными импортными наборами.

– Следующий сектор – «Интегрируемость». Что за этим словом?

– Различного рода гаджеты и программы, которые собирают физиологические параметры организма, передают их в единую систему хранения данных, анализируют и выдают рекомендации каждому человеку в зависимости от его личных результатов. Вот устройства, которые фактически решают медицинские задачи, но формально не являются изделиями медицинского назначения и не требуют регистрации. А главное – есть огромный интерес к ним со стороны населения. К примеру, монитор сна, браслет-шагомер, ЭКД-датчик для регистрации параметров работы сердца в пиковые нагрузки: во время спортивных соревнований, во время психологического стресса и т.д. Это группа здоровьесберегающих технологий, а не технологий, подхватывающих человека уже в том состоянии, когда хирурги решают, что ему делать – стентирование или АКШ?

– Но ведь такие приборы существуют, не станут ли наши

гаджеты прямыми аналогами зарубежных?

– Не станут. Есть много места для совершенствования этих устройств. Сделав шаг, можно будет позиционировать себя на рынке уже с более выгодных позиций. Пример: вот прибор известной марки для измерения количества шагов и съеденных калорий, а наш, российский, дополнительно измеряет уровень стресса методом гальванометрии кожи.

Продуктивных идей в данном разделе нам представлено немало, но не все оказались жизнеспособными. Например, мы запустили проект одного из вузов – внутрисосудистый измеритель артериального давления, и тут всплыла системная рос-

предложения, но не связанные с медициной.

– Например, что?

– Нейродегенеративные заболевания – не только медицинская, но и большая социальная проблема. Вокруг социальной проблемы всегда возникает необходимость и возможность создания сетевых сообществ людей, которые ухаживают за такими больными и, связанные общим горем, нуждаются в коммуникациях друг с другом. Также сетевые технические решения позволяют этим людям собирать информацию по данной проблематике, что, в свою очередь, может стать субстратом для фармкомпаний при планировании маркетинговых программ, может подвинуть к созданию

Кагры

Особая дорога к врачеванию

Создаётся системный подход: школа – университет – клиника

Когда говорится о непрерывном образовании, то имеется в виду не столько организационное объединение образовательных учреждений – вузов, школ, колледжей и т.д., сколько принятие единой политики, взаимосвязанных подходов к проблемам образования для всех возрастных групп. Смысл непрерывного образования заключается, с позиций личности, в возможности получения знаний каждым человеком в соответствии со своими индивидуальными возможностями и способностями. Большое значение сегодня стало придаваться профориентации школьников на социально значимые профессии.

Довузовская подготовка школьников в системе медицинский вуз – школа может гарантировать обучение на опережение и стать тем звеном в цепи непрерывного образования, которое определяет идеологию подготовки медицинских кадров. Сегодняшняя подготовка медиков зачастую не отвечает реальной практике, а кадровые ресурсы практически не регулируются рационально. В связи с этим остро встал вопрос создания системы непрерывного медицинского образования, которая должна целенаправленно стремиться к обеспечению профессиональными ресурсами медицинской отрасли. Принятый Закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и «Закон об образовании в РФ» приносит свои плоды. Так в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова была сформирована и успешно реализуется программа образовательно-кадрового континуума в здравоохранении. Модель школы – вуз является важным условием для формирования профессиональной ориентации молодёжи. При поддержке Департамента образования Москвы реализуется проект «Медицинский класс в московской школе». В этом плане правительство Москвы активно содействует вузам, создавая такие профильные классы в школах. «Впервые мы приняли решение о создании профильных медицинских классов в школах, для того чтобы как можно большему количеству ребят рассказать о медицинском образовании, подготовить их к этой стезе», – подчеркнул мэр Москвы Сергей Собянин.

Если 4 года назад Первый МГМУ им. И.М.Сеченова проводил совместную работу с 10 школами Москвы, то сегодня в этом проекте участвует 63 школы и более 100 классов. В 2011 г. у выпускников профильных медицинских классов средний балл ЕГЭ был 82, в этом году он достиг 94. «Главная задача медицинских классов в школах – стать ресурсными центрами в системе довузовской профильной подготовки школьников. Это даст возможность профессионально ориентировать школьников для поступления в медицинский университет, под-

готовить к успешному обучению в нём», – сказала Татьяна Воробьева, директор лицея № 1535, на базе которого организованы такие классы. Сегодня к этому проекту подключается всё больше медицинских вузов в регионах, система стала реализовываться на всей территории РФ. Следующий важный этап в цепи образовательного континуума – образование студента в медицинском вузе. Появление высоких технологий в медицине ставит перед системой медицинского образования необходимость разработки новых подходов к подготовке специалистов. На передний план выходят симуляционные технологии обучения, которые дополняют традиционное обучение у постели больного. Сейчас здравоохранение России активно модернизируется, закупается «тяжёлая» медицинская техника. В медицинских вузах организовываются университетские виртуальные клиники. Учебно-тренировочные лаборатории, роботические тренинговые программы для специалистов, претендующих на выполнение эндоскопических и роботизированных вмешательств. Но все эти новшества сами по себе не смогут решить глобальную задачу – повысить уровень и качество медицинской помощи. Для формирования эффективной системы непрерывности необходимым является инфраструктурная преемственность образовательной составляющей университета и реальной клинической практики. Вопрос в необходимости создания университетских клиник стал насущным и необходимым. На сегодня к работе приступили 25 университетских клиник: университетская клиника гнойной хирургии, ран и раневой инфекции в городской клинической больнице № 64; университетская клиника педиатрии и инфекционных болезней в детской городской клинической больнице № 9 им. Г.Н.Сперанского; университетская клиника инфекционных болезней в городской инфекционной клинической больнице № 2; университетская клиника кардиологии в городской клинической больнице № 1 им. Н.И.Пирогова; университетская клиника общей хирургии и хирургической инфекции в городской клинической больнице № 23 им. Медсантруд и др.

Одновременно наиболее опытные врачи-практики городских больниц и поликлиник принимаются в штат кафедр медицинских университетов. Это позволяет им участвовать в научной и образовательной деятельности, в том числе передавать свой опыт и знания студентам – будущим медикам. Директор университетской клиники гнойной хирургии ГКБ № 64 Владимир Глабай пояснил: «Основные мои обязанности как директора клиники – возглавлять консилиумы у постели тяжёлых и диагностически сложных больных. В университетской хирургической клинике директор встает к операционному столу при возникновении нештатной ситуации, ему принадлежит одна из

ключевых ролей при проведении заседаний врачебной комиссии и комиссии по изучению летальных исходов. Вместе с сотрудниками мы формируем поток пациентов в медицинскую организацию, что приобретает особое значение в условиях одноканального финансирования. На мой взгляд, также директор университетской клиники не может и не должен брать на себя функции главного врача или заместителя по лечебной работе».

Совсем недавно разрешилась проблема допуска профессорско-преподавательского состава к медицинской практике для всех медицинских вузов. В настоящее время Государственная Дума РФ одобрила новую редакцию статьи 69 Федерального закона № 323 и № 273, которая закрепляет законодательно право на осуществление медицинской деятельности профессорско-преподавательского состава. Пётр Глыбочко, ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, по этому поводу дал комментарий: «Законодательное закрепление права на осуществление медицинской деятельности не определяет механизм решения. В этой связи нами был разработан типовой пакет регламентирующей документации для организации университетской клиники Москвы. Принципиально данный механизм предусматривает трудоустройство сотрудников кафедр на условиях внешнего совместительства в штат медицинских организаций и, соответственно, приём работников медицинских организаций в штат университета, что позволяет избежать нежелательных правовых коллизий. Предлагаемая модель помогает решать главные задачи – оказание качественной медицинской помощи нашим пациентам и повышение качества подготовки врачей и студентов». Многие основополагающие принципы организации университетской клиники Первым МГМУ им. И.М.Сеченова уже успешно реализуются при поддержке правительства Москвы в университетском клиническом центре, насчитывающем 3 тыс. коек. В 2010-2011 гг. были введены в действие организующие приказы, регламентирующие работу кафедральных сотрудников в клиниках, закрепляющие за заведующими кафедрами статус директоров клиник и собственно придающие статус кафедрам. Такой системный подход – школа – университет – клиника – сможет создать в стране эффективную непрерывную и саморегулирующую систему образовательно-кадрового континуума в здравоохранении, а медицинские университеты станут целостными, многоуровневыми комплексами профессионального образования, что соответствует стандартам обучения, максимально близким к международным. А фактически – приближаться к тому, чтобы давать студентам такой уровень знаний, чтобы их дипломы соответствовали международным.

Павел АЛЕКСЕЕВ.



сийская проблема: выяснилось, что в стране нет конструкторов и инженеров, которые могли бы такой прибор собрать. Физические принципы понятны, технологическая схема существует, а реализовать идею в железе не получилось. И проект, к сожалению, пришлось остановить.

– Последняя среди приоритетных научных задач – «Мозг». Мы устремились вслед за другими странами разгадывать его тайны. А для чего?

– Исследование свойств мозга позволяет если не наверстать, то хотя бы не увеличить отставание российской науки от международного уровня. В основу этого стратегического направления положены понятия «память» и «пластичность». Есть запрос к учёным на создание инструментов для исследования механизмов формирования памяти и когнитивных процессов, а также механизмов управления работой живого мозга, чтобы затем создавать мозго-машинные интерфейсы. К примеру, позволить человеку усилиями мысли переключать каналы телевизора, передать на экзоскелет команду: «Сделай шаг правой ногой». Сегодня на рынке уже представлены нейроинтерфейсы глаз-мозг-компьютер для игровых приставок и для управления «умным домом».

Кроме того, считывание активности мозга может иметь решающее значение при оценке качества подачи рекламного аудио- и видеоматериала, при ускоренном обучении иностранным языкам, при подготовке групп быстрого реагирования.

В разделе «Мозг» есть также сектор нейродегенеративных заболеваний. Это, пожалуй, та научная область, в которой у России исторически сложился хороший опыт. И мы готовы рассмотреть от изобретателей

новых методов лечения. В нашей стране эта ниша пока не занята.

Пример зарубежной разработки нейроинтерфейса – диагностика ранних стадий нейродегенеративных нарушений на основании информации о контакте человека с его мобильным телефоном. Не по крови, не по ЭЭГ, а по движениям пальцев! Приложение установлено в телефон, информация собирается в течение нескольких лет и при появлении первых признаков даёт сигнал. Признак заболевания – у человека начинает дрожать рука, он не может с первого раза открыть записную книжку в мобильнике, дольше ищет нужный номер телефона, чаще звонит «не туда».

– Хоть один подобный российский проект есть?

– Один появился в 2015 г., даже контракт ещё не заключён. Честно говоря, мы приняли его как чисто научный, не особо надеясь на практический результат. Но вдруг получится? Должен отметить, что ребята очень профессионально взялись за дело. Всего к настоящему времени принято 152 заявки на исследование по приоритетному направлению «Науки о жизни». Получили деньги и уже работают над реализацией своих идей около 80 коллективов.

Что же касается проектов по созданию методов диагностики и лечения, медицинских проборов и лекарств, я надеюсь, они найдут поддержку, как только два федеральных ведомства – здравоохранения и образования/науки – достигнут консенсуса. Все понимают, что медицинская наука стране нужна, но для проведения и реализации таких научных разработок необходим госзаказ Минздрава России, чтобы работа учёных не оказалась впусую.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Москва.

В последние годы количество пациентов с сахарным диабетом 2-го типа неуклонно растёт. На сегодняшний день им страдают 382 млн людей в мире, и к 2035 г. по прогнозам этот показатель вырастет до 592 млн.

Согласно Атласу Всемирной диабетической ассоциации за 2013 г. и данным ВОЗ, 5 млн 100 тыс. человек в мире и 66 тыс. человек в России погибают ежегодно от осложнений, связанных с сахарным диабетом. По прогнозам ВОЗ, в последующие 10 лет общее число случаев смерти от сахарного диабета увеличится более чем на 50%. Управление этим заболеванием представляет серьёзную проблему и для врача, и для пациента. Поэтому информирование пациентов о правильном образе жизни, а врачей – об инновационных подходах к терапии остаётся крайне важной задачей.

Не навредить сердцу

Известно, что сердечно-сосудистые заболевания и осложнения часто встречаются у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД2) и являются причиной почти половины летальных исходов у них. Примерно у 80% пациентов с данным диагнозом наблюдается артериальная гипертензия, у 69% – дислипидемия, у 50–75% – диастолическая дисфункция, у 12–22% – хроническая сердечная недостаточность.

– Это необходимо учитывать при выборе терапии СД2, отдавая предпочтение препаратам, не увеличивающим риск сердечно-сосудистых заболеваний, – отметил на недавней встрече с журналистами столицы заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии Российской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Александр Аметов. – Сахарный диабет 2-го типа тесно взаимосвязан с сердечно-сосудистыми заболеваниями: они встречаются у пациентов с таким диагнозом в 2–5 раз чаще, чем у людей без диабета. Поэтому терапия, направленная на достижение гликемического контроля, может способствовать снижению риска сердечно-сосудистых осложнений. Важным при выборе терапии является также назначение препаратов, чья сердечно-сосудистая безопасность подтверждена результатами крупных международных клинических исследований, таким, как, например, ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4).

Изменение образа жизни наряду

Проблемы и решения

Диабетом можно управлять!

В этом уверены ведущие специалисты, занимающиеся данным заболеванием



с медикаментозным лечением играет огромную роль в терапии пациентов с СД2. Эффективное управление заболеванием невозможно без правильного рационального питания, физических нагрузок и коррекции других факторов сердечно-сосудистого риска.

Контроль и ещё раз контроль

В настоящее время существуют различные классы препаратов для лечения пациентов с СД2, которые позволяют эффективно контролировать гликемию. По словам А.Аметова, можно выделить три класса инновационных неинсулиновых препаратов для лечения СД2: ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортёра 2-го типа (SGLT2), ингибиторы ДПП-4 и агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида (ГПП-1). Они имеют различные механизмы действия, которые способствуют снижению уровня глюкозы в крови и достижению гликемического контроля.

Некоторые из них, например ингибиторы SGLT2, снижают не только показатели гликемии; их применение сопровождается клинически значимым и устойчивым снижением массы тела, что имеет огромное значение при терапии СД2, поскольку большинство таких пациентов имеют либо избыточную массу тела, либо ожирение.

Ингибиторы ДПП-4 повышают

выброс инсулина и снижают уровень глюкагона в зависимости от концентрации глюкозы в крови. Такой механизм действия, называемый глюкозозависимым, позволяет добиваться целей лечения без увеличения риска гипогликемии, которые могут приводить к тяжёлым последствиям для пациентов с СД2. Важное преимущество данных ингибиторов – доказанное отсутствие повышения риска нефатального инфаркта миокарда, нефатального инсульта и сердечно-сосудистой смерти.

Применение агонистов ГПП-1 позволяет эффективно контролировать постпрандиальную гликемию, поэтому в ряде случаев этот класс препаратов может быть альтернативой инсулину короткого действия, когда речь идёт о добавлении их к базальному инсулину. Есть данные, свидетельствующие о том, что добавление агонистов ГПП-1 к базальному инсулину не уступает по эффективности коротким инсулинам, но обладает при этом такими преимуществами, как отсутствие негативного влияния на массу тела и необходимость подбора дозы, низкий риск гипогликемии, более высокая удовлетворённость результатами лечения у пациентов с СД2.

Несмотря на достижения науки, до сих пор около половины пациентов с СД2 не достигают целевого уровня гликемического контроля, что обусловлено

как прогрессирующим течением самого заболевания, так и зачастую низкой приверженностью пациентов к лечению, которая объясняется, в том числе, и такими побочными эффектами некоторых методов терапии, как гипогликемия и увеличение массы тела. Поэтому разработка и внедрение в клиническую практику новых препаратов для лечения СД2 остаются по-прежнему высоко востребованными.

Профессор Аметов подчеркнул: самым важным словом, которое должно звучать во время лечения, является слово «управление». Он сравнил процесс с управлением автомобилем: если ты умеешь водить и знаешь правила, ты обязательно достигнешь пункта назначения.

Важное звено

Неотъемлемой и важной частью контроля и лечения диабета является мониторинг уровня глюкозы. Его польза доказана, как при 1-м, так и при 2-м типе заболевания, поскольку у большинства пациентов наблюдаются отклонения от целевого уровня глюкозы.

Благодаря результатам Британского проспективного исследования сахарного диабета (UKPDS) известно, что усиленный гликемический контроль может снизить риск возникновения осложнений.

Об этом рассказала врач-эндокринолог, доцент кафедры эндокринологии и диабетологии РМАПО, директор-координатор образовательных программ в рамках международной программы «Диабет» Наталья Черникова.

– Люди с сахарным диабетом должны ежедневно контролировать свою гликемию, а также избегать как гипогликемических, так и гипергликемических сдвигов, поскольку они оказывают незамедлительное воздействие на ментальное и физическое здоровье человека, – подчеркнула она.

По её словам, регулярный самоконтроль уровня глюкозы в крови, выполняемый пациентом в соответствии с программой, согласованной врачом и пациентом, является ключевым компонентом самоконтроля диабета и может повысить процент

пациентов, достигших целевого гликемического индекса.

Большинство экспертов считают, что получающие лечение инсулином пациенты должны контролировать уровень глюкозы в крови минимум 4 раза в день, чаще всего натощак, до еды и перед сном. Но польза есть и от контроля уровня глюкозы и после приёма пищи – это помогает скорректировать режим приёма инсулина.

Амбулаторный гликемический профиль (AGP – Ambulatory Glucose Profile), разработанный Международной федерацией диабета, даёт полную картину изменения уровня глюкозы в крови в течение определённого периода времени и позволяет врачу увидеть реальное состояние пациента, что необходимо для коррекции лечения.

Как же это «работает»?

– На основании концепции «Модальный день», данные об уровне глюкозы, собранные в течение нескольких дней или недель, анализируются, как если бы они возникли в течение 24 часов, и располагаются рядами вокруг медианы, – объясняет Наталья Черникова. – Так как выполнение такого анализа может быть весьма долгим и проблематичным, AGP разработан таким образом, что он способен быстро генерировать отчёт, который потом можно будет легко интерпретировать. Это даёт возможность быстро оценить стабильность и вариативность уровня глюкозы, что позволяет врачу увидеть реальное состояние пациента и соответствующим образом скорректировать его лечение.

В настоящее время система доступна в 7 странах Европы. Сейчас система проходит процедуру регистрации в России и готовится к выходу на рынок в 2016 г.

Таким образом, правильно подобранная терапия, контроль за уровнем глюкозы, профилактические меры – главные составные борьбы с заболеванием, финансовые затраты на лечение которого в 2013 г. составили примерно 548 млрд долл. (11% совокупных мировых затрат).

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Книжная полка

Руководитель пресс-центра Отделения медицинских наук РАН, ректор Академии управления, медицины и права им. С.Н.Фёдорова, главный редактор газеты «Вести медицины» известен многим российским учёным. Если бы существовала такая должность – хранитель истории медицины, то в трудовой книжке Бориса Шамильевича Нувахова она бы появилась в 1986 г. Поскольку именно тогда его назначили приказом Минздрава СССР первым директором Центрального медицинского музея АМН СССР.

Более 20 лет назад музей был преобразован в Научно-исследовательский центр РАМН, в составе которого был Институт истории медицины, Центральный музей

Это наши горы

«Дагестан многонациональный» – так называется книга профессора Бориса Нувахова

и Российский дом милосердия. В 1994 г. после защиты докторской диссертации Б.Нувахов получил звание профессора. Жизнь подарила ему уникальные встречи с выдающимися медиками, мировыми светилами науки. Ему довелось работать с президентами АМН СССР В.Тимаковым, Н.Блохиным, В.Покровским, а также с президентами РАМН М.Давыдовым, И.Дедовым, министрами здравоохранения СССР Б.Петровским, Е.Чазовым,

академиками В.Насоновой, Г.Илизаровым, С.Фёдоровым. Великие люди великой страны. Об этом Б.Нувахов вспоминает так: «Мне довелось работать с людьми, которыми можно гордиться. Таких людей нет ни в одной медицине мира».

Его перу принадлежат десятки книг по истории медицины. Но на этот раз он решил рассказать о своей Родине – Дагестане. Это особая республика, которая вмещает в себя целый мир – Вселен-

ную дружбы и взаимопонимания, проверенную временем.

– Эта книга – посвящение Родине, дань уважения к судьбам своих соотечественников, соратников, друзей, которым посчастливилось родиться на щедрой земле Дагестана, – поясняет Б.Нувахов. – Одна из глав рассказывает об известных людях Дагестана, в том числе и о врачах. Здесь размещены их биографии, упомянуты достижения и награды, отмечен вклад в разви-

тие различных сфер республики. В этом списке есть известные политические деятели, члены Правительства и Народного Собрания Дагестана, представители республики в Государственной Думе и Совете Федерации, других государственных органах власти нашей страны. Отдельно подчеркнуты заслуги Героев Советского Союза и России, Героев Социалистического Труда, имена которых золотыми буквами вписаны в историю республики. Есть и особый раздел, посвящённый знаменитым женщинам Дагестана. В новой книге я старался достигнуть главной цели – донести до читателя мои чувства к родной земле, основанные на том величии и мощи, которые несёт в себе прекрасный Дагестан.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Дорогие диссертанты, не торопитесь пить шампанское, успешно защитив свою диссертацию. Вы прислали её в диссертационный совет. Её рассмотрела экспертная комиссия на предмет соответствия темы профилю совета и, убедившись в качестве научного вклада, сделанного вами, рекомендует её к защите.

Оба являемся в назначенные число и час в Минобрнауки, где располагается президиум ВАК. Перед дверями в небольшом холле стоят по меньшей мере человек двадцать. Это диссертанты со своими председателями диссертационного совета или без них.

Спустя полчаса от назначенного времени начинается приём диссертантов.

А рассказать хотелось вот о чём.

Общепризнанный факт – вузовская наука, особенно клиническая, отличается, и не в лучшую сторону, от академической. Преподаватель медицинского вуза несёт куда большую производственную нагрузку, чем сотрудник академического НИИ.

Проработав 11 лет в клиническом НИИ, могу с полным

Ситуация

Кто и как решает судьбу диссертаций?

Ещё раз о тернистом пути науки в реальную жизнь

Совет назначил в полном соответствии со всеми требованиями двух оппонентов или трёх в зависимости от того, работа кандидатская или докторская соответственно.

На защите вас засыпали вопросами, вы дали на них ответы, удовлетворившие спрашивавших. Выступили официальные оппоненты и дали положительный отзыв на вашу работу. Выступили неофициальные оппоненты – члены совета и любой другой желающий, так как защита открытая. Такие выступления по регламенту заканчиваются заявлением, что диссертация соответствует, а диссертант заслуживает. И в вашем случае эти заявления звучали в утвердительном тоне.

Вы с замиранием сердца ждали оглашения счётной комиссией результатов голосования. И вот объявляется: все члены диссертационного совета единогласно проголосовали в том смысле, что ваш труд соответствует требованиям ВАК, а вы достойны искомой степени. Аплодисменты, поздравления, цветы.

Не торопитесь пить шампанское. Подождите 2-3 месяца, может быть больше.

По прошествии этого срока вы вдруг получаете приглашение явиться на заседание экспертной комиссии. Вместе с председателем диссертационного совета, на имя которого пишется это приглашение. Если вам не удалось убедить членов комиссии в том, что ваш труд достоин искомой степени, он, труд, отправляется в президиум ВАК, который в окончательном виде решит судьбу вашей работы.

Так было. В последнее время диссертация направляется экспертной комиссией прямо на заседание президиума. Об этом, как правило, диссертанта не извещают. Как оказалось, в некоторых случаях диссертанта не извещают и о том, что его труд отправлен в президиум. Самые энергичные и умеющие постоять за себя находят на сайте ВАК информацию о том, что такие-то диссертации будут такого-то числа рассматриваться в этой высшей инстанции.

В нашем случае диссертант оказалась именно из тех, кто за себя может постоять, и настояла на том, чтобы приглашение было прислано. Оно было прислано на имя председателя совета.

Мы в очереди восьмые. Только один диссертант получил положительное решение. Одному за другим выходившим шестерым было сказано: отказать. Можно не рассказывать о том, что было написано на их лицах.

Сколько мог, подбадривал своего диссертанта. Она, ещё молодая (для докторской диссертации) женщина лет 40 с небольшим, мать двоих детей, доцент кафедры педиатрии Южно-Уральского государственного медицинского университета. Пока мы ждали своей очереди, рассказала предысторию своего вызова на президиум. Её диссертация была послана, видимо, по решению экспертной комиссии ВАК на отзыв в Сибирский ГМУ. Она была вызвана туда для ответа на возникшие вопросы. Прямого авиарейса из Челябинска в Томск нет. Поездом до Москвы, из Москвы самолётом в Томск. Из Томска отрицательный отзыв пересылается в Москву, в ВАК. Через некоторое время из Челябинска авиарейсом она пребывает в Москву, чтобы явиться на заседание президиума.

Вызывают нас. Входим. Длинный зал и длинный стол, за которым сидят члены президиума, 20-25 человек. Диссертанта приглашают вперёд к председателю диссертационного совета усаживают около двери. Следуют вопросы. Диссертант отвечает. Отвечает, не заикаясь, уверенным тоном. Но по тону, которым задавались вопросы, чувствовался отрицательный настрой аудитории. Он обескураживал. Это больше походило на допрос. Складывалось впечатление, что ещё до того, как диссертант вошёл в зал заседаний, его судьба уже была решена.

Вопросы кончились. Диссертант выходит из зала. Председатель диссертационного совета в недоумении – приглашение прислано на его имя, а ему слова не дают. Просит слова. Просьба встречается неодобрительно – членам президиума всё ясно, и председателя диссертационного совета просят покинуть зал. Хотя было желание объяснить, рассказать, как обстоят дела с деланием науки на периферии, особенно преподавателями вузов. Не удалось.

Шёл четвёртый час работы президиума, несомненно, накопилась усталость, а за дверями ещё по меньшей мере 5 диссертантов. Их можно было только пожалеть.

основанием сказать, насколько комфортнее и успешнее можно заниматься в таком месте наукой. Клиническая база престижная и в полном распоряжении учреждения. Длительность пребывания больного на койке определяется только временем, необходимым для окончания наблюдения, обусловленным научными целями. В вашем распоряжении необходимое научное оборудование и лабораторная база. В учреждении своя научная библиотека с самыми нужными журналами. Теперь всё это перечисленное на порядок выше и лучше, чем в те далёкие времена, когда пришлось работать в известном тогда и сейчас научно-исследовательском институте.

А что на кафедре, располагающейся на клинической базе городской или областной больницы, – особенно в теперешние времена: больничная койка должна зарабатывать деньги, обследования и лекарства ограничены возможностью заплатить за их получение, сотрудники кафедр лишены доступа к лечебной работе, то есть к больным. Много ещё чего можно сказать о теперешних условиях, в которых осуществляется порой на не иссякшем ещё энтузиазме стремление делать науку в периферийных вузах. Это при удручающей учебной нагрузке, лечебной работе там, где ещё к ней не закрыли доступ кафедральным сотрудникам.

Возможно, кто-то скажет, что нет и не может быть науки академической и вузовской, науки второго сорта.

Может. Недавно в печати прошла информация о том, какая доля от ВВП выделяется на науку в разных странах. В США – 28%, в странах Западной Европы – до 20%. В нашем государстве – 1,8%. Сколько от этих процентов остаётся для медицинской науки, представить не сложно. Читаю в «Медицинской газете» (см. № 90 от 02.12.2015) – «Екатерина Моргунова из Каролинского института в Стокгольме и Александр Попов, работающий на синхротроне в Гренобле...» Едут наши молодые талантливые люди в другие страны потому, что там можно делать науку первого сорта.

Много ли тех из наших представителей академической науки, тем более вузовской, кто имеет публикации в зарубежных солидных медицинских журна-

ПОМОГИТЕ МИШЕ!



Москвичу Мише Глушкову в декабре этого года исполнится десять лет. Как всем его ровесникам, ему интересен окружающий мир. Но большинство его радостей Мише недоступны. У него – хроническая почечная недостаточность в терминальной, самой тяжелой стадии. Мальчик вынужден круглосуточно находиться в больнице, где ему через живильный в тело катетер с помощью специального раствора очищают кровь от различных шлаков, которые образуются в результате жизнедеятельности организма. Лечащие врачи рекомендовали перевести Мишу на автоматический перитонеальный диализ. Его можно проводить в домашних условиях в ночное время. То есть днём мальчик сможет заниматься привычными для него делами. А значит, его самочувствие значительно улучшится. Но для этого Мишина мама должна самостоятельно приобрести специальный автоматический аппарат – циклер. Стоит он 560 тыс. рублей! Таких денег у женщины нет – она воспитывает сына одна. Союз благотворительных организаций России просит всех, кому не безразлична чужая беда, оказать материальную помощь Мише Глушкову.

Более подробная информация по тел.: 8 (495) 225-13-16 или на сайте www.sbornet.ru

Платежи в адрес Миши Глушкова принимаются во всех отделениях Сбербанка России без взимания комиссионного сбора.

Реквизиты:
Получатель: некоммерческое партнёрство «Союз благотворительных организаций России»
ИНН: 7715257832
КПП: 771501001
Р/С: 40703810287810000000 в Московском филиале ПАО РОСБАНК г. Москва

К/С: 30101810000000000272
БИК: 044583272
Назначение платежа: пожертвование на лечение Миши Глушкова

СОЮЗ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ ПРОСИТ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ ПОМОЧЬ

лах, у кого высокий показатель цитирования. Исключение могут составить только представители теоретической медицины. Что же касается клинической – хорошо, если кто-то опубликует тезисы своего доклада в материалах международной конференции. Но это малая форма научной публикации. Она указывается авторами только в списке работ по теме диссертации или в списке публикаций, чтобы сделать его более солидным.

Выносить решение – отказать – по докторским диссертациям, выполненным доцентами периферийных медицинских вузов, особенно молодым, до 40-45 лет, означает то, что кафедру будет возглавлять не профессор. Почему во главе кафедры должен стоять профессор? Это не только престиж и уважение. Это значит, что на кафедру придут аспиранты, у которых в отличие от преподавателей будет время и силы выполнять научную работу, пополнять коллектив кафедры, сохранять традиции, заложенные предшественниками, созидать школу, что особенно важно в воспитательных целях.

Диссертант – общительная женщина, интересуется, кто есть кто и откуда. Узнаём, что подавляющее большинство вызванных – иногородние, из Липецка, Оренбурга, Санкт-Петербурга, Челябинска; больше всего преподавателей вузов. Есть такие, кто вторично, после доработки диссертации и повторной защиты, вызывается на президиум. И опять – отказать.

В нашем диссертационном совете диссертантами, которым было отказано в признании, были тоже только представители периферийных вузов – Махачкала и Воронеж. Не берусь толковать эту практику.

Один из функционеров, частных к диссертационному делу, недавно заявила: «Надо очиститься от мусора». Имея в виду «слабые» диссертации. Может быть то, что происходило на президиуме, есть претворение этого тезиса в жизнь?

Не хочется использовать эту метафору, но в продвинутых цивилизованных странах мусор бережно собирают, сортируют и

самое ценное пускают в оборот, на благо общества.

Имея за плечами более чем 40-летний стаж работы в диссертационном совете и более чем 10 лет председателем, не помню столь жёсткого отношения к диссертационным работам. Припоминаю слова, сказанные профессором Нарциссовым Юриком Платоновичем на одном из заседаний диссертационного совета в НИИ педиатрии (теперь это НЦЗД) по поводу диссертации, вызвавшей неоднозначную оценку членов совета: «В любой работе можно найти недостатки, это нетрудно. Надо найти положительное, и если оно есть, поддержать её».

Уверен, если бы члены президиума более подробно знакомились с материалами защиты – текстом заключения, стенограммы, то увидели бы, что диссертанту задавались те же вопросы, что и членами президиума, что был сделан ряд замечаний. Диссертант согласилась с замечаниями и на вопросы дала исчерпывающие ответы, удовлетворившие членов диссертационного совета.

После всего произошедшего подумалось, может быть, стоит упразднить институт диссертационных советов, если есть инстанция, которая, задав диссертанту всего несколько вопросов, решает, достоин он искомой степени или нет.

И не вызывать «на ковер» председателя диссертационного совета, главная обязанность которого строго следить за соблюдением регламента на защите и защите. А вызывать официальных оппонентов, которые дали положительный отзыв, а заодно и неофициальных, которые в своём выступлении заявляли, что будут голосовать «за».

Так что, дорогие диссертанты, не торопитесь пить шампанское. Делать это следует только после того, как получите диплом ВАКа о присуждении вам той научной степени, ради которой вы много лет трудились над диссертацией. А диссертационный совет – инстанция ненадёжная.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

А как у них?

Табу с рикошетом

Опасность свободного владения оружием – запретная тема для американских врачей

Недавний трагический инцидент в Чикаго в очередной раз и с новой стороны привлёк внимание к большой проблеме Америки. Молодого отца арестовали после того, как его 6-летний сын случайным выстрелом в голову убил младшего брата, взяв заряженный отцовский пистолет, небрежно оставленный на столе. Этот случай получил тем больший резонанс, что в ряде штатов готовы принять законы, запрещающие медикам затрагивать в общении с пациентами тему владения огнестрельным оружием и связанной с этим опасности для здоровья и жизни.



На первый план, в частности, вышло слушание в апелляционном суде о законопроекте, подготовленном во Флориде. Он гласит, что врач не должен даже интересоваться, имеется ли у пациента личное оружие, равно как и задавать вопросы о его хранении и доступе к нему несовершеннолетним, если такая информация не имеет прямого отношения к конкретной медицинской услуге. В случае утверждения законопроекта местные врачи, по сути, лишатся права касаться одной из самых больших угроз общественному здравоохранению в стране.

По данным Федерального центра по контролю и предотвращению болезней, только в 2013 г. с участием личного огнестрельного оружия в США произошло более 11 тыс. убийств, 21 тыс. самоубийств и случайной гибели около 500 человек. Исключить эту тему из общения между врачами и пациентами или обусловить её параграфами закона представляется его критикам шагом, способным только усугубить положение.

Вслед за выстрелом в Чикаго похожая трагедия произошла в Южной Каролине, где 4-летний малыш, найдя пистолет на заднем сиденье машины, нечаянно застрелил из него сидевшую впереди бабушку. Она пополнила мартиролог, составленный «Вашингтон Пост», – газета подсчитала, что с начала года в 13 штатах имели место 43 инцидента, когда в руках дошколят оказывались смертоносные стволы, от которых погибали и получали ранения они сами или другие.

Закономерно, что среди американских медиков растёт число сторонников ограничений на приобретение и владение личным оружием. Им, как всегда, противостоит право на его использование, закреплённое во второй поправке к конституции. В 2011 г. губернатор Флориды Рик Скотт и законодательное собрание штата сочли, что местные врачи pokušаются на это право. Р.Скотт подписал директиву,

разрешающую пациенту подать жалобу властям, если он решит, что врач проявляет любопытство или настойчивость на этот счёт.

Роберт Янг, представляющий местную «Ассоциацию медицинских работников за ответственное владение личным оружием», так объяснил её позицию и противодействие ей: «Мы считаем за лучшее для сограждан избавиться от оружия в доме и рекомендуем это для их же блага. Но помимо нежелания расстаться с ним многие опасаются попасть в список, который может быть когда-нибудь использован для изъятия оружия из индивидуального владения».

В ответ на директиву администрации врачи Флориды заявили, что их самих хотят ограничить в праве на свободу слова, гарантированном первой поправкой к конституции.

– Вводя запрет на обсуждение с пациентами всего, что связано с рисками, сопряжёнными с домашним оружием, нам фактически препятствуют в осуществлении профессиональной деятельности и оказанию помощи так, как мы считаем должным, – говорит Р.Янг. – При поддержке Американской медицинской ассоциации мы подали апелляцию против решения властей штата.

Один из судей, рассматривавших иск, отметил, что свободное и открытое общение врача с клиентами имеет важнейшее значение как при оказании медпомощи, так и с точки зрения общественного блага. Он также подчеркнул, что законодатели Флориды при написании закона больше опирались на несколько разрозненных случаев, чем на обширный массив фактов, подкреплённых исследованиями.

В ходатайстве, направленном в суд, Стюарт Химмельштайн, возглавляющий отделение коллегии врачей во Флориде, отметил, что врач по определению должен консультировать не только о диете и физических упражнениях, но и по части предупреждения травм, связанных с плаванием на лодках,

ездой на велосипеде и мотоцикле и т.п.

– Рекомендация владельцу огнестрельного оружия если не избавиться от него, то хранить и обращаться с ним с предельной аккуратностью, в том же ряду, что дежурное предписание мотоциклисту надевать головной шлем, – говорит Химмельштайн. – Тем самым обеспечивается безопасность не только для него самого, но и для его близких и общества в целом. Что касается страхов насчёт создания таким образом реестра на владельцев оружия, то они ложны. Федеральное законодательство прямо запрещает врачам собирать такие сведения.

Дело о флоридском законопроекте уже несколько лет находится в различных судебных инстанциях, где одни высказываются в его поддержку, другие – против. Тем временем в Техасе и Индиане собираются принять собственные инициативы того же толка. Янг и Химмельштайн надеются, что Верховный Суд США всё-таки отменит новацию, задуманную во Флориде, как не имеющую достаточной правовой силы и это поможет удержать законодворцев в других штатах от вмешательства в отношения между врачами и пациентами.

Вряд ли, впрочем, кто дерзнёт покуситься при этом на охраняемые конституцией права владельцев личного оружия. Даже если священная вторая поправка не защищает ни их самих, ни невинных жертв от случайно выпущенных пуль.

Том ЗАЙЦЕВ,
соб. корр. «МГ».

Нью-Йорк.

ОТ РЕДАКЦИИ. Год назад гражданам РФ разрешили приобретать, хранить и в случае самообороны применять огнестрельное оружие. По оценкам, вооружиться смогут более 10 млн человек. Мы не могли не упомянуть этого, публикуя данный материал.

Исследования

Учёные из Университета провинции Онтарио опубликовали новое исследование, согласно которому 43 медикамента в сочетании с грейпфрутовым соком могут вызвать серьёзные проблемы для здоровья.

Смертельно опасен

В соке грейпфрута содержатся фуранокумарины, которые мешают нормальному растворению препаратов и повышают токсичность лекарств, а также влияют на воздействие их на организм. Это, в свою очередь, может привести к передозировке или более серьёзным побочным эффектам: могут начаться проблемы с сердцем, почечная недостаточность, разруше-

ние мышц, трудности с дыханием и даже возникновение тромбов.

Один грейпфрут или стакан сока могут оказывать воздействие на организм в течение суток. Чтобы предотвратить вредоносное влияние, учёные советуют тщательно читать инструкции к медицинским препаратам.

Ирина СЕРГЕЕВА.

Профилактика

Силикон на учёте

Американское общество пластических хирургов и Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) намерены создать национальный реестр пациенток с силиконовыми имплантатами молочных желёз. Реестр позволит отслеживать самочувствие и здоровье женщин с момента установки имплантатов до их замены.

Увеличение груди с помощью силиконовых имплантатов является самой популярной эстетической операцией в США. По данным Американского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов, в 2014 г. было выполнено 286 тыс. таких вмешательств.

В России увеличение груди находится на первом месте по количеству операций. Согласно официальной информации, в том же



В поддержку создания национального реестра было проведено исследование – метаанализ результатов 32 других научных работ, проведённых в странах Северной Америки, Европы и в Австралии. Учёные наблюдали за состоянием здоровья женщин, которым были установлены силиконовые имплантаты в 1964–2003 гг.

Оказалось, что ни в одной научной работе не приводится достаточных доказательств безопасности грудных имплантатов. Также не была доказана связь между имплантатами и развитием онкологических заболеваний, проблемами репродуктивного здоровья, артритом и другими болезнями. То есть ни одно из существующих предположений о вреде имплантатов пока также не нашло подтверждения. Поэтому, уверены исследователи, нужен реестр, подразумевающий изучение всей практики применения силиконовых имплантатов в стране.

2014 г. в российских клиниках было проведено более 21,4 тыс. таких вмешательств.

Последствиями применения силиконовых имплантатов для увеличения и реконструкции груди обеспокоены и в Европе. Например, Агентство национальной безопасности лекарственных средств и медизделий Франции развернуло наблюдение за всеми женщинами, перенёвшими операцию по увеличению груди. Правда, основной причиной опасений местных клиницистов и учёных является распространение редкого онкологического заболевания – анапластической крупноклеточной лимфомы. С конца 2011 г. и до настоящего времени в стране зафиксировано 22 случая возникновения этого заболевания у женщин, которым были установлены силиконовые имплантаты.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам журнала
Annals of Internal Medicine.

Осторожно!

Около 30% летальных исходов заболеваний пищевого происхождения регистрируются среди детей младше 5 лет, хотя на эту возрастную категорию приходится только 9% всемирного населения. Об этом говорится в докладе ВОЗ, посвящённом воздействию загрязнённой пищи на здоровье человека.

Согласно подсчётам ВОЗ, ежегодно около 600 млн человек (каждый 10-й житель планеты) переносят заболевания пищевого происхождения. Из них 420 тыс. (в

Небезопасное питание

том числе 125 тыс. детей) умирают вследствие употребления в пищу заражённых продуктов питания.

«До настоящего времени оценка распространённости заболеваний пищевого происхождения была довольно расплывчатой. Это не позволяло точно оценить человеческие потери из-за заражённых продуктов питания. Данный доклад вносит полную ясность», – заявила глава ВОЗ

Маргарет Чен. Она подчеркнула, что знание, какие именно патогены в какой части мира создают наибольшие проблемы, помогут принять целенаправленные меры для их решения.

Наибольшая смертность от заболеваний пищевого происхождения регистрируется в Африке и Юго-Восточной Азии. Чаще всего отмечаются диарейные болезни – они ежегодно выявляются у 550

млн человек и приводят к 230 тыс. летальных исходов. Чаще всего диарея развивается в результате употребления в пищу сырых или недостаточно приготовленных мясных продуктов, яиц, свежих продуктов и молочных продуктов, заражённых норовирусом, кампилобактером, нетифоидной сальмонеллой и патогенной кишечной палочкой.

Некоторые болезни, например,

вызываемая нетифоидной сальмонеллой, вызывают беспокойство систем здравоохранения во всех регионах мира, в странах как с высоким, так и с низким уровнем дохода. Другие болезни, такие как тифоидная лихорадка, холера пищевого происхождения и болезни, вызываемые патогенной кишечной палочкой, гораздо больше распространены в бедных странах, тогда как кампилобактер является распространённым патогеном в странах с высоким уровнем дохода.

Марк ВИНТЕР.

По информации who.int

Вот-вот исполнится 45 лет кафедре судебной медицины и права Московского медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, первым заведующим которой с 1970 г. был видный учёный, доктор медицинских наук, профессор Борис Свадковский. Как это ни странно на первый взгляд, но он был и литературоведом, писал о творчестве Л.Толстого, занимался причинами гибели С.Есенина, его материалы печатались в «Медицинской газете».

По следам укусов

Так сложилось, что со Свадковским я познакомился в начале 70-х, когда он приехал на конференцию, проводившуюся во Владимире, с сотрудниками своей кафедры. Они представили экспертам области ряд содержательных докладов и наблюдений. И с тех пор мы поняли, что зубы человека могут стать столь же важными в судебной медицине, как традиционные объекты её исследований. На той конференции я выступил со своим скромным наблюдением, к которому Борис Сергеевич отнёсся весьма внимательно, позднее включив его в своё «Учебное пособие по судебно-медицинской стоматологии» (1974), ставшее настольной книгой для судмедэкспертов многих поколений, актуальное и в наше время.

Вот, например, один случай. На Владимирской земле, опережая будущие страшные события, связанные с маньяком-убийцей Чикатило, появился свой владимирский Чикатило.

В ноябре 1975 г. при судебно-медицинском исследовании тела убитой А. эксперты обратили внимание на следы двух укусов, образованных зубами человека, которые имелись на коже груди и над левой лопаткой женщины. Повреждения от четырёх укусов были обнаружены четырьмя месяцами спустя и на теле гр-ки С., погибшей от удавления руками. Таким образом, «почерк» преступлений совпадал, но кто был их исполнителем?

Эти события произошли в провинциальном Александрове, всего же за год неизвестным преступником с явно сексуально-садистскими отклонениями было совершено 9 нападений на женщин. Город был назлектризован, к вечеру буквально вымирал. Когда во Владимире после второго убийства изучались следы укусов и их крупномасштабные фотографии, то можно было предположить, что повреждения образованы зубами одного и того же человека. В общем-то, мы располагали не таким уж скудным материалом.

Ввиду необходимости получения максимально возможных сведений о состоянии зубного аппарата преступника мы созвонились с кафедрой судебной медицины Московского стоматологического института и договорились о встрече. В институте нас встретили Борис Сергеевич и один из видных российских стоматологов профессор В.Курляндский. Вениамин Юрьевич высок, худощав, нетороплив в движениях. Каждое слово взвешивает, краток и немногословен. Курляндский выслушивает нас, изучает следы укусов, фотографии.

— Сила для образования таких следов потребовалась довольно значительная, — считает он. — Давление передних зубов на кожу колеблется от 60 до 75 кг, задних — от 90 до 150 кг. В каждом следе ссадины от зубов неординарные. Это свидетельствует о том, что у человека неправильный

прикус. Что ещё представляет интерес? На нижней челюсти не хватает одного, четвёртого зуба справа...

В тот же день эти приметы были переданы по телефону в Александров.

Поскольку все преступления были связаны с нападениями на женщин, логично было предположить, что они совершались чело-

Имена и судьбы

Преданный медицине и литературе

Таким был профессор Борис Свадковский

веком, имеющим какие-то сексуальные отклонения. Эту точку зрения разделяли и медики. К тому же у милиции нашлось много добровольных помощников, каждое заявление тщательно проверялось. В процессе следствия отпало несколько версий, в частности, о том, что преступления совершались приезжим «гастролёром», ведь Александров расположен недалеко от Москвы, в 2 часах езды на электричке. И вот спустя две недели после убийства А. милиция вышла на Владимира Саренню, работавшего шофёром рейсового автобуса Александров — Карабаново.

Когда Сарення был задержан, его попросили открыть рот. Это лицо показалось мне застывшей маской из древней трагедии, но я ничего не видел, кроме зубов. Белые, с лёгкой желтизной, они словно фосфоресцировали, хотя в комнате было светло. Широкие лопаточки резцов, острые хищные клыки. Хорошо развитая нижняя челюсть казалась странной по сравнению с довольно узким и худощавым лицом. Передние зубы верхней челюсти выдавались вперёд, на нижней отсутствовал четвёртый зуб справа...

После серии допросов и обысков предположения профессоров Б.Свадковского и В.Курляндского подтвердились. Затем с челюстей преступника опытные стоматологи-ортопеды изготовили зеркальные гипсовые слепки, необходимые для идентификационной судебно-медицинской экспертизы.

По делу Саренни было проведено около 20 различных экспертиз, но наибольшее психологическое воздействие на преступника оказал результат стоматологической медико-криминалистической экспертизы, проведённой с участием профессора Свадковского. В выводах её, в частности, говорится: «Возможность того, что следы зубов на коже тела гр-ки А. и С. оставлены одним и тем же человеком, не исключается... Следы зубов на теле потерпевших оставлены, гражданином Саренней Владимиром Рональдовичем...» Суд над преступником-садистом состоялся осенью 1976 г., его приговорили к смертной казни. Судебная коллегия Верховного суда России оставила приговор без изменений.

Мнение однозначно

Так сложилось, что Борис Сергеевич, подобно некоторым представителям нашей профессии, свободное время и часы досуга уделял внимание вопросам литературы и искусства. Когда в начале 90-х видные российские судмедэксперты, литературоведы и юристы, вошедшие в состав

Но история вопроса о гибели и причине смерти С.Есенина существует и по настоящее время. Несмотря на мнение таких авторитетов судебной медицины, как сам Борис Сергеевич, профессора А.Громов, А.Маслов, В.Томилин, Ю.Молин, видный литературовед, исследователь творчества С.Есенина Ю.Прокушев и др., ряд их оппонентов не согласны

«Фамилия врача, в соответствии с его происхождением, французская, — полагает Свадковский. — Однако прямой перевод её на русский язык сделать не удаётся. Возможно, что она является производной от французского слова «метье», что означает «ремесло, профессия». Профессия в данном случае врача», — заключает он.



с выводами комиссии, и по сей день будоражат общественное мнение, активно поддерживая версию об убийстве поэта. В этом плане напрашивается аналогия с истиной и мифами об останках царской семьи, смертью (а возможно, и «убийством») Владимира Маяковского, когда дилетантами разного рода, подобными юристу Э.Хлесталову, поэту С.Куняеву, медику Е.Черносвитову и др. препарируются и подвергаются сомнению мнения высших профессионалов своего дела — судебно-медицинских экспертов, с привлечением средств массовой информации и даже созданием откровенно лживого телесериала с версией об убийстве С.Есенина.

Рядом с Л.Толстым

Значительное место в литературоведческих исследованиях Бориса Сергеевича занимает также личность Льва Николаевича Толстого. Его первая публикация «Л.Н.Толстой и судебно-медицинская экспертиза» появилась в Тульском сборнике научных работ в 1969 г., затем последовали публикации о писателе в журнале «Человек и закон» и «Медицинской газете». В те далёкие годы я к этому журналу имел непосредственное отношение. Там были опубликованы мои первые судебные очерки, отдельные рассказы и, естественно, я с глубоким удовлетворением читал материалы Бориса Сергеевича, с которым мы при встречах обменивались мнениями относительно наших литературных отвлечений от любимой профессии.

Но вернёмся к Л.Толстому. В статье под названием «За строкой Льва Толстого», опубликованной в «Медицинской газете» в 1989 г., Свадковский выяснил, что, описывая болезнь Наташи Ростовой в романе «Война и мир», Лев Николаевич упоминает несколько фамилий врачей того времени. Вот что написано о об известном докторе Метье: «В 1811 г., — читаем в романе, — в Москве жил быстро вошедший в моду французский доктор, огромный ростом, красавец, любезный, как француз, и, как говорили в Москве, врач необыкновенного искусства».

В материале, напечатанном в «МГ», Свадковский обращается и к личности выдающегося русского врача Матвея Яковлевича Мудрова (1776-1831), профессора Московского университета, основоположника отечественной научной терапии.

И далее профессор продолжает: «В эпизоде, посвящённом болезни Наташи Ростовской, есть ещё одна, косвенная, ссылка на М.Мудрова. Толстой утверждает, что «каждый живой человек имеет свои особенности и всегда имеет особенную и свою ... болезнь, не болезнь лёгких, печени, кожи, сердца, нервов и т.д., записанную в медицине, но болезнь, состоящую из одного из бесчисленных соединений этих органов». Так писатель представляет учение о болезнях и принципы учёного: «Лечить не болезнь, а больного».

Крайне любопытна и точка зрения Бориса Сергеевича относительно задуманного Л.Толстым романа «Декабристы»: «Но так и не суждено будет состояться роману о них. А вот причастность выдающегося врача первой трети XIX века Матвея Яковлевича Мудрова к творческой истории произведений писателя — ещё один штрих в отношении Толстого к врачам и медицине. Но это уже другое повествование», — заканчивает свою исследовательскую статью о творческой лаборатории великого русского писателя Б.Свадковский.

Наш замечательный писатель Константин Паустовский как-то сказал, что люди, работающие в любых областях, делятся на три категории: тех, кто уже своей профессией, кто точно входит в её рамки и тех, кто значительно шире своей профессии. Наверное, заключительная часть этого мудрого высказывания может быть отнесена и к Борису Свадковскому.

Деятельность его была огромной. Она оставила не только заметный яркий след в науке, практике и истории любимой профессии, но и в литературных исследованиях профессора, основоположника нашей кафедры, — считает нынешний заведующий кафедрой судебной медицины и права Московского медико-стоматологического университета, профессор Павел Ромодановский.

Марк ФУРМАН,
заслуженный врач РФ,
судебно-медицинский эксперт.

Владимир.

– Андрей Геннадьевич, вы из семьи врачей или музыкантов?

– У меня ещё более сложный семейный симбиоз. По отцовской линии мои предки – врачи и музыканты, а по линии мамы – военные и врачи.

Мама родом из Москвы, семья жила на Чистых прудах, напротив театра «Современник», в генеральском доме. Я знаю этот адрес, однажды даже хотел наведаться в ту квартиру, подошёл к двери и... не осмелился позвонить.

Дед мой – комдив Никитин Семён Васильевич – крупный военачальник эпохи первых лет советской власти, друг Уборевича, Якира, Будённого. Крёстным отцом моей матери был Василий Блюхер. Несколько лет назад вышла книга «Трагедия РККА», в которой про комдива Никитина, репрессированного, а позже реабилитированного, сказано: он запомнился тем, что никого не предал и не оклеветал, несмотря на пытки. Я этим очень горжусь. А ещё тем, что внешне похож на деда.

– Вы представляли, как могла бы сложиться ваша жизнь, если бы не...?

– Представлял, конечно. Не знаю, стал бы я врачом. Может быть, стал музыкантом или даже офицером. Но я отгоняю от себя эти мысли, жизнь сложилась так, как сложилась.

В 1938 г. сначала посадили в тюрьму деда, а потом и бабушку, как «жену врага народа». Она провела в лагере 8 лет, а после освобождения ей было запрещено возвращаться в Москву. Бабушка поехала в Иркутскую область, к брату и дочери. Её брат заведовал кафедрой кожных болезней в Иркутске, и когда после ареста родителей мама, будучи ребёнком, осталась совсем одна, её спасла няня, простая рязанская жена, которая в вагоне-теплушке вывезла девочку из Москвы в Сибирь, к родственникам.

До конца жизни бабушка не хотела вспоминать о сталинских временах, страх поселился в ней навсегда. Лишь кое-какие воспоминания о московской жизни мне всё-таки удалось из неё вытянуть. В частности, что бабушка дружила с соседкой по дому, женой одного генерала, которую потом увёл у мужа известный писатель. Звали ту женщину Елена Сергеевна. Вы не догадываетесь, кто этот писатель?

– Неужели Булгаков? Вот это да! Это знакомство – тоже часть истории вашей семьи.

– Были и другие. Дед владел автомобилем ГАЗ-М-1, но поскольку он пользовался служебной машиной, личную решил продать. После сделки бабушку и дедушку пригласили на обед в дом покупателя, которым оказался Леонид Осипович Утёсов.

После ареста деда в доме остались только его золотые часы-брелок с надписью на задней крышке «Честному воину рабоче-крестьянской Красной армии от ВЦИК, 1919 г.» да одна фотография, и та разорванная пополам. Сейчас она хранится у меня дома. Осталась ещё записная книжка деда, где его каллиграфическим почерком сделана, например, такая запись: «При обходе казарм увидел, что у солдат прохудились шинели, и постельное бельё надо привести в порядок». Он был настоящий отец солдатам.

А по линии отца мой дед Пётр

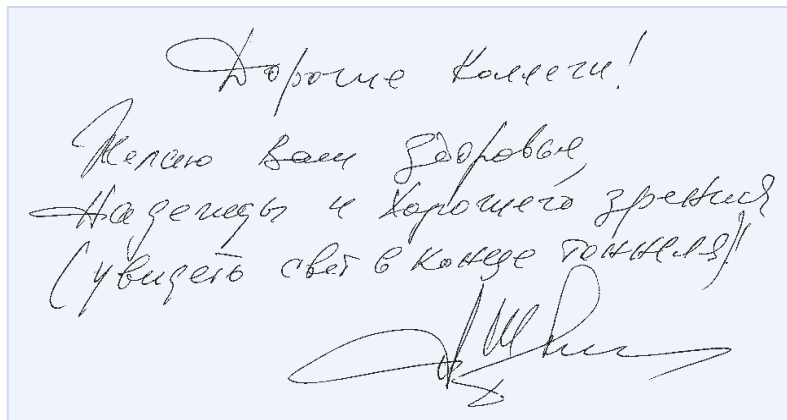
Почему среди врачей много людей, одарённых творчески?

Вероятно, потому что и талант врачевания, и художественный талант даются человеку свыше, если хотите – от Бога. И тот, кто способен вынести на своих плечах два таланта сразу, получает оба.

Директор Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», главный офтальмолог Минздрава Иркутской области, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Андрей Щуко – из этой категории. Он играет на рояле и поёт так же прекрасно, как владеет техниками офтальмохирургии.

Андрей ЩУКО:

Чувствую себя дирижёром большого оркестра



Фомич Щуко был земским врачом, хирургом. Он дворянин, окончил медицинский факультет киевского университета и в порыве благородства поехал в Сибирь. Работал в Олёкминске, в Якутии. В моём семейном архиве сохранились письма благодарности, которые писали ему местные жители.

Потом дед переехал в Усольский район Иркутской области и там познакомился с будущей женой, моей бабушкой Надеждой Михайловной. В её семье было пятеро детей, а отец – священник. Фамилия бабушки в девичестве – Мацуева, она родная сестра дедушки Дениса Мацуева, Виктора Михайловича. Именно по линии Мацуевых наследуется театральная-музыкальная часть моей жизни. Сама бабушка не только работала медицинской сестрой, но, будучи редкой красавицей и творчески одарённой, играла в театре. Вот такая семейная история.

– К моменту выбора профессии все эти начала стали в вас бороться?

– Представьте, нет. В нашем доме разговоры были только о медицине, на полках – медицинские книги. Отец был хирургом, мама акушером-гинекологом, и я уже в раннем детстве знал, что есть такая операция «кесарево по течению». Поэтому куда было поступать, кроме как не в медицинский?

Не могу сказать, что в 17 лет ме-



чал что-то наигрывать, и вдруг его отец, Леонид Викторович, кричит из-за стены: «Денис, вот здесь ты сфальшивил!». Для меня это было самым большим комплиментом: меня спутали с Денисом Мацуевым! Этим можно гордиться! (смеётся)

– В одном из помещений Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» я видел рояль. Как он туда попал и зачем?

– Этот рояль мы с Денисом покупали для МНТК в реставрационных мастерских Московской консерватории. Этот инструмент, когда-то, ещё до войны, принадлежал композитору Александру Гольденвейзеру. Однажды Денис привёз в нашу клинику своего коллегу – знаменитого саксофониста Григория Гараяна, и этот рояль стал участником потрясающего дуэта «сакс-символ» России Гараяна и звезды рояля Мацуева. Они устроили незабываемый джем-сейшн.

– Вы тоже музицируете?

– Да, по случаю: в праздники или когда гости приезжают. Я не оканчивал музыкальную школу, а обучался с преподавателем на дому. И кроме классики, которую требовала она, с интересом осваивал музыку советской эстрады. Когда мой преподаватель об этом узнала, она сказала: всему, что нужно, я тебя научила, теперь твой путь в вокально-инструментальный ансамбль. И в 7-м классе я пошёл в ВИА во Дворец пионеров. Все «пионеры» в нашем ансамбле были уже после армии, я самый молодой. Мы играли на танцах, были выступления на местном телевидении, у меня даже появились поклонницы. Одним словом, взросление произошло очень быстро.

Поступив на 1-й курс иркутского мединститута, я пришёл в студенческий театр эстрадных миниатюр, руководила которым народная артистка России Елена Волошина, актриса Театра оперетты. Я был

там не только музыкальным руководителем, но и играл роли в спектаклях. Именно в СТЭМе началась и до сих пор продолжается наша дружба с профессором Владимиром Шпрахом, ныне ректором Иркутского ГИДУВа, и Вячеславом Паком, сегодня он ведущий иркутский хирург-проктолог. Каждый из нас по-прежнему дружит с музыкой, иногда собираемся, чтобы спеть вместе.

– Сотрудники вы принимаете на работу тоже по наличию талантов?

– Конечно. Но не творческих, а человеческих. Был у нас один очень талантливый врач, но очень плохой человек. Безжалостно с ним простились. В нашем коллективе такие люди не приживаются, они отторгаются, какими бы профессионалами ни были.

В своё время Святослав Фёдоров говорил, что здравоохранению не хватает дирижёров, то есть ор-

ганизаторов. Совершенно точные слова: я чувствую себя дирижёром большого оркестра, где каждый играет свою партию, и моя задача – следить за тем, чтобы не была нарушена «гармония звуков» и пациенты были довольны лечением.

Что касается творчества, у нас в клинике есть очень талантливые хирурги с потрясающим чувством юмора, кто-то поёт, кто-то пишет стихи. Любой праздник в МНТК проходит как театрализованное представление.

– Андрей Геннадьевич, вам не кажется, что из российского общества в целом, и из медицины тоже исчезает интеллигентность? Можно ли это вернуть, или всё ушло навсегда?

– Не одно поколение должно смениться в России, чтобы в нашем обществе вновь появился класс интеллигенции, возродилось понятие чести. Когда узнаёшь, что бывшего чиновника, попавшего в невероятной силы коррупционный скандал, не только не осудили, но и устроили на очередную денежную должность, остаётся только развести руками: о какой чести, о какой интеллигентности можно сегодня говорить?..

– Что же вам помогает оставаться человеком оптимистичным?

– Меня очень радует, что Иркутский филиал уже не первый раз занимает первое место в системе МНТК по всем показателям работы – и наука, и лечебная деятельность. И когда вижу успехи своих сотрудников и счастливые лица наших пациентов, понимаю, что для этого стоит жить. Хотя на самом деле я тщательно замаскированный пессимист, и главный мой тост в новогоднюю ночь звучит так «Пусть наступающий год будет не хуже, чем уходящий».

К счастью, у меня есть уютная ниша, куда всегда можно спрятаться от печальных мыслей, – музыка.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

Е-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-11-00552
Тираж 31 054 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханан (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.