«Очевидные позитивные результаты, определённое движение вперёд» отметил в здравоохранении страны Владимир Путин на заседании Комиссии при Президенте РФ по мониторингу достижения целевых показателей социально-экономического развития Российской Федерации. Обсуждалась реализация майских указов главы государства, со времени подписания которых прошло ровно 2 года.

Владимир Путин: **Работать есть над чем**

Эти указы охватывают, по словам В.Путина, «наиболее значимые и чувствительные для наших граждан проблемы, и их успешное, эффективное решение определяет жизненные перспективы миллионов наших людей». Прежде всего это увеличение заработной платы бюджетников при одновременном повышении качества медицинских, образовательных, социальных услуг.

Отметив, что «у нас есть и очевидные позитивные результаты, определённое движение вперёд», глава государства обратился к демографической политике. «Впервые за последние 20 лет мы вышли на естественный прирост населения, – сказал В. Путин. – Он не такой большой, но всё-таки это естественный очевидный прирост. Впервые средняя продолжительность жизни в России составила почти 71 год (70,8)».

Президент обратил внимание участников заседания, что «впервые за всю историю нашего государства у нас наименьший уровень материнской и младенческой смертности». «Материнская смертность – около 11 на 100 тыс., – отметил он. – Конечно, мы знаем, что у наших соседей этот показатель поменьше, там 5–7 на 100 тыс., поэтому нам есть над чем работать. Но не будем забывать, что даже в период расцвета советского здравоохранения этот показатель у нас был в 4 раза выше – 44,8. По сравнению с 2012 г. почти на 5% сократилась младенческая смертность, и это при том, что мы стали регистрировать детей с экстремально низкой массой тела по европейским стандартам». Эти результаты, по мнению В.Путина, достигнуты благодаря действию родовых сертификатов, созданию сети перинатальных центров и всех других мер, целого комплекса мер по улучшению ситуации в области материнства и детства, здравоохранения в целом.

«Ещё одна значимая цифра: на 4,5% снизилась смертность от болезней системы кровообращения, от которых у нас умирает больше всего людей, – продолжил Президент. – Такое снижение – прямое следствие модернизации здравоохранения. В каждом регионе появились специальные центры, где людей спасают от инфаркта и инсульта в первые часы болезни.

Кроме того, ежегодно нашим гражданам делают сотни тысяч высокотехнологичных операций на сердце и сосудах. Конечно, мы понимаем и знаем с вами о том, что и этого количества пока недостаточно, нужно двигаться вперёд. Но то, что сделано, то сделано, в том числе я имею в виду создание центров высокотехнологичной медицинской помощи, сеть которых создана, в том числе и по профилю сердечно-сосудистой хирургии».

Говоря о диспансеризации, В.Путин подчеркнул, что в 2013 г. её прошли почти 35 млн человек, включая 14 млн детей. По итогам у каждого пятого (21%) были своевременно выявлены заболевания. «Конечно, и здесь тоже есть над чем работать, – заметил глава государства. – Кроме выявления заболеваний, нужно понимать, что и как делать с лечением. И вот недавно говорили и с министром здравоохранения, и с курирующим вице-премьером о том, что здесь тоже, наверное, нужно некоторые вещи видоизменять и, вкладывая деньги в эту диспансеризацию, понимать, где у нас группа риска и, может быть, там концентрировать ресурсы».

Отмечая эти позитивные результаты, В.Путин вместе с тем напомнил, что «проблем и в здравоохранении немало». Одна из них – острый дефицит квалифицированных работников, особенно среднего и младшего звена.

В этой сфере, признал Президент, всё же наметились определённые положительные сдвиги. В 2013 г. впервые за несколько лет на 11 тыс. увеличилось число средних медицинских работников в регионах. Однако по-прежнему не хватает этих специалистов, особенно фельдшеров и акушеров на селе.

Говоря о повышении заработной платы, глава государства отметил, что «в 2013 г. мы приблизились к установленным показателям». При средней зарплате по экономике 29,9 тыс. руб. врачи стали получать свыше 42 тыс. руб.

«Конечно, я прекрасно отдаю себе отчёт в том, что это средние показатели, они разнятся от региона к региону, – пояснил В.Путин. – Но и более того, что касается, допустим, медицины, там люди указывают нам на то, что они получают эти деньги, но получают, скажем, работая на полторы, а то и на две ставки.

Это всё есть, и об этом тоже нужно говорить, нужно говорить об этих стандартах, нужно тогда договариваться с профсоюзами о том, как мы считаем уровень загрузки на рабочих местах и т.д. Но то, что люди имеют возможность получать такие деньги, это в целом уже неплохо. Хотя, повторяю ещё раз, здесь есть над чем работать.

В ближайшие годы к этому уровню приблизятся заработные платы среднего медперсонала и работников культуры».

В заключение Президент подчеркнул, что «наша конечная цель – это повышение качества и доступности социальных услуг, и здесь невозможно достичь результатов без оптимизации бюджетной сферы».

В центре внимания

Цель остаётся прежней

Приоритеты развития здравоохранения – повышение качества и доступности медицинской помощи

Вероника Скворцова: **Позитивные тенденции сохраняются**

«Результаты I квартала 2014 г. не только сохранили все позитивные тенденции 2013-го, но и серьёзно их усилили», – заявила на заседании комиссии министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. Она отметила, что «мы достигли тех уровней, которые ещё в 2011 г. планировались на 2016-2020 гг., соответственно». Так, младенческая смертность снизилась на 10,5% от уровня 2012 г., значительно снизилась смертность от всех основных причин: от болезни системы кровообращения – почти на 8%, от туберкулёза – на 15%. Снизилась смертность от онкологических заболеваний и внешних причин.

Остановившись далее на вопросах квалификации и эффективности работы медицинского персонала, глава Минздрава сообщила, что во исполнение Указа Президента РФ министерством разработан комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами, на основе которого всеми субъектами РФ были созданы и приняты региональные кадровые программы. Важнейшим их направлением является устранение сформированных десятилетиями кадровых диспропорций, проявляющихся, прежде всего, в избыточной концентрации медицинских работников в стационарах крупных городов и дефиците кадров в амбулаторном звене. Особенно это касается сельской местности и удалённых районов страны, то есть там, где в принципе помощь должна быть оказана не менее чем в 60% всего объёма.

В этой связи В.Скворцова подчеркнула, что благодаря внедрению трёхуровневого принципа организации в 2013 г. впервые удалось добиться равного обеспечения сельского и городского населения экстренной специализированной медицинской помощью и сложными видами лечения. Так, объём высокотехнологичной помощи, который был оказан сельским жителям, составил 26% от общего объёма, что соответствует доли сельского населения среди россиян. В то же время пока сохраняются проблемы с оказанием каждодневной первичной медико-санитарной помощи.

Для закрепления врачей на необходимых рабочих местах, прежде всего в амбулаторных учреждениях, министерством повышена доля целевого приёма в медицинские вузы с 37% в 2012 г. до 50% в 2014 г. При этом значительно возросли эффективность целевого приёма, уровень возвращения на подготовленные рабочие места превысил 86%.

В рамках региональных программ модернизации было дополнительно создано более 1,5 тыс. сельских врачебных амбулаторий и офисов врачей общей практики. Их мощность возросла на 6,6 тыс. посещений в смену. В насыщении созданных рабочих мест важную роль сыграла программа «Земский доктор», которая привлекла на работу в село более 12 тыс. молодых врачей, и только в 2013 г. – 4,3 тыс. Программа продолжается и в 2014 г.

Активно развивались и выездные формы медицинской помощи. К оказанию помощи на селе были привлечены 915 мобильных медицинских комплексов и более 8,5 тыс. выездных врачебных бригад, оснащённых портативным диагностическим оборудованием. Это позволило провести в 2013 г. полноценную диспансеризацию более 6 млн сельских жителей, 26% от всех обследованных.

Для совершенствования условий работы врачей первичного звена в 2013 г. создано и апробировано компьютерное рабочее место врача, связанное с необходимыми информационными ресурсами, электронной медицинской библиотекой, системами помощи в принятии решений и позволяющее получать телемедицинские консультации из ведущих медицинских центров страны. За период с осени 2013 г. доступ к электронному рабочему месту получили 27 тыс. врачей. Данная система должна быть полностью внедрена во всех регионах до конца текущего года, подчеркнула В.Скворцова.

В целях обновления отраслевых норм времени приёма одного пациента, продолжила министр, впервые с конца 70-х годов в 2013 г. проведён хронометраж рабочего времени врачей и медицинских сестёр первичного звена в 5 пилотных регионах: Архангельской, Воронежской, Самарской, Свердловской и Томской областях. Результаты исследований показали, что компьютеризация рабочего места существенно сокращает бумажный документооборот и высвобождает время для непосредственной работы с пациентом. Были выявлены и дополнительные возможности для пересмотра функций среднего медицинского персонала с его активным привлечением к самостоятельной деятельности. Новая модель распределения функций врач – медсестра нашла отражение в разработанных 27 профессиональных стандартах.

Подчеркнув, что «особое мотивирующее влияние на эффективность работы оказывает повышение заработных плат и применение субъектами Федерации мер социальной поддержки», В.Скворцова сообщила, что для обеспечения соответствия уровня зарплат медицинских работников эффективности их работы министерством разработаны и апробированы типовые показатели эффективности медицинского персонала. Это создало основу для перехода на эффективный контракт.

На сегодняшний день показатели эффективности внедрены более чем в 4,5 тыс. учреждений здравоохранения, а эффективные контракты заключены с 580 тыс. медицинских работников. Переход на эффективные контракты во всех регионах должен быть завершён к 2016 г.

Улучшение условий труда и повышение заработной платы повысило привлекательность отрасли для среднего медицинского персонала. В 2013 г. число учащихся в медицинских колледжах и училищах повысилось на 11,6%, и впервые за 10 лет удалось достичь увеличения численности работающих фельдшеров и медсестёр более чем на 12,2 тыс. человек. Для повышения качества услуг в медицинских организациях и экономии ресурсов пересматриваются функции и младшего медицинского персонала и начата передача ряда технических функций, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи, на аутсорсинг.

Затем глава Минздрава подробно рассказала о мерах по повышению квалификации медицинских работников. Внедрение контроля за этим готовит всё профессиональное медицинское сообщество к введению в 2016 г. системы обязательной аккредитации к конкретным видам медицинской деятельности, пояснила В.Скворцова. По её словам, разработка критериев аккредитации по всем основным 104 медицинским специальностям активно проводится и будет завершена в 2015 г.

В заключение В.Скворцова подчеркнула значимость тесного сотрудничества министерства с профессиональным медицинским сообществом, что, как она полагает, позволит Минздраву согласовывать все принимаемые решения и минимизировать ошибки.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКЕ: на заседании комиссии.

Продолжаем разговор

Редакция получила ряд откликов на публикацию А.Иванова «Победим инфекции или умрём от них?» (см. «МГ» № 80 от 23.10.2013), где высказывалась обеспокоенность плановым уничтожением важнейшей службы – врачей-инфекционистов.

Сегодня мы публикуем два материала, которые пришли из одного региона – Челябинской области.

Однако

Вопросов много...

Только ответов на них даже близко не видно

Жители Миасса, заслуженные врачи РФ, почётные граждане города, врачи и средний медицинский персонал филиала федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области в Миассе и Карабаше» обеспокоены тем, что по приказу главного врача центра Н.Валеуллиной ликвидируются лаборатории в этом филиале.

Как можно приостановить работу лабораторий учреждения, обеспечивающего деятельность территориального отдела Управления Роспотребнадзора в городе с населением 170 тыс. человек, в городе ракетостроителей, машиностроителей, с работающей промышленностью, с развивающимся малым и средним бизнесом, в городе, где размещён центр медицины горно-заводской зоны населения Челябинской области?

В лабораториях работают опытные специалисты, в том числе врачи, фельдшеры-лаборанты высшей и первой квалификационной категории. Подготовка таких специалистов длится годами, а их, в соответствии с этим приказом, отправляют на улицу, пополняя число безработных.

Филиал и его работники стали заложниками недоработок руководства санитарной службы области ещё в 2005 г. Дело в том, что все эти годы мы вынуждены вносить высокую плату за аренду помещений, в которых мы работаем (2 млн руб. в год). Хотя от глав администрации Миасса поступали неоднократные предложения, направленные на передислокацию нашего филиала в учреждения муниципальной собственности, причём на льготных условиях.

За это время и за эти деньги мы могли бы построить новое здание и разместить в нём службы филиала и его лабораторий.

Данный приказ противоречит решению коллегии Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Челябинской области от 18.06.2013, где предусматривается объединение территориальных отделов Роспотребнадзора и его филиалов с дислокацией в Миассе. Логично было бы предположить объединение филиала «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области в Миассе и Карабаше» и филиала «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области в Чебаркуле, Чебаркульском и Уйском районах» с дислокацией в Миассе,

так как это более крупный и промышленно развитый город.

Приказ не отвечает на вопрос, как работать с представителями малого и среднего бизнеса, имеющего деловые отношения с филиалом.

Приказ нарушает сложившуюся систему работы филиала с Управлением ГО и ЧС в связи с тем, что лаборатории являются основным звеном в сети наблюдения и лабораторного контроля в Миассе и Карабаше.

В 2011 г. Н.Валеуллина приезжала к нам с аналогичным приказом о приостановке деятельности испытательного лабораторного центра филиала, но после встречи с главой Миасского городского округа И.Войновым она дала слово коллективу, что лаборатории и филиал будут работать в Миассе.

Однако при этом Миасскому филиалу была объявлена финансовая блокада (не выделялись финансовые средства на приобретение нового лабораторного оборудования, поверку имеющегося, реактивы, приобретение автотранспорта и т.д.). Мы вынуждены работать на допотопном оборудовании, выходивших свой срок эксплуатации автомобилях, подвергая свою жизнь и жизнь водителей серьёзной опасности.

Возникает ещё один вопрос: зачем убирать лаборатории в Миассе и переводить в Чебаркуль, где не хватает специалистов лабораторного звена, а область аккредитации испытательного лабораторного центра не позволит выполнить государственное задание филиала в 2014 г. в полном объёме?

Данный приказ не согласован с руководствами администраций Управления ГО и ЧС, начальниками управлений здравоохранения Миасса и Карабаша.

Не понятна и позиция главного государственного санитарного врача по Челябинской области А.Семёнова.

И получается, вопросов много, а ответов нет.

Ольга ШУЛЕВА,
председатель профсоюза медицинских работников филиала «Центр гигиены и эпидемиологии Челябинской области в Миассе и Карабаше».

НА СНИМКЕ: работа в лаборатории требует больших знаний и опыта.

Авторитетное мнение

Мы живём в «заразном» мире!

И не должны забывать, что инфекционные болезни – скрытая и явная угроза человечеству

«Инфекции были, есть и будут» – эти слова принадлежат выдающемуся эпидемиологу нашей страны Льву Васильевичу Громашевскому. Мы живём в мире, населённом огромным количеством возбудителей инфекционных болезней. Так будет всегда, потому что природу победить невозможно.

Благодаря успехам медицины врачи знают о страшных болезнях прошлого из учебников, но природа неистощима на сюрпризы, и далеко не всегда они приятны для человека. При современных темпах развития цивилизации всему живому становится мало места на Земле, а человеку приходится жить в непосредственном соседстве с природой и всем тем, что она в себе таит.

Возбудители многих инфекций встречаются чаще всего в определённых природных очагах, где для них существуют наиболее благоприятные и комфортные условия жизнедеятельности. Такие природные очаги есть во всех регионах земного шара. Да, мы живём в «заразном мире»!

В XXI веке, по мере того как ряд тяжёлых распространённых антропонозных заболеваний во всё большей степени контролируется с помощью специфической профилактики, природно-очаговые инфекции постепенно выдвигаются на первый план. Эволюционирующие инфекции млекопитающих и птиц являются принципиально неистощимым резервуаром «новых» заболеваний человека. Эндемическая опасность «новых» инфекций может быть непредсказуемо высокой, а их клиническое течение

очень тяжёлым, с фатальными исходами.

В последние годы намечается неблагоприятная тенденция распространения природно-очаговых инфекций, что объясняется и потеплением климата, и глобализацией, и общественно-политической ситуацией в мире.

Россия богата не только природными ресурсами, но и природными очагами инфекционных заболеваний. На территории нашей страны 11 природных очагов чумы, обширные территории неблагополучны по клещевым инфекциям (клещевой энцефалит, иксодовые клещевые боррелиозы, гистиоцитарный анаплазмоз человека, моноцитарный эрлихиоз человека, клещевой риккетсиоз Северной Азии и другие), туляремии, геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС), Омской и Крымской геморрагическим лихорадкам, лептоспирозу, сибирской язве, бешенству, гельминтозам. Распространение получили также менее знакомые врачам вирусные инфекции с экзотическими названиями: лихорадка Западного Нила (заболеваемость в РФ в 2012 г. увеличилась в 2 раза), лихорадка цуцугамуши, японский энцефалит.

При современных интенсивных международных контактах, при существующих возможностях перемещений воздушным транспортом из одного конца планеты в другой (в 2013 г. авиалинии перевезли более 2 млрд пассажиров) нет ничего проще, чем переносить возбудителей инфекций по странам и континентам. Микроорганизмы способны преодолевать не только межвидовой барьер, но и пересекать государственные границы. В связи с этим появляется новое направление в медицине – болезни путешествующих.

Временное затишье, отступление эпидемий не должно успокаивать и обманывать. Эпидемии распространяются волнами: за спадом одной волны обязательно последует подъём другой, и процесс этот непрерывен, а значит, с возбудителями инфекций придётся иметь дело постоянно. Надо быть подготовленными к встрече с «новыми» и «старыми» инфекциями, уметь распознать инфекционное заболевание по клиническим признакам, назначить точную современную и своевременную диагностику и эффективное лечение.

Медицинская общественность должна понимать, что одной из важных задач является определение роли и места инфекционных болезней в патологии населения, действительных масштабов инфекционной заболеваемости, её современной структуры, тенденций и темпов её изменчивости, социально-экономической значимости.

В современных условиях роль врача-инфекциониста должна возрастать. Поставив диагноз инфекционного заболевания, необходимо уметь не только правильно назначить лечение, но и своевременно организовать профилактические и противоэпидемические мероприятия по предупреждению распространения инфекции. Специальная подготовка и совершенствование знаний по инфекционной патологии – настоятельное веление времени!

Не подлежит сомнению, что инфекционные болезни всегда будут сохранять высокую медицинскую и социальную значимость, в связи с чем уместно привести высказывание еще одного всемирно известного учёного – Ганса Циннсера: «Мечи, копья, стрелы, автоматы и даже взрывчатка оказали заметно меньшее влияние на судьбы наций, чем тифозная вошь, чумная блоха и комар – переносчик жёлтой лихорадки. Цивилизации отступали перед возбудителем малярии, и армии рассыпались под натиском холерного вибриона или дизентерийных и брюшнотифозных микробов. Огромные пространства стали безжизненными из-за трипаносом, которые путешествовали на крыльях мухи це-це, и поколения лишал жизненных сил обольстительный сифилис. Войны, завоевания и множества других обстоятельств, сопровождающих то, что зовётся цивилизацией, только служили подмостками для более сильных исполнителей человеческой трагедии».

Людмила РАТНИКОВА,
заведующая кафедрой инфекционных болезней член учебно-методической комиссии УМО Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

Южно-Уральский государственный медицинский университет.

Челябинск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 32 (1799)

Неуточнённые желудочно-кишечные кровотечения

Неуточнённые желудочно-кишечные кровотечения (НЖКК) – одна из сложных проблем хирургической гастроэнтерологии, требующая применение дополнительных методов диагностики и алгоритмов лечения. НЖКК в настоящее время определяются как рецидивирующие острые или хронические кровотечения из желудочно-кишечного тракта, не выявленные при широко распространённых эндоскопических исследованиях – фиброколоноскопии (ФКС) и фиброгастроскопии (ФГС).

НЖКК составляют до 5% от всех кровотечений желудочно-кишечного тракта и часто ассоциируются с поражениями тонкой кишки. Важно, что при рецидивах кровотечений повторные ФГС и ФКС выявляют до 20-35% источников кровотечений, ранее считавшихся неуточнёнными (K.Bull-Henry, F.H.Al-Kawas, 2013). Большая же часть источников НЖКК (65-80%) приходится на тонкую кишку. В целом в 5% случаев источник кровотечения стандартными эндоскопическими методами обследования не выявляется.

Основной частью этой группы являются пациенты старшего возраста. Частота желудочно-кишечных кровотечений у больных старше 80 лет составляет 350 случаев на 100 тыс. человек. В 20% случаев у пожилых людей желудочно-кишечные кровотечения являются неуточнёнными и не выявляются при ФГС или ФКС.

Различают явные и скрытые неуточнённые желудочно-кишечные кровотечения (ЯНЖКК и СНЖКК). ЯНЖКК – это клинически очевидное кровотечение, источник которого не выявляется при эндоскопическом исследовании. СНЖКК характеризуется стабильно положительным результатом исследования кала на скрытую кровь, которая клинически не определяется и может протекать без развития железодефицитной анемии. У 13-42% больных с положительной реакцией на скрытую кровь при ФКС не удаётся обнаружить источник кровотечения.

Критериями железодефицитной анемии считаются снижение уровня гемоглобина менее 138 г/л для мужчин и 115 г/л для женщин в постменопаузе и 110 г/л в пременопаузе. Без выявления источника кровотечения и соответствующей терапии летальность среди больных с неуточнёнными скрытыми кровотечениями составляет около 10%. Риск летального исхода в 2-6 раз выше среди возрастных больных и при рецидивирующих кровотечениях. Для оценки тяжести состояния, прогноза и риска рецидива кровотечения используются как неспецифические прогностические шкалы (APACHE II), так и специализированные (Rockall).

Источниками истинных скрытых кровотечений чаще всего служат сосудистые заболевания тонкой кишки (25–80%) (ангиодисплазии, флебэктазии, телеангиэктазии, артериовенозная мальформация), опухоли тонкой кишки (5–53%) (лейомиома, аденокарцинома, лимфома), в меньшем проценте случаев – эрозии и язвы тонкой кишки (15–27%), болезнь Крона (4–10%), дивертикулы (дивертикулы тонкой кишки, дивертикул Меккеля) (0,5–5%) (Е.Иванова, Е.Фёдоров и соавт., 2010).

Заболевания сосудов тонкой кишки

Есть несколько вариантов сосудистых нарушений желудочно-кишечного тракта. Они представляют собой аномалии артерий, вен и капилляров. Могут быть доброкачественными и злокачественными, наследственными и приобретёнными. Первый случай сосудистых аномалий описан в 1839 г., термин «ангиодисплазия» впервые был использован в 1974 г.

Ангиодисплазия (флебэктазии, артериовенозная мальформация) определяется как нахождение в слизисто-подслизистом слое аномально расширенных, поверхностных, извитых кровеносных сосудов. Гистологически стенка этих сосудов лишена мышечной оболочки.

Большинство ангиодисплазий выявляется у лиц старше 60 лет. Ангиодисплазия – самая распространённая форма патологии сосудов желудочно-кишечного тракта, является источником кровотечений из его верхних отделов в 3% случаев. При этом у каждого третьего больного с клиникой желудочно-кишечного кровотечения, обусловленного ангиодисплазиями, источник кровотечения расположен в тонкой кишке.

Патогенез развития ангиодисплазий представляется следующим образом: на фоне гипертонуса мышечной стенки происходит сдавление вен кишечной стенки, повышается давление в капиллярной сети, развивается дисфункция прекапиллярного сфинктера, образуется расширенная кровеносная сеть.

Предложена **классификация,** согласно которой ангиодисплазии подразделяются на три типа. К I типу авторы относят единичные, чётко отграниченные ангиодисплазии, небольшие по величине, обычно проявляющиеся в зрелом возрасте. Ангиодисплазии типа II представлены флебэктазиями, как правило, врождёнными и соответственно чаще выявляемыми преимущественно в молодой возрастной группе. Изменения при наследственной геморрагической телеангиэктазии авторы относят к типу III.

Клинически приобретённую ангиодисплазию следует дифференцировать с наследственной аутосомно-доминантной геморрагической телеангиэктазией **(болезнь Рандю – Вебера – Ослера),** для которой характерна триада признаков: телеангиэктазии на коже, слизистых оболочках, во внутренних органах, склонность к кровотечениям, семейный анамнез.

Ещё одной сосудистой патологией, требующей дифференциальной диагностики с ангиодисплазиями, является **болезнь Дьелафуа.** Язва, или болезнь Дьелафуа (интрамуральные артериовенозные мальформации), является причиной острых желудочно-кишечных кровотечений у 0,9–5,8% больных. Заболевание считается генетически обусловленным, проявляющимся аномалией развития сосудов подслизистого слоя желудка с наличием эрозии необычно крупной артерии без признаков васкулита и формированием острой язвы с массивным кровотечением (В.Кочуков, А.Розанов и соавт., 2012).

Появление ангиодисплазий или кровотечения из них могут провоцировать другие патологические состояния. Хроническая почечная недостаточность может привести к более раннему появлению ангиодисплазий. В группе больных с хронической почечной недостаточностью частота кровотечений из ангиодисплазий желудочно-кишечного тракта составляет 19-32%, в то время как в популяции в целом эта частота не превышает 5-6%. Кроме того, больные с ХПН находятся в группе повышенного риска желудочно-кишечных кровотечений из-за уремической дисфункции тромбоцитов и необходимости применения антикоагулянтов (M.K.Kringen, S.Narum, I.Lygren et al., 2011).

В некоторых случаях тонкокишечное кровотечение является симптомом другого заболевания.

Синдром Хейда – сочетание аортального стеноза и желудочно-кишечного кровотечения из очагов ангиодисплазии. После оперативного лечения по поводу стеноза аортального клапана кровотечения стойко прекращаются.

Болезнь Виллебранда – наследственное заболевание крови, характеризующееся возникновением эпизодических спонтанных кровотечений, которые схожи с кровотечениями при гемофилии. Определённые формы болезни Виллебранда существенно повышают риск кровотечений из толстой кишки. На сегодняшний день доказана чёткая зависимость между болезнью Виллебранда и повышенным риском кровотечений из очагов ангиодисплазий желудочно-кишечного тракта.

Для повышения вероятности обнаружения ангиодисплазий рекомендованы динамические эндоскопические исследования после эпизода кровотечения с неустановленным источником. При этом особенно тщательно следует обращать внимание на состояние слизистой двенадцатиперстной кишки. Однако 10% желудочно-кишечных кровотечений остаются неясными после первоначального обследования. Около 28-45% источников таких кровотечений расположено в тонкой кишке. Ангиодисплазия тонкой кишки является причиной 30-50% случаев таких кровотечений (S.Lecleire, I.Iwanicki-Caron, A.Di-Fiore et al., 2012).

Опухоли тонкой кишки

Тонкая кишка составляет 70% от всей длины желудочно-кишечного тракта, содержит 90% слизистой поверхности ЖКТ, в тонкой кишке образуется до 3-6% опухолей ЖКТ, в том числе 1-3% первично злокачественных. Опухоли тонкой кишки составляют 2-3% всех заболеваний тонкой кишки (Г.Смаков, П.Эктов, Ю.Куницкий, 2000).

Около 90% опухолей тонкой кишки выявляется у людей старше 50 лет; средний возраст больных составляет 55 лет, причём мужчины подвержены заболеванию чаще женщин. У больных моложе 50 лет источником неуточнённых тонкокишечных кровотечений чаще всего также бывают небольшие опухоли, выявляемые в 5-7% наблюдений.

Большинство опухолей тонкой кишки выявляется при диагностике скрытого источника желудочно-кишечного кровотечения. Как минимум половина этих опухолей злокачественные.

По данным литературы, удельный вес злокачественных новообразований среди всех новообразований тонкой кишки составляет 50-60%. В тонкой кишке может выявляться до 40 гистологических вариантов различных опухолей. Наиболее распространёнными являются аденокарциномы – 30-50%, достаточно часто наблюдаются карциноиды – 25-30%, гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST) и саркомы наблюдаются в 12% случаев (Е.Фёдоров, Е.Иванова и соавт., 2010). Результаты другого исследования установили наиболее распространённым гистологическим вариантом аденокарциномы, далее следуют лимфомы, затем GIST. Пятилетняя выживаемость колеблется от 0-28% для аденокарциномы и 14-30% для лимфомы до 35-50% для GIST и 60% для карциноида.

Также разнятся, иногда значительно, данные, полученные в многоцентровых исследованиях. По данным National Cancer Institute (NCI), в США на долю карциноидов приходится 44%, на долю аденокарцином – 33%, количество стромальных опухолей и лимфом – 17 и 8%. В то же время в многоцентровом европейском исследовании первичных тонкокишечных опухолей на первом месте стоят GIST (32%), на втором – аденокарцинома (20%), на третьем – карциноиды (15%). Среди метастатических (вторичных) злокачественных опухолей ЖКТ лидируют меланомы (66%).

Доброкачественные новообразования локализуются преимущественно в тощей кишке – 81,3%. Злокачественные новообразования встречаются одинаково часто в тощей (52,6%) и подвздошной кишке (47,4%). Однако аденокарциномы и лимфомы локализовались в тощей, а все карциноиды и саркомы в подвздошной кишке (S.Y.Pan, H.Morrison, 2011).

При целенаправленном комплексном обследовании больных с обоснованными подозрениями на опухоль тонкой кишки подтверждение диагноза происходит у 50-65% больных.

В группе больных, оперированных по экстренным показаниям на фоне осложнений, новообразований тонкой кишки, удельный вес злокачественных новообразований составил 91,7%, а в группе с предоперационной верификацией диагноза и плановым вмешательством преобладали доброкачественные новообразования 63,6%.

Злокачественные опухоли тощей кишки проявлялись клинически у 87% больных. Наиболее частыми симптомами являлись спастические или диффузные боли в животе (63%), потеря массы тела (50%), кишечная непроходимость (27,7%), кишечные кровотечения (5,5%), чаще хронические, но иногда и массивные, в результате распада опухоли. Пальпаторно опухоль в животе обнаруживали у 25% больных. Часто опухоли растут бессимптомно вплоть до поздних стадий заболевания (M.Anzidei, A.Napoli, C.Zini et al., 2011).

GIST могут быть выявлены в любом отделе ЖКТ, однако наиболее часто – в подвздошной кишке. Эндоскопически представляют солидную массу, покрытую слизистой, часто изъязвлённой, с крупными сосудами по периферии опухоли.

В половине наблюдений GIST клинически проявляют себя скрытым желудочно-кишечным кровотечением. GIST может быть локализована в любом отделе желудочно-кишечного тракта: 63% – в желудке, 23% – в тонкой кишке, 5% – в толстой кишке, 1% – в пищеводе (J.Ling, M.Lamsen, R.Coron et al., 2013).

Понятие карциноид включает в себя большую группу новообразований, относящихся к нейроэндокринным опухолям. Наиболее часто карциноиды встречаются в подвздошной кишке на расстоянии 60 см от илеоцекального угла. В 85-96% карциноид локализуется в червеобразном отростке.

Существует специфический «карциноидный» синдром, характеризующийся триадой симптомов – приливами, диареей и хроническим вальвулитом (поражение трикуспидального клапана сердца и клапана лёгочной артерии). Согласно литературным данным, карциноидный синдром сопровождает до 65% пациентов с карциноидом тонкой кишки.

Лимфоидные опухоли – это лимфопролиферативные новообразования, растущие из подслизистых лимфоидных фолликулов. Лимфома может формироваться как первичная опухоль или как компонент системных заболеваний (целиакия, болезнь Крона, СПИД, иммунопролиферативные заболевания и т.д.).

Диффузная узловая лимфоидная гиперплазия (DNLH) кишечника – редкое лимфопролиферативное заболевание неясной этиологии. Характеризуется диффузным увеличением лимфатических фолликулов ЖКТ. Может протекать бессимптомно или проявляться в виде болей в животе, хронической диареей, скрытыми кровотечениями или, в тяжёлых случаях, явлениями кишечной непроходимости. В ряде случаев DNLH ассоциируется с неспецифическим иммунодефицитом и представляет риск злокачественного перерождения (V.Garg, S. Lipka, K.Rizvon et al., 2012).

Из группы редких опухолей в литературе описаны случаи тотального поражения тощей и подвздошной кишок лейомиосаркомой с успешным хирургическим лечением.

Рядом авторов описана возможность формирования **первичной меланомы желудочно-кишечного тракта,** которая может располагаться на любом его участке от полости рта до ануса, но преимущественно локализуется в пределах тонкой кишки. Основными клиническими проявлениями такого новообразования будут кишечные кровотечения, перфорация, инвагинация, кишечная непроходимость. Следует отметить, что метастазы меланомы встречаются в 1,5-8,8% наблюдений.

Описаны случаи дуоденальных кровотечений при гиперплазии подслизистых желёз Брунера. Кровотечения в этом случае развиваются вследствие эрозивно-язвенного поражения слизистой двенадцатиперстной кишки над участком гиперплазии.

В литературе приводится пример метастаза рака лёгкого в дивертикул Меккеля, рост новообразования осложнился распадом и перфорацией.

Дивертикулы тонкой кишки

К дивертикулами тонкой кишки относятся истинные и ложные (пульсионные) дивертикулы. Дивертикулы ДПК выявляются при аутопсиях в 15% случаев, большинство из них расположено периампулярно, осложнения редки, к ним относятся сдавление желчных и панкреатических протоков, кровотечения, перфорации, синдром слепой петли. Дивертикулы тонкой кишки выявляются при аутопсиях в 0,1-4,6% наблюдений, преимущественно в тощей кишке, что связывают с большим калибром перфорантных артерий на этом участке. Общее число осложнений

колеблется в пределах 15%. По данным P.Crace, среди всех дивертикулов тонкой кишки 60-70% локализуется в двенадцатиперстной кишке, 20-25% – в тощей, 5-10% – в подвздошной кишке.

Дивертикул Меккеля имеет распространённость 0,6-4% в популяции. Это истинный дивертикул, расположенный в 45-60 см от илеоцекального угла, который может осложняться развитием дивертикулита, кровотечением, кишечной непроходимостью, развитием новообразований.

Заболеваемость дивертикулёзом тонкой кишки составляет 2-2,3%, пик заболеваемости приходится на 60-70 лет.

Дивертикулы тонкой кишки впервые описаны Somerling в 1794 г. и Asley Cooper в 1807 г. Это достаточно редкая патология, при целенаправленном поиске при аутопсиях выявляется не более чем в 5% случаев, преимущественно у лиц старшего возраста. Первая операция по поводу дивертикулов тонкой кишки выполнена в 1906 г. Gordinier и Shil.

Дивертикулы тонкой кишки являются пульсионными дивертикулами, стенка их состоит из слизистого, подслизистого слоёв и адвентиции, образуются они по брыжеечному краю в местах прохождения крупных сосудов (через перфоративные дефекты мышечной стенки), как правило, прикрыты листками брюшинного покрова брыжейки, в составе стенки дивертикула часто идут сосуды большого калибра. В большинстве случаев дивертикулы начинают формироваться после 60-70 лет. При этом они обнаруживаются в 2 раза чаще у лиц мужского пола.

Кроме того, этиология тонкокишечных дивертикулов ассоциируется с повышенным внутрикишечным давлением. Также описывается связь формирования дивертикулов тонкой кишки с различными заболеваниями соединительной ткани и нервно-мышечными расстройствами: синдром Кронкайта – Канады, болезнь Фабри, нейрогастроинтестинальная энцефаломиопатия. Также есть сообщения о возможности формирования гигантских тонкокишечных дивертикулов на фоне синдрома Марфана. Подтверждением связи дивертикулёза тонкой кишки с системными заболеваниями соединительной ткани служат наблюдения о развитии патологии на фоне системной красной волчанки.

Дивертикулёз тонкой кишки обычно протекает бессимптомно. Патогномоничных симптомов дивертикулёза тонкой кишки не существует, однако присутствие тех или иных специфических симптомов отмечается в 29% наблюдений. Чаще всего они проявляют себя в виде скрытых желудочно-кишечных кровотечений, нарушений всасывания и пассажа, болью в животе. Причиной кровотечений при дивертикулёзе тонкой кишки является близость крупных сосудов.

Довольно часто наблюдается триада симптомов (боль в эпигастрии, дискомфорт в животе, метеоризм в течение 1-2 часов после еды), описанная в 1949 г. Эдвардсом. Следует обращать внимание на такие проявления, как сочетание нарушений всасывания, неуточнённые кровотечения и клиника нарушения пассажа по тонкой кишке. На фоне хронического дивертикулита могут развиваться псевдонепроходимость, синдром слепой петли, формирование энтеролитов. На фоне острого процесса возможны профузные кровотечения, перфорации с формированием свищей, межпетельных абсцессов или развитием перитонита. Около 10-30% дивертикулов тонкой кишки не имеют клинических проявлений. В остальных случаях типичными проявлениями дивертикулов являются хронические боли в животе, клиника явного или скрытого желудочно-кишечного кровотечения, нарушения пассажа по кишке и всасывания (Е.Дубова, А.Щёголев и соавт., 2008).

К осложнениям следует отнести дивертикулит, перфорацию дивертикула, профузные кровотечения, нарушения всасывания (мальабсорбция), случаи непроходимости на фоне заворота петли тонкой кишки, образования энтеролита в дивертикулярном выпячивании. В своём исследовании (D.Mantas et al., 2011) отмечают, что в 46,7% наблюдений дивертикулы тонкой кишки обнаружены случайно, при плановом скрининге. В 53% дивертикулы имели клинические проявления, в том числе в 44% наблюдений – в виде осложнённого течения. К осложнениям отнесены случаи дивертикулита с перфорацией и без – 22%, кровотечения – 10%, кишечная непроходимость – 12%.

Дивертикулёз тонкой кишки осложняется кишечной непроходимостью в 2,3-4,6% случаев. Препятствием может выступать воспалительная стриктура, сформированный энтеролит, заворот тонкой кишки. Гигантские дивертикулы тонкой кишки в 35% случаев являются причиной развития заворота тонкой кишки.

Методы диагностики

Лабораторные методы диагностики. Одним из ведущих симптомов у больных со скрытыми неуточнёнными желудочно-кишечными кровотечениями является железодефицитная анемия. Считается, что исследование кала на скрытую кровь является надёжным инструментом выявления скрытых желудочно-кишечных кровотечений. M.Efthymiou и соавт. провели исследование чувствительности иммунохимического и гуаякового теста кала на скрытую кровь. Чувствительность и специфичность этих тестов составили 63% для иммунохимического исследования и 61% для гуаякового теста. Применение иммунохимического теста на скрытую кровь в каловых массах позволяет достоверно дифференцировать кровотечение из толстой кишки, так как в его основе лежит иммунохимическая реакция с человеческим гемоглобином, который ферментативно разрушается при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ. Актуальным исследованием в качестве скрининга колоректального рака является иммунохимическое исследование кала на скрытую кровь, этот метод даёт положительную реакцию в 25% наблюдений при доброкачественных новообразованиях толстой кишки и в 96% при колоректальном раке. В среднем чувствительность иммунохимического теста на скрытую кровь при пороговых значениях 75 и 100 нг/мл составила соответственно 46,1 и 38,4%.

При положительном тесте на скрытую кровь основным методом дальнейшего исследования ЖКТ является фиброколоноскопия. Однако не следует забывать, что частота патологии верхних отделов ЖКТ, сопровождающаяся положительной реакцией на скрытую кровь, сопоставима или даже выше патологии толстой кишки.

При наличии карциноида в моче выявляется повышенный уровень метаболита серотонина – 5-гидроксииндолуксусной кислоты. Для аденокарциномы характерно повышение онкологических маркёров крови СА 19-9 и ракового эмбрионального антигена (РЭА). При метастатическом поражении печени повышается карциноэмбриональный антиген – α-фетопротеин. В диагностике гастроинтестинальных стромальных опухолей существенную роль играет наличие специфического маркёра KIT-тирозинкиназы СД 117. Для лимфом характерен лейкоцитоз, лимфоцитоз в периферической крови часто с наличием периферического лимфаденита.

Лучевые методы диагностики. Если в плановых условиях основным методом диагностики является видеоэнтероскопия, то в экстренных – лучевые методы диагностики, из которых предпочтение отдаётся компьютерной томографии, поскольку многосрезная компьютерная томография и спиральная компьютерная томография с внутрисосудистым контрастированием также дают возможность быстрой неинвазивной диагностики активных желудочно-кишечных кровотечений. Возможно применение высокоселективной ангиографии для визуализации патологического очага.

Для выявления неуточнённых желудочно-кишечных кровотечений применялась методика мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастированием. Отмечено, что необходима трёхфазная регистрация кровотока. Артериальная фаза выявляет сосудистые причины кровотечений, кишечная фаза позволяет выявить мелкие кровоточащие новообразования и для повышения чувствительности исследования рекомендована регистрация венозной фазы.

Применён метод МСКТ с двойным контрастированием (приём пероральных водорастворимых контрастных препаратов с одновременным болюсным контрастированием висцеральных сосудов чревной группы). Метод оказался высокочувствителен (до 96%) и специфичным (до 87%), особенно в группе небольших (от 2 до 4 см) доброкачественных опухолей тонкой кишки (гемангиома, лейомиома, фиброма, липома).

При поиске источника кровотечения методом многофазной 64-срезной компьютерной томографии (энтерографии) использовался полиэтиленгликоль в объёме до 2000 мл в качестве нейтрального внутрикишечного контраста. Информативность исследования составила 46,9%.

Технологии МСКТ и МРТ способны выявить мелкие новообразования тонкой кишки, оценить глубину инвазии и возможное имплантационное, регионарное и гематогенное метастазирование опухоли.

Метод диагностики скрытых НЖКК путём сцинтиграфии утрачивает свою актуальность. Технология их поиска методом сцинтиграфии с применением меченных технецием эритроцитов показала 10% ложноположительных и 55% ложноотрицательных результатов.

Радиоизотопное сканирование с использованием радиоактивного технеция (99mTc) позволяет выявить кровотечения, происходящие со скоростью около 0,1 мл/мин. Однако локализовать источник кровотечения при этом методе исследования практически невозможно.

Беспроводная дистанционная видеокапсульная энтероскопия (ВКЭ). Для исследования тонкой кишки в клинической практике используются три видеокапсульные системы: с мая 2003 г. — система видеокапсульной энтероскопии M2A фирмы Given Imaging (Израиль), с ноября 2008 г. — система фирмы Olympus (Япония), а с февраля 2010 г. — ещё и система видеокапсульной энтероскопии фирмы OMOM (КНР). Любая система ВКЭ состоит из четырёх основных компонентов: видеокапсула, комплект воспринимающего оборудования, рабочая станция и программное обеспечение.

Основными показаниями для применения капсульной эндоскопии служат неуточнённые или скрытые желудочно-кишечные кровотечения, подозрение на болезнь Крона, опухоли тонкой кишки, наблюдение больных с наследственными полипозными синдромами. Одним из основных симптомов у больных со скрытыми неуточнёнными желудочно-кишечными кровотечениями является железодефицитная анемия. При выполнении капсульной эндоскопии в группе больных с ЖДА частота выявления патологии тонкой кишки составила 46%, а у здоровых добровольцев – 15%. В другом исследовании определён показатель 57%. В литературе имеется множество отчётов об эффективности ВКЭ у больных со скрытыми НЖКК, диагностическая ценность этого метода колеблется от 61 до 90%.

В проведённых метаанализах высоко оцениваются и возможности ВКЭ, и её диагностическая эффективность. При анализе результатов 227 исследований с проведением 22 840 процедур капсульной энтероскопии установлено, что неуточнённые (явные и скрытые) желудочно-кишечные кровотечения были самым частым показанием к исследованию (в 66% случаев). Ангиодисплазия была наиболее частой (50%) причиной кровотечений.

Показаниями для проведения капсульной энтероскопии являются: неуточнённый источник кровотечения – 65%, хроническая анемия – 8%, диарея – 7%, абдоминальные боли – 5,5%. В группе больных с кровотечениями поражений не выявлено в 14%, сосудистые изменения – в 48%, опухоли – в 11%, эрозивные поражения тонкой кишки – в 9%, патология, доступная ФГДС, была установлена в 7%. В группе больных с диареей патологии не выявлено в 87,5% наблюдений, в 12,5% установлен диагноз болезни Крона. В группе больных с хронической анемией сосудистые нарушения установлены в 75%. В группе больных с абдоминальной болью в 40% наблюдений патологии не выявлено, сосудистые нарушения выявлены в 40% (G.P.Freitas, N.Teixeira, G.Feldman, 2011).

В целом диагностическая ценность капсульной эндоскопии тонкого кишечника повышается с возрастом и достигает максимума в группе больных старше 80 лет. Это объясняется высокой частотой скрытых желудочно-кишечных кровотечений у больных с подслизистыми ангиодисплазиями на фоне приёма препаратов, контролирующих свёртывающую систему крови. ВКЭ показала сходную диагностическую эффективность с компьютерной и магнитно-резонансной энтерографией при диагностике болезни Крона.

Для повышения информативности ВКЭ определены основные предикторы для этого исследования. Наиболее сильным предиктором положительной диагностики капсульной эндоскопией является клинически проявляемое кровотечение. У женщин частота отрицательных капсульных эндоскопий выше, что, вероятно, связано с возможной хронической анемией на фоне хронических гинекологических кровопотерь. Чаще выявлялась патология тонкой кишки у больных с более низкими цифрами гемоглобина (7,5 против 9,9 г/дл). Чем раньше с момента клинически проявившегося кровотечения выполнена капсульная эндоскопия, тем выше её диагностическая ценность. Последним предиктором можно считать возраст больного более 60 лет.

Основным осложнением капсульной эндоскопии является задержка капсулы. Это состояние определяется как невозможность выделить капсулу в течение 2 недель, требующее хирургического или эндоскопического вмешательства. По данным публикаций, частота задержки капсулы при опухолях тонкой кишки составляет 1,4–25%, что является лидирующим среди всех причин осложнений ВКЭ. Клиническая картина спаечной болезни или иные проявления нарушения пассажа по тонкой кишке вследствие сужения её просвета являются противопоказанием для проведения капсульной эндоскопии.

При сравнении с другими методами диагностики ВКЭ показала высокую диагностическую ценность при повторных исследованиях после негативных КТ-энтерографий у больных со скрытой НЖКК. Поэтому при выборе между ВКЭ с КТ или ангиографией предпочтение отдаётся капсульной эндоскопии. Диагностическая ценность капсульной эндоскопии и двухбаллонной эндоскопии схожа, однако тотальная энтероскопия чаще достижима при использовании капсульной эндоскопии (90,6% против 62,5%). Проведённый сравнительный метаанализ информативности диагностики с применением капсульной эндоскопии и двухбаллонной эндоскопии у больных со скрытыми кровотечениями показал сопоставимую диагностическую эффективность этих методов исследования.

На сегодняшний день определён следующий тактический подход при скрытых НЖКК. Источники их выявляются при ФГДС и ФКС в 48-71% случаев. При рецидиве кровотечения возможно найти пропущенные источники в 35% наблюдений. Если в этом случае причина не выявлена, то капсульная эндоскопия имеет диагностическую ценность 61-74%. Фиброэнтероскопию следует применять после капсульной энтероскопии с лечебной целью.

Гибкая энтероскопия. На сегодняшний день существует 4 основных метода нехирургической визуализации тонкой кишки. Двухбаллонная энтероскопия (DBE), однобаллонная энтероскопия (SBE), баллонно-управляемая энтероскопия (BGE) и новое направление – спиральная энтероскопия (SE).

Первый инструмент, с помощью которого стало возможно не только увидеть слизистую тонкой кишки, но и осуществить лечебное вмешательство в глубоких отделах, — двухбаллонный видеоэндоскоп был создан доктором Yamomoto и применён в клинической практике в 2001 г. В 2006 г. был разработан и введён в клиническую практику новый однобаллонный энтероскоп. Баллонуправляемая энтероскопия – методика, в которой используются обычные гибкие эндоскопы и специальная насадка. Имеет значение в диагностике заболеваний начальных отделов тонкой кишки. Для тотальной энтероскопии не применяется. Новый метод спиральной энтероскопии проходит апробацию. С 2008 г. появились первые публикации об успешном применении спиральной трубки для проведения спиральной энтероскопии. Для оценки её эффективности необходимы сравнительные исследования с DBE.

Все методы гибкой эндоскопии тонкой кишки сопоставимы по терапевтическим и визуальным возможностям, однако тотальная энтероскопия чаще достигается при применении DBE тонкой кишки (57-66% против 0-22%). Этот результат был повторен и другими исследователями. DBE позволяет достигнуть тотальной энтероскопии в 3 раза чаще по сравнению с SBE и SE. Рядом авторов показана достаточно высокая эффективность SBE, сопоставимая с результатами DBE.

Основным преимуществом и показанием для выполнения гибкой энтероскопии является возможность выполнения лечебных манипуляций. Беспроводная капсульная энтероскопия используется как метод скрининга и двухбаллонная энтероскопия – для уточнения диагноза и проведения лечебных воздействий. Баллонная энтероскопия позволяет взять биопсию, удалить опухоль эндоскопически либо пометить её расположение клипсой или тушью для последующего малоинвазивного оперативного вмешательства. При баллонной энтероскопии наличие макро- и микроскопического морфологического подтверждения характера новообразований тонкой кишки позволило в 18,1% случаев отказаться от хирургического или эндоскопического вмешательства и вести их консервативно. Эндоскопические вмешательства, направленные на удаление опухолей, были выполнены в 36,4% случаев. Хирургическое вмешательство выполнено в 45,5% остальных больных (Е.Фёдоров, Е.Иванова и соавт., 2010).

(Окончание следует.)

Артём ПОЗДНЯКОВ,
доцент.

Дмитрий ЧЕРДАНЦЕВ,
профессор.

Ольга ПЕРВОВА,
профессор.

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого. Научно-образовательный центр «Хирургия».

Акценты

Сколько стоит наркоман?

Лечение опийной зависимости дорого обходится государству

Ежегодно в наркологические учреждения России за помощью обращаются более 7,5 млн человек. Больные героиновой зависимостью, одной из самых актуальных во многих регионах России, входят в группу риска заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, туберкулёзом, венерическими заболеваниями.

По информации Минздрава России, в 2005–2009 гг. стоимость одного курса стационарного лечения больного наркоманией составляла 21 тыс. руб. Ежегодно такое лечение проходят свыше 50 тыс. человек. Таким образом, расходы только на стационарное лечение потребителей наркотиков в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в целом по стране составляют свыше 1 млрд руб. в год.

С целью выявить и проанализировать затраты, связанные с оказанием стационарной помощи больным опийной наркоманией, было проведено фармакоэкономическое исследование на базе наркологического отделения Клиники психиатрии им. С.С.Корсакова.

Все больные были разделены на три клинико-статистические группы в зависимости от длительности пребывания в стационаре. Больше половины больных находились в стационаре от 6 до 15 дней (табл. 1).

Средняя продолжительность госпитализации для первой группы составила 4 дня, для второй – 10 дней, для третьей – 21 день.

Таблица 1

Клинико-статистические группы больных опийной наркоманией

Клинико-статистическая группа	Длительность госпитализации, дни	Количество человек в группе	Удельный вес, %
КСГ № 1	1–5	11	19,64
КСГ № 2	6–15	34	60,72
КСГ № 3	16 и более	11	19,64
Всего	–	56	100

Также во всей выборке была рассчитана средняя продолжительность госпитализации пациентов в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний (табл. 2). Из представленных данных следует, что наличие сопутствующих заболеваний продлевает срок госпитализации на 23,8%.

Таблица 2

Влияние наличия сопутствующих заболеваний, на продолжительность госпитализации

Заболевание	Средняя длительность госпитализации, койко-дни	
	Сопутствующее заболевание есть	Сопутствующего заболевания нет
Опийная наркомания	12	10

Большая часть госпитализаций приходится на начало года, далее их число снижается. Количество обращений в клинику максимально в марте – 11.

В каждой группе была рассчитана средняя давность заболевания. У пациентов первой группы самое большое значение средней давности заболевания – 11 лет. Для пациентов второй и третьей групп значения одинаковые – по 9 лет.

Изучение социально-демографической структуры больных показало, что в 2012 г. в клинику обращались пациенты от 20 до 42 лет, среди пациентов подавляющее большинство мужчин – 50 человек (89,3%). В основном больные не имеют постоянного места работы (безработные – 89,29%), преимущественно не женаты / не замужем (80,4%), госпитализировавшиеся с диагнозом «опийная наркомания» 2 и более раз (62,5%). Большинство больных выписалось из клиники с улучшением состояния – более 90% в первой и второй группах и более 70% в третьей группе.

Анализ данных по образованию показал, что в первых двух группах преобладают больные с высшим образованием; в третьей почти половина больных имеют лишь среднее образование, по 2 человека – высшее и среднее специальное образование.

Большая часть пациентов, госпитализированных в 2012 г. с диагнозом «опийная наркомания», имела сопутствующие соматические заболевания, причём самыми распространёнными являлись ВИЧ-инфекция и гепатит С.

Количество назначений препаратов на одного больного в выделенных группах различно (от 8 до 11 ЛС). В среднем пациенты из третьей группы получали на 33% больше лекарственных препаратов, чем пациенты из первой группы, то есть при увеличении срока госпитализации увеличивается количество назначаемых лекарственных препаратов на одного больного.

Это связано с тем, что при продолжении лечения после купирования абстинентного синдрома пациентам чаще назначаются анксиолитики, антидепрессанты и регуляторы водно-солевого баланса, а также начинается терапия лекарственными препаратами для лечения сопутствующих заболеваний.

Анализ ассортимента лекарственных форм препаратов, назначаемых больным опийной наркоманией, показал, что чаще всего назначаются лекарственные формы – таблетки, реже – инъекционные и инфузионные растворы, а также капсулы. В Клинике психиатрии им. С.С.Корсакова для лечения пациентов с диагнозом «опийная наркомания» используются лекарственные препараты, входящие в Перечень ЖНВЛП (80 из 97 назначенных пациентам препаратов).

Результаты анализа частоты назначений различных фармакотерапевтических групп препаратов представлена в таблице 3.

Таблица 3

Частота назначений фармакотерапевтических групп лекарственных препаратов, применяемых для лечения опийной наркомании

Фармакотерапевтическая группа	Частота назначений, %		
	КСГ № 1	КСГ № 2	КСГ № 3
Нейролептики	127,27	123,51	136,35
Анксиолитики	127,27	164,70	209,08
Противоэпилептические средства	72,73	123,69	127,27
Опиоидные анальгетики	145,45	179,41	118,17
Средства, влияющие на функции ЖКТ	45,45	102,93	100,00
Регуляторы водно-солевого баланса и плазмозаменители	27,27	61,75	81,81
Витаминные средства	45,45	20,59	27,27
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему	18,18	41,17	26,51
Гепатопротекторы	9,09	17,65	36,36

По данным таблицы 3 можно сделать следующие выводы:

1. Среди психотропных препаратов чаще всего назначались: нейролептики (самым часто назначаемым препаратом из данной группы является тиаприд); анксиолитики; противосудорожные средства. Частота назначений препаратов данных групп увеличивается с количеством дней госпитализации.

2. Кроме того, велика частота назначений препаратов группы опиоидных анальгетиков. Чаще других назначался трамал в виде раствора для инъекций и различные дозировки препарата трамал ретард.

3. С высокой частотой назначались средства, влияющие на функции ЖКТ.

Анализ затрат на фармакотерапию был проведён методом анализа «стоимости болезни». Значительная часть затрат во всех клинико-статистических группах приходится на опиоидные анальгетики. Также дорогостоящей оказалась терапия гепатопротекторами (препарат гепа-мерц), нейролептиками и анксиолитиками (табл. 4).

Средняя стоимость одного койко-дня была рассчитана путём деления средней стоимости фармакотерапии на одного больного на среднюю продолжительность госпитализации в днях для каждой КСГ (табл. 5).

Представленные данные указывают на то, что с увеличением сроков госпитализации уменьшаются затраты на фармакотерапию. В исследовании были рассчитаны коэффициенты ранговой корреляции Спирмена. По полученным коэффициентам можно сделать вывод, что имеется тесная корреляционная связь между затратами на фармакотерапию и длительностью госпитализации.

Однако стоимость фармакотерапии не зависит от возраста пациентов и давности заболевания. Кроме того, полученные данные указывают на то, что наличие сопутствующих заболеваний не оказывает влияния на стоимость фармакотерапии, однако это не так. У 9 пациентов была диагностирована ВИЧ-инфекция, но антиретровирусные средства получали только трое из них. Ввиду того, что антиретровирусные средства, которые назначались в клинике, стоят от 930 до 6400 руб. за упаковку, можно сделать вывод, что данные корреляции по фактору «наличие сопутствующих заболеваний» не являются достоверными. Можно предположить, что при условии назначения этих препаратов ВИЧ-инфицированным пациентам корреляционная связь между анализируемыми факторами была бы более сильная.

Таблица 4

Фармакотерапевтические группы с наибольшими затратами на фармакотерапию

Фармакотерапевтическая группа	Стоимость в руб. (уд. вес, %)		
	КСГ № 1	КСГ № 2	КСГ № 3
Опиоидные анальгетики	2019,16 (28,07)	14944,63 (29,38)	4061,05 (12,42)
Гепатопротекторы	792,00 (11,10)	7444,80 (14,64)	9028,80 (27,60)
Нейролептики	513,52 (7,14)	4674,90 (9,19)	5226,95 (15,98)
Анксиолитики	378,34 (5,26)	3187,19 (6,27)	2521,31 (7,71)

Таблица 5

Средняя стоимость одного койко-дня в выделенных КСГ

Клинико-статистическая группа	Средние затраты на фармакотерапию, руб.	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя стоимость одного койко-дня, руб.
КСГ № 1	653,99	4	163,69
КСГ № 2	1495,84	10	149,58
КСГ № 3	2973,52	21	141,59

Для лечения наркозависимых в клинике используются не только препараты промышленного производства, но и экстемпоральные, хотя их доля довольно мала. Производственные аптеки изготавливают различные лекарственные формы, которые могут использоваться в терапии опийной наркомании, а также для лечения сопутствующих заболеваний. Это инъекционные и инфузионные растворы, порошки, микстуры, относящиеся к различным фармакотерапевтическим группам: плазмозаменяющие, противоэпилептические, седативные, витаминные средства.

Нами был проведён анализ экстемпоральной рецептуры нескольких производственных аптек, который показал, что порошки составляют от 1 до 10% от общего количества изготовляемых препаратов. Для лечения пациентов с диагнозом «опийная наркомания» используются порошки различного фармакологического действия.

В терапии опийной наркомании довольно часто используются инъекционные и инфузионные лекарственные формы для коррекции электролитного баланса и кислотно-основного обмена. В больничных аптеках их процент составил свыше 60%. Это изотонические растворы натрия хлорида различного объёма – 200, 400, 800 мл, 4%-ный раствор калия хлорида и 25%-ный раствор магния сульфата. Также в терапии опийной наркомании используются плазмозаменяющие растворы – Рингера – Локка, реополиглюкин.

Жидкие лекарственные формы для внутреннего применения (микстуры, обладающие успокоительным и противосудорожным действием) составили около 25% от общего числа всех лекарственных препаратов.

Таким образом, экстемпоральные лекарственные формы используются для терапии различных состояний, неврозов, бессонницы у пациентов с диагнозом «опийная наркомания», а также назначаются для лечения сопутствующих заболеваний. Лекарственные формы, изготовленные в аптеке, можно использовать в качестве дополнения к препаратам промышленного производства.

Выводы:

1. В результате проведённого исследования было установлено, что с диагнозом «опийная наркомания» в клинику обращались пациенты в возрасте от 20 до 42 лет, не имеющие постоянного места работы; большинство из них – мужчины.

2. Проведён анализ ассортимента применяемых для лечения данной патологии лекарственных средств – чаще других назначались психотропные средства (нейролептики, анксиолитики, противосудорожные); опиоидные анальгетики; средства, влияющие на функции ЖКТ.

3. Проанализированы затраты на фармакотерапию методом «стоимости болезни» – общая стоимость по всем группам составила 90760,93 руб.; существенную часть затрат составляют расходы на терапию опиоидными анальгетиками, а именно на пролонгированные формы трамадола в различных дозировках.

4. Было установлено, что стоимость фармакотерапии зависит от длительности пребывания в стационаре и не зависит от давности заболевания, возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний.

Результаты проведённого исследования были переданы руководству Клиники психиатрии им. С.С.Корсакова для дальнейшего использования при планировании расходов стационара на лекарственную терапию пациентов с опийной наркоманией как в рамках выделенных клинико-статистических групп, так и по отдельным наименованиям лекарственных препаратов с учётом различных дозировок и лекарственных форм.

Лариса ВАСЬКОВА,
доцент кафедры организации и экономики фармации, кандидат фармацевтических наук.

Валентина СКЛЯРЕНКО,
доцент кафедры фармацевтической технологии, кандидат фармацевтических наук.

Юлиана КЛИМЧУК,
провизор-интерн.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова.

Событие

Аптечное «лего»

В столице состоялся Всероссийский съезд фармацевтических работников

В работе съезда приняли участие делегаты из 85 субъектов Российской Федерации – представители федеральных и региональных органов власти, профильных вузов и научных организаций, руководители государственных, муниципальных и частных предприятий, осуществляющих фармацевтическую деятельность, профессиональных сообществ.

Профессионалы фармацевтической отрасли обсудили наиболее насущные проблемы, связанные с ролью и местом фармацевтического звена в системе здравоохранения, определением стратегии развития его основных сегментов, разработкой профильного законодательства, совершенствованием подготовки квалифицированных кадров, повышением статуса фармацевтических работников.

И это тоже национальная безопасность

– Организация эффективного лекарственного обеспечения является одной из важнейших задач социальной политики государства и входит в число приоритетных направлений развития здравоохранения, – отметил, выступая перед делегатами съезда, заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян. – Съезд проходит при поддержке Минздрава России, и мы надеемся, что здесь будет продолжен диалог между всеми участниками фармацевтической отрасли.

Директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Елена Максимкина подчеркнула необходимость формирования сбалансированной системы лекарственного обеспечения, базирующейся на реальных возможностях бюджета страны, частного сектора и граждан при условии сохранения и расширения существующих государственных гарантий в области оказания медицинской фармацевтической помощи.

Одна из задач на данном этапе – обеспечение национальной безопасности за счёт развития отечественных производств полного цикла, способных обеспечить увеличение доли лекарственных препаратов, разработанных и произведённых в России.

– По объёму продаж в денежном выражении лидируют импортные лекарственные препараты. В то же время в натуральном выражении в ассортименте превалируют уже отечественные лекарственные средства. Уверена, что для бизнеса и в будущем, с учётом реализации программы развития медицинской фармацевтической промышленности, разрабатывать, производить и реализовывать лекарственные препараты будет выгодно, – отметила представитель Минздрава России.

За последние 15 лет объём российского фармацевтического рынка вырос в стоимостном выражении более чем в 4 раза, доля рецептурных лекарственных препаратов составляет свыше 50%.

Между тем, по словам Е.Максимкиной, фармацевтический рынок перенасыщен лекарствами. В российский реестр лекарственных средств в 2013 г. входит более 20 тыс. наименований лекарственных препаратов, а с учётом разнообразных лекарственных форм, дозировок и фасовок – свыше 35 тыс. наименований.

– Оригинальные лекарственные препараты составляют только 23% на рынке. Таким образом, по доле сегмента воспроизведённых лекарственных препаратов мы занимаем одно из ведущих мест в мире. Полагаем, что назрела необходимость санации товарной массы на рынке лекарств с сохранением лучших инновационных и дженериковых препаратов в номенклатуре и госреестре, – сказала она.

Директор департамента сообщила, что в настоящее время «в среднем в России на 1450 жителей приходится одна аптека, что в 2, а в отдельных случаях

в 5 раз выше по доступности, чем в большинстве зарубежных стран. Таким образом, в стране отмечается превышение оптимального количества аптечных организаций, что в сочетании с низкой платёжеспособностью населения приводит к их низкой рентабельности.

Кроме того, переизбыток ведёт и к уменьшению доли производственных аптек и аптек, требующих особых условий хранения и отпуска ряда лекарственных препаратов, таких как наркотические и сильнодействующие.

– Профессиональному сообществу необходимо задуматься о повышении рентабельности аптек за счёт увеличения их функционала, а также возможности квотирования их количества и внедрения института саморегулирования в отрасли, – заключила Елена Максимкина.

Хорошо забыто старое

О необходимости квотирования количества аптек говорила в своём выступлении и ведущий научный сотрудник Национального НИИ общественного здоровья Елена Тельнова. По её словам, чрезмерное количество аптек в стране не способствует повышению качества обслуживания населения и требует контроля.

Так, по информации Росздравнадзора, в настоящее время в России насчитывается более 77 тыс. аптек и порядка 1 тыс. оптовых организаций. При этом большая часть аптек и аптечных пунктов – 13 295 и 12 895 соответственно – находятся в частной собственности и располагаются в городах. При этом в сёлах насчитывается только 6774 частных аптек и аптечных пунктов.

По мнению Е.Тельновой, увеличение количества аптек, вместо того чтобы обеспечить здоровую конкуренцию, привело к обратному – недобросовестной конкуренции, снижению качества услуги, сокращению социальных функций с одновременным увеличением торговых и ограничению доступа к аптеке в сельской местности. Решить эту проблему, по мнению Е.Тельновой, позволит введение в стране цивилизованный рынок лекарств, необходимо вернуть нормативы размещения аптечных учреждений, которые существовали ранее».

Кроме того, по его словам, необходимо также вернуть другое «хорошо забытое старое» – нормативы размещения аптечных учреждений и нормативы наличия в аптеках специалистов, имеющих профильное образование.

– Основой работы аптеки является, безусловно, не торговля и получение прибыли. Задача аптеки – обеспечить лечебный процесс, и она должна занять своё место в системе здравоохранения. В отечественной аптечной системе всегда работали грамотные, преданные делу профессионалы, любящие своё дело, и эти традиции надо возрождать и укреплять, – считает А.Апазов.

Оба спикера сошлись во мнении, что необходимо вернуть уважение к профессии провизора и фармацевта, повысить статус аптечного учреждения и аптечной службы в целом.

Чрезвычайно эмоциональным было выступление председателя Нижегородской ассоциации фармацевтов (НАФ), декана фармацевтического факультета Нижегородской государственной медицинской академии Светланы Кононовой. По её словам, сегодня фармацевтическая отрасль «работает безнравственно». По данным НАФ, в разных территориях РФ от 10 до 15% сотрудников аптек не имеют специального профессионального образования.

– Доверия к аптекам со стороны населения нет, и пора в этом признаться. По данным опроса, проведённого нашей организацией, каждый третий потребитель знает о том, что, придя в аптеку, он может получить консультацию у сотрудника, не имеющего специального образования, – отметила С.Кононова.

Высшая и средняя фармацевтические школы готовят профессионалов для отрасли, однако до сих пор нет ясности – сколько и каких специалистов нужно фармацевтическому рынку. По словам председателя НАФ, большая часть выпускников фармацевтических училищ и фармвузов устраиваются на работу в фармацевтические организации. Но, как правило, через год-два они меняют место работы. Основной причиной ухода служит тот факт, что фармацевты и провизоры считают свою работу «неинтересной и бесперспективной».

С чем связаны такие перекосы в розничном звене? По данным того же исследования НАФ, работодатели в фармацевтической отрасли предпочитают специалистов по продажам фармспециалистам. По мнению работодателей в фармацевтической сфере, потребители не нуждаются в фармацевтах и провизорах, имеющих соответствующее образование, – так считают 62% работодателей. Лишь 54% уверены, что им нужны сотрудники с профильным образованием.

– Специалисты должны чувствовать себя нужными. Мы их учим фармакологии, фармтехнологии и прочим наукам, но не учим продавать лекарства. И как бы не старались педагоги сеять «доброе и вечное», все их усилия разбиваются о таких работодателей, – подчеркнула С.Кононова.

Не разделяться, а объединяться

Заведующая кафедрой организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Роза Ягудина акцентировала внимание на роли Стандарта надлежащей аптечной практики (GPP) в развитии фармации как профессии. Все организации, которые участвуют в разработке, исследованиях, производстве, оптовой дистрибуции ЛС делают всё, чтобы лекарство поступило в аптеку, в руки провизора, чтобы он мог отпустить его населению. Фактически аптека – ключевой рубеж на пути ЛС к потребителю.

– Современная концепция обеспечения качества «говорит» о том, чтобы лекарство было качественным, на всех этапах его разработки и продвижения должны соблюдаться определённые стандарты. И конечно, такой ответственный этап, как отпуск ЛС в аптеке, не может также не входить в систему регулирования с помощью национальных стандартов и руководств.

Нельзя сказать, что в настоящее время аптечная отрасль никак не регулируется. Различные аспекты работы аптек регулируются множественными нормативными документами. Но часть из них давно устарела, многие противоречат друг другу. По сути, мы сегодня имеем нормативное аптечное «лего», которое состоит из разных документов. Поэтому очень важно, чтобы был общий документ, который бы развивал и регулировал все процессы, входящие в сферу деятельности аптечных работников, – считает Р.Ягудина.

Фармацевтическая отрасль не должна разделяться на аптеки, производителей и дистрибьюторов. В каждом из его секторов – от разработки до розничной продажи ЛС, работают специалисты с фармацевтическим образованием. Объединённый рынок более заметен в стране, уверен директор Департамента внешних связей Stada CIS Иван Глушков.

По его словам, основные проблемы в данной сфере связаны с несбалансированностью разных участков фармотрасли. Дистрибьюторы пытаются получить больше от производителей. Дистрибьюторы и аптеки спорят по условиям коммерческих договоров и т.д., но в этих спорах они «только тратят внутреннюю энергию отрасли, но не двигают её вперёд».

Большая часть профессиональных ассоциаций и объединений – коммерческие, лоббистские структуры, ориентированные на максимальное получение прибыли для своих членов. И диалог внутри отрасли сегодня – это, по сути, перетягивание каната для получения максимальных преференций и выгод с постоянным ущербом для каждой из сторон. По мнению И.Глушкова, только консолидация усилий работников фармотрасли будет способствовать её адекватному развитию и росту.

В свою очередь, исполнительный директор НП «Аптечная гильдия» Елена Неволина отметила, что одна из важнейших задач съезда – консолидировать профессиональное сообщество. В странах с развитой рыночной экономикой контроль добросовестности конкуренции и многие другие вопросы решаются самим профессиональным сообществом посредством саморегулируемых организаций.

– Саморегулирование представляет собой процесс активного и конструктивного взаимодействия между участниками профессионального сообщества и органами государственной власти, ответственными за регулирование их профессиональной деятельности, – сказала Е.Неволина. – Главными задачами саморегулируемой организации являются регламентирование собственной деятельности, создание условий добросовестной конкуренции на фармацевтическом рынке, разработка и исполнение профессиональных правил, создание эффективных механизмов коллективной финансовой ответственности перед потребителями, повышение статуса и репутационной ответственности фармацевтических организаций.

На съезде было принято решение о создании профессиональной общественной организации фармацевтических работников РФ, в которую войдут представители всех сфер фармотрасли. Идею поддержали 97% присутствующих в зале участников мероприятия.

В резолюции, принятой по итогам съезда, подчёркивается: «Одна из основных обязанностей специалистов отрасли – ставить здоровье и благополучие человека выше как личных, так и коммерческих интересов. При этом партнёрские отношения всех участников сферы обращения ЛС должны быть беспристрастны и свободны от экономического влияния.

Для поддержания престижа фармацевтической профессии и определения приоритета в знаниях специалистов профессиональное сообщество должно объединить свои усилия. Только во взаимодействии и развитии партнёрских отношений со всеми заинтересованными лицами возможно совершенствование лекарственной помощи в интересах пациента».

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Взгляд

Вернули веру в себя!

Как мы побывали на нашей жаркой зимней Олимпиаде в Сочи

Побывать на нашей Олимпиаде мы с мужем мечтали давно, ведь такое грандиозное мероприятие бывает только раз в жизни. Летом на машине мы отправились на разведку в Сочи. Посетили все олимпийские объекты и были несколько разочарованы. Проект грандиозный, но было ещё очень много недоделок и, если честно, опасались за свою безопасность.

Олимпиада приближалась, эстафета олимпийского огня дошла и до нашего города, и вновь подпитанные патриотическим духом болельщиков, мы всё же отправились в Сочи.

В перерыве между заседаниями и госэкзаменами, в самый разгар Олимпиады мы прибыли в Адлер. Всё кругом было пропитано спортивным духом. На каждом шагу нас встречали приветливые волонтёры. Мы, как и все прибывшие, получили свои оплаченные билеты и паспорта болельщиков, терпеливо выстояв в очередях. Группы болельщиков, как наши, так и иностранцы, шли на соревнования каждое утро, словно на работу.

На всех объектах нас проверяли с такой дотошностью, что не только бутерброды и вода выбрасывались в корзину, но и на мою помаду не раз покушались бдительные спецработники.

Но на негативные моменты: очереди, тщательный досмотр и т.д. мы решили не обращать внимания, а просто наслаждаться атмосферой Олимпийских игр.

Нам посчастливилось побывать на женском сноуборде в экстрим-парке, прогуляться по набережной на Красной поляне, увидеть своими глазами красивейшие танцы на льду в ледовом дворце «Айсберг», разобраться в правилах кёрлинга и поболеть за нашу женскую команду. Мы были в восторге от того, что увидели. Все олимпийские объекты выполнены на высшем уровне, во всём учтены потребности болельщиков и их доставка к месту соревнований. Знаменитая «Ласточка» на самом деле очень быстро перевозила нас с одного объекта на другой. По паспорту болельщика на всём транспорте мы передвигались бесплатно.

После увиденного лично я с уверенностью могу заявить, что это была самая лучшая Олимпиада, самая организованная, красивая и зрелищная! Наши спортсмены – лучшие, я преклоняюсь перед их мужеством, особенно перед паралимпийцами. А если бы были соревнования болельщиков, наши бы взяли всё «золото». На этих Олимпийских играх мы по-настоящему были вместе и увидели настоящую Россию! Мы не просто победили, мы вернули веру в себя, в великую Родину!

Ирина ГЕРНЕТ,
декан факультета адаптивной физической культуры,
Северного государственного медицинского университета,
кандидат медицинских наук.

Архангельск.

НА СНИМКЕ: наши болельщики тоже были лучшими.

Далёкое – близкое

«Люди, как люди. Любят деньги...»

Денежный вопрос врача Булгакова на Смоленщине

«Люди, как люди. Любят деньги, но ведь это всегда было... Человечество любит деньги, из чего бы те ни были сделаны, из кожи ли, из бумаги ли, из бронзы или золота. Ну, легкомысленны... ну, что ж... обыкновенные люди... в общем, напоминают прежних... квартирный вопрос только испортил их...»

М.Булгаков «Мастер и Маргарита»

На минувшей неделе исполнилось 123 года со дня рождения автора бессмертного романа «Мастер и Маргарита». Известно, что автор знаменитого романа 16 июля 1916 г. приехал на Смоленщину для того, чтобы работать земским врачом. В Смоленске они с женой Татьяной Лаппа пробыли один день, а потом отправились в третий Никольский военный пункт, где вскоре молодой врач Булгаков, окончивший с отличием Киевский университет, приступает к работе. Свои впечатления о работе в Никольском потом писатель опишет в «Записках юного врача», но нигде не отразит, что работать приходилось без жалованья по 3-4 месяца. Разве что одна из деревень, описываемых в «Записках», носит название Грабиловка и косвенно напоминает о реалиях, с которыми Булгаков столкнулся в Смоленских краях.

Сильный финансовый кризис 1916-1917 гг. захлестнул всю Россию. Накануне Февральской революции положение усугублялось огромным государственным бюджетным дефицитом и быстрым обесцениванием рубля. «Я в отчаянии, – писал Булгаков свой сестре Надежде Земской, – что из Киева нет известий. А ещё в большем отчаянии я оттого, что не могу никак получить своих денег из Вяземского банка и послать маме. У меня начинает являться сильное подозрение, что 2000 р. ухнут в море русской революции. Ах, как пригодились бы мне эти две тысячи! Но не буду себя излишне расстраивать и вспоминать о них».

Жалованье врача Булгакова на тот момент составляло 115 руб. 41 коп. в месяц, но и те, как выяснилось, ему задерживали 3,5 месяца. В своих литературных опытах он напишет, что работать приходилось с раннего утра до позднего вечера, и в конце дня уже не хотелось «ни пить, ни есть, ни спать». Другими словами, он отдался полностью своему врачебному долгу. А тем временем в Смоленской губернской управе не могли разобраться с оплатой его труда... Дело в том, что ситуация в стране была крайне тяжёлая, и для того, чтобы оплатить труд земским врачам, Смоленская земская управа была вынуждена брать кредиты. Но при этом земские врачи активно возмущались своим положением и писали письма с просьбой выплатить им жалованье.

Не писал только Булгаков. И про него забыли, или сделали вид... Есть свидетельство, что один смоленский чиновник, будучи в недоумении, почему молодой врач не обращается в управу за жалованьем, писал в Москву: «Врач Михаил Афанасьевич Булгаков, согласно отношению врачебного отделения от 27 сентября с.г. за № 6638, значится призванным на военную службу с 16 июля. Ввиду продолжительного срока со дня призыва и до сего времени, за которое он, Булгаков, не получал жалованья, также отсутствия его личного заявления о выдаче ему жалованья, возникает сомнение, не был ли врач Булгаков уже удовлетворён жалованьем раньше, или же ему, как и другим врачам, согласно отношению Врачебного Отделения от 14-го сентября с.г. за № 6315, подлежит жалованье со дня призыва, о чём Губернская Управа и просит ей подтвердить» и получает ответ, что «командированные в распоряжение г. Смоленска Губернатора врачи резерва названного управления подлежат удовлетворению содержанием со дня призыва, а потому врачебное отделение на запрос Губернской Земской Управы от 2 октября с.г. за № 1486/ 5925 имеет честь сообщить, что врачи Георгий Васильевич Нестеровский, призванный 13 сентября 1916 г., и врач Михаил Афанасьевич Булгаков, призванный 16 июня 1916 г., должны быть удовлетворены содержанием, как разъяснено Московским Окружным военно-санитарным инструктором со дня призыва».

После этого письма Смоленская управа приняла решение выслать жалованье Булгакову почтой. В Государственном архиве Смоленской области имеется ведомость на получение жалованья, где отдельной строкой стоит забытый Булгаков и сумма жалованья за 3,5 месяца – 404 руб. 98 коп.

Как видим, молодой врач Михаил Булгаков, которого никто в России и мире ещё не знал в качестве выдающегося писателя XX века, оказался в очень сложных общественно-политических и экономических условиях. На его долю выпал жребий работать в глуши, с невежественными людьми, где у него был выбор опуститься до неузнаваемости или укрепить свой характер.

С Булгаковым произошло второе. Автобиографический герой Булгакова в «Записках юного врача» заметит: «Ничего не изменилось, казалось бы, вокруг. Но я сам сильно изменился». И при этом Булгаков не потерял себя, вдали от родных и близких, любимого оперного театра, несмотря на странное положение с оплатой своего труда, он выполнял свой врачебный долг без оглядки на перипетии времени. И в тот момент, когда чиновник писал в Москву для того, чтобы выяснить, почему Булгаков не обращается за жалованьем, Михаил Афанасьевич укреплял свой Дух. Во всех его произведениях, особенно в романе «Мастер и Маргарита», лейтмотивом проходит мысль о тщетности человеческих надежд на «спасительную» функцию денег. Ведь никакими деньгами невозможно спасти заблудшую душу, вернуть утраченную честь, воскресить любовь. А примером из своей врачебной практики доказал, что врачебная клятва, выражающая основополагающие морально-этические принципы поведения врача, и её выполнение зависят от того, на какой ступени Духовной иерархии находится Человек, а не от размера выплачиваемого ему жалованья.

По данным службы занятости, в настоящее время в Вязьме требуется на работу 21 врач, причины разные: и учёба в медицинских институтах сложная, и заработная плата маленькая. Сегодня модно быть экономистом, юристом, менеджером... А Булгаков в своих произведениях ставил человека лицом к лицу перед лицом Вечности, отметая все ненужные мелочи: деньги, чины, квартиры и прочую дребедень, которая не стоит того, чтобы ради неё жертвовать самым дорогим – предназначением Человека на Земле...

Татьяна ПАСТЕРНАК.

Смоленская область.

НА СНИМКАХ: Булгаков – выпускник медицинского факультета Киевского университета Св. Владимира, 1916 г.; один из корпусов Вяземской уездной больницы, построенной в начале XX века купцами Лютовыми, где предположительно работал врачом Булгаков.