Медицинская газета®

19 июля 2017 г.
среда
№ 52 (7770)

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

События

Медицинским вузам — больше заботы

К этому призвали участники представительной встречи в Саратове

Пётр Глыбочко (в центре) предлагает пересмотреть нормативы подушевого финансирования обучения студентов

Саратов стал местом обмена опытом по ключевым вопросам сферы здравоохранения и подготовки медицинских кадров, а также развития в сфере международного сотрудничества. Недавно в городе собрались ректоры и представители администрации более 40 медицинских и фармацевтических вузов России и 14 представителей медицинских университетов Китайской Народной Республики с целью участия в совместном заседании Российско-Китайской ассоциации медицинских университетов (РКАМУ) и ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений».

Развитие российско-китайских отношений в области медицинского образования всегда проходило в рамках конструктивного диалога, но именно с созданием РКАМУ расширились сферы партнёрства, укрепился потенциал здравоохранения обеих стран, поскольку основная цель ассоциации – взаимодействие в научно-образовательной сфере, обмен информацией и опытом между университетами, что способствует подготовке высококвалифицированных врачей. В этом году было решено объединить заседания РКАМУ и «Совета ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений» – ведущей профильной некоммерческой организации России, представляющей интересы отрасли. Заседания по традиции проводились под председательством Петра Глыбочко, сопредседателя РКАМУ (РФ), ректора Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, академика РАН, и Яна Баофена, сопредседателя РКАМУ (КНР), президента Харбинского медицинского университета, академика Китайской академии инженерных наук. На повестке дня были обсуждения вопросов по взаимодействию в подготовке кадров и перспективных направлений совместной образовательной и научной деятельности.

Стоит отметить, что заседанию ассоциаций предшествовала встреча П.Глыбочко с медицинским сообществом Саратова в Общественной палате, на которой он поделился видением ситуации в здравоохранении. По его мнению, основные проблемы в медицине – обеспечение кадрами, доступность и качество медпомощи. «В России выпускается достаточное количество специалистов для отрасли, время задуматься о качестве их знаний. Это касается как базового, так и последипломного образования», – заметил ректор. При этом, профессия врача очень востребована, конкурс в медицинские вузы высокий на протяжении последних лет. Поэтому необходимо решать вопрос о карьерных перспективах молодых врачей, чтобы они оставались в профессии.

Ключевой темой заседания ассоциаций, которое состоялось в Саратовском государственном медицинском университете им. В.И.Разумовского, стало увеличение нормативов финансирования медицинских вузов.

(Окончание на стр. 2.)

Рафаэль ШАВАЛИЕВ, главный врач Детской республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан, кандидат медицинских наук:

У нас есть опыт работы над крупными пилотными проектами в сфере здравоохранения, которые в последующем получают развитие по стране.

Стр. 4

Сергей КОЛЕСНИКОВ советник РАН, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН:

Государство хочет постепенно уйти из науки, медицины и образования, считая, что основная его функция – оборона страны. Реформа РАН – очевидный элемент такой политики.

Стр. 10

Леонид ПЕЧАТНИКОВ, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития, профессор, заслуженный врач РФ:

Пациентов с пороками развития необходимо обследовать генетически.

Стр. 11

Тенденции

Новые знания помогут в работе

В Алтайском краевом перинатальном центре «Дар» завершилось обучение акушеров-гинекологов. Врачи слушали лекции на самые актуальные темы.

В завершение месячного цикла обучения были прослушаны лекции вице-президента Российского общества акушеров-гинекологов, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии РУДН, члена-корреспондента РАН, заслуженного деятеля науки РФ Виктора Радзинского.

Профессор побывал во многих перинатальных центрах страны и с рабочим визитом посетил центр «Дар». Он отметил, что здесь на высоком уровне выстроена система маршрутизации пациентов, и это позволяет добиваться благополучного исхода при самых сложных случаях.

Для того, чтобы роды проходили благополучно, в нашей стране создаются перинатальные центры. Они аккумулируют квалифицированную помощь и современное оборудование в одном месте. Эти учреждения имеют современное материально-техническое оснащение, и остаётся самая главная задача – подготовка врачей высокого класса, которые должны составлять основу новых центров. Несмотря на то, что врачи перинатального центра «Дар» только окончили один цикл лекций, уже составлены планы на дальнейшее сотрудничество и обучение.

Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Барнаул.

Решения

Мимоза признана наркотиком

Правительство РФ пополнило перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю на территории России. В список вошёл один вид мимозы, содержащий диметилтриптамин, а также ещё 11 веществ. Постановление опубликовано на сайте кабинета министров.

«В некоторых регионах России отмечено появление психоактивных веществ с торговым наименованием U-47700 и факты отравлений со смертельным исходом, вызванных их потреблением. В ряде иностранных государств, например, в Финляндии, Эстонии, Швеции, Белоруссии в национальные перечни наркотических средств и психотропных веществ внесено 12 психоактивных веществ, но они не были ранее включены в соответствующий список в России», – отмечается в сообщении.

Согласно опубликованному документу, в раздел контролируемых в России психотропных веществ попали дезхлорэтизолам, диклазепам, клоназолам. В раздел «наркотические вещества» – метоксикетамин, фуранилфентанил, беноциклидин.

Одновременно внесены изменения и в определения Уголовного кодекса относительно крупного и особо крупного размера культивирования растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Москва.

Новости

В регистратурах — специальное оборудование

Медицинские организации Кабардино-Балкарской Республики в рамках государственной программы «Доступная среда» постепенно адаптируют свои условия для людей с ограниченными возможностями.

В учреждениях оборудованы пандусы, на ступенях входа в здания наклеены яркие жёлтые полосы, указывающие направление движения. В ряде учреждений для маломобильных групп оборудованы санузлы, в стационарах вдоль стен укреплены поручни для передвижения. На сайтах медорганизаций размещены версии для слабовидящих. Для Дома ребёнка приобретено специальное погружное устройство в бассейн, чтобы с детьми, страдающими болезнями центральной нервной системы, можно было заниматься лечебной физкультурой в воде. В поликлинике № 1 Нальчика произведена замена лифта. В текущем году планируется оборудовать специальным подъёмным устройством лестницу входа в здание филиала поликлиники № 3.

Проводится адаптация больничной среды к возможностям слабослышащих граждан. Так, межрайонная многопрофильная больница города Нарткала одной из первых в республике оборудовала индукционную систему, которая позволяет регистраторам вести разговор со слабослышащими гражданами. В этом году подобными индукционными системами будут оборудованы регистратуры поликлиник Нальчика, онкодиспансера, детской поликлиники № 1, Республиканского стоматологического центра и поликлинические отделения 6 центральных районных больниц.

Лилия ШОМАХОВА.

Кабардино-Балкария.

Откровенно и эффективно

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение российских врачей к пропаганде здорового образа жизни.

Сейчас проводится целый спектр мероприятий по пропаганде здорового образа жизни: отказ от употребления алкоголя и курения, соблюдение принципов здорового питания, занятия спортом и другое. Такие меры полностью поддерживает 90% врачей, 8% – скорее поддерживают, 2% – затруднились с ответом, при этом, никто не высказался против.

Те врачи, которые не полностью поддерживают усилия государства, объясняют свою позицию тем, что человек должен сам определять свой образ жизни (46%), в этой пропаганде больше запретов, чем разъяснений (при этом, не все рекомендации компетентны) (25%) и другими причинами.

Половина врачей (55%) уверена, что пропаганда здорового образа жизни существенно влияет на поведение населения в отношении корректировки образа жизни и отказа от вредных привычек, 39% считают, что влияние несущественное, 4% уверены, что пропаганда не оказывает никакого влияния, 2% затруднились оценить воздействие пропаганды на общество.

«Пропаганда здорового образа жизни однозначно нужна, и она даёт свои плоды – ЗОЖ стал модной тенденцией. Здесь не обходится без перегибов: когда вредная привычка или нежелательное поведение возводятся в ранг зла, на человека, который такое поведение демонстрирует, навешивается негативно окрашенный ярлык, не всегда обоснованно. Вред, который несёт в себе то или иное поведение, порой преувеличен. Но это неотъемлемая особенность пропаганды – она должна быть жёсткой и напористой, без полутонов, так как вкладывает в головы людей эмоционально окрашенный стереотип правильного и неправильного поведения. Именно эмоциональная окраска делает пропаганду эффективной. Рациональный компонент здесь второстепенный», – прокомментировала Ксения Медведева, руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT.

Андрей ДЫМОВ.

Москва.

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

Признание

Чем раньше, тем лучше

Работа омских онкологов отмечена на высоком уровне

Награда нашла достойных

Солидные награды привезли онкологи Прииртышья с прошедшего в Уфе IX Съезда Ассоциации онкологов России, собравшего более 1,5 тыс. специалистов из России, ближнего и дальнего зарубежья.

На съезде обсуждались вопросы организации и финансирования онкологической помощи россиянам, образовательные программы в онкологии, вопросы лекарственного обеспечения, маршрутизации онкологических больных и другое. Однако, ключевой темой съезда стало обсуждение проекта Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями, который представил участникам главный онколог Минздрава России академик РАН Михаил Давыдов. Программа определяет развитие онкологической службы в России на среднесрочный и долгосрочный периоды до 2030 г.

«Важной частью стратегии станет необходимость разработки и внедрения программ раннего выявления онкологических заболеваний в регионах. Эту работу предложено сделать обязательной составляющей всеобщей диспансеризации населения», – пояснили в Министерстве здравоохранения Омской области.

В профильном ведомстве отметили, что в регионе этому направлению уже сейчас уделяется большое внимание. Ежегодно профилактическими осмотрами охвачено более 1,3 млн омичей. В рамках диспансеризации женщины обследуются маммографическими и цитологическими методами, мужчины проходят обследования на рак предстательной железы. Для выявления рака на ранних стадиях и профилактики рецидива у сельских жителей организована выездная работа специалистов областного онкологического диспансера. Так, за прошлый год в районных больницах мобильные бригады онкологов проконсультировали около 1,6 тыс. селян.

Приятным завершающим «аккордом» IX Съезда онкологов стала церемония вручения дипломов и медалей Ассоциации онкологов России за вклад в развитие отечественной онкологии. Из 180 кандидатов, претендовавших на эту награду, лауреатами стали 12 учреждений здравоохранения онкологического профиля, из них четыре – представители Сибирского федерального округа, в числе которых и омский онкодиспансер.

– Этот диплом – очень значимая для нас награда. Работа наших врачей признана на высоком уровне, – сказал главный врач онкодиспансера Дмитрий Вьюшков.

Стоит также отметить, что по итогам 2016 г. показатель выявления больных со злокачественными новообразованиями на ранних стадиях в Омской области улучшился по сравнению с предыдущим годом и составил 54,5%, что позволило медикам своевременно направить пациентов в специализированное учреждение, начать адекватную терапию и сохранить им жизнь. Снижается в регионе и смертность населения от онкопатологии, повышается качество диспансерного наблюдения.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

МИА Cito!

Омск.

События

Медицинским вузам — больше заботы

(Окончание. Начало на стр. 1.)

«Сегодня необходимо пересмотреть нормативы подушевого финансирования обучения студентов медицинских вузов. С этой инициативой мы вышли на депутатский корпус и получили поддержку председателя Государственной думы Вячеслава Володина. Он, в свою очередь, поручил главе думского Комитета по охране здоровья Дмитрию Морозову проработать данные вопросы. Соответствующие предложения направлены премьер-министру РФ Дмитрию Медведеву, – рассказал П.Глыбочко и добавил, – Финансирование на сегодняшний день составляет от 60 до 150 тыс. руб. в год на студента-медика. Этого явно недостаточно, необходимо увеличение цифр до 200 тыс. в целях обеспечения передового подхода в подготовке специалистов. Это касается материально-технической базы, современного оснащения лабораторий и кафедр, возможности увеличения заработной платы профессорско-преподавательскому составу». По его мнению, при поддержке со стороны федеральной власти проблема будет решена в течение одного года.

Помимо ситуации в отечественном медицинском образовании на повестке дня было обсуждение международного партнёрства. Ректоры и руководители вузов рассмотрели направления развития российско-китайского академического сотрудничества, академической мобильности и трансфера лучших взаимных методологических разработок. Среди актуальных вопросов, затронутых на заседании и интересующих как Россию, так и Китай, обсуждались перспективы развития российско-китайского научного взаимодействия и унификация подготовки медицинских кадров.

Ян Баофен отметил, что между вузами сложились партнёрские отношения. «РКАМУ работает для обеспечения взаимодействия между специалистами. В Харбинском медицинском университете организовали российско-китайский исследовательский институт, где сейчас реализуется 39 проектов. За 3 года существования ассоциации состоялось около 15 международных конференций, почти 2 тыс. студентов прошли стажировки в рамках проекта. Успешная работа находит поддержку у лидеров наших государств», – заявил он.

Очевидно, что академическое партнёрство и международное сотрудничество медицинских вузов России и Китая имеет большие перспективы. По итогам заседания было принято решение разработать траекторию сотрудничества в рамках Российско-Китайской ассоциации медицинских университетов, обеспечивающую преемственность и неразрывность проектов в области образования, научно-исследовательской деятельности и практического здравоохранения с учётом дружественных отношений между странами на современном этапе и глобальных трендов медицинского образования.

В рамках запланированных мероприятий состоялось открытие центра традиционной китайской медицины на базе клинической больницы им. С.Р.Миротворцева СГМУ, проведены мастер-классы ведущими специалистами из Китая. Напомним, что аналогичный центр уже успешно функционирует на базе Университетской клинической больницы Сеченовского университета. В ней обучаются практикующие врачи и студенты основам китайской медицины, так популярной во всём мире.

Как отметили участники встречи, международное сотрудничество университетов России и Китая в области учебно-методической и научно-исследовательской деятельности открывает большие возможности. В их числе – обмен методиками и опытом в области медицинского образования, обмен студентами, врачами и преподавателями, стажировки, выполнение научных проектов и совместных публикаций, разработки медицинского оборудования, лекарственных препаратов, проведение совместных научных и культурных мероприятий.

Алексей ПАВЛОВ.

МИА Cito!

Москва.

Официально

Орфанные лекарства будут закупать на федеральном уровне

Запланированная Минздравом России централизация закупок лекарственных препаратов для лечения орфанных (редких) заболеваний поможет снизить стоимость лечения и решить проблему лекарственного обеспечения большего числа пациентов, считает член Центрального штаба Общероссийского народного фронта (ОНФ), директор Фонда независимого мониторинга «Здоровье» Эдуард Гаврилов.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова заявила, что Минздрав планирует централизовать закупку лекарств для лечения пациентов с орфанными заболеваниями. Она выразила надежду, что закупки лекарственных препаратов для ряда заболеваний удастся перевести на федеральный уровень еще до конца 2017 г.

Эксперты ОНФ и Фонда «Здоровье» еще в 2014 г. направляли в Министерство здравоохранения РФ и Совет Федерации предложения по организации помощи пациентам с орфанными заболеваниями, нормализации ситуации с закупкой лекарственных препаратов и формированию федерального регистра пациентов.

«До сих пор из федерального бюджета централизованно закупались лекарства для пациентов лишь в рамках программы «Семь нозологий». Пациенты с заболеваниями, на которые не распространялось действие программы, должны были получать лекарства в регионах. Во многих случаях это стало неразрешимой проблемой. К нам неоднократно обращались пациенты с орфанными заболеваниями с просьбой оказать содействие в получении необходимых препаратов, поскольку их регионы не могли обеспечить необходимое лекарственное обеспечение», – рассказал Эдуард Гаврилов.

По данным Минздрава, стоимость лечения одного больного с редким заболеванием составляет до 100 млн руб. в год. Многим регионам даже с поддержкой федеральных субвенций не хватает средств на необходимое лекарственное обеспечение этой категории пациентов.

«Мы приветствуем решение Минздрава и считаем, что централизация закупок поможет снизить стоимость лекарственных препаратов и в значительной мере решит проблему лекарственного обеспечения пациентов с редкими болезнями», – заключил эксперт ОНФ.

Алексей ПИМШИН.

МИА Cito!

Москва.

Профилактика

Здоров? Получи награду!

На Ямале проходит массовое обсуждение региональной стратегии развития здравоохранения. По этому поводу в ямальском городе Тарко-Сале прошло расширенное заседание Координационного совета по внутриведомственному и межведомственному взаимодействию по вопросам здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

Главной темой стало обсуждение Стратегии развития здравоохранения региона, направленной на увеличение продолжительности жизни населения с 72 до 76 лет к 2025 г. Кроме членов координационного совета в обсуждении приняли участие представители муниципальных организаций и учреждений и предприятий Пуровского района.

С основными положениями стратегии участников совещания познакомил главный врач Тарко-Салинской центральной районной больницы Кирилл Трапезников. Он отметил, что Ямало-Ненецкий автономный округ опережает другие приполярные регионы по всем показателям, связанными со здравоохранением. Однако для увеличения продолжительности жизни нужно не только воздействовать на систему здравоохранения, но и решать вопросы, связанные с формированием здорового образа жизни.

Передовым опытом в области ЗОЖ и профилактики неинфекционных заболеваний поделилась врач по медицинской профилактике ямальского центра медицинской профилактики Наталья Ивлева. В частности, речь шла о разработанной в ЦМП региональной модели профилактики неинфекционных заболеваний, которая была представлена в качестве передового российского опыта на «круглом столе» Европейского бюро ВОЗ в 2015 г.

Ямальские профилактологи уверены, что в эффективной реализации этой модели большое значение имеет тесное взаимодействие всех структур и ведомств. Оптимизировать межведомственную работу помогает созданный правительством региона координационный совет по межведомственному взаимодействию в сфере здорового образа жизни во главе с заместителем губернатора Татьяной Бучковой. В состав совета входят руководители органов исполнительной власти в сферах здравоохранения, образования, социальной и молодёжной политики, культуры, туризма, физкультуры и спорта, АПК, торговли и коренных малочисленных народов Севера.

Координационные советы созданы также и в каждом муниципальном образовании округа. Они призваны способствовать разработке и внедрению долгосрочных межведомственных программ по созданию условий для ведения ЗОЖ населением в муниципалитетах.

Члены координационного совета приняли к сведению опыт профилактики заболеваний, накопленный специалистами ямальского ЦМП. По итогам заседания руководителям организаций Пуровского района было рекомендовано считать формирование ЗОЖ приоритетным в корпоративной культуре предприятий и обеспечить условия для прохождения работниками медицинских осмотров и диспансеризации. Решено также больше внимания уделять развитию волонтёрского движения, активнее привлекать к популяризации ЗОЖ все возрастные группы населения, а также общественников и медийных персон. Кроме того, шире пропагандировать принципы ЗОЖ и распространять информацию о заболеваниях и факторах риска их развития посредством официальных сайтов организаций и социальных медиа.

В будущем участники заседания планируют рассмотреть возможность поощрения ведущих здоровый образ жизни граждан бесплатными абонементами на посещение спортивных залов, секций и других спортивно-оздоровительных учреждений.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

МИА Cito!

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Акценты

Самый высокий задекларированный доход

Общество Forbes Woman составил рейтинг представительниц российской власти с самыми высокими задекларированными доходами. Топ-10 возглавила член комитета Госдумы РФ по охране здоровья Татьяна Соломатина — по итогам прошлого года она заработала 56,2 млн руб. В 2016 г. её доход вырос более чем в два раза по сравнению с 2015 г. (26,5 млн).

Отвечая на запрос журналистов относительно источников её дохода, самая богатая российская чиновница пояснила, что с начала октября 2016 г. она получает депутатскую зарплату. «Никаких иных доходов с этого времени не получаю. Источники доходов задекларированы в соответствии с законом РФ, связаны с владением определённым имуществом», – сообщила Т.Соломатина.

При этом задекларированный доход её мужа за прошлый год составил 4 млн руб., в его собственности находятся земельный участок площадью 1,5 тыс. м², жилой дом площадью более 500 м², а также нежилое помещение площадью 110 м².

Т.Соломатина – врач по образованию, ранее в Томской областной думе была председателем комиссии по здравоохранению. По данным местных СМИ, руководила частной медицинской фирмой в Томске.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Cito!

Москва.

Сотрудничество

В Министерстве здравоохранения Астраханской области состоялась рабочая встреча министра Павла Джуваликова с министром здравоохранения Республики Калмыкия Русланом Нагаевым. В ходе встречи главы ведомств обсудили ряд вопросов, касающихся межрегионального взаимодействия в сфере здравоохранения.

Встреча министров

Республика Калмыкия является одним из самых ближайших соседей с Астраханским регионом. Между субъектами давно налажены партнёрские отношения в сфере здравоохранения. За время сотрудничества отмечается активное взаимодействие регионов при оказании пациентам первичной медико-санитарной помощи, при дорожно-транспортных происшествиях, также налаживается обмен опытом работы астраханских и калмыцких медиков на региональных конференциях.

В ближайшее время спектр оказания медицинской помощи гражданам Калмыкии в астраханских медицинских организациях будет увеличен благодаря расширению взаимного соглашения между ведомствами. Министерство Калмыкии предложило организовать оказание медицинской помощи жителям приграничных территорий республики, расположенных на расстоянии 120-200 км от Астрахани, в Астраханской области в рамках ОМС по нескольким видам медицинских услуг. Скоро жители Юстинского, Лаганского, Яшкульского и Черноземельского районов Калмыкии смогут получать в рамках программы государственных гарантий специализированную медицинскую помощь по нескольким профилям в астраханских областных больницах и диспансерах.

Как отметил П.Джуваляков, сегодня необходимо укреплять сотрудничество в сфере высокотехнологичной медицинской помощи: «Стоит внедрять новые медицинские технологии, проводить совместные научные исследования и обмениваться своими наработками. В силу развивающегося медицинского туризма и увеличения потока пациентов из других регионов, необходимо развивать и новые направления медицины».

На встрече министры также обсудили дальнейшее сотрудничество в области телемедицины – дистанционное консультирование позволит улучшить качество оказания медицинской помощи в обоих субъектах.

Александра ЖВАЧКИНА,
внешт. корр. «МГ».

Астраханская область.

Идеи

Наркологи спасают водителей и пешеходов

В соответствии с приказом Минздрава России водители, задержанные за рулём в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, должны прослушать лекции профилактической направленности на базе наркологических диспансеров.

Эта практика существует с марта 2016 г. За 6 месяцев нынешнего года в 49 видеолекториях, организованных Астраханским областным наркологическим диспансером, приняли участие 284 проштрафившихся астраханских водителя. Жёсткие видеокадры «пьяных» наездов на пешеходов, аварий с участием водителей, находящихся «под градусом», неадекватное поведение горе-автолюбителей производят впечатление на участников лектория.

По словам заведующей кабинетом профилактики диспансера Ирины Демичевой, многие признаются, что не придавали значения лекциям, считая, что должны посетить их ради «галочки», однако увиденное заставило пересмотреть своё отношение к спиртному.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Астрахань.

Главная тема

Центральный элемент

Администрация и профсоюз: стратегия успешного взаимодействия

В принятой в Республике Татарстан в 2015 г. региональной Стратегии социально-экономического развития до 2030 г. отмечается, что «мы стоим на пороге нового мира, мира стремительно изменяющихся технологий и предпочтений людей, мира, в котором человек становится ключевым активом». Человек находится и в центре социального диалога работодателей и профсоюза. Чтобы понять, как организовано стратегическое партнёрство в успешном лечебном учреждении, какие программы и проекты реально работают для его сотрудников, мы побывали в Детской республиканской клинической больнице Министерства здравоохранения Республики Татарстан, празднующей в этом году своё 40-летие, и побеседовали с её главным врачом Рафаэлем Шавалиевым, а также председателем профсоюзного комитета Люцией Галиевой.

Основной ресурс

Детская республиканская клиническая больница Минздрава республики была выбрана не случайно – во-первых, это ведущее многопрофильное детское учреждение здравоохранения, где представлены все 3 уровня оказания медицинской помощи. Во-вторых, членство сотрудников в профсоюзе здесь составляет 99,6%. Это означает только одно – партнёрство с профсоюзом стратегическое, и это основа успешного взаимодействия. И ключ к этому – люди.

«Наш главный потенциал, главный ресурс больницы – это кадры, – говорит главный врач Детской республиканской клинической больницы (ДРКБ) Рафаэль Шавалиев. – С одной стороны, мы используем современные подходы к управлению кадрами, такие как система менеджмента качества, система ключевых показателей, активное внедрение элементов «бережливого производства» на всех рабочих местах и определение лидеров по подразделениям. С другой стороны, наш основной стратегический партнёр в работе с людьми – это профсоюз, с которым мы реализуем множество совместных проектов».

Речь идёт в первую очередь о социальном партнёрстве, насчитывающем уже не первый год. Кстати, прошедший 2016 г. был объявлен Федерацией профсоюзов Годом 25-летия социального партнёрства. Указ Президента Республики Татарстан Р.Минниханова «О развитии социального партнёрства в сфере труда в Республике Татарстан» обозначил необходимость системного, конструктивного социального диалога работодателей и профсоюза, а также определил его главную цель – расширить сферу влияния социального партнёрства на решение социально-экономических вопросов, для сохранения социальной стабильности и повышения качества жизни.

Одно из ключевых направлений в данной области – сохранение здоровья сотрудников и их детей. В программу вошли не только медицинское обследование, флюорография и вакцинация. Речь также идёт о диспансеризации, санаторно-курортном лечении, здоровом образе жизни и занятиях спортом. В случаях тяжёлых заболеваний предусмотрена материальная поддержка из средств фонда «Оздоровление» Рескома профсоюза. Осуществляется страхование профессиональной деятельности.

Спорту в ДРКБ уделяется самое пристальное внимание. Главный врач сам регулярно играет в волейбол, в больнице есть мужская и женская команды. Есть и команды по бадминтону и другим видам спорта, которые участвуют в соревнованиях в Татарстане и за пределами республики. А во время Спартакиады медицинских работников здравоохранения республики «Здоровье» команда ДРКБ – признанный многолетний лидер, завоёвывающий первое общекомандное место.

Ещё одна программа – поддержка ветеранов. Сейчас их 467 человек, и каждому помогает персональный куратор из числа сотрудников и профсоюзного комитета. В 2015 г. при профкоме создан Совет ветеранов, возглавляемый Дамирой Галеевой. Социальная поддержка ветеранов – это не только помощь в решении бытовых вопросов и содействие в оздоровлении, но и приглашения на торжественные мероприятия, праздники, концертные и театральные программы. В случае необходимости оказывается адресная дополнительная материальная, медицинская, психологическая и юридическая помощь.

Медико-социальная поддержка сотрудников и ветеранов ДРКБ включает лечение в профильных отделениях и специализированных медицинских учреждениях, охрану труда и специальное питание. Достаточно обширна и социальная программа. Для сотрудников организуются экскурсии, спортивные и культурные мероприятия, с особенным размахом отмечается в июне День медицинского работника: спартакиады, конкурсы, выступления артистов эстрады и аниматоров.

Отдельная тема – жильё для медиков. «Как раз сегодня мы разговаривали о поддержке обеспечения жильём, – делится главный врач. – Сейчас возможна работа по программе социальной ипотеки. Мы ведём переговоры с банками и инвестиционными группами для того, чтобы найти подходящие предложения и удовлетворить потребности наших сотрудников. Обращаем внимание, чтобы возможность получить жильё была у педиатров и анестезиологов-реаниматологов».

Утренний обход Рафаэля Шавалиева

В спорте коллектив ДРКБ демонстрирует также прекрасную командную игру

В ДРКБ реализуется модель непрерывного обучения персонала: стажировки как в лучших клиниках России, так и зарубежных; библиотечно-информационный центр, где персоналу предоставлен интернет-доступ ко всем ведущим медицинским информационным ресурсам; постоянное обучение на базе клиники, которое проводят как сами сотрудники, так и приглашённые лекторы; реализация совместных проектов с Казанским государственным медицинским университетом, образовательным центром высоких медицинских технологий, Казанской государственной медицинской академией.

Единомышленники

Разработанные в ДРКБ программы – один из путей формирования нематериальной мотивации. Ведь больнице очень важно найти путь к приверженности сотрудников, создать команду единомышленников. Это означает не только компетенции в области специальных медицинских знаний и госпитального менеджмента, но и общий командный дух, и взаимную поддержку. Этому способствуют специальные тренинги по командообразованию, обучение в образовательном центре высоких медицинских технологий в Казани, конференции и семинары. Создан хорошо работающий механизм поэтапной адаптации «новых» сотрудников, включающий наставничество, персональное кураторство и обучение.

Для такого крупного учреждения это просто необходимо. Ведь в больнице трудятся 2157 сотрудников, в том числе 438 врачей и 959 средних медицинских работников, а число госпитализаций в год достигает 32 тыс.

Больница является государственным автономным учреждением здравоохранения, что предъявляет более жёсткие требования к управлению такой организацией. И во всех начинаниях профсоюзный комитет остаётся стратегическим партнёром администрации.

«Как осуществляется взаимодействие между администрацией и профкомом? Вместе работаем над общими задачами, – говорит Люция Галиева. – Те задачи, которые стоят перед детской республиканской больницей – это наши задачи. У нас единая политика и единые цели».

«От взаимовыгодного сотрудничества, создания комфортных условий труда, привлечения средств на стимулирование и поощрение сотрудников, предоставления им дополнительных льгот и гарантий зависит приток высокопрофессиональных кадров и стабильность функционирования учреждения, – подчёркивает главный врач. – И всё это закреплено в коллективном договоре».

Дело государственной важности

В 1991 г. ДРКБ стала одной из первых, где был заключён коллективный договор. Он пересматривается каждые 3 года, получает высокую оценку и первые места на профессиональных конкурсах. Нынешний договор принят на профсоюзной конференции в июле 2015 г. Его ключевой элемент – это, конечно, вопрос оплаты труда.

Обеспечение достойной оплаты труда и реализация Майских указов Президента РФ В.Путина – государственная задача, и она решается на уровне Минздрава Республики Татарстан. Но мониторинг оплаты ведётся по всем подразделениям лечебного учреждения. В результате плодотворной работы уровень заработной платы сотрудников ДРКБ по итогам 2016 г. в среднем выше средних значений работников здравоохранения по республике: у врачей – на 7,5%, у среднего и младшего медицинского персонала – на 11,9 и 5,1% соответственно.

Важным индикатором отношения администрации и профсоюзного комитета к труду, защите жизни и здоровья своих работников являются затраты на мероприятия по охране труда. В ДРКБ применяются современные методы, в частности управление профессиональными рисками на рабочих местах. Кроме того, в этом году планируется завершить специальную оценку условий труда, занявшую 3 года.

На улучшение условий и охраны труда в 2016 г. было направлено 8 114 700 руб. Затраты в перерасчёте на одного работника составили 3762 руб. Финансовое обеспечение предупредительных мер осуществляется за счёт сумм страховых взносов, составивших 247 тыс. руб.

Кроме административного, широко используется общественный контроль за состоянием условий труда силами уполномоченных по охране труда профсоюзного комитета. Инженер по противопожарной безопасности ДРКБ Гузель Демидова выиграла конкурс «Лучший уполномоченный по охране труда», проводившийся Федерацией профсоюзов республики в 2015 г.

Яркие перспективы

Подводя итоги работы, руководство клиники формулирует цели и задачи на новый период. Во-первых, важно сохранить лидерство, остаться одной из лучших детских клиник в России. Во-вторых, обеспечить комплексное и мультидисциплинарное сопровождение детей, которые нуждаются в медицинской помощи. И здесь не обойтись без реабилитации.

«Очень не хватает реабилитационного кластера, – подчёркивает главный врач Рафаэль Шавалиев. – За рубежом, например, все технологии адаптированы к раннему послеоперационному восстановлению, как реабилитации, так и медико-социальной адаптации. У нас же надо сначала выписаться из больницы, а потом искать реабилитационный центр. Кроме того, эти возможности часто рассредоточены, между ними нет никакой связи. В ДРКБ планируется возведение реабилитационного центра, который станет основой создания реабилитационного кластера. И мы сможем вывести этот процесс на новый уровень. Этот проект для нас крайне важен, и думаю, что мы его реализуем в краткосрочной перспективе».

Однако при действующих тарифах и уровне развития системы КСГ реабилитационное направление пока себя не оправдывает. Поэтому надежда на государственно-частное партнёрство, тем более что инвестор уже найден.

Ещё один будущий проект связан с детской трансплантологией. На сегодняшний день только 3 федеральных центра принимают детей для трансплантации стволовых клеток и костного мозга – в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге. Этого явно недостаточно. Такая клиника должна существовать в каждом федеральном округе, считает Р.Шавалиев. Однако этот проект – отдельный корпус центра детской онкологии, гематологии, иммунологии с возможностью проведения трансплантации – на дальнюю перспективу. Для него ещё предстоит найти ресурсы, как финансовые, так и кадровые.

В Татарстане есть опыт работы над крупными пилотными проектами в сфере здравоохранения, которые в последующем получают развитие по стране. Так, полностью реализована модель трёхуровневой системы оказания медико-социальной помощи детям. На первом уровне работают кабинеты медико-социальной помощи (на базе детских поликлиник и поликлинических отделений ЦРБ), на втором функционируют 9 межмуниципальных отделений медико-социальной помощи в структуре крупных детских поликлиник и больниц. На третьем уровне находится региональный центр медико-социальной помощи детям и их семьям на базе ДРКБ.

* * *

Квалификация, поддержка, взаимодействие. На такой основе выстраивается современная система кадрового управления и мотивации в Детской республиканской клинической больнице. «В этой больнице работают особые люди. Мы одна большая семья, которая зовётся ДРКБ. И мы не только работаем, но и живём этим. И ещё – мы постоянно на связи, ни один вопрос не остаётся без ответа», – говорит Л.Галиева. И это не просто слова, а настоящая стратегия. Возможно, именно в этом и состоит секрет лидерства.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».
Казань.

ИЗ ДОСЬЕ «МГ»:

ДРКБ – обладатель премии Европейского фонда менеджмента качества (EFQM), коллектив врачей больницы дважды награждался Государственной премией Республики Татарстан в области науки и техники, получил награду Правительства Республики Татарстан и звание «Лидер качества Татарстана».

Главный врач – Рафаэль Шавалиев – заслуженный врач Республики Татарстан, лауреат Государственной Премии РТ в области науки и техники, председатель Постоянной комиссии Казанской городской Думы по охране здоровья горожан и окружающей среды, кандидат медицинских наук.

Угроза

Гонорея всё опаснее

Отмечается инфекция, не поддающаяся лечению ни одним из антибиотиков

Как сообщают эксперты Всемирной организации здравоохранения, по данным из 77 стран развитие устойчивости гонореи к антибиотикам делают лечение этого распространённого заболевания, передающегося половым путём, намного более трудным, а иногда и вовсе невозможным.

«Бактерии, вызывающие гонорею, очень хитрые. Каждый раз, когда мы используем новый класс антибиотиков для лечения этой инфекции, бактерии адаптируются и у них развивается лекарственная устойчивость», – говорит д-р Теодора Ви, врач, сотрудник отдела по вопросам репродукции человека ВОЗ.

По данным ВОЗ всё более распространённым явлением является устойчивость к старым и менее дорогостоящим антибиотикам. В некоторых странах – особенно странах с высоким уровнем доходов, где эпидемиологический надзор наиболее эффективен, – была отмечена инфекция, не поддающаяся лечению ни одним из известных сегодня антибиотиков.

«Очень может быть, что эти данные – лишь верхушка айсберга, поскольку системы диагностики и регистрации случаев неизлечимой инфекции зачастую отсутствуют в странах с более низким уровнем доходов, для которых как раз характерна бóльшая распространённость гонореи», – добавляет д-р Ви.

По оценкам, каждый год гонореей заражается 78 млн человек. Гонорея поражает слизистую половых органов, прямой кишки и горла. От её осложнений в диспропорционально большей степени страдают женщины. К таким осложнениям относятся воспаление органов таза, внематочная беременность и бесплодие, а также более высокий риск заражения ВИЧ.

Менее систематическое использование презервативов, рост темпов урбанизации и развитие туризма, низкие показатели диагностики инфекции и неверное назначение или неэффективность лекарственных средств – всё это способствует росту заболеваемости.

Наблюдение за лекарственной устойчивостью

Глобальная программа ВОЗ по эпиднадзору за устойчивостью гонококковой инфекции к противомикробным препаратам ведёт наблюдение за тенденциями распространения гонореи с лекарственной устойчивостью. По данным Глобальной программы за период с 2009 по 2014 г. была отмечена широкая распространённость устойчивости к ципрофлоксацину (устойчивые штаммы были выявлены в 97% стран, предоставивших данные за этот период), рост устойчивости к азитромицину (81%) и появление устойчивости к сегодняшним антибиотикам «последней надежды» – цефалоспоринам широкого спектра действия – пероральному цефиксиму или инъекционному цефтриаксону (66%).

На данный момент, в большинстве стран цефалоспорины широкого спектра действия – это единственный антибиотик, пока ещё остающийся эффективным для лечения гонореи. Однако уже более чем в 50 странах были выявлены случаи устойчивости к цефиксиму и, несколько реже, к цефтриаксону. В результате, в 2016 г. ВОЗ опубликовала обновлённые глобальные рекомендации, где врачам рекомендовалось назначать два антибиотика: цефтриаксон и азитромицин.

Создание новых препаратов

Научные исследования и разработки лекарств от гонореи ведутся относительно неинтенсивно, на сегодняшний день на различных этапах клинической разработки находятся только три лекарства-кандидата: солитромицин, недавно прошедший третью фазу клинических испытаний; золифлодацин, прошедший вторую фазу испытаний; гепотидацин, также прошедший вторую фазу испытаний.

Коммерческие фармацевтические компании слабо заинтересованы в разработке новых антибиотиков. Для антибиотиков характерны короткие курсы лечения (в отличие от лекарств от хронических болезней), а кроме того, по мере развития устойчивости к ним, со временем они становятся менее эффективными. Это создаёт постоянную потребность в производстве всё новых и новых препаратов.

Для решения этой проблемы Инициатива по лекарственным средствам против забытых болезней (DNDi) и ВОЗ создали Глобальное партнёрство по научным исследованиям и разработкам антибиотиков (GARDP) – некоммерческую научно-исследовательскую организацию, размещённую на базе DNDi. Задача глобального партнёрства – разработка новых антибиотиков и содействие их надлежащему использованию с тем, чтобы они оставались эффективными максимально долго, но при этом были доступными для всех, кому они необходимы. Одним из основных приоритетных вопросов для партнёрства является создание новых антибиотиков для лечения гонореи.

«Для решения проблемы острой нехватки новых лекарств против гонореи крайне важно использовать возможности, которые у нас есть в связи с существующими лекарствами и с новыми препаратами, находящимися на этапе разработки. В краткосрочной перспективе наша цель – ускорить создание и вывод на рынок по меньшей мере одного из этих новых препаратов, и мы будем изучать возможность создания комбинированных препаратов для использования в системе общественного здравоохранения, – говорит д-р Маника Баласегарам, директор глобального партнёрства. – Все новые препараты должны быть доступны для всех, кто в них нуждается, при этом, необходимо обеспечить рациональное их использование, чтобы процесс развития устойчивости к ним шёл как можно медленнее».

И профилактика тоже...

Предотвратить заражение гонореей можно посредством более безопасного сексуального поведения, в частности, систематического использования предохранительных средств. Информирование, просвещение и коммуникация могут быть инструментом пропаганды более безопасного секса, повышения осведомлённости людей о первых симптомах гонореи и других инфекций, передающихся половым путём, и повышения вероятности обращения людей за медицинской помощью. Сегодня низкий уровень осведомлённости, недостаточная подготовка работников здравоохранения и негативное отношение в обществе к вопросам, связанным с инфекциями, передающимися половым путём, остаются преградами на пути к более широкому и более эффективному использованию этих инструментов.

Недорогостоящие, быстрые, пригодные для использования по месту оказания помощи диагностические тесты на гонорею сегодня отсутствуют. У многих инфицированных гонореей нет никаких симптомов и они остаются без диагностики и лечения. Напротив, когда у пациентов есть такие симптомы, как гнойные выделения из уретры или влагалища, врачи нередко делают вывод, что речь идёт о гонорее, и назначают антибиотики, хотя пациенты могут страдать совсем от другой инфекции. Нерациональный подход к использованию антибиотиков способствует развитию устойчивости к антибиотикам у возбудителей как гонореи, так и других бактериальных инфекций.

«Чтобы бороться с гонореей, нам необходимы новые средства и системы для более эффективных мер профилактики, лечения и ранней диагностики и более полного отслеживания и регистрации случаев новых инфекций, использования антибиотиков, их устойчивости и неэффективности, – говорит д-р Марк Спренгер, директор Департамента ВОЗ по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам. – В частности, нам нужны новые антибиотики, а также новые быстрые и точные тесты для диагностики на местах. В идеале, такие тесты могли бы подсказывать, какие антибиотики будут эффективными для лечения данного типа инфекции. В долгосрочной же перспективе, для профилактики гонореи нам нужна вакцина».

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Тенденции

Как жить без страха

О болезни необходимо говорить открыто и доверительно

Целью новой всероссийской информационно-образовательной программы «Живи без страха», стартовавшей недавно, является привлечение внимания к ранней диагностике и проблеме лечения онкологических заболеваний репродуктивной системы женщин (рака молочной железы, рака яичников и рака шейки матки).

В её рамках ведущие российские онкологи проведут образовательные мероприятия в ряде российских городов, жительницам которых также будет предоставлена возможность бесплатно пройти скрининг на рак шейки матки. Ожидается, что этим шансом воспользуются не менее 8 тыс. россиянок.

Программа «Живи без страха!» – это комплекс мероприятий, включающий информационные акции для населения, бесплатные дни скрининга рака шейки матки, а также серию образовательных семинаров для онкологов и гинекологов.

География проекта «Живи без страха!» в 2017 г. – Челябинск, Тюмень, Красноярск, Екатеринбург, Иркутск, Ростов-на-Дону, Новосибирск и Владивосток. Первый образовательный дискуссионный клуб для специалистов состоялся в Челябинске.

Онкологические заболевания женской репродуктивной системы остаются одной из самых актуальных проблем женского здоровья. По данным официальной статистики, на протяжении жизни у каждой шестой женщины в России диагностируется рак молочной железы, яичников или шейки матки. Каждая десятая из заболевших погибает в первый год с момента установления диагноза, что в большинстве случаев обусловлено запоздалой диагностикой опухолей.

«Шанс заболеть злокачественной опухолью, согласно официальной статистике, на сегодняшний день имеет каждый 4-й россиянин, а вероятность развития рака у кого-либо из «ближнего круга» приближается к 100%, – комментирует ситуацию руководитель отдела оптимизации лечения подростков и молодёжи с онкологическими заболеваниями Национального научно-практического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва, член правления Российского общества клинической онкологии, доцент кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Николай Жуков. – При этом на долю трёх перечисленных опухолей репродуктивной системы приходится более 30% злокачественных новообразований у женщин и более 37 тыс. смертей ежегодно. При этом многие из этих смертей могут быть предотвращены при проведении ранней диагностики и адекватном лечении».

Несмотря на рост заболеваемости, современная медицина позволяет существенно увеличить продолжительность жизни и снизить смертность от рака молочной железы, яичников и шейки матки. Большинство диагностических и лечебных процедур уже внедрены и стали рутинной клинической практикой.

Многие ранее неизлечимые опухоли уже перешли из разряда абсолютно фатальных недугов с быстрым неблагоприятным исходом в хронические заболевания, которые можно длительное время контролировать адекватной терапией, а современный уровень российской медицины и фармакологии позволяет рассчитывать на качественное лечение доступными современными лекарственными препаратами.

«К сожалению, в отличие от многих развитых стран мира, одна из главных проблем российской онкологии – страх населения перед любым упоминанием этой темы. Об онкологии необходимо говорить, чтобы люди не пропустили тревожные сигналы, а те, кто уже борется с болезнью, чувствовали поддержку и знали, что они не одиноки, что победа над болезнью реальна, а врачи – их союзники в этой борьбе», – говорит председатель Комитета молодых онкологов RUSSCO, старший научный сотрудник отделения клинической фармакологии и химиотерапии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, кандидат медицинских наук Александра Тюляндина.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Взгляд

Что в себе таит диспансеризация?

Внешне это выглядит конкретным проявлением заботы о народе. А внутри?

На бытовом уровне необходимость периодической проверки своего здоровья кажется настолько очевидной и логически неопровержимой, что профилактические медицинские осмотры остаются популярными как среди населения, так и среди политиков на протяжении многих десятилетий. В то же время, как показывает история с вращением Солнца вокруг Земли, очевидное и несомненное не всегда соответствуют истинному положению вещей.

Российский вариант

На современном этапе необходимо отчётливо понимать различие между прицельным, научно-обоснованным скринингом и комплексными периодическими профилактическими осмотрами. Что касается программ скрининга, то классические критерии оценки их действенности и целесообразности были разработаны ещё в середине прошлого века и широко представлены как в зарубежной, так и в отечественной литературе.

Российская же диспансеризация представляет собой типичный комплексный периодический профилактический осмотр, который наряду с несколькими «настоящими» скрининговыми тестами, включает врачебные осмотры и ряд анализов и инструментальных исследований, являющихся чисто клиническими и для скрининга непригодными.

Основной целью скрининга является не обнаружение болезни или состояния, а предотвращение неблагоприятных клинических исходов, то есть снижение заболеваемости и смертности. Соответственно, для оценки эффективности скрининга проводятся контролируемые клинические исследования, в которых сравнивается заболеваемость и смертность среди тех, кто подвергается и не подвергается изучаемому виду скрининга.

Однако в отношении диспансеризации такие цели никогда не провозглашались. Согласно ст. 46 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», целью диспансеризации является оценка состояния здоровья определённых групп населения. В методических рекомендациях Минздрава по организации проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения (2013) основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения названы охват населения и уменьшение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях. Не удаётся также найти отечественных контролируемых исследований, сравнивающих заболеваемость и смертность среди аналогичных групп населения, участвующих и не участвующих (или участвующих в разной степени) в диспансеризации.

Таким образом, из всей совокупности накопленных к настоящему времени данных о диспансеризации невозможно установить, оказывает ли она какое-либо влияние на самый ключевой показатель общественного здоровья – смертность населения. Между тем, за рубежом интерес к влиянию профилактических медосмотров на смертность появился практически с началом их распространения.

Ранние оценки

Самая первая попытка оценить влияние периодических медосмотров на смертность была предпринята более 100 лет назад в США страховой компанией Metropolitan Life Insurance, которая до настоящего времени остаётся крупнейшим международным холдингом в сфере страхования и, кстати, имеет филиал в России. Идея была вполне капиталистической: раннее выявление заболеваний у держателей полисов страхования жизни должно привести к сокращению числа умерших, что, в свою очередь, позволит получить экономию в страховых выплатах.

Профилактические медицинские осмотры за счёт страховой компании были проведены среди 6 тыс. застрахованных американцев в 1914 и 1915 гг. Результаты исследования были опубликованы A.Knight в статистическом бюллетене компании в 1921 г. За 5,5 лет среди прошедших профосмотры умерло 217 человек, в то время как по расчётам A.Knight, ожидаемая смертность в исследуемой социальной группе за этот период должна была составить 303 человека. В результате этого, по заключению автора, 28%-ное снижение смертности позволило сэкономить 126 тыс. долл. страховых выплат.

Учитывая, что медосмотры обошлись страховой компании примерно в 40 тыс. долл., доходность инвестированного капитала составила более 200%. По современным стандартам эти результаты выглядят крайне сомнительными, поскольку полностью зависят от точности оценки ожидаемой смертности.

Аналогичный подход к оценке эффективности периодических медосмотров был применён Roberts с соавторами (1969) также в США, в значительно более крупном исследовании. Оно продолжалось 15 лет (1950-1964) и включало 20 648 мужчин, в основном, белых из высших слоёв общества и занимавших руководящие должности. Программы медосмотров, оплачиваемых работодателями, включали физикальное обследование, анкетирование, ЭКГ, рентгенографию грудной клетки и лабораторные тесты. Результаты исследования также показали значительно меньшую смертность среди его участников по сравнению с ожидаемой. Но здесь авторы были более осторожны с выводами, заключив, что полученные ими результаты требуют проверки в контролируемых исследованиях.

Контролируемые исследования

Среди первых рандомизированных клинических испытаний (РКИ) эффективности периодических медосмотров наиболее крупным было исследование, проведённое в Лондоне (South-East London Screening Study). В исследовании, начатом в 1967 г., участвовало около 6,5 тыс. мужчин и женщин в возрасте от 40 до 64 лет, рандомизированных в две равные группы. В контрольной группе медосмотры не проводились, а лица, вошедшие в группу вмешательства, дважды, с интервалом в 2 года, прошли обследование в объёме, очень похожем на программу диспансеризации середины 2000-х годов в России. Результаты медосмотра каждого участника направлялись курировавшим их врачам общей практики для принятия решения о необходимости дальнейшего обследования и лечения.

На протяжении 5 лет каждые полгода в обеих группах собиралась информация о количестве врачебных консультаций, госпитализаций, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и смертности. Результаты исследования, подведённые в 1972-1973 гг., показали отсутствие различий между группой вмешательства и группой контроля по всем этим показателям.

Вероятно, самым длительным РКИ по оценке эффективности профосмотров было 30-летнее исследование T.Skaaby с соавторами, начатое в 1982 г. В него вошло 17 845 жителей Дании в возрасте 30-60 лет. Из них 4789 были рандомизированы в группу вмешательства, а 12 994 – составили контрольную группу. Участники группы вмешательства с 1982 по 1994 гг. прошли до 3 профилактических осмотров, которые по содержанию также были аналогичны программам российской диспансеризации. Данные о смертности, фатальных и не фатальных инфарктах миокарда и инсультах регистрировались в обеих группах до 2012 г. За время наблюдения в обеих группах произошло 3209 инфарктов, 2190 инсультов и 6432 смерти. Статистически значимых различий в частоте инфарктов и смертей в группе вмешательства и контроля не было, но среди проходивших профосмотры инсульты происходили чаще, чем в контрольной группе.

В июне нынешнего года A.Bender с соавторами опубликовали результаты дополнительных 10 лет исследования Inter99, которое включало лиц в возрасте 30-60 лет, рандомизированных в группы профосмотров (11 483 человек) и контроля (47 122). Авторы по отдельности сравнили 10-летнюю общую смертность и частоту инфарктов и инсультов между группами в районах Копенгагена с низким (35-49%), средним (50-54%) и высоким (55-84%) охватом профосмотрами лиц, входивших в группу профосмотров. В основном, различий в изучаемых клинических исходах также не было. Удивительным оказалось то, что, среди женщин, наиболее охваченных профосмотрами, риск смерти от всех причин был на 32% выше по сравнению с теми, кто в профосмотрах не участвовал.

В 2012 г. исследователями Северного кокрановского центра был опубликован систематический обзор РКИ, в которых сравнивали клинические исходы между группами бессимптомных лиц в возрасте до 65 лет, одни из которых проходили периодические профилактические осмотры, а другие – нет. Всего в обзор было включено 16 РКИ с общим числом участников 182 880 человек. Из них в 9 РКИ с участием 155 899 человек, из которых 11 940 умерло, изучали риск смерти. Результаты исследования показали, что регулярное прохождение периодических профилактических осмотров не снижало ни общую смертность, ни смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и рака. Также прохождение медосмотров не оказало влияния на число госпитализаций и направлений к специалистам, инвалидность и заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Таким образом, множество сравнительных контролируемых исследований, проведённых за последние полвека среди десятков тысяч лиц без признаков заболеваний, показали, что комплексные профилактические осмотры не приводят к снижению ни общей смертности, ни смертности от главных неинфекционных заболеваний, то есть не оказывают никакого профилактического воздействия.

«Священная корова» социального популизма

В чём же причина отсутствия пользы от комплексных профилактических осмотров, столь сходных с российской диспансеризацией? Все описанные выше исследования проводились в экономически развитых странах с высокоэффективными системами здравоохранения, обеспечивающими свободный доступ к высококачественной первичной и специализированной медицинской помощи. В этих условиях ранняя диагностика заболеваний на начальных клинических стадиях обеспечивается за счёт доступности и качества первичной медицинской помощи.

Выявление же опасных для жизни заболеваний на доклинических стадиях осуществляется путём планового индивидуального скрининга с доказанной эффективностью (на рак шейки матки, колоректальный рак, атеросклероз, в меньшей степени на рак простаты и молочной железы). При такой организации медицинской помощи дополнительные осмотры врачами и проведение без показаний клинических тестов, не имеющих никакого прогностического потенциала (ЭКГ, УЗИ, глюкоза крови, биохимические тесты и др.) и не могли принести никакой дополнительной пользы.

Что касается диспансеризации, то из-за отсутствия контролируемых исследований её эффективности в российской популяции остаётся только гадать о том, оказывает ли она какое-либо влияние на клинически значимые исходы, включая смертность. В том числе можно предполагать, что вреда от неё значительно больше, чем пользы уже хотя бы потому, что существенные затраты на её проведение усугубляют финансовую «ишемию» здравоохранения, и без того находящегося на грани «инфаркта». При этом, для больных медицинская помощь становится ещё более недоступной, так как врачи в условиях кадрового дефицита заняты бесполезным обследованием здоровых.

О бессмысленности диспансеризации говорит и содержание её программ. Так, в новом Порядке проведения диспансеризации, предлагаемом к введению с 1 января 2018 г., опять оказалась ЭКГ, хотя давно известно, что наиболее часто встречающиеся отклонения ЭКГ от нормы (зубцы Q, гипертрофия левого желудочка, блокады ножек пучка Гиса, снижение сегмента ST) при отсутствии симптоматики не имеют никакого прогностического значения. При этом, большинство инфарктов происходит среди тех, кто имеет нормальные данные ЭКГ.

В программу также включена маммография для женщин в возрасте 39-49 лет, хотя в этой возрастной категории из-за низкого абсолютного риска рака молочной железы (1,4%) маммография неэффективна. Но венцом текущего творчества создателей программы стал скрининг на рак простаты для мужчин в возрасте 45 лет и 51 год, в то время как научно доказана некоторая польза этого скрининга только для мужчин в возрасте 55-69 лет. Можно догадаться, какая логика стоит за этим российским «ноу-хау», но это всего лишь умозрительные упражнения без каких-либо фактических доказательств.

Интригой и «загадкой, завёрнутой в тайну и помещённой внутрь головоломки» остаётся реальное отношение к диспансеризации в руководстве отрасли. То есть, они действительно считают её полезной или просто не смеют возразить высшим руководителям, для которых, как и для других немедиков, диспансеризация населения является эквивалентом техосмотров автотранспорта и служит не очень накладным, незамысловатым, популярным и убедительным проявлением заботы о народе?

Валерий АКСЁНОВ,
вице-президент Межрегионального общества специалистов доказательной медицины, кандидат медицинских наук.
Оренбург.

Медицинская газета

№ 52 • 19. 7. 2017

Сегодня по графику – мой день, с утра еду в судебно-медицинский морг. Он, как водится везде, расположен на отшибе. Это вытянутое одноэтажное строение с наглухо зарешеченными окнами и задним ходом, куда подвозят трупы. И случалось, что поутру на свежевыпавшем снегу или омытом дождиком асфальте, в зависимости от времени года и погоды, я замечал то ярко-алую, то темноватую цепочку капель, тянущуюся до самых дверей.

«Кровь, вероятно опять убийство…», – сжимая сердце, мелькала тревожная мысль, что вскоре и подтверждалось, и так – без малого четыре десятилетия. К убийству как таковому привыкнуть невозможно, оно вне нас и человеческой природы. Под этим подпишется любой врач не только нашей специализации. Но, похоже, политики, изрядная часть законодателей и учёных-юристов смирились с неизбежным злом. У них отличная от народа и нас, судмедэкспертов, своя точка зрения…

Точка зрения

Смертная казнь и мораторий

Позиция судебно-медицинского эксперта

«Смертная казнь впредь до её отмены может устанавливаться федеральным законом в качестве исключительной меры наказания за особо тяжкие преступления против жизни…»
Конституция РФ,
статья 20.

Бывают преступления и преступления

Вот некоторые из тех, отложившихся в памяти, жестоких преступлений, которые прошли через мою экспертную биографию.

…В далёком уже 76-м году прошлого столетия серийный маньяк В.Саренпя в течение года терроризировал провинциальный Александров. Девять нападений на женщин, из которых два завершились леденящими душу садистскими убийствами. Задержанный годом спустя маньяк был идентифицирован по следам собственных зубов, оставляемых им, подобно визитной карточке, на телах жертв…

Только освободившийся из заключения особо опасный рецидивист Н.Захаров, в прошлом отсидевший срок за убийство собственной матери, в день выхода на свободу без всяких мотивов зверски колом и различными предметами убивает ученика 2-го класса одной из владимирских школ Илью К. В протоколе собрания коллектива школы, подписанном десятками учителей и ребят, все единодушно настаивают на применении к Захарову высшей меры наказания – смертной казни…

О кровавом случае педофильства рассказывает профессор судебной медицины Анатолий Самойличенко в судебном очерке «Мразь». У его «героя», некоего Канцура по прозвищу Бандит, к 18 годам накопилось 23 преступления, убийства. Очередное убийство 5-летнего Миши Т. было им совершено в туалете с помощью ножа безжалостным ударом в шею. Десятью днями позже, с помощью свидетелей, «мразь» задержали…

Перечень страшных преступлений можно было бы продолжить. Но важен итог и справедливая расплата за посягательства на святая святых – человеческие жизни: все упомянутые убийцы были судами приговорены к смертной казни с немедленным исполнением приговоров.

Так было. И в связи с этим выскажу свою точку зрения, зная, что её разделяют подавляющее большинство моих товарищей по профессии. Никто не видит столько человеческих трагедий, мучений и боли, сколько их видят эксперты. Они одними из первых сталкиваются с жертвами убийц на местах происшествий и обязаны в подробностях отобразить в своих заключениях, как преступник, совершивший гнусное деяние, издевался над беззащитным, фактически потеряв людской облик.

И нет никаких гарантий того, что убийца, совершивший тяжкое преступление и отсидевший срок, выйдя на свободу, не сотворит нечто схожее или куда более ужасное. Ещё один довод сторонников казни в вопросе: о какой борьбе с убийствами можно говорить, если государство, реализуя высшую меру, само совершает умышленное убийство? Отсюда вывод, будто высшая мера – это зло, которое порождает новое зло. В таком рассуждении нет никакой логики.

Не ждать ли с этой «скорой» очередную жертву убийцы?

Исключительная мера – это ответная мера государства на действия опасных преступников. В противном случае нужно было бы отказаться от закреплённого в Уголовном законодательстве гуманного и глубоко справедливого права граждан на необходимую оборону, которое, как известно, в исключительных обстоятельствах позволяет даже убить нападающего ради защиты собственной жизни. Так что же подобные защитные меры – зло или добро? Думается, что ныне, когда мы, наконец, заговорили о милосердии, которого у нас действительно не хватает, его следует понимать вовсе не как всепрощение убийцам.

Анатомия одного моратория

Но вот в 1996 г. Комитет по законодательству Госдумы РФ принимает Федеральный закон о моратории на исполнение смертной казни. Поясню. Мораторий – слово латинского происхождения, от понятий: замедлять, отсрочивать на время, вплоть до определённых событий.

Ни для кого не секрет, что мораторий на смертную казнь был принят в России после политико-экономического давления на неё со стороны Совета Европы. И хотя смертная казнь действительно отменена в ряде стран мира (их число приближается к 70), но куда больше государств считают преждевременной такую отмену. По данным Всероссийского центра общественного мнения, большинство россиян (72%!) полагают, что в стране должна существовать смертная казнь, и лишь 19% выступают против такой меры наказания.

С мнениями граждан страны солидаризируется и такой далёкий от жёстких репрессивных мер человек, как Александр Солженицын. «Бывают времена, когда для спасения общества, государства смертная казнь нужна, а сейчас вопрос стоит именно так», – полагал известный писатель.

Во взгляде на подход к смертной казни есть наиболее горячая точка проблемы – противостояние терроризму с помощью высшей меры наказания. Полагаю, что после событий Будёновска, «Норд-Оста», Беслана, серии взрывов в столице, Волгограде и ряда подобных трагедий с массовыми спланированными убийствами людей вопрос о применении смертной казни по отношению к террористам стал ясным, пожалуй, для всех, кроме горстки упорствующих законодателей.

А пока возрадуемся за нашу многострадальную Россию. Мораторий в действии уже более 20 лет, и страна приобщается к европейским принципам размазанного, исковерканного, по сути – замешанного на крови гуманизма. Между тем…

В рождественские дни позапрошлого года «сладкая парочка», ранее неоднократно судимые А.Смирнов и А.Кадын – люди без определённых занятий за неполный час лишили жизни 6 человек, практически половину и без того вымирающей деревни Паршово во Владимирской области. Ножами, с помощью огнестрельного оружия, различными предметами немощным пенсионерам наносится свыше сотни ранений. Море крови и страданий, мне довелось исследовать часть тех страшных ран. Показать бы их «в натуре» нашим законодателям! Убийцы надеялись скрыться в Чечне, где у них имелись покровители, но были задержаны по дороге – в Краснодарском крае. Смирнова суд приговорил к 21 году лишения свободы, Кадын направлена на принудительное лечение в психиатрический стационар…

Недавно в Твери осуждён на пожизненное лишение свободы Алексей Мальков. Установлено, что из пистолета ТТ и охотничьего ружья он отстрелял за неполных 1,5 года 11 мужчин, целую футбольную команду.

Думается, нет смысла далее нагнетать страсти. Банально известная фраза «Казнить нельзя помиловать», приобретающая в зависимости от расстановки единственной запятой тот или иной смысл, весьма актуальна для России.

Убитым не считать

К настоящему времени в России совершается около 30 тыс. убийств в год, число их постоянно растёт. К ним следовало бы добавить не менее 10-15 тыс. человек, которые пропадают бесследно, при неясных обстоятельствах и, вероятнее всего, подавляющее большинство их тоже становятся жертвами криминала.

Теперь хочу затронуть проблему, о которой знают немногие и с которой сталкиваются почти ежедневно в наше время работники правоохранительных органов. Однако же вполне осознанно, подчёркиваю – осознанно, стараются её не замечать, дабы не испортить и без того печальную статистику. Хотя за рубежом, почти во всех странах цивилизованного мира, существует иное, прямо противоположное к ней отношение.

Начну с того, что как-то в еженедельнике «Аргументы и факты» была напечатана заметка юриста А.Шестака по сравнительному сопоставлению убийств в СССР и США под оптимистическим названием «Догонять не стоит». Если поверить цифрам, то вроде бы действительно отстаём: при расчётах у нас – 5,2-5,9 человек убитых на 100 тыс. населения, у них, соответственно, – 8,3-8,6.

Но вот автор даёт справку о том, что тяжкий вред здоровью, повлёкший смерть потерпевшего в течение одного месяца, в США приравнивается к убийству. Тут-то и непосвящённому всё становится ясным: опять причём то, что, наверное, скрывать не следует. В самом деле, если преступник наносит своей жертве ножевой удар, стреляет или покушается иным способом на человеческую жизнь, а потерпевший умирает через несколько часов в больнице или даже не доехав до неё, в машине скорой помощи, то к услугам органов МВД и прокуратуры всегда наготове спасительная 111 статья УК РФ о тяжком вреде здоровью. Но, правда, истинное положение вещей, всё-таки, дороже. Дабы не быть голословным, я провёл по некоторым наиболее крупным городам нашей Владимирской области несложные расчёты за несколько лет, получив весьма любопытные цифры. Учитывалось население в 900 тыс. человек, при этом «чистых» убийств было, соответственно, – 6,1-7, тогда как с учётом смертности по «спасительной» статье (когда люди умирали в больницах или на местах происшествий) они значительно возрастали, составляя от 8,6 до 10,4 на 100 тыс. населения.

Хотя показатели взяты только по одному Владимирскому региону, они, безусловно, отображают и положение по стране в целом, без подобной «одобряющей» статистики. На мой взгляд, следовало бы внести соответствующие изменения и в уголовный кодекс, приравняв тяжкий вред здоровью, повлёкший смерть потерпевшего, (независимо от сроков в течение месяца) к умышленным убийствам.

А посему будем объективны: США мы уже давно перегнали и о надёжной безопасности наших граждан говорить явно преждевременно. Между тем, в той же Америке более чем в 30 штатах смертная казнь не отменена, и в случаях кровавых убийств, актов терроризма приговоры судов приводятся в исполнение.

* * *

«Ничто не одобряет так порока, как излишняя снисходительность», – сказал однажды великий гуманист У.Шекспир. И если высшая мера предусмотрена Конституцией, правосудию надо бы пересмотреть и отменить мораторий. Вероятно, применять эту меру следует при особо опасных и жестоких повторных убийствах, в особенности совершаемых особо опасными рецидивистами, террористами и педофилами.

Вернёмся к прошлому. У меня до сих пор перед глазами уголовное дело по обвинению уже упомянутого Захарова, зверски убившего мальчика Илью К. Да, Илюша трагически погиб, но его близкие знают, что и Захарова нет на свете. А вот фраза, сказанная матерью одной из жертв – молодой девушки, над которой жестоко глумился убийца (привить бы её в качестве вакцины добра нашим «гуманным» законодателям): «По традиции дважды в год – в дни рождения и смерти моей девочки мы собираемся всей семьёй, приходят её друзья. И поминая доченьку, нам легче оттого, что её убийцы тоже нет на Земле».

И такой случай, которым тоже занимались судмедэксперты. Несколько лет назад в Московской и Владимирской областях неизвестный монстр из охотничьего ружья и пистолета убил с целью грабежа 6 человек. Это лишь доказанные убийства, считает следствие, число их могло возрасти. К счастью, при последнем из кровавых эпизодов так и не установленный преступник был убит преследовавшим его полицейским. По сути, сержант полиции исполнил не только свой долг, но и привёл в исполнение смертный приговор серийному убийце, на который сегодня не пошёл бы «справедливый» российский суд…

Марк ФУРМАН,
кандидат медицинских наук.

Владимир.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 49 (2079)

Оказание скорой медицинской помощи при острой дыхательной недостаточности

Клинические рекомендации

(Окончание. Начало в № 50 от 12.07.2017.)

Дозы рекомендованных антибиотиков:

– амоксициллин + клавулановая кислота – 1,2 г в/в 3 раза в сутки + макролид внутрь

– цефотаксим – 1,0 г в/в 3 раза в сутки + макролид внутрь

– цефтриаксон – 2,0 г в/в 1 раз в сутки + макролид внутрь

– левофлоксацин – 0,500 г в/в 1-2 раза в сутки

– левофлоксацин – 0,500 г в/в 1-2 раза в сутки + при очень тяжёлом течении:

– цефотаксим – 1,0-2,0 г в/в 3 раза в сутки

– цефтазидим – 2,0 г в/в 2 раза в сутки и другие цефалоспорины III поколения.

Проводится также волюмокорректирующая и иммунокомпетентная лекарственная и инфузионная терапия.

Больные должны получать увлажнённый кислород, а при выраженной гипоксемии на фоне кислородотерапии (P_aO_2 < 65 мм рт.ст. и умеренной гиперкапнии (P_aCO_2 50-60 мм рт.ст.) применяется респираторная поддержка (категория доказательств С). Если состояние больного улучшилось: уменьшились признаки дыхательной недостаточности, интоксикации, стабилизировалась гемодинамика, он может быть переведён в пульмонологическое или терапевтическое отделения. При отсутствии улучшения состояния или прогрессировании процесса показан перевод в ОРИТ.

Респираторная поддержка в СтОСМП

Респираторная поддержка (РП) определяется как дополнение неадекватного самостоятельного дыхания различными методами и режимами ИВЛ. Большим достоинством современных способов РП является то, что её можно осуществлять без интубации трахеи. При этом, для соединения пациента с дыхательным аппаратом обычно используют носовые или лицевые маски. В таком исполнении методику называют неинвазивной РП или неивазивной вентиляцией лёгких (нИВЛ) – non-invasive ventilation (NIV).

Достоинствами нИВЛ являются:

● значительно большая комфортность для больного сравнительно с эндотрахеальной интубацией,

● снижение вероятности нозокомиальной инфекции,

● меньшее число механических повреждений (баро-, волюмо-, ателекто- и биотравма).

Кроме того, современные аппараты позволяют автоматически компенсировать утечку вдыхаемого газа, практически неизбежную при недостаточной герметичности соединения больного с аппаратом. Это позволяет обеспечить адекватный минутный объём вентиляции. Основными показаниями к применению нИВЛ у больных с ОДН служат артериальная гипоксемия, не поддающаяся коррекции кислородотерапией и/или неадекватная спонтанная вентиляция лёгких, то есть гиповентиляция, обусловленная одним или несколькими механизмами:

1) тяжёлой обструктивной или рестриктивной патологией лёгких (ХОБЛ, тяжёлая пневмония, интерстициальные заболевания, ОРДС и др.);

2) нарушением центральной регуляции дыхания (первичная альвеолярная гиповентиляция, поражение дыхательного центра седативными, наркотическими и другими медикаментами, травма, интоксикация, воспаление, ишемия или отёк головного мозга);

3) слабостью дыхательных мышц (нейроинфекции и другие миопаралитические синдромы, мышечные дистрофии, полимиозиты, миастения, ботулизм, нарушения функции диафрагмы).

При ОДН задачами нИВЛ являются:

1. Оптимизация альвеолярной вентиляции и улучшение лёгочного газообмена.

2. Уменьшение бронхиальной обструкции и рестрикции.

3. Снижение нагрузки на дыхательные мышцы.

В настоящее время среди многочисленных способов нИВЛ применяются спонтанное дыхание с положительным давлением в дыхательных путях (CPAP), вспомогательно-контролируемый режим с регуляцией по объёму (ACV), пропорциональная вспомогательная вентиляция (PAV). Но наибольшее распространение получили режимы с респираторной поддержкой давлением на вдохе (PSV) и двухуровневым положительным давлением на вдохе и выдохе (BiPAP). Есть мнение, что данные режимы мало отличаются друг от друга, так как экспираторное давление при BiPAP соответствует положительному давлению в конце выдоха, а инспираторное является суммой ПДКВ и PSV.

Проведение нИВЛ в режиме BiPAP заключается в последовательном чередовании двух уровней положительного давления в дыхательных путях (при вдохе более высокий, а при выдохе низкий), которые устанавливаются при настройке аппарата. Дыхательный цикл инициируется больным. В начале фазы вдоха давление в дыхательных путях падает, срабатывает триггер, респиратор поднимает давление в линии аппарат-больной до заданного верхнего уровня и поддерживает его в течение всего активного вдоха пациента за счёт усиленного (дополнительного) потока воздуха. Таким образом, поступление в лёгкие газа осуществляется, с одной стороны, за счёт усилий мышц вдоха пациента, с другой – благодаря положительному давлению в линии аппарат – больной. «Больной тянет – аппарат толкает».

В результате, пациент и аппарат делят между собой работу дыхания. Степень разгрузки мышц вдоха зависит от уровня поддерживающего давления вдоха. Объёмная скорость потока вдоха контролируется датчиком потока и регулируется микропроцессором респиратора. В конце фазы вдоха поток уменьшается, и респиратор выключает дополнительный поток. Пациент пассивно выдыхает до уровня ПДКВ – минимального уровня давления, установленного на аппарате.

Необходимо учитывать, что сам по себе режим BiPAP не гарантирует постоянный минутный объём вентиляции. Врач выбирает только уровни поддержки давлением, а больной произвольно – длительность вдоха и частоту дыхания. Поэтому, методика не страхует от гиповентиляции и гиперкапнии, особенно при нарушениях центральной регуляции дыхания. Однако, в современных респираторах предусмотрены режимы, переводящие аппарат к «аварийной» принудительной вентиляции при значительном урежении дыхания или апноэ. BiPAP позволяет:

● значительно уменьшить работу дыхания больного,

● снизить потребление кислорода дыхательными мышцами,

● облегчить восстановление функции дыхательных мышц при их утомлении.

Методология: для соединения больного с респиратором используют носовую маску или носовые канюли с уплотнителями. Уровень ПДКВ обычно составляет + 5 см вод.ст., а давление, поддерживающее вдох, регулируют в диапазоне от + 10 до + 25 см вод.ст. Необходима дополнительная оксигенация.

Показания к BiPAP:

Артериальная гипоксемия, резистентная к кислородотерапии – P_aO_2 < 60 мм рт.ст. при $FiO_2 \approx 50\%$;

Умеренная вентиляционная дыхательная недостаточность – P_aCO_2 = 45-60 мм рт.ст., а при хронической гиперкапнии $P_aCO_2 \leq 70$ мм рт.ст.

Гиповентиляция или ателектаз лёгкого.

Интерстициальный или альвеолярный отёк лёгких.

Слабость дыхательных мышц – РВД < 50 см вод. ст.

При тяжёлой ОДН длительность применения BiPAP практически не ограничена. В менее тяжёлых случаях методику применяют сеансами по 2-3 часа с интервалами 4-6 часов. При проведении нИВЛ нельзя оставлять больного без присмотра.

Общими противопоказаниями для использования любого способа нИВЛ являются:

– остановка дыхания и кровообращения;

– отсутствие или неадекватное сознание, психомоторное возбуждение, невозможность сотрудничества больного с медицинским персоналом;

– обструкция верхних дыхательных путей, исключая синдром обструктивного апноэ сна;

– нестабильность гемодинамики или тяжёлые аритмии;

– высокая гипертермия;

– риск аспирации (в том числе кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта);

– невозможность кашля;

– травмы или пороки развития лица;

– прогрессирующая гиперкапния (P_aCO_2 > 70 мм рт.ст.) в сочетании с нарушениями сознания и декомпенсированным ацидозом – pH ≤ 7,25;

– недренированный пневмоторакс;

– массивный плевральный выпот;

– кровохарканье;

– гигантские буллы.

Респираторная поддержка методом нИВЛ у значительного числа больных с тяжёлой дыхательной недостаточностью позволяет уменьшить число переводов на инвазивную ИВЛ.

Показания для искусственной вентиляции лёгких:

– остановка дыхания;

– остановка сердечной деятельности;

– тяжёлая одышка с использованием вспомогательных дыхательных мышц (частота дыхательных движений > 35 в минуту);

– жизнеугрожающая гипоксемия (P_aO_2 < 40 мм рт.ст);

– тяжёлый ацидоз (pH < 7,25) и гиперкапния (P_aCO_2 < 60 мм рт.ст.);

– глубокая кома, нарушенный психический статус;

– сердечно-сосудистые осложнения (тяжёлая гипотония, шок);

– неэффективность неинвазивной вентиляции лёгких.

Наиболее часто встречающиеся ошибки:

– применение психотропных препаратов, наркотических анальгетиков, антигистаминных препаратов первого поколения;

– массивная гидратация;

– применение ацетилсалициловой кислоты;

– рутинное применение аминофиллина (эуфиллина) в/в при приступе бронхиальной астмы в дополнение к терапии B_2-агонистами не показано. Это не приводит к дополнительному бронходилатирующему эффекту, но сопровождается увеличением частоты побочных эффектов (тремор, головная боль, тахикардия, тошнота и/или рвота, увеличение диуреза, гастроэзофагеальный рефлюкс, дерматит; из-за малой терапевтической широты возможна передозировка и риск внезапной смерти от аритмии или судорог);

– рутинное применение больших доз глюкокортикоидов для повышения АД (повышает риск развития тяжёлых септических осложнений);

– назначение иммуномодуляторов, биогенных стимуляторов, витаминов, антигистаминных препаратов (недоказанная эффективность);

– курсовое лечение НПВС нецелесообразно (так как данные препараты следует назначать на ограниченный период времени до достижения жаропонижающего и/или аналгезирующего эффекта).

В течение 3 суток лечение может осуществляться в отделении СМП у больных средней и тяжёлой степени тяжести. Крайне тяжёлые больные немедленно транспор-

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые мета-анализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например, описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2+

тируются в ОРИТ. Другие больные при стабилизации состояния переводятся в терапевтическое или профильные отделения (пульмонологическое, неврологическое и др.). Показания для перевода в ОРИТ:

Отсутствие положительной клинической динамики в состоянии больного за период лечения в отделении СМП.

$S_aO_2 \leq 90\%$ при дыхании кислородом через лицевую маску.

Неэффективность респираторной поддержки.

Необходимость в ИВЛ.

Показаниями для перевода в специализированные отделения после лечения в отделении СМП является отсутствие ОДН ($S_pO_2 > 90\%$ при дыхании воздухом и $S_pO_2 > 95\%$ при дыхании кислородом через носовые конюли), стабильная гемодинамика.

Профилактика

ОДН может развиться у практически здоровых людей при различных травмах, заболевании внебольничной пневмоний, ОРВИ и другими болезнями органов дыхания. У пациентов с хронической лёгочной и/или сердечной патологией, онко- прочими заболеваниями, провоцирующий фактор приводит к обострению основного заболевания и декомпенсации хронической ДН, что, собственно, является ОДН. Основными направлениями профилактики ОДН являются:

– профилактика травматизма;

– профилактика ОРВИ по общепринятой схеме;

– профилактика внебольничной пневмонии с применением пневмококковой и гриппозной вакцин;

– профилактика бронхиальной астмы может быть первичной и вторичной.

Первичная профилактика включает в себя проведение мероприятий, направленных на устранение факторов риска развития заболевания. В задачи первичной профилактики входит выявление лиц с отягощённой наследственностью по БА и другим аллергическим заболеваниям. Предоставление при трудоустройстве на производство с высоким содержанием аллергенов и других раздражающих веществ.

К мерам вторичной профилактики относятся мероприятия, проводимые для лечения пациентов в межприступный период, направленные на предупреждение обострений БА:

- исключить контакт с причинно-значимыми аллергенами,
- исключить (или максимально ограничить) влияние неспецифических раздражителей: курения, профессиональных вредностей, поллютантов, резких запахов и других. При необходимости лимитировать физическую и психоэмоциональную нагрузку,
- не принимать β-адреноблокаторы,
- амбулаторная консультация лечащего врача (пульмонолога, аллерголога-иммунолога) для определения дальнейшей тактики (обследования, лечения обострения бронхиальной астмы, подбора базисной терапии),
- обучение в астма-школе. Всем пациентам с немотивированным кашлем (лёгочные причины были исключены) показана гастродуоденофиброскопия с целью выявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни или обследование на предмет синдрома обструктивного апноэ сна.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Владимир ВОЛЧКОВ,
доктор медицинских наук, профессор.

Ольга ТИТОВА,
директор НИИ пульмонологии,
доктор медицинских наук.

Семён ЧЕРНЫЙ,
ведущий научный сотрудник,
доктор медицинских наук.

НИИ пульмонологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова.

Список сокращений и условных обозначений

БОД – болезни органов дыхания
ДН – дыхательная недостаточность
ДУПД – двухуровневое положительное давление (BiPAP)
ИВЛ – искусственная вентиляция лёгких
НИВЛ – неинвазивная вентиляция лёгких (NIV)
ОДН – острая дыхательная недостаточность
ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии
ПДКВ – положительное давление в конце выдоха (PIIP)
ПСВ – пиковая скорость выдоха (л/мин)
РП – респираторная поддержка
СМП – скорая медицинская помощь
ТЭЛА – тромбоэмболия лёгочной артерии
ХДН – хроническая дыхательная недостаточность
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь лёгких
ЧД – частота дыхания
ЧСС – частота сердечных сокращений
F_iO_2 – фракция O_2 во вдыхаемой газовой смеси
P_aO_2 – парциальное напряжение O_2 в артериальной крови
P_aCO_2 – парциальное напряжение CO_2 в артериальной крови
S_aO_2 – насыщение гемоглобина кислородом артериальной крови (сатурация)
S_pO_2 – S_aO_2, измеренное пульсоксиметром.

Ведение больных экземой

Клинические рекомендации

Экзема (от греч. Ekzeo – вскипаю) – острое или хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, формирующееся под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов и характеризующееся появлением полиморфной сыпи, острой воспалительной реакцией, обусловленной серозным воспалением кожи и сильным зудом.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10: L-30

Этиология и эпидемиология

Экзема развивается в результате комплексного воздействия этиологических и патогенетических факторов, в том числе нейроэндокринных, метаболических, инфекционно-аллергических, вегето-сосудистых и наследственных. Вызывается экзогенными (бактериальные и грибковые инфекционные агенты, химические вещества, физические факторы, лекарственные средства, пищевые продукты и др.) и эндогенными факторами (антигенные детерминанты микроорганизмов из очагов хронической инфекции).

Генетическая предрасположенность определяет нарушение иммунной регуляции, функции нервной и эндокринной систем. При экземе отмечают полигенное мультифакториальное наследование с выраженной экспрессивностью и пенетрантностью генов. При заболевании одного из родителей (преимущественно матери) вероятность развития экземы у ребёнка составляет около 40%, при наличии заболевания у обоих родителей – 50-60%.

Важное патогенетическое значение в развитии и дальнейшем течении экземы, особенно у детей, имеет патология желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, сопровождающаяся ферментопатиями, дискинезиями, нарушением мембранного пищеварения и всасывания. Несостоятельность кишечного барьера, наиболее характерная для детей раннего возраста, приводит к всасыванию в кровь недостаточно переваренных продуктов, в том числе нерасщеплённого белка.

В структуре кожной патологии экзема составляет 30-40%.

Классификация

L30.0 Монетовидная экзема
L30.1 Дисгидроз (помфоликс)
L30.2 Кожная аутосенсибилизация (экзематозная)
L30.3 Инфекционная экзема
L30.9 Экзема БДУ (неуточнённая).

Также выделяют клинические формы заболевания:

– экзема истинная (идиопатическая, дисгидротическая, пруригинозная, роговая (тилотическая);

– экзема микробная (нумулярная, паратравматическая, микотическая, интертригинозная, варикозная, сикозиформная, экзема сосков и околососкового кружка молочной железы женщин);

– экзема себорейная;

– экзема детская;

– экзема профессиональная.

Каждая из них может протекать остро, подостро или хронически.

Клиническая картина

Острая стадия заболевания характеризуется появлением на эритематозной и отёчной коже везикул, точечных эрозий с мокнутием («серозные колодцы»), серозных корочек, экскориаций, реже – папул и пустул (со стерильным содержимым). Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для истинной экземы типичен полиморфный характер высыпаний. В зависимости от эволюции морфологических элементов выделяют ряд стадий экземы: эритематозную (erythematosa), папулёзную (papulosa), везикулёзную (vesikulosa), мокнущую (madidans), корковую (crustosa).

Подострая стадия заболевания характеризуется эритемой, лихенификацией, чешуйками и экскориациями.

Хроническая стадия заболевания характеризуется инфильтрацией и усилением кожного рисунка поражённого участка, поствоспалительной гипо- и гиперпигментацией.

Постоянным признаком экземы служит зуд, усиливающийся при обострении заболевания, жжение, болезненность в очагах поражения.

Истинная экзема (идиопатическая). В острой стадии характеризуется везикулами, активной гиперемией и точечными эрозиями с мокнутием, серозными корочками, экскориациями, реже – папулами и пустулами. Границы очагов при истинной экземе нечёткие. Процесс симметричный, чаще локализуется на лице и конечностях с чередованием участков здоровой и поражённой кожи («архипелаг островов»).

Может распространяться на другие участки кожного покрова вплоть до эритродермии. Наблюдается зуд умеренной интенсивности. При переходе в хроническую стадию нарастают явления инфильтрации, гиперемия становится застойной, появляются лихенификация и трещины. Нередко процесс осложняется пиогенной инфекцией (экзема импетигинозная).

Дисгидротическая экзема (разновидность истинной экземы) характеризуется появлением на боковых поверхностях пальцев кистей и стоп, на коже ладоней и подошв зудящих пузырьков, везикул, иногда многокамерных, с плотной покрышкой, величиной с булавочную головку. Располагаясь глубоко в эпидермисе, пузырьки просвечивают сквозь него, напоминая зёрна сваренного риса. После вскрытия плотных покрышек пузырьков образуются эрозии с мокнутием и серозные корки, трещины и шелушение.

Пруригинозная экзема характеризуется мелкими, зудящими папуловезикулами на плотном основании, невскрывающимися и не образующими корок, локализующимися на лице, разгибательных поверхностях конечностей, локтевых и коленных сгибах, половых органах. Течение процесса хроническое, с развитием на фоне высыпаний инфильтрации и лихенификации.

Роговая (тилотическая) экзема проявляется гиперкератозом ладоней и подошв, иногда – глубокими, болезненными трещинами. Течение хроническое, часто резистентное к лечению.

Микробная экзема проявляется ассиметричными очагами поражения, центральная часть которых покрыта гнойными и серозными корками, после снятия которых обнажается эрозивная поверхность с мокнутием в виде «колодцев». Границы очагов чёткие, очерчены бордюром из отслаивающегося эпидермиса. Высыпания сопровождаются интенсивным зудом. Часто очаги микробной экземы располагаются по периферии трофических язв голеней, вокруг свищей, на культе, оставшейся после ампутации, на фоне варикозных изменений. В таких случаях микробную экзему называют паратравматической.

Монетовидная экзема (нумулярная) – разновидность микробной экземы, очаги которой почти всегда имеют округлую форму, чёткие границы и локализуются обычно на верхних и нижних конечностях, значительно реже на туловище. Бляшки представляют собой скопление мелких папул, везикул, серозно-гнойных корок, шелушения на фоне эритемы.

Паратравматическая (околораневая) экзема развивается в области послеоперационных рубцов, при переломах костей, остеосинтезе, местах неправильного наложения гипсовых повязок. Характеризуется возникновением островоспалительной эритемы, экссудативных папул и/или пустул, образованием корок. Возможно поверхностное склерозирование кожи и отложение гемосидерина в тканях.

Варикозная экзема возникает на фоне варикозной болезни. Развитию заболевания способствуют травмы, мацерация кожи, нерациональная наружная терапия варикозных язв. Очаги поражения локализуются на нижних конечностях, преимущественно в области нижней трети голеней, часто в непосредственной близости с варикозными язвами, участками склерозирования кожи.

Сикозиформная экзема развивается на фоне вульгарного сикоза, при этом процесс распространяется за пределы области оволосения, отмечаются «серозные колодцы», мокнутие и зуд, со временем появляется лихенификация кожи. Процесс, как правило, локализуется на верхней губе, подбородке, подмышечной области, лобке.

Экзема сосков часто является следствием травмы при вскармливании ребёнка или осложнением чесотки, но в некоторых случаях причина заболевания остаётся неизвестной. Экзема сосков характеризуется развитием на фоне незначительной эритемы слабо выраженной инфильтрации, мокнутия с наличием серозно-геморрагических корок, шелушения, возможно появление трещин и пустул. Экзема сосков обычно имеет двусторонний характер и не сопровождается уплотнением соска.

Себорейная экзема чаще начинается на волосистой части головы. Очаги поражения обычно локализуются в заушных областях и на шее, не имеют чётких границ, сопровождаются экссудацией и образованием себорейных корок желтоватого или грязно-серого цвета, выраженным зудом. Процесс развивается на фоне жирной себореи. Характерные признаки – появление желтовато-розовых эритематозных инфильтрированных пятен с чёткими или расплывчатыми границами, мелкопластинчатого шелушения в виде чешуек жёлтого цвета жирной консистенции. Возможна серозно-гнойная экссудация, когда образуются серозно-гнойные влажные, жирные корки. В области волосистой части головы волосы склеены экссудатом, имеются чешуйки и корки.

Экзема у детей проявляется клиническими признаками истинной, себорейной и микробной экземы. Признаки экземы у детей чаще возникают в возрасте 3-6 месяцев. В клинической картине преобладают процессы экссудации: ярко выражены гиперемия, отёчность, мокнутие, наслоение серозных корок. Появляется, так называемый молочный струп или молочные корки. Эритематозные очаги имеют блестящую поверхность, горячие на ощупь. Дети страдают от бессонницы и зуда. Течение экземы хроническое, рецидивирующее, нередко с трансформацией в атопический дерматит.

Профессиональная экзема развивается под воздействием производственных аллергенов (химических, бактериологических и др.) при изменении аллергической реактивности организма. Профессиональными аллергенами являются аминные отвердители, синтетические клеи, парафенилендиамин, динитрохлорбензол, эпоксидные смолы, фенолформальдегид, пенициллин и полусинтетические антибиотики, соли тяжёлых металлов, скипидар и его производные, соединения ртути, сплавы драгоценных и полудрагоценных металлов и др.

При профессиональной экземе развивается реакция замедленного типа к веществу, которое применяется в производстве и является профессиональным аллергеном. Профессиональное заболевание развивается только у тех рабочих, у которых наблюдается изменение реактивности организма. Клиническая картина профессиональной экземы достаточно разнообразна, однако имеет все признаки обычной экземы. Чаще всего профессиональная экзема развивается на открытых участках кожи, то есть в местах контакта с раздражителем (лицо, шея, область грудины, тыл кистей, предплечья, голени).

(Окончание следует.)

Виталий ОХЛОПКОВ,
заведующий кафедрой,
профессор, доктор медицинских наук.

Ольга ПРАВДИНА,
доцент, кандидат медицинских наук.

Елена ЗУБАРЕВА,
доцент, кандидат медицинских наук.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии Омской государственной медицинской академии.

Ситуация

Гиппократы и геростраты нашего века

Насколько полезной оказалась реформа для российской медицинской науки?

В «Докладе о состоянии фундаментальных наук в Российской Федерации в 2016 г.» взаимоотношения государства, общества и науки обозначены так: «Выявляя наиболее острые потребности своего развития, общество формирует запрос и выделяет ресурсы на получение определённых результатов от фундаментальной науки». Здесь же размещён перечень научных исследований (желательно, конечно, инновационно-прорывных), запрос на которые российское государство и общество уже сформировали для разных областей науки, и работа по перечисленным тематикам в настоящее время ведётся в академических институтах.

Перечень этот весьма показателен. Если в области сельскохозяйственных наук страна ожидает «прорывных исследований» всего по 17 научным тематикам, в сфере общественных наук – по 41 тематике, а в области физических наук – по 105, то с деятельностью учёных, работающих в сфере медицинских и физиологических наук, связаны надежды на 386 научных «прорывов» от изучения механизмов развития патологических процессов и механизмов устойчивости микроорганизмов к антибиотикам до разработки новых подходов к ДНК-диагностике рака и создания технологий быстрого производства пандемических вакцин.

Насколько способствует реализации этих исследовательских проектов реформа российской науки, которая проводится с 2013 г.? О феномене «оптимизации» российской науки и связанных с этим рисках для страны и нации мы беседуем с советником РАН академиком Сергеем КОЛЕСНИКОВЫМ.

– Сергей Иванович, реформирование РАН длится уже 4 года, а реформаторы ни о каких положительных результатах, кроме лишения институтов самостоятельности и объединения их в исследовательские центры, не сообщают. А ведь так много обвинений было предъявлено учёным в качестве предлога для реформы: и недостаточное количество открытий на одну научную душу, и низкая публикационная активность, и прочее.

– Один из нынешних претендентов на должность президента РАН произнёс интересную фразу: в науке, как и в жизни, когда есть какой-то успех, к нему причисляют себя очень многие, а когда происходит неудача, найти ответственных невозможно. И коль скоро реальные авторы научной реформы до сих пор предпочитают не называть себя, это говорит о том, что она не удалась в том варианте, в котором её задумывали. Не знаем мы и стоявшей перед ними сверхзадачи – улучшить жизнь российской науки, либо, наоборот, разрушить и академию, и, собственно, науку. Кто они: созидатели, которые оказались не способны созидать, или же современные геростраты? Пётр I, Екатерина II, Ломоносов, Сталин создавали и поддерживали академическую науку в России, а кто-то одним махом может это всё уничтожить.

Мне не хочется верить в то, что была поставлена цель именно разрушить. Однако, в документах Всемирного банка ещё в 90-х и начале 2000 годов было записано: в России избыточны расходы государства на социальную сферу, науку, образование. Возможно, для кого-то это стало руководством к действию.

– Но при чём здесь наука, в частности, медицинская, когда речь идёт о макроэкономике?

– На самом деле, наступление на науку началось не в 2013 г., а раньше, ещё в годы пребывания у власти Б.Ельцина, когда шло безжалостное устранение всяческих следов советской системы. Именно тогда были сформулированы несколько мифов о науке, как части той системы. В частности, мифы о том, что на науку в нашей стране тратится слишком много денег, что учёных у нас избыток, что наука должна быть рыночной, как и экономика. То есть, надо её перевести на самоокупаемость.

Как только было сказано, что рынок превыше всего, тут же началось так называемое расчеловечивание. Всё, что связано с человеком – наука, медицина, образование, культура, – что формирует интеллектуальный и духовный потенциал нации и называется индексом человеческого развития, стало государству, вернее рыночникам, задающим программу развития страны, не интересно, потому что это не приносит немедленных дивидендов.

Впоследствии, когда апологетам рыночной экономики не удавалось что-либо из задуманного, они начинали искать виноватого, на которого можно переложить ответственность. Первой в 90-х годах под напором рыночников рухнула отечественная система здравоохранения и виноватым объявили… врача, который, якобы, по собственной инициативе, из-за бездушия просит больного приходить в стационар со своими лекарствами и постельным бельём. В том, что в здравоохранении месяцами задерживали зарплату и впервые появились платные услуги, виноваты были тоже сами доктора. Помните первую волну информационных атак на медиков в те годы в СМИ? «Врач не выполняет клятву Гиппократа»! При этом в тексте самой клятвы ни слова не сказано, что врач должен работать бесплатно, Гиппократ к этому не призывал.

Наука вообще, и медицинская, в частности, не должна рассматриваться как элемент рыночной экономики уже потому, что фундаментальные исследования не могут принести отдачу ни завтра, ни через год. В лучшем случае, дивиденды в виде новых медицинских технологий и лекарственных препаратов будут через 10 лет. Но кто-то же должен финансировать науку все эти годы. Бизнес никогда не станет этого делать, у него ожидаемый срок получения прибыли критичен, он заинтересован в коротких вложениях денег с целью быстрой окупаемости затрат. Значит, данную обязанность призвано взять на себя государство. Вариантов нет. А наше государство хочет постепенно уйти из науки, медицины и образования, считая, что основная его функция – оборона страны. Реформа РАН – очевидный элемент такой политики.

Что касается ожиданий государства и общества от различных отраслей науки, есть мировая тенденция – ориентация на исследования и разработки, связанные с человеком, так называемые НБИКС: нано-, био-, информационные, когнитивные и социальные технологии, а также новая медицина. На словах – мы тоже стремимся соответствовать этому тренду, а в реальности – финансирование на медико-биологические науки в России составляет около 5% от общего бюджетного научного финансирования, тогда как в развитых странах – более 30%.

– Кстати, о деньгах. Как следует из перечня приоритетных направлений развития фундаментальных наук в России, налицо парадокс: все без исключения люди, включая распорядителей бюджета, хотят долго жить, оставаться здоровыми, а в случае болезни излечиваться быстро и полностью, но для государства ценнее почему-то любые другие науки, кроме медицинских. В подтверждение этому – откровенная диспропорция в финансировании институтов бывшей «большой» академии, бывшей сельхозакадемии и бывшей академии медицинских наук.

– Медицинские науки традиционно обделены финансовым вниманием государства, так было ещё до начала реорганизации трёх академий. По «Программе фундаментальных исследований государственных академий наук на 2008-2012 гг.» из федерального бюджета было выделено для РАН 50,9 млрд руб., а для Российской академии медицинских наук – всего 4,9 млрд. История повторилась и после того, как три ранее самостоятельных академии были слиты в одну.

Хочу отметить, что «Программа фундаментальных исследований государственных академий наук на 2013-2020 гг.» изначально предполагала государственные бюджетные ассигнования в объёме 612 млрд руб. И что мы имеем? Начиная с 2015 г., когда деньги на науку стали идти не напрямую из бюджета, а через ФАНО России, объём финансирования этой программы ежегодно сокращается на 10%. Сегодня уже очевидно, что программа не будет исполнена, так как на ряд важных проектов просто не хватит денег. А кого обвинят в этом? Нетрудно догадаться – учёных.

Одним из Майских 2012 г. указов Президента РФ была поставлена задача увеличить к 2015 г. затраты на научные исследования до 1,77% ВВП. Выполнили? Нет. На начало 2017 г. расходы на проведение научных исследований и разработки новых технологий составляли всего 1,13% ВВП, в то время как в странах, с которыми эффективность российской науки так любят сравнивать реформаторы, эти расходы в 2-3 раза выше. В КНР на науку тратится 2,05% ВВП, в США – 2, 74%, в Японии ещё больше – 3,59%.

Если в целом, по финансированию науки Россия отстаёт от США в 30 раз, то по расходам на медицинские науки – в 190-200 раз. И здесь вновь можно вернуться к упомянутому перечню приоритетных направлений развития фундаментальных наук в России: государство и общество ждут от учёных-медиков решения важнейших проблем, связанных со здоровьем человека, а фантастические зарплаты в нашей стране почему-то получают не научные работники и не врачи, а менеджеры госкорпораций и крупные чиновники.

И последнее. До начала реформы Российская академия наук получала $^1/_3$ бюджетных ассигнований из всего объёма средств, выделяемых в стране на науку. Сегодня её доля составляет $^1/_5$ часть. То есть финансирование академической науки за годы «реформирования» сократилось почти на 40%, а претензий к ней по-прежнему высказывается много. Между тем, фундаментальная наука – один из немногих секторов российской экономики, где не произошло снижения эффективности. Мало того, институты не просто выполняют, но и перевыполняют государственные задания, и это при сокращении финансирования! Получается, что учёных наказывают рублём за хорошую работу?

– О результатах «оптимизации науки». Я насчитала их два. Первый – уменьшение числа учёных: в 2013 г., на старте реформы, тех, кто работает в области фундаментальных медицинских научных исследований, было 12 393 человек, а уже к концу 2015 г. – осталось 9632. Это, кстати, самое большое сокращение в сравнении с другими областями науки. Второй результат – объединение институтов. Вот только открытий благодаря этим преобразованиям не стало совершаться больше. А реформаторы ожидали, что учёные от страха потерять работу начнут лучше генерировать идеи?

– Что касается страха, он, на самом деле был и остаётся, потому что объединение институтов происходило под угрозой ликвидации той или иной научной организации или передачи её в ведение региона. Ну ладно в Томске, где объединили 6 институтов бывшего Сибирского отделения РАМН: они хотя и разнопрофильные, но все медицинские. А в Красноярске и Иркутске объединяют «аграриев с акушерами». И никто не может внятно объяснить, для чего это делается. Зачем, например, сливать иркутский Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека с Институтом географии и Институтом земной коры? Какое новое качество научных исследований планируется получить в результате этого объединения?

Никаких благих научных целей в такой реорганизации, конечно, не прослеживается, задача только одна – подстроить научную среду под существующие параметры бюджета. Вместо нескольких бюджетополучателей останется один, а с одним проще разговаривать. Кстати, обещания, что институты, объединившиеся в федеральные исследовательские центры (ФИЦ), сохранят юридическую самостоятельность, не имеют под собой правовой основы: согласно законодательству, научные центры не могут иметь филиалы в том же городе. Таким образом, некогда самостоятельные крупные научные институты стали просто подразделениями в составе ФИЦ без права распоряжаться собственностью и финансами, выступать самостоятельными субъектами научного планирования.

Думаю, в течение первых лет в новых ФИЦ будет более-менее справедливое распределение финансов и коллегиальное обсуждение денежных трат. А потом, учитывая, что продолжается реальное сокращение финансирования науки, начнётся ликвидация наиболее беззащитных подразделений уже внутри центров.

– Сергей Иванович, как вы думаете, почему среди кандидатов на пост президента РАН нет представителя Отделения медицинских наук?

– Вероятно, потому, что груз ответственности, огромная психо-эмоциональная и просто физическая нагрузка на этом посту значительно превышают все дивиденды от высокой должности. И учёные-медики это прекрасно понимают.

Ну а если серьёзно, поучаствовать в выборах ради процесса участия, заведомо зная, что вероятность победы мизерна, для медиков не привлекательная перспектива. В нашей стране существует традиция: избранными президентами Российской академии наук всегда были представители точных наук. Хотя, объективно, среди представителей медицинских и биологических наук есть люди, не менее достойные возглавить академию, чем те же физики и математики.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Клинический разбор

Фиаско по уважительным причинам

Или вопреки всем усилиям докторов

Несмотря на стремительный прогресс, клиническая медицина на современном этапе своего развития далеко не всегда может защитить человека от того или иного заболевания. Это обуславливается разными факторами: низкой комплаентностью пациентов и наплевательским их отношением к собственному здоровью, не самой высокой профессиональной пригодностью докторов, а также несовершенством медицинской науки для своевременной диагностики и адекватного лечения разных заболеваний. Тем не менее, летальные исходы вследствие последнего из перечисленных факторов, зачастую, вызывают академический интерес у медицинской общественности, то и дело выступая своеобразным уроком, что называется, на будущее. Да, родным и близким умершего от этого не легче, однако вынесение подобных клинических историй на широкое обсуждение профессиональной аудитории носит весьма позитивный характер.

Именно с целью предотвращения подобного рода «промахов», в качестве образовательной площадки выступила очередная московская городская клинико-анатомическая конференция, собравшая руководителей столичных медучреждений, а также главных специалистов Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ) и прошедшая под председательством заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, профессора, заслуженного врача РФ Леонида ПЕЧАТНИКОВА. Примечательно, что в качестве почётного гостя и сопредседателя мероприятия выступил один из ведущих экспертов нашей страны в области внутренней медицины – заведующий кафедрой госпитальной терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова академик РАН Александр ЧУЧАЛИН.

«Практически здорова»

В октябре позапрошлого года в Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины с целью оценки уровня физического развития и решению относительно допуска к занятиям по физической культуре обратилась 19-летняя столичная жительница. В течение трёх дней молодая пациентка прошла мультидисциплинарный медосмотр в соответствии с нормативными документами.

В анамнезе – ветряная оспа, неоднократные ОРВИ, аденотомия. При осмотре – жалоб нет. По органам и системам – без патологических изменений. ЧД – 18 в мин. ЧСС – 68 в мин. АД – 115/65 мм рт. ст. Толерантна к физической нагрузке. Рентгенография органов грудной клетки – без особенностей. На ЭКГ – без патологии. При ЭхоКГ – дополнительная хорда левого желудочка. В неврологическом статусе – без патологических изменений. Офтальмолог при осмотре выявил миопический астигматизм слабой степени. В остальном – без патологии. Назначена очковая коррекция. Со стороны лор-органов – без изменений. Хирург и травматолог-ортопед, в свою очередь, также не выявили патологии. Клинические анализы крови и мочи, а также биохимия крови – в норме.

На основании проведённого обследования врачом по спортивной медицине был выставлен диагноз «Практически здорова». Рекомендованы занятия физкультурой без участия в соревнованиях, а также наблюдение у офтальмолога по месту жительства с соблюдением зрительного режима.

Зловещее «вдруг»

13 месяцев спустя, вечером 11 ноября минувшего года на дом к данной пациентке родителями была вызвана бригада скорой помощи. Со слов матери, состояние больной резко ухудшилось утром. У девушки появились озноб, слабость и головная боль. В течение дня не всегда была контактна, периодически не отвечала на вопросы.

Прибывшими докторами «03» состояние было расценено как средней тяжести. Сознание сохранено. Температура тела – 37,4°С. По органам и системам – без патологий. Поведение спокойное. Контакт – частичный, периодический. Речь – тихая, односложная. Отмечалась незначительная ригидность затылочных мышц. Был заподозрен вирусный энцефалит, в связи с чем юную пациентку госпитализировали в КИБ № 1 ДЗМ.

В инфекционном стационаре больная была госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии. Предварительный диагноз – «менингоэнцефалит». Проведена люмбальная пункция – ликвор интактный. Сформулировано заключение, гласившее о том, что у больной наиболее вероятен энцефалит, этиологию которого предстояло выяснить. В то же время, доктора пришли к выводу, что необходимо провести дифференциальную диагностику с сосудистым поражением головного мозга, в связи с чем была назначена стандартная терапия: антибактериальная, противовирусная, гормональная и диуретическая.

На рентгенограмме органов грудной полости и ЭКГ патологии не выявлено. В общем анализе крови – без значимых изменений. Судорог не отмечалось. Дежурный инфекционист заподозрил ОНМК, однако вызванный впоследствии невролог исключил предположение коллеги. В качестве нейровизуализации на следующий день пациентке была проведена КТ головного мозга. Заключение: неспецифические изменения в обоих полушариях головного мозга. Необходима дифференциальная диагностика между воспалительным и сосудистым поражением вещества головного мозга. Был собран консилиум, который пришёл к выводу, что пациентке следует провести МРТ головного мозга с контрастированием. Лекарственная терапия – без коррекции.

Заключение по МРТ: очаги соответствуют острым инфарктам вещества мозга обоих полушарий. Сознание пациентки угнеталось. Больная была повторно осмотрена консилиумом с вовлечением невролога. Проведена дистанционная консультация с главным столичным неврологом – профессором Н.Шамаловым. Инфекционный генез заболевания исключён. Рекомендован перевод в неврологическое отделение. В этой связи, пробыв в итоге 4 дня в инфекционной больнице, пациентка по «скорой » была переведена в ГКБ им. С.П.Боткина ДЗМ с подозрением на первичный васкулит с множественными очагами поражения головного мозга сосудистого генеза.

В процессе бессмысленного поиска

В приёмном отделении «Боткинской» больницы состояние пациентки было расценено как тяжёлое. Кома. В общесоматическом осмотре значимых отклонений от нормы выявлено не было. Неврологический статус в связи с уровнем сознания адекватно оценить не представлялось возможным. Больная была госпитализирована в отделение нейрореанимации, интубирована и переведена на ИВЛ.

Проведена МР-ангиография сосудов головного мозга. Заключение: отсутствие сигнала кровотока по обоим интрацеребральным отделам внутренних сонных артерий, а также средней и передней мозговым артериям. Обращало на себя внимание контрастирование стенок артерий головного мозга, что позволило заподозрить васкулит. В лабораторных исследованиях – незначительные лейкоцитоз и гипергликемия, (обусловленные гормональной терапией – **Д.В.**). Ликвор стерилен. УЗДС артерий головы и шеи, а также ЭхоКГ – без патологии. Больная была осмотрена офтальмологом, инфекционистом, нефрологом,

Внушительная аудитория конференции

терапевтом, гематологом, гинекологом и урологом, которые со своей стороны не выявили существенной патологии.

Диагностический поиск был сосредоточен вокруг нескольких заболеваний: энцефалит, митохондриальная энцефалопатия, первичный тромбоз венозных синусов и инфаркт головного мозга, в связи с чем на следующий день был собран мультидисциплинарный консилиум, по мнению которого клиническая картина в наибольшей степени соответствовала множественным инфарктам головного мозга на фоне васкулита. Было предложено генетическое исследование на митохондриальную энцефалопатию. Наряду с этим, больной была выполнена навигационная биопсия головного мозга, результаты которой подтвердили предположение о «свежем» ОНМК. Также была проведена КТ головного мозга, на которой отмечалось стремительное нарастание отёка мозгового вещества.

Антифосфолипидный синдром был исключён лабораторно. Кроме того, были исключены системный и герпес-ассоциированный васкулиты. Коагулограмма – без патологии. Однако, на этом процесс «клинического творчества» был приостановлен. У пациентки остро наросли симптомы полиорганной недостаточности. Реанимационные мероприятия дежурной бригады докторов блока интенсивной терапии не возымели положительного эффекта. Была констатирована биологическая смерть больной на 5-е сутки пребывания в стационаре.

Заключительный клинический диагноз: «Васкулит неясного генеза с преимущественным поражением церебральных артерий. Развитие множественных ишемических инфарктов обоих полушарий головного мозга. Отёк головного мозга с вклинением его ствола в большое затылочное отверстие. Отёк лёгких. Полиорганная недостаточность».

Патологоанатомическое исследование, в свою очередь, опровергло предположения клиницистов: «Множественная артериовенозная мальформация сосудов головного мозга в бассейне передней, средней и задней мозговых и мозжечковых артерий с поражением подкорковых мозговых структур. Вторичный тромбоз прямого и поперечного синусов. Множественные ишемические инфаркты головного мозга с участками геморрагического пропитывания. Отёк головного мозга с вклинением его ствола в большое затылочное отверстие». Непосредственная причина смерти: врождённая аномалия развития церебральных сосудов – множественная артериовенозная мальформация сосудов головного мозга.

Рецензии экспертов

Сергей МОРОЗОВ, главный рентгенолог ДЗМ:

– У меня нет претензий к коллегам. Концепция визуализации имеющейся патологии выстроена совершенно верно.

Андрей ДЕВЯТКИН, главный инфекционист ДЗМ:

– Со своей стороны, также не нахожу повода для критики коллег. Инфекционный генез заболевания был исключён. Дальнейшее ведение такой пациентки находилось в компетенции неврологов.

Николай ШАМАЛОВ, главный невролог ДЗМ:

– Что касается неврологической составляющей, то, в общем и целом, доктора не сплоховали. Всё было выполнено своевременно. Другое дело, что помочь такой больной вряд ли возможно. К сожалению, эффективными методами профилактики и выявления такого рода патологий современная медицина не располагает. Приятно удивил междисциплинарный подход к принятию решений: это весьма позитивно.

Андрей ГРИНЬ, главный нейрохирург ДЗМ:

– К сожалению, случай фатальный, и помочь пациентке было нереально. Также нет претензий к маршрутизации больной.

Денис ПРОЦЕНКО, главный анестезиолог-реаниматолог ДЗМ:

– Коллеги сделали всё, что могли. К сожалению, этого оказалось недостаточно. Имеются лишь незначительные замечания к оформлению документации.

Олег ОРЕХОВ, главный патологоанатом ДЗМ:

– Расхождение диагнозов в данном случае вполне оправдано. Клиницистов не в чем упрекнуть.

Резюме председателей

– Я впервые присутствую на столичной клинико-анатомической конференции. Впечатление – колоссальное. Не могу не отметить высокий профессионализм столичных докторов, их неформальное отношение к пациентке. Всё чётко и согласованно, мультидисциплинарно – на западный манер, – отметил академик А.Чучалин. – Однако, я ни разу не услышал термина «смерть мозга», что было бы вполне применимо к данной ситуации. На заре моей карьеры, в 60-е годы ушедшего столетия, в нашей стране впервые такая патология была описана профессором А.Дамиром. Наследование при данном заболевании носит аутосомно-доминантный характер. К счастью, столичный сегмент отрасли располагает всем необходимым для проведения генетических исследований. Не сомневаюсь: в дальнейшем, это поможет нам разработать превентивный подход к наблюдению больных с такой тяжёлой генетической патологией. К сожалению, проблема сосудистых мальформаций становится всё актуальнее для клиницистов различных специальностей, – заключил эксперт.

– До 20 лет наша пациентка была вполне себе здоровой девушкой. И лишь небольшой изъян, казалось бы клинически незначимый, никого не насторожил. Речь идёт о дополнительной хорде сердца, выявленной при ЭхоКГ. Ведь это, пусть и негрубый, но – порок развития, своего рода «стигма настороженности». Ведь мы с вами, уважаемые коллеги, прекрасно понимаем и знаем, что пороки развития никогда не бывают единичными.

Конечно, я не призываю всем поголовно проводить генетический анализ, однако, в случаях выявления пороков развития, пусть и ни на что не влияющих, врач обязан подумать о более серьёзном наследственном заболевании. Таким образом, всех пациентов с пороками развития необходимо обследовать генетически. Казалось бы, ерунда: дополнительная хорда сердца… Но именно это было предвестником столь драматической развязки в обсуждаемом сегодня случае, – завершил конференцию Л.Печатников.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Наши коллеги

Единственный шанс на спасение

Часто его даёт только гнойная хирургия

Гнойная хирургия имеет многовековую историю развития. Ещё Гиппократ (460-370 гг. до н.э.) выделил хирургическую инфекцию среди многих болезней. Но и сегодня гнойно-септические заболевания остаются наиболее тяжёлой проблемой в здравоохранении всех стран. Для конкретного пациента гнойная хирургия – это тот самый шанс на исцеление, который, возможно, будет для него единственным и последним. Особенно остро это понимаешь, когда находишься в отделении гнойной хирургии № 3 Московской городской клинической больницы № 13. С заведующим отделением кандидатом медицинских наук Владимиром ОБОЛЕНСКИМ встретилась корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наиля САФИНА.

– Владимир Николаевич, первая мысль, которая приходит после знакомства с вашей работой – мало, очень мало учили нас гнойной хирургии в институте. Даже не помню, чтобы в студенчестве нас приводили в подобное отделение…

– В нашей стране уже более 70 лет в различных больницах существуют специализированные отделения гнойной хирургии. А созданное ещё в 1973 г. отделение ран и раневых инфекций Института хирургии им. А.В.Вишневского являлось в своё время мировым флагманом в лечении раневой хирургической инфекции! Сегодня данный вид специализированной помощи высоко востребован во всём мире и Москва – не исключение. Возрастающая с каждым годом сложность лечения гнойно-септических осложнений ставит задачу оптимизации этого процесса. Данная проблема очень актуальна. Уже много лет возглавляя отделение гнойной хирургии в нашей больнице и консультируя многие лечебные учреждения Москвы и Московской области, вижу, что с каждым годом она усложняется. Увеличение населения планеты, количества транспорта и дорожно-транспортных происшествий, развитие технологий и рост количества техногенных катастроф – всё это приводит и к росту количества травматических повреждений и их гнойно-септических осложнений. С другой стороны, общее ухудшение экологии, нарастание частоты такой фоновой патологии, как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, иммунодепрессивные состояния, развитие и увеличение доступности медицинских технологий приводят к увеличению количества инвазивных вмешательств и их осложнений, что влечёт также рост резистентности патогенной микрофлоры к используемым антисептическим и антибактериальным препаратам в ответ на достижения фармакологии. А значит, требуется поиск новых путей решения – научных, практических, тактико-стратегических и организационных. Как показывает статистика, за последние 4 года в Москве стало больше пациентов с гнойно-септическими осложнениями на 15%. И это мировая тенденция! К тому же, гнойная патология осложняется высокой летальностью и инвалидизацией. К сожалению, специалисты поликлинического и стационарного звена недооценивают степень опасности хирургических инфекций кожи, мягких тканей и костно-суставного аппарата. В настоящее время доказано, что полноценное лечение хирургической инфекции предполагает наличие у врача глубоких знаний по патофизиологии, микробиологии и клинической фармакологии.

– То есть, необходим мультидисциплинарный подход к лечению таких больных?

– Конечно. Именно по такому принципу организовано оказание медицинской помощи в нашей больнице. Мы уделяем огромное значение диагностике, привлекая все возможности стационара – лабораторные, морфологические, ультразвуковые, рентгенологические и эндоскопические исследования, МРТ, определение патологии артериального кровотока, транскутанное определение напряжения кислорода в тканях. Такой комплексный подход позволяет подобрать необходимое этиопатогенетическое лечение, используя возможности имеющегося у нас кабинета инновационных методов лечения – озонотерапию, гипербарическую оксигенацию, квантовую терапию, клеточные технологии. Нами ежегодно внедряются новейшие отечественные и зарубежные технологии, причём мы и сами разрабатываем оригинальные подходы к лечению больных с гнойными патологиями мягких тканей, синдромом диабетической стопы, остеомиелитом, перипротезной инфекцией, хроническими ранами и трофическими язвами различной этиологии. Применяем интерактивные перевязочные средства, полимерные повязки, компрессионный трикотаж, многодневные многослойные компрессионные бандажи, непрямую электроимпульсную миостимуляцию, воздушно-плазменные потоки с NO-терапией, раневую оксигенацию, вакуум-ассистированные повязки, биопокрытия и клеточные технологии, ревизионное спейсер-эндопротезирование, антибактериальные биокомпозитные материалы, реконструктивно-пластические операции, безоперационное наложение магнитного межкишечного анастомоза.

– Владимир Николаевич, и всё же, почему, несмотря на достаточно большой перечень самых современных и прорывных диагностических и лечебных процедур, гнойные заболевания и осложнения вызывают такую обеспокоенность медиков во всём мире?

– В настоящее время хирургические инфекции разнородны: часто принимают характер затяжного, хронического течения или могут быть молниеносными, с летальным исходом. Это определяется ещё и статусом самого пациента, сложным характером бактериальной микрофлоры, а не только спектром применяемых лечебных мероприятий. И ещё раз повторюсь, что гнойной хирургической инфекцией должен заниматься специалист именно этой области, хорошо владеющий знаниями не только хирургии, но и патофизиологии, микробиологии, клинической фармакологии.

Есть ещё и другая сторона – общее ухудшение экологии, нарастание частоты встречаемости фоновой патологии в виде сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и иммунодепрессивных состояний.

И это не всё. Развитие и увеличение доступности медицинских технологий приводит к увеличению количества инвазивных вмешательств и их осложнений, в связи с чем растёт резистентность патогенной микрофлоры к используемым антисептическим и антибактериальным препаратам в ответ на достижения фармакологии. Все вышеназванное ведёт к росту количества гнойно-септических осложнений, что делает проблему ещё более актуальной, чем 100 лет назад, и требует поиска новых путей решения – научных, практических, тактико-стратегических и организационных. Правильное решение организационного вопроса очень важно. Например, в нашей больнице, в первую очередь, усилиями главного врача Леонида Семёновича Аронова, действительно организован кластер по лечению ран и раневых инфекций, в состав которого входят амбулаторная служба многопрофильного клинико-диагностического отделения и дневной стационар на базе поликлиники, а на базе стационара – отдельный кабинет и перевязочная в приёмном отделении, отделение гнойной хирургии на 50 коек со своим операционным блоком и с профильным реанимационным отделением на 9 коек. Наше отделение гнойной хирургии работает с полной загруженностью, что опять же свидетельствует о высочайшей востребованности населением оказываемого нами вида помощи.

Владимир Оболенский готовится к очередной операции

У нас действует система тотальной очистки и обеззараживания воздуха во всех помещениях. Есть собственные плановая и экстренная операционные, оснащённые всем необходимым оборудованием, работающим 24 часа в сутки. На одном этаже с отделением гнойной хирургии находятся профильные отделения гнойно-септической реанимации и интенсивной терапии, имеющие в составе отдельный бокс со шлюзом для больных с анаэробной инфекцией, а также зал гипербарической оксигенации.

Большим подспорьем в нашей работе является то, что с конца 2012 г. на территории больницы организован окружной амбулаторный центр по лечению ран и раневых инфекций, работающий 6 дней в неделю и осуществляющий консультативный приём и направление пациентов на оперативное лечение, до- и постгоспитальное наблюдение больных и амбулаторное ведение пациентов с хроническими ранами. Среднее количество обращений в амбулаторный центр со дня открытия составляет около 500 в месяц. Это позволило сократить сроки пребывания пациентов на койке отделения гнойной хирургии стационара и летальность. Несмотря на постоянный рост доли наиболее тяжёлых категорий больных с гнойно-септическими осложнениями травм и оперативных вмешательств, средний койко-день в отделении стационара удалось сократить по сравнению с 2010 г., в среднем, на 4 дня. Общая летальность за этот же период сократилась более чем на 20%. В работе нам очень помогает то, что мы создали регистр больных с хроническими ранами, нуждающихся в амбулаторной и стационарной специализированной медицинской помощи.

– Что вы видите в перспективе организации медицинской помощи больным с ранами и раневыми инфекциями?

– Это создание единых принципов и форм учёта и статистики ран и раневых инфекций, единого межгосударственного стандарта оценки и документации ран, пересмотр медико-экономических стандартов и выделение в них отдельных стандартов для различных нозологических форм ран и раневых инфекций, каким, например, является синдром диабетической стопы. Вышеназванное, безусловно, простимулирует научно-практические разработки и клинические исследования средств диагностики и лечения больных с ранами и раневыми инфекциями, а также расширит горизонтальные связи с другими городскими и федеральными ЛПУ и НИИ. Можно было бы на первых порах в качестве пилотного проекта рассмотреть решение вопроса отнесения разработанных новых технологий лечения ран к категории высокотехнологичной медицинской помощи и согласования их оплаты страховыми компаниями. Кстати, в 2015 г. отделение гнойной хирургии впервые включено в программу оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с перипротезной инфекцией крупных суставов и синдромом диабетической стопы.

Что касается обучения, то специалисты должны получать образование, направленное на оказание специализированной ортопедической хирургической помощи, какая требуется, например, больным с диабетической остеоартропатией и стопой Шарко. И, конечно же, следует повышать доступность и качество ортопедической обуви, протезов, средств разгрузки и реабилитации. Но и это не всё. Считаю необходимым привлекать квалифицированных медицинских сестёр к участию в российских и международных научно-практических конференциях. Нам нужно обратить внимание на организацию межгосударственных образовательных программ для врачебного и среднего медицинского персонала, используя режим обучения «на рабочем месте», что расширило бы клиническое и научное сотрудничество с европейскими партнёрами путём телекоммуникационного обеспечения. Нам есть что показать и зарубежным коллегам. Так, впервые в мировой практике нашим отделением разработана и внедрена методика стимуляции регенераторных процессов хронических ран с использованием аутологичных тромбоцитарных факторов роста. Ранее эта методика использовалась только в стоматологии, травматологии и спортивной медицине, её преимущество – полная биологическая безопасность пациента.

– Владимир Николаевич, когда есть такие специалисты, как вы, пациент, похоже, будет себя чувствовать в полной биологической безопасности.

– Поэтому мы и вышли на уровень Департамента здравоохранения Москвы с предложением о создании на базе одного из филиалов нашей больницы центра хирургических инфекций.

Москва.

Идеи

В обход желудка

Обходной желудочный анастомоз – один из самых успешных методов терапии при морбидном ожирении. Польза процедуры, как показывают исследования, состоит не только в ограничении употребления пищи. Кроме этого, после операции также изменяется экосистема желудочно-кишечного тракта – появляется большое количество новых видов бактерий. Доказано, что чем меньше разнообразие микроорганизмов в организме человека, тем сложнее ему потерять вес, и наоборот.

Ещё в 2008 г. исследователи из Университета Аризоны (США) обнаружили, что после прохождения процедуры обходного анастомоза желудка количество бактерий в пищеварительной системе пациента существенно увеличивается, и, возможно, именно эти бактерии в основном отвечают за быструю потерю веса. Однако выборка больных, с которыми работали учёные, была слишком мала (всего 3 группы по 3 человека), поэтому они повторили исследование, включив в него большее количество людей, части из которых делали обходной анастомоз желудка по Ру (24 человека), а другой части – лапароскопическое бандажирование желудка (14 человек). Также в работе участвовали 15 пациентов с ожирением, ещё не побывавших на операционном столе, и 10 здоровых людей в качестве контрольной группы.

У всех участников взяли образцы микробного генома, а также проанализировали продукты их выделения. Ранее сделанные выводы подтвердились – разнообразие бактерий у пациентов после обходного анастомоза желудка значительно отличалось от микробиома больных ожирением, кроме того, сами микробы были разными. Сразу после операции видов микроорганизмов становилось существенно больше. По словам Розы Краймальник-Браун, одной из членов научной группы, разнообразие – это хорошо, так как оно подразумевает функциональную избыточность. Исследователи также обнаружили, что различные хирургические вмешательства провоцировали различные изменения микробиома.

Этого следовало ожидать, говорят специалисты. Обходной анастомоз желудка по Ру – это сложнейшая операция, в результате которой как в желудке, так и в кишечнике меняется кислотность, содержание питательных веществ, уровень кислорода. Некоторые виды бактерий при этом погибают, а другие, наоборот, размножаются. Бандажирование желудка хоть и влияет на микробиом, но не так сильно, как обходной анастомоз. Однако, возможно, рисков, связанных с анастомозом, можно избежать, если на самом деле пациенты худеют из-за изменения микробиома, а вовсе не из-за самой операции.

В 2013 г. небольшое исследование на больных ожирением мышах показало, что пересадка микробов может помочь справиться с ожирением. Животные, в пищеварительном тракте которых размножились новые бактерии, потеряли примерно 29% веса и удерживали свой новый вес. Пока на людях такое исследование не проводилось, однако в будущем, может быть, учёные найдут способ с помощью пробиотиков или специальных диет изменять состав микробиома пациентов таким образом, чтобы это провоцировало потерю веса.

Современные технологии

Микроскопия вместо биопсии

Не исключено, что в ближайшем будущем при выявлении меланомы, учёные смогут отказаться от проведения биопсии: в качестве альтернативы команда исследователей из Университета Тафтса (США) предлагает использовать микроскопию высокого разрешения.

Новая технология позволит разглядеть митохондрии пациентов, находящиеся в клетках кожи. При прогрессировании меланомы митохондрии начинают располагаться в клетках бессистемно, в норме же они формируют довольно организованные структуры. Обычно для постановки диагноза у пациента берут небольшой фрагмент кожи, который в дальнейшем исследуется в лаборатории. Образец окрашивается специальными красителями, после чего его рассматривают под микроскопом.

Учёные из Университета Тафтса решили отказаться от взятия биопсии. Вместо этого они решили воспользоваться мультифотонным микроскопом. С его помощью можно заметить присутствующие в митохондриях молекулы НАДФ, способные светиться под действием света определённой длины волны. Никаких дополнительных красителей использовать для этого не нужно.

Авторы уже протестировали технику на 10 пациентах с раком кожи: они страдали как агрессивной меланомой, так и менее опасной формой – базальноклеточной карциномой. Также была изучена кожа четырёх здоровых людей.

Получение изображения было абсолютно безболезненным для пациентов и заняло не более минуты. Анализ полученных изображений проходил в автоматическом режиме – он занял ещё пару минут. Исследователям удалось верно отличить опухолевые ткани от здоровых, изучив расположение митохондрий. Диагноз был также подтверждён с помощью обычной биопсии.

Мнения

Сахар не так прост, как кажется

В последнее время в научном мире наблюдается некий повышенный интерес к такому пищевому продукту, как сахар. Более того – среди учёных время от времени разгораются жаркие споры по поводу того, что будет, если полностью отказаться от сахара.

Так, одни полагают, что в этом, несомненно, кроется большая польза для человеческого организма, а другие – что вреда здесь однозначно больше и полностью исключать такой продукт из рациона нельзя. Ещё одно исследование по данному вопросу провели американские учёные из Университета Северной Каролины (США). По их мнению, ничего плохого не случится, если полностью отказаться от такой пищевой добавки.

Однако в то же время отмечается, что исключить сахар из рациона полностью не выйдет. Обусловлено это тем, что сладкая добавка есть и в других продуктах – соусах, выпечке, кисломолочных десертах, соках и т.д. Если исключить из своего рациона сахар в чистом виде, то польза для здоровья будет довольно-таки ощутима.

Как показали последние исследования, только в течение первых 2-3 недель отказ от сахара приводит к тому, что уровень холестерина в организме уменьшается на 10%, а количество триглицеридов на 30%. Но и это ещё не всё. Результаты практических работ показали, что отказ от сахара улучшает работу сердечно-сосудистой системы, снижает риск развития инсульта и сахарного диабета. А если принять во внимание тот факт, что сладкое, употреблённое в первой половине дня, вызывает сонливость, то существенно улучшается память и концентрация.

Следовательно, ваш день становится более продуктивным. Нельзя не учесть и тот факт, что уменьшенное количество потребления сладкого приводит к здоровому похудению, что также является плюсом. Правда, некоторые учёные полагают, что полный отказ от сахара (в чистом виде, а не заменитель), приводит к замедленной работе головного мозга, поэтому небольшое количество этой добавки не помешает.

Исследования

Австралийские учёные завершили одно из самых масштабных исследований касательно воздействия такой альтернативной методики лечения, как акупунктура на пациентов из отделения неотложной помощи. Специалистами было подтверждено предположение о том, что иглоукалывание является совершенно безопасным для здоровья человека. Более того, стало известно, что такой способ терапии считается отличной альтернативной обезболивающим лекарственным веществам.

Иглы, а не таблетки

Акупунктура, как известно, представляет собой направление традиционной китайской медицины и предполагает физическое влияние на организм при помощи специальных игл в особых точках тела. Исследователям давно известно о положительном влиянии такого лечения, но они решили пойти дальше и доказать, что далеко не всегда необходимо принимать медикаменты, длительный приём которых негативно сказывается на состоянии внутренних органов.

Так, в новом эксперименте принимали участие более 500 добровольцев, которые предъявляли жалобы на мигрень, боли в области поясницы и растяжение связок голеностопного сустава. Пациентов разделили на три группы.

Первая получала такой вид терапии, как иглоукалывание, вторая – акупунктуру совместно с лекарствами, а третья – только лекарственные препараты. Было отмечено, что через час болевые ощущения снизили интенсивность своего проявления лишь у 40% из всего числа испытуемых, вне зависимости от тактики лечения.

Однако через 48 часов большее число добровольцев сообщило об улучшении состояния. Примечательно, что положительный результат наблюдался у 83% людей из первой группы, примерно у 80% – из второй, и 78% – из третьей категории пациентов.

На сегодня в Австралии уже можно пройти лечение при помощи акупунктуры в качестве обезболивающего средства, но только при наличии в клинике соответствующих специалистов. В дальнейшем учёные намереваются раскрыть новые терапевтические возможности такого лечения. Однако существует один минус – недостаток специалистов, обладающих необходимыми знаниями.

Ракурс

Иммунные хитрости

Они присутствуют в каждом организме и обеспечивают нормальную работу иммунной системы – это регуляторные клетки или Treg. Однако новое исследование выявило их новую, ранее не известную функцию: они могут вызвать рост волос.

Учёные из Калифорнийского университета Сан-Франциско (США) провели эксперименты на мышах и выяснили, что Treg дают сигналы коже, которые заставляют волосяные фолликулы переходить в стадию регенерации. По мнению руководителя исследования Марка Розенблюма, это один из самых больших шагов в науке для лечения облысения.

«Наши волосяные фолликулы находятся в режиме постоянной рециркуляции: когда волос выпадает, начинается новый волосяной цикл. Но если убрать один тип иммунных клеток, волосы просто перестают расти», – заявил он.

Результаты исследования предполагают, что выводы учёных могут привести к появлению новых методов лечения очаговой алопеции. Регуляторные клетки могут играть важную роль и в других формах облысения, в том числе и «классического мужского» выпадения волос.

Как считают учёные, результаты исследования говорят о том, что иммунные клетки имеют более широкие функции, нежели просто защита от внешних факторов.

«Считается, что клетки иммунной системы предназначены для борьбы с инфекциями, а стволовые – отвечают за регенерацию ткани после её повреждения, – заявил доктор Розенблюм. – Но теперь мы видим, что стволовые клетки и клетки иммунной системы работают вместе в области регенерации».

Не так давно, что характерно, учёные Юго-западного медицинского центра Техасского университета (США) обнаружили клетки, которые отвечают за рост волос и механизм их поседения. Результаты, как предполагается, могут серьёзно продвинуть методы лечения облысения и появления седины.

Эксперименты

Рак простаты: лечить ли нет?

Результаты исследования, проведённого учёными из Великобритании, свидетельствуют о том, что лечить нераспространённый рак предстательной железы не всегда нужно. В эксперименте приняли участие мужчины, у которых был выявлен повышенный уровень простатспецифического антигена, который ассоциирован с увеличенным риском развития рака предстательной железы. Одни мужчины просто продолжали регулярно сдавать анализ на PSA, другие же решились на более радикальные методы лечения.

Десятилетнее наблюдение за 1643 пациентами показало, что за этот период выживаемость была одинаковой у тех, кто просто проходил регулярные осмотры, и тех, кто прошёл курс радиотерапии или подвергся хирургической операции. Этот показатель в обеих группах составил 99%. Среди тех, кто предпочёл наблюдать, прогрессирование опухоли отмечалось в одном случае из пяти. В этом случае пациентам назначалось необходимое лечение.

Полученные данные свидетельствуют о том, что радикальные меры при лечении рака предстательной железы не всегда необходимы. Нужно помнить, что терапия может вызвать и серьёзные побочные эффекты, например, привести к импотенции или проблемам с мочеиспусканием. Операция увеличивала риск возникновения этих осложнений в два раза, а лучевая терапия приводила к нарушениям работы кишечника.

Британские учёные планируют продолжить наблюдение. Они, однако, подчёркивают, что полученные данные подходят только для пациентов с ранними стадиями рака простаты. Для мужчин с распространённым раком предстательной железы необходимо лечение, а не наблюдение.

Подготовил Ян РИЦКИЙ.

По материалам Science Alert, Live Science, Daily Mail, Science Daily, Cell.

Почему бы и нет?

Белок-осведомитель

Новые подходы к раннему выявлению болезни Паркинсона основаны на обнаружении патологического скопления белка альфа-синуклеина в коже или кишечнике. Они разработаны в результате обобщения последних данных исследований болезни Паркинсона. Президент Европейской академии неврологии (EAN) профессор Гюнтер Деушль представил их на 3-м Конгрессе EAN в Амстердаме (Нидерланды).

Симптомы болезни Паркинсона проявляются на стадии, когда около 80% дофаминергических нервных окончаний и до 50% нервных клеток в области мозга уже разрушены. Отложения белка патологического альфа-синуклеина в клетках нервной системы приводят к нарушению метаболизма клеток и, в конечном счёте, к дегенерации нервных клеток. Это может служить сигналом возникновения заболевания.

Так, в нынешнем году учёные заявили, что возможно раннее выявление болезни Паркинсона с помощью биопсий кожи, подчелюстных желёз и биопсии толстой кишки, демонстрирующие наличие патологического альфа-синуклеина. По словам профессора Деушля, другой новый подход к терапии основан на биохимических процессах, связанных с окислением молекул железа. Окислительный стресс в клетках также способствует развитию болезни Паркинсона, так как чрезмерное количество молекул железа в определённых областях мозга ускоряет отмирание клеток.

Сегодня известно, что нервные клетки, поражённые болезнью Паркинсона, могут «заразить» другие нервные клетки. На основе этого вывода разрабатываются новые подходы к терапии. По словам президента EAN, исследования преследуют цель разработки вакцины против болезни Паркинсона и основаны на двух разных стратегиях: либо стимулировать иммунную систему к образованию антител против альфа-синуклеина, либо применять синтетические антитела.

Международным сообществом неврологов-кинестетиков Movement Disorder Society недавно разработана новая система оценки риска болезни Паркинсона, которая состоит из возраста пациента, экологических триггеров, таких как курение или потребление кофеина, генетических факторов, результатов биомаркёрных тестов или продромальных симптомов, таких как запор и потеря обоняния.

Эту систему можно будет дополнить новыми тестами в виде, например, биопсии кожи, добавил президент EAN. «Мы приближаемся к большой цели – обнаружить болезнь Паркинсона на очень ранней стадии», – заключил профессор Г.Деушль.

Гипотезы

Профессор Томас Эгана из Католического университета Сантьяго (Чили) создал принципиально новую искусственную кожу. В её основу легли микроводоросли, которые можно найти в чистой воде и морских экосистемах. В отличие от других вариантов искусственной кожи, зелёная искусственная кожа способна производить кислород с помощью фотосинтеза, а если её генетически модифицировать – то не только кислород, а, например, и антибиотики, и молекулы с противовоспалительным и регенерирующим действием.

Кожа из водорослей

Разработчики искусственной кожи рано или поздно сталкиваются с тем, что в ней отсутствуют кровеносные сосуды, а если их нет – значит, кожа не будет снабжаться кислородом. Т.Эгана отметил, что не ясно, каким образом искусственная кожа сможет прижиться в теле без кислорода и как долго она проживёт. Микроводоросли в коже производства профессора Эганы живут до 10 дней, за это время трансплантат «встраивается» в тело и теряет цвет. С помощью такой кожи, по мнению профессора, можно лечить различные травмы: от ожогов до открытых ран. Она не препятствует доступу воздуха к ране и тем самым способствует заживлению, не давая инфекции попасть в организм.

Примечательно, что Хайди Дебельс – пластический хирург из Бельгии – назвала водорослевую кожу «креативным решением». Она заявила, что обычно искусственная кожа, наложенная на рану, мешает поражённым тканям получать кислород и питательные вещества, но разработка профессора Т.Эганы лишена этих недостатков. Водорослевая кожа уже протестирована на животных и, возможно, уже в 2017 г. начнутся испытания с участием людей.

Однако

Правильный сон и здоровое потомство

Сон на спине во время вынашивания плода в значительной степени повышает вероятность появления на свет мёртвого ребёнка. К подобному неутешительному заключению пришли американские учёные из Университетской клиники Окленда (США).

Клиницистам уже давно известно о негативном влиянии подобной позы для сна на дыхательную систему. Речь идёт о таких расстройствах, как храп и синдром обструктивного апноэ сна. Подобные нарушения также стоит отнести к последствиям, которые могут возникнуть при беременности. Помимо этого, несколько лет назад уже был доказан вред подобной позы для сна по отношению к сердечно-сосудистой системе будущих матерей. Это приводит к снижению количества крови, которое перекачивается сердцем за одну минуту, что неблагоприятно сказывается на её притоке к матке – на этом фоне понижается поступление кислорода к плоду.

Последнее научное изыскание указало на то, что последствия такого сна намного серьёзнее, чем предполагалось. Учёные ознакомились с привычками сна более чем у 150 представительниц женского пола, родивших мёртвого ребёнка, и 600 добровольцев, у которых дети появились на свет здоровыми.

Как оказалось, сон на спине на поздних сроках внутриутробного развития плода, а именно, после 28-й недели, повышает вероятность мертворождения примерно на 4% вне зависимости от влияния иных предрасполагающих факторов риска. Наиболее неблагоприятным прогнозом обладают те, кто спит на спине после 37-й недели беременности. Это обуславливается тем, что именно в это время ребёнок наиболее уязвим перед широким спектром факторов.

Авторы подобного исследования утверждают – «хорошей новостью» является то, что такую проблему легко устранить путём массового информирования как будущих матерей, так и их ближайшего окружения. Стоит отметить, что большое количество женщин знают о такой проблеме, однако не уделяют ей должного внимания. Между тем, в их силах самостоятельно снизить процент рождения мёртвого малыша на 9 пунктов. Для этого стоит лишь обеспечить комфортные условия для сна.

Осторожно!

Постылая истина

Женщины, активно потребляющие алкоголь до зачатия, рискуют родить ребёнка с высокой вероятностью развития у него диабета. Об этом сообщили исследователи из Ратгерского университета (США).

Последствия употребления алкоголя во время беременности хорошо известны, включая возможные пороки развития детей, трудности с последующим обучением. Однако, понимания связи между перинатальными заболеваниями и чрезмерным потреблением алкоголя до решения завести ребёнка практически нет.

В ходе исследований учёные в течение 4 недель давали крысам воду, содержащую 6,7% алкоголя, что эквивалентно 4 рюмкам крепкого алкоголя для человека. Затем алкоголь был удалён из рациона крыс и 3 недели они вели «трезвый образ жизни» – этот срок эквивалентен нескольким месяцам трезвости человека. Как выяснилось, потомство этих крыс обнаружило признаки нарушения обмена глюкозы в организме.

По мнению учёных, это доказывает, что негативные последствия злоупотребления будущей матерью алкоголем до зачатия может затем передаться её потомству, причём последствия могут быть пожизненными, такими как высокая вероятность наступления диабета.

Между тем, ни для кого не секрет, что употребление алкоголя, особенно в первые 3 месяца беременности, увеличивает риск выкидыша, преждевременных родов и рождения ребёнка с низкой массой тела. При этом эксперты не знают, какая доза алкоголя во время беременности может быть признана «безопасной». Так что самый надёжный способ – это не пить вообще.

Угроза

Что активный, что пассивный — результат всё негативный

Исследователи из Венского медицинского университета и Исследовательского института Мессерли (оба – Австрия) выявили органическое соединение акролеин (альдегид акриловой кислоты) как одну из главных причин развития онкологических заболеваний из-за пассивного курения.

Акролеин токсичен и повреждает генетический материал. Теперь учёные выяснили, что он также подавляет иммунный ответ организма через регуляторные Т-клетки, тем самым ускоряя рост опухоли. Курение – не единственный путь проникновения канцерогена в организм. Акролеин вырабатывается не только путём курения, но также при перегреве растительных или животных жиров, например во время приготовления продуктов во фритюре, а также при сжигании типографских красок, биодизеля или воска: сразу после того, как свеча погаснет, едкий запах дыму придаёт как раз акролеин.

При курении акролеин выпускается в атмосферу через так называемый побочный дым. «Подвергаются риску все, кто когда-либо сидел в прокуренном помещении, вдыхал дым. Но больше беспокоит длительное воздействие канцерогена в комнатах для курения, а также негативное влияние на детей и других членов семьи активных курильщиков. Домашние животные также подвержены этому негативному воздействию, – отметил ведущий исследователь Эрика Йенсен-Яролим. – Воздух – это не единственный путь отравления организма акролеином. Он может передаваться через предметы домашнего обихода, например через тарелки, одежду или шторы, попадая в организм через кожу. Защититься от вредного воздействия можно только полностью устранив контакты с курильщиком».

Примечательно, что отмечается и некоторый положительный эффект акролеина: так как он угнетает нервную систему, курильщики менее восприимчивы к аллергиям. Но это, конечно, не идёт ни в какое сравнение с негативным эффектом от пассивного курения. По оценкам ВОЗ, каждый год от пассивного курения умирают около 600 тыс. человек.

Подготовил
Марк ВИНТЕР.

По материалам news-medical.net, Daily Mail, The GMA, News CNN.

Медицинская газета

Болезни великих

Пётр Столыпин: выстрел в Россию

К 155-летию со дня рождения

Российский государственный деятель, будущий министр внутренних дел и председатель Совета министров Российской империи Пётр Столыпин родился 15 апреля 1862 г. в Дрездене. Прадедами П.Столыпина были Аркадий Столыпин (1778-1825; сенатор, друг крупнейшего государственного деятеля М.Сперанского) и его брат – Николай Алексеевич (1781-1830; генерал-лейтенант, убит в Севастополе во время «чумного» бунта), прабабушка – Елизавета Столыпина (по мужу Арсеньева; бабушка М.Лермонтова). Отец П.Столыпина – Аркадий Дмитриевич – генерал-адъютант, участник Крымской войны, севастопольский герой, друг Л.Толстого.

Опустим детали карьеры Столыпина – их легко найти в различных энциклопедиях. 26 апреля 1906 г. Пётр Аркадьевич стал министром внутренних дел, а уже 8 июля – председателем Совета министров. Было начато проведение аграрной реформы, введение всеобщего начального образования, государственное страхование рабочих. Революционеры всех мастей не могли смириться с назначением на ведущий пост убеждённого сильного государственника, и 12 августа 1906 г. на жизнь Столыпина было совершено покушение: взорвана его дача на Аптекарском острове Петербурга. Погибли 23 человека; 35 были ранены, в том числе дети Петра Аркадьевича: 3-летний Аркадий и 6-летняя Наталья (оставшаяся на всю жизнь инвалидом). Столыпин не пострадал. Покушение организовала партия эсеров (социалистов-революционеров). Правительство вынуждено было ответить на нараставшую волну террора введением военно-полевых судов, смертной казни, роспуском 2-й Государственной Думы, где значительная часть мест принадлежала экстремистским партиям. Эффект жёстких мер сказался быстро: волна террора спала, прошли выборы в 3-ю Государственную Думу, где усилились позиции правых партий. Быстрое укрепление позиций государственника – реформатора, хотя и убеждённого монархиста, встретило нараставшее сопротивление реакционных кругов, включая пресловутого «старца» Распутина, влиявшего в этом плане на экзальтированную императрицу. Пётр Аркадьевич, потерпев ряд поражений при голосованиях по своим проектам, подал в отставку. Император, ощутив поддержку Столыпина со стороны матери, вдовствующей императрицы Марии Фёдоровны и Великих князей, отставку не принял, но давления на себя Столыпину не простил. Успешные реформы были продолжены. Последовала серия новых покушений на его жизнь (всего их оказалось 11)...

* * *

1 сентября 1911 г., во время пребывания в Киеве Николая II, была намечена опера «Сказка о царе Салтане». В 21 час в театр прибыл государь с дочерьми. К своему креслу прошёл П.Столыпин. В антракте Пётр Аркадьевич, встав спиной к сцене, стал общаться с сановниками. Внезапно появившийся молодой высокий человек в штатском, приблизившись к премьер-министру, произвёл два прицельных выстрела. Как оказалось впоследствии, пули браунинга имели перекрещивающиеся «надрезы» и действовали как разрывные. От мгновенной смерти Столыпина спас... орден Святого Владимира 3-й степени, закрывавший проекцию сердца. Пуля, раздробив часть ордена, рикошетировала книзу, увлекая в раневой канал его фрагменты. Вторая пуля поразила две мишени: причинив сквозное ранение левой кисти Столыпина, она попала в бедро музыканта А.Берглера в оркестровой яме, стоявшего сзади и книзу от премьер-министра. Ранения конечностей для обоих оказались лёгкими (А.Гирс, 1927).

Убийца был схвачен и избежал самосуда только из-за того, что полиция, обнажив шашки, мгновенно вывела его из зала. При нём оказался пропуск-билет в 18-й ряд партера, оформленный для «членов охраны в распоряжение генерала Курлова» (руководителя охраны Императора – **Ю.М.**)

Раненый был быстро перенесён в кресле, на которое осел после выстрела, к дивану в служебной комнате, где ему была наложена давящая повязка на грудь и кисть. Оказанием первой медицинской помощи руководил профессор Г.Рейн, председатель медицинского совета МВД – высшей медицинской инстанции России. Было принято решение транспортировать раненого быстро подъехавшей каретой «Скорой помощи» в частную клинику доктора Игнатия Маковского как ближайшую к месту трагедии (Малая Владимирская улица, дом 33). Бледного, находившегося на носилках Столыпина перенесли в карету. Император наблюдал за происходившим из царской ложи... Через 20 минут раненый был помещён в больницу.

В клинику срочно приехал ведущий киевский хирург профессор Н.Волкович. Раненый был перенесён в операционную. Исследование установило, что пуля, войдя в брюшную полость, прошла печень сверху вниз и спереди назад. Учитывая данные об отсутствии повреждения крупных сосудов и тяжесть состояния пациента, было решено прибегнуть к «выжидательному» лечению. Инъекции камфоры, морфия, вливание физраствора поваренной соли стабилизировали пульс и артериальное давление (Г.Рейн, 1934).

Срочно приехавший из Петербурга известный хирург профессор Г.Цейдлер утром 3 сентября после очередного консилиума дал благоприятный прогноз, предсказав выздоровление. Цейдлер произвёл паллиативную операцию по извлечению пули, легко прощупывавшейся под кожей спины справа от позвоночника. Режим в клинике был оптимальным, мостовую на Малой Владимирской выслали соломой, чтобы больного не тревожил шум транспорта.

С 4 сентября началось ухудшение. Роковую роль сыграл характер пули, а также осколки ордена, проникшие в ткань печени в качестве «вторичных» огнестрельных снарядов, оставивших множество дополнительных разрушений. Начался, судя по клинике, перитонит с «галопирующей» температурой тела, нарушениями сознания. 5 сентября 1911 г. в 21 час 53 минуты П.Столыпин скончался.

Судебно-медицинское исследование, выполненное Н.Оболонским, профессором кафедры судебной медицины Киевского университета, подтвердило прижизненный диагноз и констатировало массивное разрушение печени глубокими трещинами, расходившимися радиально от раневого канала.

* * *

Убийцей Петра Аркадьевича оказался помощник присяжного поверенного – сын киевского домовладельца. По материалам следствия, имя преступника – Мордко Богров. В ходе следствия выяснилось, что злоумышленник – агент киевского охранного отделения. В студенческие годы Богров был замешан в революционной деятельности, был арестован, но быстро получил освобождение. По свидетельству начальника киевского охранного отделения подполковника Кулябко, Богров выдал много политических преступников, и тем самым заслужил доверие. Это стало официальной причиной того, что ему был дан билет на спектакль. История этого сложного дела до сих пор имеет массу неясностей. Большинство исследователей склонялось к тому, что Богров действовал по поручению социалистов-революционеров.

Врач, проводивший освидетельствование Богрова в тюремной камере, выслушав жалобы на общею депрессию и боли в местах ушибов, полученных при избиении, передал подследственному жёсткую инструкцию о полном замалчивании в суде связей с царской охранкой. Взамен ему была гарантирована жизнь (Юлиан Семёнов, 1990). Уже 9 сентября состоялось заседание военно-полевого суда, приговорившего Богрова к смертной казни. В ночь на 12 сентября на территории Лысогорского форта Богров был повешен и там же погребён. Лавина газетных публикаций потребовала от правительства расследования. Отчего столь скоропалителен был суд? Почему закрытый? Почему не удовлетворили просьбу семьи Столыпина задержать казнь Богрова? Зачем не привлечён к ответственности Кулябко, «начальник» Богрова? Почему расследование проводилось тайно?

Государю пришлось создать комиссию под руководством сенатора М.Трусевича для нового исследования гибели премьера. Документы оказались столь страшными, что Трусевич растерялся: вина генерала-лейтенанта Курлова его помощника полковника Спиридовича и подполковника Кулябко, была вопиющей. Николай II, соответствующим образом настроенный женой и антистолыпинскими кругами, повелел: «Дело прекратить...». По этой причине у многих историков давно возникло подозрение, что полиция, зная о готовящемся покушении на премьера, умышленно не приняла необходимых мер, а среди её руководства были люди, заинтересованные в том, чтобы великий реформатор исчез с политической арены...

Могила П.Столыпина находится в Киево-Печерской Лавре. Многие историки считают, что продолжение его руководства страной предотвратило бы и участие России в войне, и связанную с ней революцию. И сегодня остаются актуальными его слова, публично брошенные революционерам: «Вам нужны великие потрясения, а нам нужна великая Россия...».

Юрий МОЛИН,
член Союза писателей РФ,
профессор,
заслуженный врач РФ.
Санкт-Петербург.

Далёкое – близкое

Двести лет почти без бед

В Ярославле на одной из центральных улиц есть старейшая в городе Власьевская аптека, которой почти 200 лет. Это действующее фармацевтическое учреждение похоже на музей. Интерьеры бережно сохранены, обстановка внутри с тех пор почти не изменилась, разве что препараты стали другими. Даже входная дверь, выполненная из резного дерева, тяжёлая, с массивной ручкой, как будто манит внутрь каждого прохожего.

Зашла сюда и я, хотя, признаться, особой нужды в лекарствах не испытывала. Сюрпризом стало то, что девушки в белых халатах знают об истории аптеки почти всё и с радостью отвечают на вопросы посетителей.

Вольная аптека

Вольная, то есть частная аптека, была открыта в 1822 г. на центральной улице Ярославля – Власьевской (ныне ул. Свободы, 8/38), рядом с приходом церкви Св. Власия, отсюда и её историческое название. Это второе в России аптечное учреждение в провинции.

После национализации учреждение было названо «Аптека № 4». В 1987 г. при пожаре в производственном отделе здание получило значительные повреждения и было передано предприятию «Недра». В 1992 г. на открытом аукционе право аренды данного помещения на 25 лет выиграла другая компания. Одним из условий на торгах было восстановление исторического интерьера аптеки – здание к тому времени было признано памятником истории и культуры. «Тогда это была самая дорогая покупка в Ярославле, – вспоминает генеральный директор предприятия Марк Берковский. – Мы взяли кредит в 16 млн руб., 1,5 года реставрировали помещение, изучали архивы, ездили по старым аптекам Санкт-Петербурга и Москвы». При разборе подвалов здесь обнаружились интереснейшие старинные экспонаты. Например, посуда с фирменным клеймом «Аптека Бурштейна», аптечные весы, пузырьки и даже книги по фармации, датированные 1862 г.

Исторический интерьер аптеки конца XIX – начала XX века был воссоздан, и в начале апреля 1994 г. «Власьевская» открыла свои двери для посетителей с исконным именем на своём историческом месте. А в 2000 г. это помещение было выкуплено, и наниматель стал полноправным собственником.

Чтобы сохранить уникальный исторический колорит, сотрудники организовали здесь небольшой музей. Располагается он прямо у входа в аптеку, и любой посетитель может увидеть старинные экспонаты, почувствовать живую связь времён.

Заповеди фармацевтов

Директор «Власьевской» Людмила Новикова подчёркивает: «Работа у нас непростая, напряжённая. Но те, кто проработал более 3 лет, проходят такую школу жизни, после которой можно идти только вверх по карьерной лестнице».

В Ярославле эта аптека широко известна. В среднем в день аптека обслуживает порядка 550 человек. В месяц эта цифра составляет около 16,5 тыс. человек. Около ста человек проходят за ночную смену – «Власьевская» работает круглосуточно.

А ещё это учреждение осуществляет льготный отпуск лекарственных препаратов, принимает активное участие в социальных программах региона. «Благотворительная деятельность – важная составляющая нашей работы, – подчёркивает М.Берковский. – Меценатство – корневая черта русских предпринимателей. Для нас это одно из брендовых, имиджевых понятий, дело чести. Мы стараемся оправдывать доверие ярославцев и выполнять заповеди фармацевтов, сохраняя традиции аптекарского дела».

Уникальные препараты

Помимо общеизвестных лекарственных средств, какие можно встретить и в других аптеках страны, здесь предлагают препараты собственного изготовления – микстуру от кашля на местных травах, порошки при простуде, по составу напоминающие колдрекс, но на порядок дешевле, успокаивающие и тонизирующие сборы, а также «проверенные временем капли Маркова».

Поинтересовалась, что за Марков и что за капли. «Вы, – говорят, – видимо, не местная. Мы все его знаем и этими каплями лечимся».

Оказывается, Михаил Марков – потомственный ярославский лор-врач, доктор медицинских наук, профессор, разработавший назальные капли, несколько отличающиеся по составу при различных состояниях, будь то острый ринит или синусит. Всего таких капель 6 видов – сосудосуживающие, с мирамистином, с антибиотиком, с прополисом...

Приводят в полный порядок за 2-3 дня, пообещала девушка. Я приобрела. Привезённые из Москвы препараты убрала на дно рюкзака, пользовалась только каплями Маркова.

И что же? Не сочтите за рекламу, выздоровела полностью! Не знаю, капли тому причиной или просто время жизни вируса подошло к концу, однако приятнее думать, что сработал первый вариант.

Наталия ЛЕСКОВА,
внешт. корр. «МГ».

А ещё был случай

Призрак бродит по Европе...

Призрак бродит по Европе, призрак коммунизма... («Манифест коммунистической партии»). Посвящается моей подруге Елене Новиковой.

Вы думаете, я вам сейчас про монстров и призраков страшилки разные рассказывать буду? Про монстров – нет, про «страшилки» – да! Про студенческие страшилки времён развитого социализма....

Знаете, какой в медицинском институте экзамен был самый важный после анатомии? Ни за что не отгадаете – политэкономия и научный коммунизм! Весь год мы отдувались конспектированием «великих мира того», а затем наступал час расплаты – экзамен. Готовились серьёзно, включали «коллективный разум» и «элементы конспирации»: кто билеты строчил, кто редактировал, кто мешки шил для «революционной литературы». А самые шустрые должны были занести всё это на экзамен. Этими шустрыми оказались мы с Ленкой. И анамнез у нас «неотягощённый» – хорошо учимся и разные патриотические стихи на занятиях по научному коммунизму и политэкономии декламируем...

«Багаж» знаний нашей группы по этому ответственному предмету получился очень увесистым. Поэтому, опять же в целях конспирации, выбрали самое объёмное платье, всё в рюшечках, клеточках и оборочках, под которыми умело замаскировали наши «листовки»!

Я была первая, за мной – вся группа. Тянули билеты, вслух говоря номера подслеповатому преподавателю, и я уже знала, какую заготовку кому передавать....

«Призрак бродит по Европе, призрак коммунизма», – это уже я отвечаю на билет, театрально декламируя самые известные фразы из «Манифеста коммунистической партии» отцов наших Маркса и Энгельса, демонстрируя знание первоисточников и преданность идеалам марксизма-ленинизма, а заодно и отвлекая разомлевшего в «революционном соусе» преподавателя от цепной реакции передачи знаний по политэкономии и научному коммунизму. После того как я «отстрелялась», за мной заходит следующая «революционерка» Лена с новой порцией конспиративной литературы. И так у нас ладно идёт этот процесс «распространения коммунистических идей», в зачётках – только «отлично» и «хорошо»!

Но на последнем заносе чуть не «засыпались»...

Из-за внушительного объёма шпор платье пришлось в четвёртый раз надевать, так как под любой другой одеждой они явственно контурировались, а в этих невообразимых рюшах и оборках можно было не только шпоры занести... Напишу поподробнее об этом предмете нашей «революционной борьбы»: размера оно было этак 50, поэтому «подходило» практически всем желающим, главное – потуже подвязаться пояском. Фасон тоже соответствующий – с широкой юбкой-клёш, рюшками и оборками по подолу – ну очень вместительное! Расцветка, конечно, демаскирующая, белая в крупную фиолетовую клетку, в духе «буржуазных фантазий», не пролетарского «единства» цвета и мнений. Вот эта расцветка нас как раз чуть и не подвела. Как увидел преподаватель, воспитанный в духе пролетарского минимализма, кружево-клеточную барышню № 4, аж затрясся весь: «Что за безвкусица, что за мещанство! Где вы этих дурацких платьев понабрали, у меня от них аж в глазах рябит!»

В сегодняшние времена наш трюк с платьем наверняка был бы раскрыт, но во времена развитого социализма мы могли позволить себе ходить в одинаковых платьях одного размера из-за «всевещного» дефицита. Так что обошлось... экзамен сдали все и получили на память об этом революционном предмете в зачётки только «хорошо» и «отлично»!

Любовь КОЛОСОВА,
врач.

Москва.

Сокровенное

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ

С любовью к Мюнхену

Не боясь ничего, обнажу покаянную душу
и пройду по твоим площадям, переулкам, садам
и при этом покой любопытством своим не нарушу;
только низкий поклон в восхищении тихо отдам.
Ты всё сразу поймёшь и опустишь приподнятый ворот,
улыбнёшься в ответ и покажешь счастливому мне
все прикрасы свои, о красивый чарующий город,
окунёшь в суматоху, позволишь побыть в тишине...
Я тебя обойду, оббегу, на трамвае объеду,
ощущая сполна безмятежный, счастливый полёт.
И, картошкою с рулькой в Хофбройхаусе отобедав,
постою над Изаром, внимая журчанию вод.
И про Тютчева вспомню, который здесь был дипломатом
и ленился слегка, погружаясь в большие мечты,
и гулял, и творил, наслаждаясь зарёй и закатом.
...Мчатся годы, века... Но совсем не меняешься ты.
Как и прежде, в тебе – вдохновения, грёз бесконечность.
Ты венчаешь собой самобытность баварской земли.
А бескрайняя даль открывает суровую вечность
там, где синие Альпы красой неземной пролегли.
Здесь есть место всему. Современность венчается с древним.
Многое перенял, взял из прошлого нынешний век...
Постою у холма в молодой олимпийской деревне,
в сотый раз восхищусь достоянием пинакотек.
Упаду на брусчатку, помчусь за бегущим трамваем,
забывая о так надоевшей уже суете,
всю Европу, весь мир, всех людей на земле призывая
лишь к сиянию глаз да к терпимости и доброте.

* * *

Озарена подсветкою Нева,
и Зимний ослепительно искрится,
и ветер непонятные слова
бросает в ночь над северной столицей.
Уставший за день, город тихо спит,
потягиваясь в сумраке жеманно,
накинув одеяло из тумана
на пыльный остывающий гранит.
Такая ночь – не место для зевак.
Не каждому доступно человеку
наследье Блока – ночь, фонарь, аптека
да улица, одетая во мрак.
В такую ночь встречаются века,
поймав из гулкой вечности сигналы.
И вдаль по нескончаемым каналам
мчит за строкою новая строка.
А утром – исчезает всё, как дым,
уходит ввысь неведомой тропою.
И город заполняется толпою
и транспортом – движением своим.
Иное время. Новые дела
рождает городская суматоха.
С тоской на прагматичную эпоху
глядит адмиралтейская игла.
А может быть – всё на привычный лад?
Всё, как всегда: опальные, клевреты...
И, лишь немногим близкие – поэты
предшественников в памяти хранят.

Москва.

СКАНВОРД

Водосбор						Датский физиолог		Азотно-кислое серебро									Удушливый туман					Нары в избе		Голл. живописец	
	Цисатракурия безилат		Тургенев, роман	Фортепьяно						Часть света						Неглубокое место		Брат Анны Карениной	Исполин		Позумент		Кавалерист	
						Остров, Индонезия		Титан (др.-греч.)	Аскорбиновая		Очень быстро		Приток Оки	Дарунавир		Сказание			Инжир					
	Синий краситель		Задор	Холина альфосцерат										Рубус							...-Баба и 40 разбойников			
				Ледник, Кавказ	Восток				Клятва		Рос. врач-филантроп					Прибор, скорость судна			Альтман					
	Полузапруда	Получение денег в долг					Балет Василенко					...-компания		"Лес", Бодаев		Цветаева, стих.	Команда на ринге				Индеец, Перу			
					Фонтан, Антверпен						Магн. индукция						И В Е Г А					О Д Е К О Л О Н		
																	М У Н Т Е Е Ш А Н И М У Л И Д У Р							
	Отеч. грузовик	Преждевременно					Масса						Неужто (стар.)				О С Д И Р О Т О Н З П Ы С П О Р А							
																	В Е Т Е Р Д О У С Л А Д А И Ш Т А Р О Т А							
																	И А О П Т И К А Т Р И С К К П И Р С О Н							
																	К Е Н Э А Н Ч А С Т А Т А М А Н Т Р И							
Автор Валерий Шаршуков		Самолет			Кошачий лемур						Торж. смотр войск						С Ц С Р О Д У У З Ы Р О Л Н И П П У Р Н У М Т Р И Б А Я А С Т А Т А Н Ь Х А Н							

Ответы на сканворд, опубликованный в № 51 от 14.07.2017.

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: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.
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, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-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 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, 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 № 17-06-00331
Тираж 23 732 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

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