

Медицинская

26 февраля 2014 г.
среда
№ 14 (7439)

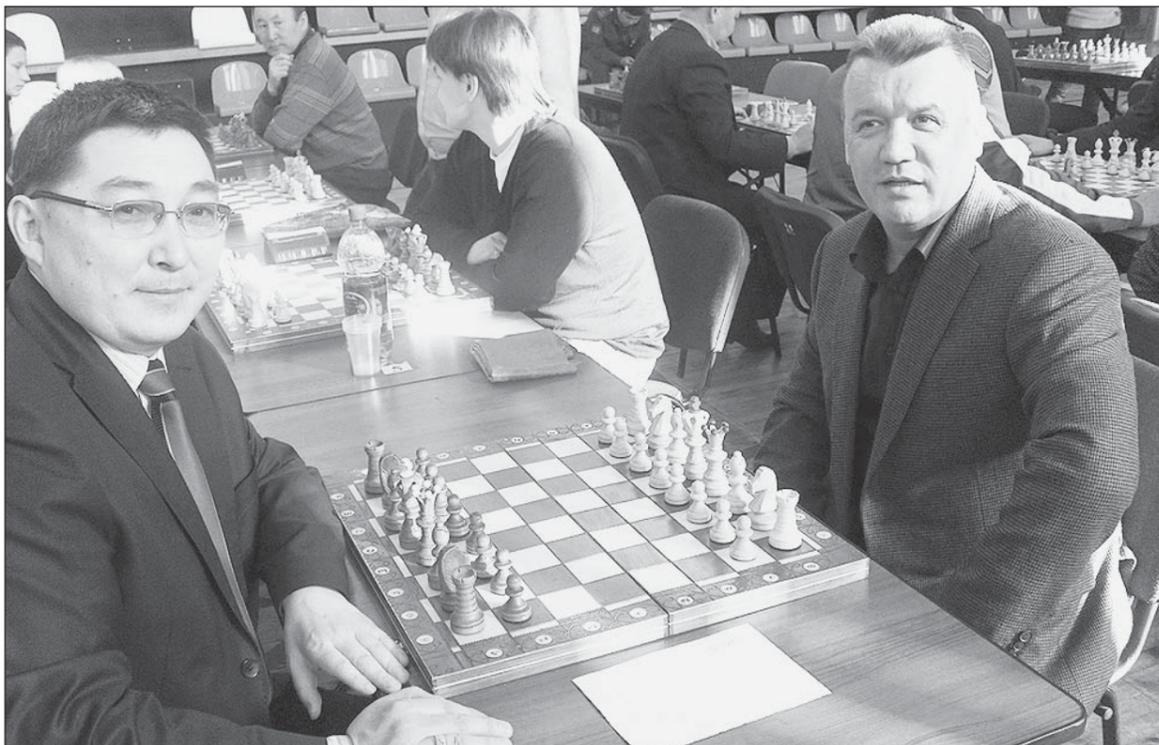
Газета®

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

События

Как Дульдурга поддержала Сочи

Во время XXII зимней Олимпиады медики Забайкалья устроили массовые соревнования



В благословенном селе Дульдурга, что рядом с культовым комплексом «Алханай», прошли соревнования по хоккею памяти дульдургинца М.И.Злыгостева, а также по бурятской борьбе и стрельбе из лука. Но в центре внимания маленький олимпийский шахматный турнир Забайкальского края на призы братьев Дугаровых.

На протяжении 19 лет большое спортивное мероприятие проходит на дульдургинской земле. В этот раз команды шахматистов-медиков – это обязательное условие турнира – прибыли из Читы, Могой-

туя и Агинска, свои команды выставили семья Дугаровых и ветераны спорта.

Участников турнира приветствовали глава Дульдургинского района Базар Дугаржапов, министр труда и социальной защиты Забайкальского края, в прошлом известный хирург Георгий Рева.

Турнир был посвящён памяти братьев Кима и Дашинимы Дугаровых, людей неравнодушных, сумевших на много лет вперёд заложить славы традиции шахматного спорта, дружбы и общения между людьми. Они были очень известными людьми, каждый в своей профессии: Ким Дугаров много лет был главным врачом Дульдургинской районной

больницы, Дашинима Дугаров трудился в сельском хозяйстве.

Спортсмены-медики и состязались между собой, и следили за событиями XXII зимней Олимпиады в Сочи. Первое место в турнире заняли читинцы.

Алексей САКЛАКОВ, депутат Законодательного собрания Забайкальского края, кандидат медицинских наук.

НА СНИМКЕ: кандидат медицинских наук хирург Вячеслав Рабжинов (слева) против директора медицинского центра «Академия здоровья» доктора медицинских наук Сергея Давыдова.

Дежурный по номеру: Николай ДАЙХЕС

Директор Научно-клинического центра оториноларингологии Минздрава России, профессор, председатель Комиссии по контролю за реформой и модернизацией системы здравоохранения и демографии Общественной палаты РФ, член экспертной комиссии премии «Лучший врач года».



Не пропустите!

Взгляд в прошлое, настоящее и будущее

В этом номере мы открываем ещё две новые рубрики. «Муза истории» будет рассказывать о постоянных экспозициях и выставках, связанных с медициной прошлого и настоящего. При этом мы не забыли о своём призыве создавать музеи при лечебно-профилактических учреждениях, даже небольших. Поверьте, очень обидно, что велением времени, а чаще просто из-за дефицита кадров, центральные районные больницы превращаются, по сути, в участковые. А ведь они имеют свою историю, иногда очень поучительную, в них когда-то работали настоящие подвижники, о которых забывать нельзя.

В другой новой рубрике «Экспертный уровень» ведущие специалисты здравоохранения и медицинской науки расскажут о том, что происходит в их направлении, почему отечественные разработки с трудом находят применение или оказываются пустой тратой времени и денег, почему люди выезжают на лечение за рубеж, хотя рядом работают специалисты мирового уровня. Думаем, что наши эксперты расскажут не только о прошлом и настоящем. Но смогут заглянуть в будущее.

Андрей ПОЛТОРАК, главный редактор «Медицинской газеты».

СЕГОДНЯ В «МГ»

Как оценить состояние отечественной офтальмологии?

Стр. 10-11.

Премия Национальной медицинской палаты.

Подведение итогов – апрель! Спешите...

Стр. 13.

Начеку!

Любовь зла, даже слишком

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Алтай имеет тенденцию к росту – так охарактеризовала её главный врач Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом Наталья Рау.

В 2013 г. заболеваемость ВИЧ-инфекцией увеличилась в республике на 9% и составила 30,7 на 100 тыс. населения. Это заметно более низкий показатель, чем в среднем по РФ (54,3 на 100 тыс. населения),

однако специалисты обеспокоены темпами распространения вируса в небольшом по численности населения регионе. На начало текущего года число зарегистрированных больных ВИЧ-инфекцией в Республике Алтай достигло 359 человек.

Отличием местной эпидситуации является то, что основной путь передачи ВИЧ-инфекции здесь половой: именно так заразились 67% выявленных больных. В минувшем году ВИЧ-инфекция выявлена у 7 беременных женщин, а в целом

за весь период наблюдения от ВИЧ-инфицированных матерей в Республике Алтай родилось уже 69 детей.

По словам Н.Рау, данное обстоятельство заставляет медиков активно заниматься санпросветработой, повышать уровень информированности населения по теме распространения и профилактики ВИЧ-инфекции.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Горно-Алтайск.

DIXION
HealthCare

Обучение среднего
медицинского персонала
в Германии

Недельная программа для среднего медицинского персонала (на русском языке) – курс повышения квалификации – 70 000 руб. (с проживанием) на человека (группа 10 человек). По окончании обучения выдаются сертификаты.

Программа для среднего медицинского персонала на 1 год, со знанием немецкого языка уровень C1 (на немецком языке, с проживанием в общестии). После успешного завершения обучения, предоставляется работа в лучших медицинских учреждениях Германии и России.



www.medbooking.de
http://dixon-healthcare.com/ru/uslugi/obuchenija-srednego-meditsinskogo-personala

Dixon GmbH

Телефон для справок: 8 (800) 200-59-48; 8 (495) 983-01-20

Новости

ФАПам на Камчатке быть!

Типовые медицинские пункты в первую очередь будут установлены в посёлках Хаилино, Ачайваям, Вывенка, Апука Олюторского района.

Проектная документация в настоящее время проходит доработку в целях оптимизации затрат на строительство фельдшерско-акушерских пунктов и отделений врача общей практики.

«Предоставленный проектировщиками вариант зданий является дорогим и металлоёмким строительством. В связи с этим им было предложено представить новые решения», – говорит министр здравоохранения Камчатского края Татьяна Лемешко.

На стоимость проекта серьёзное влияние оказывают такие факторы, как доставка материалов в отдалённые населённые пункты, требования по сейсмической безопасности и суровые климатические условия Севера Камчатки.

«Идёт работа над снижением стоимости строительства за счёт параметров, не оказывающих влияния на такие качества, как безопасность и комфорт помещений», – отмечает министр.

Окончательный вариант проекта будет принят правительством Камчатского края как типовой и для других муниципальных образований. Это позволит значительно ускорить процесс размещения ФАПов в сёлах и посёлках Камчатки.

В настоящее время заключён контракт на проведение кадастровых работ для строительства ФАПов в Пенжинском муниципальном районе.

Николай БЛАГИХ.

Петропавловск-Камчатский.

Минус риск транспортировки

Специалисты Красноярского федерального центра сердечно-сосудистой хирургии теперь имеют опыт проведения операций новорождённым детям с критически низкой массой тела непосредственно «по месту рождения» – в краевом Перинатальном центре. Таким образом, исключён самый опасный из этапов оказания помощи малышам, родившимся с открытым артериальным протоком, – транспортировка их в специализированное кардиохирургическое учреждение.

Двое первых пациентов, которым кардиохирургическое вмешательство было проведено в операционной Перинатального центра, появились на свет значительно раньше срока и с массой тела менее килограмма каждый. По всем показателям эти дети были признаны нетранспортабельными. Операции, успешно выполненные кардиохирургами «на выезде», дали малышам шанс на жизнь.

В Центре сердечно-сосудистой хирургии подчёркивают, что первый опыт должен перерасти в систему взаимодействия двух ведущих медицинских учреждений региона.

Елена ЮРИНА.

Красноярск.

Травмопост как залог
золотого часа

В селе Поперечное Юргинского района открылся второй в Кузбассе трассовый пункт скорой помощи.

Кемеровская область достаточно компактна и накрыта густой сетью автомобильных дорог. Так что практически на любом участке трассы М-53 «скорая», при условии своевременного получения информации о ДТП, могла оказать пострадавшим помощь и доставить их в ближайшую больницу в течение золотого часа. Исключения составляли две «слепые зоны», имевшие слишком большое плечо доезда – одна в Ижморском районе, другая – в Юргинском. Исправить ситуацию и призваны травмопосты.

Открытие первого состоялось в придорожной деревне Красный Яр ещё осенью прошлого года. Вторым стал травмопост в селе Поперечное, расположенном в километре от трассы. Пост представляет собой модульную конструкцию, подключённую к системам электро- и теплоснабжения и канализации. Здесь есть всё необходимое для оказания первой помощи. На посту будет организовано круглосуточное дежурство бригады скорой помощи, зоной обслуживания которой станет участок радиусом около 60 км. В случае лёгких повреждений медики окажут помощь пострадавшим прямо на месте аварии. А пациентов с серьёзными травмами экстренно доставят в ближайшие травмоцентры Юрги или Кемерово.

На создание трассового поста из бюджета Кемеровской области было выделено около 3 млн руб.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Мужское здоровье под контролем

Накануне Дня защитника Отечества традиционно прошёл Российский научно-образовательный форум «Мужское здоровье и долголетие». На пленарном заседании симпозиума «Современные тенденции укрепления, лечения и профилактики мужского здоровья и долголетия» шёл разговор о сексологических, психоаналитических и психотерапевтических аспектах проблемы. Были заслушаны доклады «Особенности представления образа оппонента по супружескому конфликту в речи супруга на основе анализа психоаналитической практики», «Групповая клиент-центрированная психотерапия как средство преодоления тревожности у мужчин с пищевой зависимостью» и др.

Проректор Российской медицинской академии последипломного образования профессор А.Куликов провёл сессию «Физиотерапия и реабилитация мужского здоровья», на которой были рассмотрены вопросы современного направления физиотерапии больных хроническим простатитом, реабилитации пациентов с хронической венозной недостаточностью, озонотерапии в коррекции возрастных изменений кожи» и др. Интерес вызвали сообщения о новых возможностях лечения длительно курящих мужчин. В формате форума прошла международная специализированная выставка.

Людмила МИЛОВА.

Москва.

Выставки

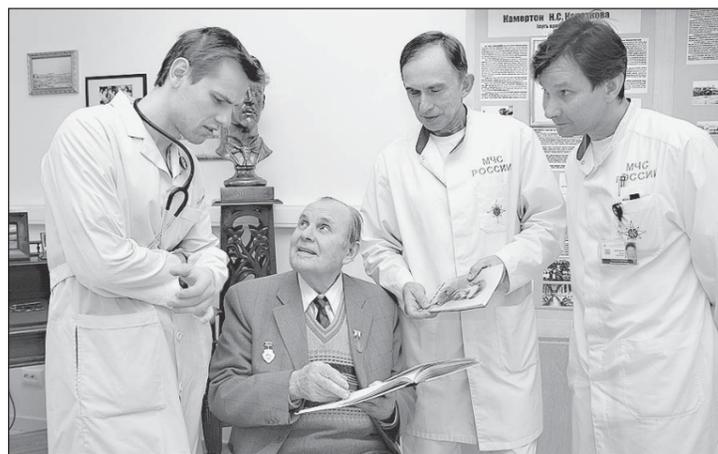
Восторгаясь классическим
открытием
Николая Короткова

Его «камертоном» и сегодня пользуются
врачи всего мира

К 140-летию автора всемирно известного звукового метода измерения артериального давления, которое отмечается сегодня, во Всероссийском центре экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова МЧС России (С.-Петербург) развешены музейную экспозицию.

«Тоны Короткова», «метод Короткова», «операция Короткова»... Редкий врач не только в России, но и за рубежом затруднится сказать, вестниками каких грандиозных научных открытий стали более века назад эти медицинские термины. Живо наследие выпускника Императорского Московского университета, выбравшего местом своей врачебной и исследовательской деятельности С.-Петербург (Петроград) и работавшего здесь с небольшими перерывами вплоть до своей кончины от туберкулёза лёгких в возрасте 46 лет. Ведь главной научной находкой русского хирурга Николая Короткова – бескровным способом измерения систолического и диастолического артериального давления во всём мире пользуются и поныне, ценя его за простоту и доступность.

Ещё при жизни автор эпохального открытия явился свидетелем триумфального и повсеместного шествия своего «камертона». Однако личность врача, совершившего исследовательский подвиг, многие годы оставалась в забвении. Всё изменилось с выходом в 1996 г. на русском и английском языках первого и пока единственного издания о нём под названием «Лекарь Николай Коротков». Монография закрыла немало белых пятен в биографии научного гения и получила одобрительные отзывы ведущих наших и зарубежных кардиологов. Над сбором же материала и написанием брошюры – а та мгновенно стала раритетом – потрудился участник Великой Отечественной войны профессор Сергей Попов, длительное время возглавлявший кафедру внутренних болезней Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (именно в стенах ВМА



в 1905 г. Н.Коротков докладывал о рождении звукового метода измерения АД).

В основу музейной экспозиции, созданной к 140-й годовщине со дня рождения Николая Сергеевича Короткова, положен книжный материал, принадлежащий перу биографа знаменитого хирурга – заслуженного врача РФ Сергея Попова. Почин же представить в исторических документах достижения доктора медицины Н.Короткова принадлежит заведующему отделом сердечно-сосудистой патологии ВЦЭИРМ, профессору, заслуженному врачу РФ Владимиру Хирманову.

Интерес к природе звуков Короткова Владимир Николаевич проявил ещё много лет назад, будучи вхож в дом профессора Сергея Попова как любимый ученик его супруги – кандидата медицинских наук, доцента, почётного кардиолога РФ Нины Масловой. Владимир Николаевич собственноручно подготовил два раздела экспозиции: «Великие предшественники Н.С.Короткова» и «Жестокость и милосердие» (об участии будущего учёного мировой величины в Русско-японской войне, на полях которой и был найден способ более точного измерения артериального давления – по слуху).

Безусловное украшение выставки – бюст Н.Короткова работы молодого петербургского скульптора Алексея Савинкова. Бюст

изготовлен на личные средства директора ВЦЭИРМ, профессора, заслуженного врача РФ Сергея Алексанина. Другими организаторами уголка юбиляра – соавторами собрания и показа подчас уникальных предметов и никогда ранее не публиковавшихся документов, имеющих отношение к теме наследия выдающегося русского хирурга, стали сотрудники центра – заведующий отделением функциональной диагностики, кандидат медицинских наук Игорь Киреев, клинический ординатор Александр Волков, а также петербургский журналист Пётр Алашкин. Последний полгода провёл в 5 государственных архивах С.-Петербурга в поисках артефактов. И таковые нашлись! Как настоящую удачу можно расценивать обнаружение записи о причине смерти Н.Короткова, установление точного адреса его квартиры в Зеленоковом переулке, где он проживал до последних своих дней...

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

С.-Петербург.

НА СНИМКЕ: профессор Сергей Попов, автор книги «Лекарь Николай Коротков» – первый посетитель, кого пригласили на юбилейную выставку её организаторы.

Фото автора.

Акцид

Ангелы в белых халатах

В канун 200-летия Казанского государственного медицинского университета в медицинских учреждениях Республики Татарстан прошли дни открытых дверей и презентации факультетов вуза в рамках фестиваля медицины «Ангелы в белых халатах».

Встреча министра здравоохранения Республики Татарстан Аделя Вафина с интернами и ординаторами в Образовательном центре высоких медицинских технологий, беседы ректора КГМУ профессора Алексея Созинова со школьниками и их родителями в Набережных Челнах, Нижнекамске, Елабуге о профессии врача, выступления



студентов университета во всех ЦРБ республики – только часть многочисленных мероприятий.

Во время фестиваля проходили презентации всех факультетов вуза на базах клинических центров и больниц Казани, представление

специальности «высшее сестринское образование».

Завершились мероприятия большим вечером в диско-клубе Luxor, во время которого старшеклассники встретились с активистами студенческих общественных организаций, секций и кружков – «Брейн-клуба», студенческого пресс-центра, профкома КГМУ, Татарстанской ассоциации студентов-медиков, студенческих научных кружков. Заключением вечера стала зажигательная дискотека.

Лилия ГАТИЯТУЛЛИНА,
кандидат философских наук.

Казань.

Признание

От сердца к сердцу

Премия Правительства РФ 2013 г. в области науки и техники для молодых учёных присуждена авторскому коллективу Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России.

Звания «Лауреат премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники для молодых учёных» в числе 6 научных коллективов и 28 соискателей – представителей различных направлений науки – удостоены:

Евгений Покушалов, доктор

медицинских наук, заместитель директора НИИ, руководитель авторского коллектива;

Денис Лосик, врач-кардиолог; Александр Романов, кандидат медицинских наук, врач;

Артём Стрельников, младший научный сотрудник центра хирургической аритмологии, аспирант. Так высоко оценена разработка и внедрение в клиническую практику новой технологии интервенционного лечения фибрилляции предсердий.

Размер премии, учреждённой постановлением Правительства РФ № 793 от 15.12.2004, – 500 тыс. руб.

Проект распоряжения кабинета

министров «О присуждении премий Правительства Российской Федерации 2013 г. в области науки и техники для молодых учёных» подготовлен Минобрнауки России на основании решения межведомственного совета по присуждению премий Правительства РФ в области науки и техники.

Журналисты «МГ» от всей души рады столь высокому признанию научного поиска молодых сибирских учёных-медиков. Редакция газеты присоединяется к поздравлениям лауреатам! Так держать, от сердца к сердцу!

Иван ВЕТЛУГИН.

Перемены

Началась реабилитация пациентов с ОНМК

В рамках реализации территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Омской области организовано проведение реабилитации пациентов, перенёсших острое нарушение мозгового кровообращения. Лечение проводится на базе центра реабилитации «Омский».

Отбор пациентов на прохождения реабилитации ведётся специалистами учреждений здравоохранения с учётом наличия показаний, противопоказаний и уровня реабилитационного потенциала. Специалистами центра разработаны программы реабилитационных процедур. Продолжительность вос-

становительного лечения – 21 день, а проводится оно в комплексе: медикаментозная терапия в сочетании с психологической помощью, лечебной физкультурой, бальнеологией и другими процедурами. Курс лечения подбирается индивидуально для каждого пациента. При этом основной упор делается

на восстановление трудоспособности, улучшение качества жизни и повышение социальной адаптации пациента, что в конечном итоге уменьшает риск развития рецидивов и значительно улучшает прогноз заболевания.

Как сообщили в Министерстве здравоохранения Омской области, всего в 2014 г. планируется проведение реабилитации около 500 пациентов.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Инициатива

Лечит улыбка!

Первых пациентов в кабинете компьютерной томографии краевой детской клинической больницы № 1 Владивостока начали принимать в эти дни. Завершился подготовительный этап и процесс установки оборудования. Врачи прошли обучение, необходимое для работы на высокотехнологичной аппаратуре. Осваивать новую технику, конечно же, сложно, но интересно, говорят они. А для того, чтобы детям было комфортнее при обследовании, кабинет превращают в настоящую сказочную комнату.

Два современных аппарата – компьютерный томограф и магнитно-резонансный томограф стоимостью более 70 млн руб. – поступили в отделение лучевой диагностики, чтобы обеспечить нужды стационаров больницы в рамках программы модернизации здравоохранения. КТ применяется в основном для исследования органов грудной клетки, брюшной полости, костной системы. Двухмерное изображение на 16-срезовом томографе, на котором сейчас начали работать в детской больнице, даёт врачам намного больше информации, нежели обычное рентгеновское исследование, что существенно облегчает работу. Ну а малыши сравнивают процесс КТ с полётом на космическом корабле – детская фантазия работает бурно, тем более что рентгенолог Надежда Данилевич с малышами общается скорее



как добрая волшебница, а не как суровый доктор. Каждого одарит улыбкой, настроит на нужный лад.

– Сейчас нам остаётся только украсить кабинет яркими рисунками, чтобы детям было ещё комфортнее, – рассказывает Надежда Данилевич. – Среди любимых сказочных персонажей они смогут легче отвлечься от больничных процедур. Оформление картинок мы закончим сегодня, а всё необходимое для нашей работы уже есть – и оборудование работает, и с расходными материалами всё в порядке. Самые маленькие дети, кото-

рые не могут лежать неподвижно, как того требует метод, проходят КТ под наркозом. К процедуре их тщательно готовят анестезиологи, а во избежание различных осложнений рядом постоянно находится группа реаниматологов.

В ближайшее время в краевой детской клинической больнице № 1 начнёт работу и кабинет МРТ.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

НА СНИМКЕ: эти яркие рисунки украсят кабинет компьютерной томографии КДКБ № 1 Владивостока.

Особый случай

Главный наркополицейский высказался за гуманизацию

В связи с трагической смертью контр-адмирала Вячеслава Апанасенко председатель Государственного антинаркотического комитета, директор Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков Виктор Иванов направил руководителям антинаркотических комиссий в субъектах РФ указание о незамедлительной реализации принятых в минувшем году Правительством РФ и Минздравом России нормативных правовых актов, направленных на упрощение порядка обеспечения наркотическими и психотропными лекарственными средствами больных, нуждающихся в соответствующем лечении.

Это сделано в связи с тем, что, несмотря на состоявшееся принципиальное решение на федеральном уровне, региональные профильные ведомства до сих пор не перестроили систему повышения доступности получения наркотических анальгетиков для терапии различных болей.

Ранее заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец поручила Минздраву России в недельный срок провести проверку причин отказа в обезболивающих препаратах контр-

адмиралу Вячеславу Апанасенко, который скончался 10 февраля в результате суицида.

По словам его дочери, у него была диагностирована терминальная стадия рака. В день перед смертью родственникам не удалось собрать необходимые подписи для получения обезболивающего препарата, прописанного больному.

Иван МЕЛЕХИН.

Москва.

Сотрудничество

Инвестор для нового центра

Перспективы строительства медико-реабилитационного центра в Томской области и сотрудничества в этой сфере обсудили на встрече вице-губернатор по социальной политике Чингис Акатаев и эксперты одной из немецких компаний.

Инвестор готов предоставить 3%-ный кредит под строительство и оснащение медико-реабилитационного центра на 200 мест. Томская область, в свою очередь, выделит под строительство земельный участок. Помимо этого, инвестор возьмёт на себя обязательства по поставке обо-

рудования и обучению медиков работе с высокотехнологичной аппаратурой. На готовые площади центра в качестве арендаторов зайдут медицинские компании.

Центр будет выполнять госзаказ на бесплатную реабилитацию пациентов по направлениям учреждений здравоохранения, а также оказывать дополнительные платные услуги населению. Одно из отделений планируется оборудовать под хоспис. Как рассчитывают стороны, проект окупится за 5-7 лет.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Томская область.

Ну и ну!

Необходимость на грани издевательства



Допинг-скандалы на играх в Сочи были негромкими. Призёры оказались «чистыми». Самой «яркой» из замешанных в применении запрещённых препаратов оказалась немецкая биатлонистка Эви Захенбахер-Штеле, занявшая 4-е место в масс-старте и в смешанной эстафете.

Она стала первой участницей Олимпиады, у которой допинг-проба дала положительный результат и дисквалифицирована решением Международного олимпийского комитета. В употреблении допинга, в частности триметазидина, подозреваются ещё несколько олимпийцев.

Сообщения в норвежских изданиях о факте применения метилгексанамин шестикратной олимпийской чемпионкой по лыжным гонкам Марит Бьорген оказались шуткой. Выяснилось, что сообще-

ние появилось 22 февраля на сайте www.5080.no, который публикует шуточные новости. Утку перепечатал сайт издания Dagbladet. На Олимпиаде-2014 в Сочи лыжница завоевала три золотые медали – в скиатлоне 7,5+7,5 км, командном спринте и гонке на 30 км свободным стилем.

Единственной «печалью», коснувшейся российской команды, было издевательство над фигуристкой Юлией Липницкой, которую продержали на допинг-тесте после короткой программы в командном турнире Олимпиады в Сочи до 2 ночи.

Юная звезда проявила завидное понимание в отношении своих «мучителей». «Я была первая после короткой программы. А первое место всегда берут на допинг», – всё, что она сказала на это.

Геннадий НИКОЛОВ.

Сочи.

Российскую медицину ждут нелёгкие времена: в 2014 г. стартуют изменения финансирования здравоохранения. В соответствии с положениями Послания Президента РФ Федеральному Собранию России отрасль переходит на страховые принципы, для которых уже готова законодательная подкладка из блока федеральных законов.

Как обеспечить плавный и безболезненный переход здравоохранения на новые условия финансирования? Какими должны быть при этом оптимальные механизмы обеспечения деятельности медицинских учреждений? На эти и другие вопросы искали ответы участники заседания на тему «Финансирование федеральных и ведомственных медицинских учреждений» экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике.

Повод для предметного разговора назрел давно. И не только в рамках экспертного совета сенатского комитета.

На плечи ОМС

– Главная наша задача – обеспечить качество и доступность медицинской помощи по всей стране, в том числе в самых труднодоступных местах, – справедливо заметил, открывая заседание, председатель комитета **Валерий Рязанский**. Он высказался за расширение использования учреждений ведомственной медицины, которые «работают на средства налогоплательщиков и должны приносить благо всем нашим согражданам, быть доступными для каждого». Сенатор предложил также оценить целесообразность бюджетного финансирования страховых компаний.

– Нужно понять, насколько они эффективны, стоит ли их финансировать, в таком ли объёме, как это делается на сегодняшний день, когда ежегодно на эти цели выделяется 20 млрд руб. Часть этих средств можно было направить на развитие высокотехнологичной медицинской помощи, – полагает В.Рязанский.

Главу комитета поддержал и председатель совета, доктор медицинских наук, профессор **Виталий Омеляновский**. Он считает, что особое внимание следует уделить разработке критериев выбора медицинских учреждений для участия в программе ОМС и для определения объёмов финансирования по ней.

Конкретно и подробно об особенностях финансирования федеральных и ведомственных медицинских учреждений в 2014 г. и плановом периоде на 2015–2016 гг. рассказал заместитель министра здравоохранения РФ **Айрат Фаррахов**. Внёс он ясность и в том, что делают в этом направлении Минздрав России и Федеральный фонд ОМС.

Как, за счёт чего возмещать недополученные из федерального бюджета средства? «Основным инструментом» в решении этого нелёгкого вопроса становится, по словам А.Фаррахова, «участие в реализации территориальных программ ОМС». Что касается финансового обеспечения Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то в 2014 г. оно увеличится по сравнению с 2013 г. более чем на 15% и составит 1,7 трлн руб., подчеркнул заместитель министра.

– Доля средств ОМС в общих расходах на здравоохранение составит в 2014 г. с учётом перехода на одноканальное финансирование 68%. Программой госгарантий предусмотрен рост подушевого норматива финансирования в 2015 г. на 17,5% по сравнению с 2014 г., особенно в системе ОМС – на 21,8%, – подчеркнул представитель Минздрава России.

Объём средств ОМС на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования составит на 2014 г. 1 трлн 174 млрд руб., что на 19,2% выше показателей 2013 г.

Такой вот часток цифр, за которым видно одно: федеральный бюджет переключивает львиную долю забот о финансировании здравоохранения на плечи ОМС. Выдержат ли они? Ясно уже сейчас, утверждают независимые эксперты: средств ФОМС не хватит, чтобы покрыть сокращение расходов федерального

прошлом году недофинансирования учреждения здравоохранения на 125 млрд руб. А ведь треть из этих учреждений находится в плчевом состоянии...

Сегодня лечение, скажем, инсульта в одном регионе стоит 67 тыс. руб., а в соседнем, по тем же стандартам, – 18 тыс. руб. Тот же визит к врачу в столице обходится здравоохранению в 83 руб., а в Омске, например, – 41 руб. Вот и получается, что регионы, у которых благополучно с финансами, смогут поддержать федеральный тариф на ВМП, а те, у которых

выработаны подходы по активному привлечению медузречденний федерального подчинения к оказанию медицинской помощи населению в рамках реализации территориальных программ ОМС, а также к формированию тарифов на оказание медицинской помощи. Было сформировано и госзадание, установлены субсидии на его выполнение.

Министерством утверждены планы финансово-хозяйственной деятельности подведомственных федеральных государственных бюджетных учреждений на

гарантий бесплатной помощи. Ведь повышение ставки сборов на медстрахование панацеей не стало, а ещё больше нагружать работодателей – значит загонять их в тень.

К тому же ФОМС начинает болеть тем же недугом, что и Пенсионный фонд РФ: нехваткой собственных источников доходов (страховых взносов) для покрытия своих обязательств.

И главной жертвой при таком раскладе оказываются федеральные медицинские учреждения. Так что вовсе не случайно важнейшей

Перспективы

Мало не покажется

В ближайшие годы всю систему здравоохранения переведут на страховую модель финансирования

бюджета. Значит, придётся выбирать путь, идти которым посоветовал на заседании совета директор Федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова (Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии) **Евгений Шляхто**: «Нужно думать о том, чтобы при увеличении финансирования больных было меньше. Если будет больше, никаких денег не хватит».

Из света в тень перелетая

«Денег хватит!», – уверяет министр здравоохранения РФ **Вероника Скворцова**. Начальник Департамента бюджетной политики в отраслях социальной сферы и науки Минфина России **Владимир Зеленский** также убеждён, что для поддержания нормального функционирования федеральных и ведомственных клиник даже урезанного финансового обеспечения будет достаточно. «Поскольку речь идёт не о содержании зданий, а об оплате медицинских услуг, этих средств достаточно», – говорит он. И добавляет: «Конечно, само учреждение как собственник мы будем обязаны содержать. Но хотелось бы напомнить, что, по сути, все медузречденния, оказывающие медицинскую помощь гражданам, за исключением особо высокотехнологичной и инновационной, должны находиться в одинаковых условиях».

Но какими они окажутся в условиях, когда государство уходит в вопросах финансирования здравоохранения в тень? Много неясностей и пробелов остаётся пока... В оказании той же высокотехнологичной медицинской помощи, скажем.

На совещании по вопросам здравоохранения 21 января 2014 г. Президент РФ заявил, что финансирование ВМП увеличилось за последние 7 лет почти в 6 раз и в ближайшие 3 года необходимо нарастить его объёмы в 1,5 раза (в 2013 г. у нас было сделано более 505 тыс. высокотехнологичных операций). Между тем с 1 января этого года финансирование таких операций частично уже перешло в систему ОМС, а в 2015 г. перейдёт полностью...

Хорошо, конечно, что после перевода ВМП в ОМС не будет «листа ожидания» квоты. Но ведь сокращение расходов федерального бюджета на здравоохранение связано с передачей полномочий по финансированию части расходов обязательств на уровень не только ФОМС, но и бюджетов субъектов Федерации, а далеко не у каждого из них есть средства на помощь федеральным клиникам и центрам. Выступая на правительственном часе в Госдуме РФ, В.Скворцова отметила (ранее в этом признался Президент РФ), что более 50 регионов из 83 в

проблемы с бюджетом, сделают это разве что на бумаге.

По закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который принят в 2011 г., до 2015 г. предполагалось погрузить в систему ОМС все виды высокотехнологичной медицинской помощи. Но в 2014 г. это удастся сделать только с 300 видов из 1,5 тыс., признают в Минздраве. Тем не менее здесь не сомневаются, что в этом году число больных, которым будет оказана ВМП, увеличится по сравнению с 2013 г. на 64 498 человек. Это при том, что финансирование из федерального бюджета тех же трёх сотен видов этой помощи составило в прошлом году более 5 млрд руб., а на самом деле внутри системы здравоохранения это стоило 14,3 млрд руб. с учётом соплатежей от специализированной медицинской помощи.

2014 г., включающие предоставление субсидий на оказание ВМП. А в базовой программе ОМС устанавливаются нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления такой медицинской помощи по перечню её видов.

Оптимизация неизбежна

– В последнее время было много вопросов о том, не грозит ли системе здравоохранения дефицит финансирования. Никакого дефицита в 2014 г. не будет, поделилась с журналистами В.Скворцова. Более того, бюджет базовой Программы госгарантий на 2014 г. увеличится на 189 млрд руб.

По словам министра, это произойдёт частично за счёт перераспределения источников финансирования, частично за счёт того, что

СПРАВКА «МГ». Федеральным законом № 349-ФЗ «О бюджете 2014 г. и на плановый период 2015–2016 гг.» в текущем году учреждениям, подведомственным федеральным органам власти, предусмотрено выделить на оказание специализированной медицинской помощи 92 млрд руб. и 200,8 млрд руб. – на оказание амбулаторной помощи. При этом финансирование стационарной помощи сокращается в 2014 г. на 35%, амбулаторной – на 50%. В 2015 и 2016 гг. – на 50% и 100% соответственно. Расходы федерального бюджета на специализированную медпомощь в подведомственных Минздраву России учреждениях запланировано снизить в текущем году на 15,2 млрд руб., ФМБА – на 12 млрд. В 2013 г. они составили в совокупности 40,9 млрд руб., в 2014 г. эта цифра упадёт до 25,7 млрд.

Всего в ведении Минздрава России – 97 федеральных бюджетных учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь. В 2013 г. их финансовое обеспечение на 66% оказывалось за счёт предоставления субсидий по выполнению госзадания и примерно на 20% – за счёт внебюджетной деятельности.

Иное мнение у одного из ведущих кардиохирургов страны академика РАН Баграта Алякяна. «Оставшиеся квоты на ВМП в федеральных центрах будут сокращены на четверть», – говорит он. – Они будут выбраны уже к сентябрю, и весь IV квартал федеральные учреждения будут «отдыхать», хотя могли бы ежегодно увеличивать объёмы такой помощи на 20–30%. А в регионах средств на неё будет намного меньше, поэтому клиники будут закупать технологии подешевле, а больные – получать помощь невысокого качества. Однако тарифы ОМС на эти виды лечения во многих регионах существенно меньше федеральных квот. Это значит, что объёмы и качество лечения снизятся».

Минздрав, конечно, «готовится к бою». В конце прошлого года совместно с руководителями органов исполнительной власти, федеральных и территориальных фондов ОМС, ФМБА министерство провело совещание по вопросу формирования территориальных программ госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Тогда же были

часть полномочий федерального бюджета переходит в ОМС. «Если исключить это дублирование, то чистый природный финансирования системы здравоохранения в 2014 г. составит 108 млрд руб., – говорит В.Скворцова. – Мы выходим на цифры, даже превышающие наши исходные планы. И в 2015 г. у нас запланировано 1 трлн 500 млрд руб.»

Вместе с тем глава Минздрава признаёт: «В 2014 г. нам предстоит провести большое количество различных обсуждений и согласований, чтобы бюджеты 2015 и 2016 гг. претерпели некоторые изменения».

Несмотря на оптимистические планы роста бюджета ОМС, переход системы здравоохранения на страховые принципы чреват побочными эффектами. Не зря в своём Послании Федеральному Собранию РФ Владимир Путин констатировал: функция ОМС, по сути, сводится к «прокачке денег», и она не сопровождается ростом качества медпомощи. Поэтому, когда практически вся она окажется в системе ОМС, речь пойдёт не о росте качества, а о выживании клиник и сохранении

проблемой 2014 г. директор Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики (ВШЭ) **Лариса Попович** считает решение вопроса об источниках финансирования здравоохранения. «Мы будем активнее, чем до этого, искать, на чём можно сэкономить, – считает она. – Повсеместно в России будет происходить реструктуризация и укрупнение медицинской сети. Хотя надеюсь, что не везде это будет проходить так болезненно, как в Москве. Будут ужесточаться условия получения бесплатной помощи. Важнейшей проблемой 2014 г. станет конкретизация и, возможно, сокращение Программы государственных гарантий. Впервые в регионах начнут в явном виде публиковать списки платных и бесплатных услуг. Это приведёт к серьёзным проблемам практики во всех субъектах РФ – власти придётся честно сказать населению о том, что «всё для всех бесплатно» не получается».

Секвестрировав бюджетные ассигнования на здравоохранение, мы уже «затягиваем пояс». Так, недавним постановлением Правительства РФ сокращено финансирование Государственной программы развития здравоохранения. В 2014 г. – на 16 162,4 млн руб., в 2015 г. – на 17 310,2 млн руб., в 2016 г. – на 28 949,8 млн руб. Средства Федерального фонда ОМС уменьшаются на неё в 2015 г. на 11 965,6 млн руб., в 2016 г. – на 355 513,9 млн. В итоге общее снижение финансирования программы составит более 400 млрд руб.

Не допустить сокращения расходов на здравоохранение попросил главу государства президент Лиги пациентов **Александр Саверский**. Это приведёт к диктату частной медицины, росту правонарушений и потере доверия у населения к власти, написал он в письме В.Путину. «То есть снижение финансирования происходит за счёт весьма болезненных направлений охраны здоровья, включая здоровье детей, скорую помощь, первичную помощь, которая должна была экономить средства в стационарном звене за счёт более ранних этапов оказания помощи, включая профилактику», – отмечает А.Саверский. А не доверяющее население, по его мнению, «принесёт экономике страны намного больше вреда, чем те 400 млрд руб., на которых государство пытается сэкономить».

Не думаю, конечно, что конструктивная реакция на сие послание последует незамедлительно. Ведь не зря В.Скворцова откровенно призналась: «Оптимизация в российском здравоохранении неизбежна». Значит, придётся переходить на более оптимальные расходы, сокращать ЛПУ, минимизировать неэффективные

работы и т.д. и т.п. Словом, мало не покажется.

Минздрав между тем возлагает большие надежды на развитие... государственно-частного партнёрства (ГЧП). Уже сегодня количество частных учреждений среди всех медицинских учреждений России, вошедших в систему ОМС, составляет 17,5%. И частников, подающих в министерство заявки на право работы в системе ОМС, по словам министра, становится больше с каждым годом.

Всё больше, кстати, проявляется и заинтересованность государственного здравоохранения в привлечении и интеграции государственного и частного компонента для бесплатного оказания медицинской помощи в рамках Программы госгарантий. Минздрав пошёл на то, чтобы увеличить сроки подписания тарифного соглашения частными организациями, которые хотят работать в этой программе, до 3 лет, что позволяет им планировать все свои затраты на перспективу. «Мы распространили на частный компонент индексацию тарифа с учётом инфляции как на компонент уже нашей единой системы, – говорит В.Скворцова. – В связи с тем, что увеличилось количество денег в фонде ОМС (в этом году уже 1 трлн 200 млрд руб.), это позволяет сделать экономически обоснованные тарифы на все медицинские услуги. Таким образом, привлекательность вхождения в систему ОМС за последнее время существенно выросла».

Это точно. Уже сегодня в системе ОМС работают 1,2 тыс. частных медицинских организаций, а на 2014 г. их зарегистрировалось свыше 1,6 тыс. Это 18% от общего количества. Насколько эффективно будет их участие в реализации Программы госгарантий, покажет время.

...В своё время экс-глава бывшего Минздравсоцразвития России Татьяна Голикова инициировала переход к так называемому одноканальному финансированию здравоохранения. То есть выделенные для него средства федерального бюджета должны поступать в ФОМС, который вместе со своими средствами и берёт на себя все расходы. Был принят закон, которым предусматривался переходный период – в течение его система ОМС включает в себя всё новые и новые виды медицинской помощи. Не так давно в эту систему была передана служба скорой помощи, теперь наступает черёд высокотехнологичного здравоохранения. А это – сотни миллиардов рублей.

Но ведь бюджет – это всегда выполнение обязательств перед гражданами, скажет читатель. Потому сегодня и стоит вопрос: сможем ли мы выполнить после изменения финансирования здравоохранения эти обязательства? Ведь, согласно статье № 41 Конституции РФ, медицинская помощь во всех государственных учреждениях должна оказываться бесплатно.

Слово – профессору кафедры государственной политики факультета политологии Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова академику РАН **Сергею Колесникову**:

– Недофинансирование медицинской сферы сегодня составляет 40-45% от общей стоимости услуг. У нас на здравоохранение тратится примерно 650 долл. на человека в год (по стандартам ВОЗ, нам нужно повышать этот показатель хотя бы до 900 долл.), а в Европе – от 4 до 6 тыс. евро. Они могут себе позволить немного сократить затраты. У нас же либо придётся перекладывать их на население, загоняя его в платные медицинские услуги, либо повышать страховые платежи не менее чем в 2 раза».

Ни убавить, как говорится, ни прибавить...

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Современные технологии

Обойдёмся без ампутации!

Новую эру в борьбе с тяжёлыми диабетическими поражениями нижних конечностей открыли, объединив усилия, гнойные и сосудистые хирурги

Старая парадигма об ампутации, словно неизбежном исходе синдрома диабетической стопы (СДС), опровергнута в очередной раз. В С.-Петербурге начал функционировать городской центр спасения конечностей, первый в России. За пребывание в нём больной не заплатит ни копейки.

Доказательной площадкой для постулата о том, что современные методы лечения наиболее драматических осложнений сахарного диабета, а также облитерирую-

изводится ампутация выше колена. Хирургу со студенческой скамьи известно, что раны после малых ампутаций у пациента с синдромом диабетической стопы ишемической формы не заживают. А так как рано или поздно всё равно прибегать к высокой ампутации, не лучше ли выполнить её сразу?

Для главного врача городской больницы № 14 профессора Сергея Петрова не существует вопроса, нужно ли искать альтернативу ампутациям при СДС. Альтернатива, давно найденная за рубежом, могла бы оградить

Жизнь их длится недолго, так как 90% больных – люди старше 60 лет, они прикованы к кровати, и совершенно не в состоянии пользоваться протезами, а послеоперационные осложнения нередко наслаиваются одно на другое. Огромные суммы денег, которые выделяются службе социальной защиты на компенсацию затрат по приобретению протезов, впечатляют. Однако финансовый риск службы ничтожен по причине отказов встать на протезы. Чего не скажешь о риске смерти после высоких ампутаций, достигающем 30%, и риске развития инфаркта и инсульта – до 35%, – счёл необходимым добавить жменьку горчинок в праздничную атмосферу открытия городского центра спасения конечностей Сергей Петров.

Поаплодировав «главному» вместе с другими присутствующими на торжестве открытия центра, таким образом выразили своё отношение к уместности критической ноты в его выступлении и почётные гости больницы соратники вице-губернатор Ольга Казанская и председатель Комитета по здравоохранению Валерий Колабутин. Соратники? Да, именно так. Во многом поддержка этих двух кураторов городского здравоохранения, в своё время, что называется, с лёту оценивших важность для С.-Петербурга «перформативания» медицинской помощи больным с нарушением магистрального кровотока в нижних конечностях, обеспечила материальное и моральное сопровождение начинания.

В течение всего одного года произошли разительные преобразования ресурсной базы, подобных которым городская больница № 14 знавала крайне немного с тех пор, как в 1873 г. на территории Путиловского завода для его рабочих открылась лечебница на 25 коек. Первые за много лет состоялись капитальный ремонт хирургиче-

С.-Петербурга и остальной России специализированной клиники? Этот вопрос представители власти и многочисленные журналисты, которым сотрудники больницы устроили часовую экскурсию по площадям высокотехнологичного центра, задавали его руководителю, профессору кафедры военно-морской и госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова Александру Липину и другим врачам.

Новая идеология критически подытожила всё ценное и передовое в борьбе мировой медицины с гнойно-некротическими процессами посредством устранения причины развития нарушенного кровотока в поражённых конечностях. Для их сохранения впервые в стране будут объединены усилия гнойных и сосудистых хирургов, а также представителей медицинской науки (сотрудников трёх кафедр – госпитальной хирургии № 2 Первого СПбГМУ им. И.П. Павлова, эндокринологии им. В.Г.Баранова СЗГМУ им. И.И.Мечникова, военно-морской и госпитальной хирургии ВМА им. С.М.Кирова).

Известно, что нейроишемическая и ишемическая формы синдрома диабетической стопы характеризуются крайней резистентностью к терапии и требуют радикального улучшения кровотока путём ангиохирургического вмешательства. В операционном зале организованного отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения будет осуществляться точечная топическая диагностика нарушений кровотока, а также коррекция движения ткани по сосудистому руслу, как эндоваскулярным, так и открытым способом. Если же стандартное установление магистрального кровотока окажется проблематичным, специалисты прибегнут к другим возможностям. Пересадка заготовленных собственных стволовых клеток пациента (ауто-трансплантация) – одна из них. Сотрудничество на этом направлении с базирующейся в больнице кафедрой госпитальной хирургии № 2 Первого СПбГМУ уже приносит результаты. На 2-3-ю неделю от проведения клеточной терапии процесс заживления ран за счёт роста и развития новых сосудов значительно улучшается.

Рентгенохирургический блок – единственная структура, созданная в больнице «под центр». Следовательно, на него будут трудиться все остальные службы учреждения, включая отделение анестезиологии и реанимации, клинко-диагностическую лабораторию, отделение лучевой диагностики. Врач-лаборант Нина Соколова полушутя-полусерьёзно призналась корреспонденту «МГ», что пациенты больницы намного больше ценят спасение ноги, нежели блестяще выполненную ампутацию.

Кто бы сомневался!..

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

С.-Петербург.

НА СНИМКАХ: в операционном зале нового отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения вице-губернатор О.Казанская долго беседовала с врачами; клинко-диагностическая лаборатория, где трудится врачом-лаборантом Н.Соколова, будет работать на городской центр спасения конечностей в круглосуточном режиме.

Фото автора.



щего атеросклероза способны эффективно работать не только в научных центрах, но и в практическом здравоохранении, станет городская больница № 14. Инициатива этого лечебного учреждения изменить прежний взгляд на проблему ряда пациентов пожилого возраста и рассматривать отныне каждый случай ампутации вследствие сосудистых заболеваний как поражение врачей по сути означает присоединение к мировому тренду: *We fight for every limb!* («Мы боремся за каждую конечность!»).

В клиниках Европы и многих стран мира вот уже полтора десятилетия исповедуется исключительно берегательная модель лечения, когда при малейшем некротическом процессе на стопе специалист, сохраняя всю конечность, удаляет только погибшую ткань. Распространению нового подхода предшествовало принятие европейскими державами Сент-Винсентской декларации. Документ, подписанный ещё в 1989 г. в Италии, ориентировал, в частности, на снижение вдвое количества ампутаций нижних конечностей больным с сахарным диабетом. Провозглашённая зарубежными коллегами цель – как показало время, вполне выполнимая – для российских врачей так и осталась мечтой без взятых с нашей стороны обязательств по её достижению. Потому что до сих пор в РФ пациенты с критической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза продолжают получать местное лечение и малоэффективную консервативную терапию, что обрекает их на высокие ампутации – потерю органа движения.

Дедовские принципы отражены в несменяемой десятилетиями норме ведения больных: при диагностированном некрозе стопы специалист определяет уровень сохранности кровотока, и если перекрыта артерия бедра, то про-

от инвалидизирующих операций львиную долю больных с хирургической инфекцией, поступающих в его лечебное учреждение из всех районов С.-Петербурга и ближних пригородов 24 часа в сутки. Только в прошлом году в городском центре по лечению хирургической инфекции на 300 коек – а создавался тот в больнице



13 лет назад – было выполнено 1256 ампутацией пациентам с синдромом диабетической стопы и облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей.

Из названной организационной структуры, во многом уникальной в масштабах страны (другой клиники, где бы концентрировалось столько больных соответствующего профиля, в РФ нет), и вырос, как из детской одежды, вдруг ставшей малой, городской центр спасения конечностей.

– Ни в Петербурге, ни в других городах страны проблеме усечения конечностей не уделяется должного внимания. Считается, что бич нашего времени – это онкопатология, инсульты и инфаркты. Но пациентам с ампутированным бедром разве легче?

ских отделений, перевязочных, помещений параклинических подразделений, пищеблока. Начиная установкой ангиографического комплекса и заканчивая заменой служебных лифтов, кардинально обновилась техническая «начинка» больничных стенов.

Мы уже по привычке, что красную ленточку на пороге важного новостроя или реконструированного объекта чиновники разрезают сугубо «по должности». Но в день открытия городского центра спасения конечностей вице-губернатору было предложено взять в руки ножницы также и в знак её личных заслуг перед «четырёхнадцатой»...

Какие же организационные ноу-хау положены в основание работы пока единственной для

Кемеровская область стала девятым регионом России, где выполнена трансплантация печени.

Пациенткой, которой врачи Кузбасского областного гепатологического центра (ГКБ № 3) пересадили печень донора, стала Наталья Кашина, 44-летняя учительница русского языка и литературы школы № 10 маленького города Гурьевска.

Женщина страдала наследственным заболеванием, которое 7 лет назад привело к циррозу печени. Несмотря на то, что пациентка получала адекватное лечение, состояние её ухудшалось. Прогнозируемый срок жизни составлял максимум 5 месяцев, а единственным шансом побороть этот печальный прогноз была трансплантация здорового органа...

К тому моменту, когда появился донор, в листе ожидания на трансплантацию печени стояли 23 пациента с тяжёлой печёночной недостаточностью. Однако реальных кандидатов на пересадку, у которых оказалась наибольшая биологическая совместимость с донором, было только двое. Руководствуясь медицинскими показаниями, врачи приняли решение оперировать Кашину.

Операция, руководил которой директор Кузбасского областного гепатологического центра кандидат медицинских наук Константин Краснов, продолжалась 10 с половиной часов.

Для трансплантации печени это нормально, — поясняет Константин Аркадьевич. — В техническом плане она намного сложнее, чем пересадка почки и даже сердца. Но зато по исходу считается наиболее благоприятной. Непосредственно в трансплантации принимали участие 25 специалистов: две бригады хирургов, врачи-анестезиологи, терапевт, который обеспечивал лекарственную поддержку трансплантата во время операции, операционные медицинские сёстры и сёстры-анестезистки... А вместе с теми, кто готовил пациентку к пересадке и выхаживал после, было задействовано более 30 человек.

Операция проводилась в ночь с 12 на 13 января. Но объявлять её успешной врачи центра не спешили: нужно было предупредить возможные послеоперационные осложнения, убедиться, что донорский орган прижился и работает как родной... В конце позапрошлой недели Наталью Михайловну

Вехи

Первая ласточка из листа ожидания

В кемеровской городской клинической больнице № 3 им. М.А.Подгорбунского успешно проведена трансплантация печени



выписали домой, объяснив, что интенсивный реабилитационный период продлится до полугода.

А принимать лекарства, препятствующие отторжению новой печени, ей предстоит всю жизнь. Но женщину это не пугает.

— Хотя швы ещё болят, я чувствую себя намного лучше, чем до операции, — говорит Наталья Михайловна. — Прошла желтуха, исчезли отёки и тяжесть в ногах, нет общей слабости. Но главное — мироощущение изменилось, стало радостным...

горбольницы № 3, родственников, друзей, коллег, учеников, поддерживавших её в трудные и страшные минуты: «Отдельно хочу поблагодарить губернатора Амана Гумировича Тулеева за то, что подобная операция стала возможной у нас в Кузбассе. Ведь это даёт надежду на благоприятный исход десяткам таких больных, как я...»

Главный врач ГКБ № 3 доктор медицинских наук Олег Аркадьевич

Краснов уточнил, что операция стоимостью около 1,2 млн руб. для пациентки была совершенно бесплатной. В настоящее время руководство больницы ходатайствует перед Минздравом России о предоставлении Кузбассу федеральных квот на проведение трансплантации печени.

Лицензию на оказание данного вида высокотехнологичной медицинской помощи ГКБ № 3 получила ещё в 2013 г. Сегодня в медучреждении есть всё необходимое для того, чтобы поставить подобные операции на поток. В частности, выполнен капитальный ремонт помещений гепатологического центра и оперблока. Введено в эксплуатацию современное оборудование, позво-

ляющее подготовить больного к операции и выходить после её проведения. (Например, аппарат печёночного диализа MARS — по сути, искусственная печень, которая может временно замещать собственный неработающий орган пациента и очищать его организм от шлаков. Другой аппарат, «Фиброскан», позволяет определять степень поражения печени, не прибегая к хирургическому забору материала.) А медперсонал больницы прошёл стажировку в ведущих клиниках России и Германии, специализирующихся на пересадке печени.

— Пять лет назад больница получила задание губернатора реализовать программу пересадки печени, — напомнил главный врач. — Мы его выполнили, став девятым регионом в России и вторым за Уралом, где проводятся подобные операции.

Кстати, губернатор Кемеровской области А.Тулеев наградил сотрудников горбольницы № 3 им. М.А.Подгорбунского, выполнивших успешную трансплантацию печени. Главный врач больницы О.Краснов стал лауреатом премии губернатора Кемеровской области «Прорыв в будущее». Заведующий Кузбасским областным гепатологическим центром К.Краснов и заведующий отделением Е.Каменев награждены областной медалью «За особый вклад в развитие Кузбасса» III степени. Операционная медсестра Е.Харук и санитарка А.Бондарь награждены медалью «За служение Кузбассу».

Валентина АКИМОВА,
собр. корр. «МГ».

Кемерово.

НА СНИМКЕ: К.Краснов и его пациентка через месяц после операции.

Фото Фёдора БАРАНОВА.

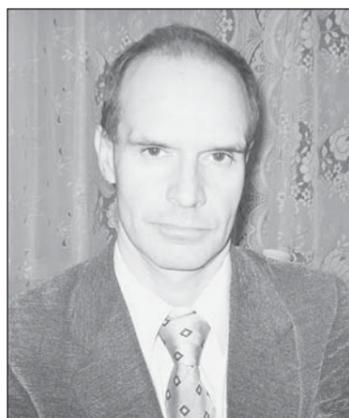
СПРАВКА «МГ». В Сибири развитие трансплантологии началось именно с Кузбасса: в 1969 г. в Кемеровской областной клинической больнице был открыт первый за Уралом центр трансплантации почки. В прошлом году здесь было выполнено 48 пересадок этого органа. А в Кузбасском кардиоцентре впервые была проведена трансплантация сердца — и за полгода сделано ещё 5.

Клуб лучших врачей

Бесконечный марафон специалиста

Государству не следует забывать о тех, из кого оно, в частности, состоит

Многим, конечно, памятен красненький фильм Георгия Данелия «Осенний марафон», в котором коллеги-филологи ежеутренне, не взирая на разного рода жизненные сумбуры, совершают ритуальные пробежки по не проснувшемуся ещё толком спальному району. Достойный, в принципе, опыт. Однако использовать его на пользу собственному здоровью у многих моих коллег-врачей вряд ли получится. И прежде всего это касается так называемых узких специалистов — кардиологов, пульмонологов, ревматологов, врачей функциональной и ультразвуковой диагностики... Список можно продлевать и продлевать.



Эти представители, не будет преувеличением сказать, «золотого фонда» практического здравоохранения, с самого раннего утра вынуждены заниматься иного рода пробежками. По различным своим работам и подработкам. Не по жадности своей и не из-за избытка сил, а в силу неотвратимой необходимости: выживать нужно. И уж давным-давно так... Поглядывают они, вздыхая, на военных, силовиков, да чего уж там далеко ходить — на семейных да участковых врачей, докторов скорой помощи, и понимают, что правильно их в своё

время государство материально поддержало. Труд их того стоит. Но от понимания этого жизнь легче не становится. Надобно глаза продрать затемно, пожитки проворно собирать да и на маршрутку трусить. Пациент нынче строгий пошёл — опозданий не понимает... Высококвалифицированные специализированные кадры волею безденежья беспрестанно мигрируют по частным структурам, посвящая им львиную долю своего времени, нередко в ущерб основной работе, а то и «на все» обосновываются в коммерческих лечебно-диагностических фирмах

и фирмочках. Бог, мол, с ними — с иллюзорной стабильностью и социальными гарантиями. И понять таких «перебежчиков» тоже можно и нужно: голод не тётка. А вот государство в этой связи понять затруднительно: экономия «на спичках» (зарплатах врачей-специалистов), оно обкрадывает себя же. Сверхщедрое «раздаривание» направо и налево собственного, долгими годами обучения сформированного профессионального потенциала — прямой путь к интеллектуальному банкротству. И потери на этом пути куда значимей и весомей, нежели сомнительная выгода от экономии на окладах этой воспитанной на высоких нравственных идеалах социальной группы («люди интеллигентные — бунт не поднимут...»).

В январе нынешнего года у экономистов одного крупного провинциального медицинского учреждения я узнал, что «просто» оклад врача (без сверхурочных, категорий, степеней, премий и т.д.), работающего на амбулаторном приёме, составляет нынче 7215 руб. (минус налоги, конечно). То есть около 6 тыс. на руки — и, как говорится, ни в чём себе не отказывая. То есть если врач творчески выполняет свои должностные обязанности, изучает свежие публикации по своей специальности, совершенствует практические навыки,

готовит доклады для научно-практических конференций и семинаров, консультируется с более опытными коллегами (то есть занимается профессиональным саморазвитием), а не ищет безостановочно, где бы и как бы «срубить» лишнюю копейку, обречён на нищенское существование со всеми вытекающими... Абсурдная, согласитесь, ситуация. И крайне рискованная для российского здравоохранения в целом. Знаю, многие работали бы и только «из любви к искусству», да реалии жизни нашей не позволяют... Вот и не задумайся тут о смене занятий...

Рост средней заработной платы врачей в регионах — это хорошо. Но средняя есть средняя: сами знаете как она вычисляется... А вот подъём должностных окладов врачей-специалистов (чтобы они имели возможность вдумчиво и несуетно трудиться во имя здоровья своих пациентов) — вопрос, требующий отдельного и безотлагательного решения. Та же проблема, кстати, актуальна и для преподавателей медицинских вузов, готовящих этих самых специалистов. Пойдите спросите, сколько зарабатывает ассистент с кандидатской степенью в провинциальном медицинском институте. Смейте уверить, ответ вас впечатлит... Скажете, что везде и всюду — коррупция? Ну так с ней нужно бороться и экономическими мерами тоже...

Какими бы трудными времена ни были (а они всегда трудные), забывать государству о тех, из кого оно, в частности, состоит, опасно. Ведь лишних деталей у исправно работающего государственного механизма нет. А чтобы он работал на общее благо без поломок, нужно, чтобы не ломались судьбы тех, кто своим ежедневным трудом и приводит его в действие...

А пока спешат спозаранку по городам и весям маршрутки, полные врачами-специалистами разного профиля, поглядывают нервно доктора на часы, рассосредотачиваются живенько от останков... Опаздывать нынче нельзя.

Сергей ПОПОВ,
профессор кафедры
инструментальных
методов диагностики
Института дополнительного
профессионального образования
Воронежской государственной
медицинской академии
им. Н.Н.Бурденко,
доктор медицинских наук,
победитель
Всероссийского конкурса
«Лучший врач года» — 2008
в номинации
«Лучший врач-исследователь».

Воронеж.

Сегодня мы представляем один из материалов газеты «Медик» Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, которую возглавляет известный в Сибири журналист Виталий Пырь. Недавно вышел её 1500-й номер, а основана она 57 лет назад. Издаётся в полноцветном варианте на хорошей глянцева бумаге два раза в месяц. В год в свет выпускается 40 номеров тиражом 999 экземпляров. Кроме того, ежеквартально выходит литературно-художественное приложение «Эскулап».

Так мы встретились...

Хорошо помню тот погожий осенний день, когда Арсений Арсеньевич Модестов впервые появился в нашем вузе: без единой сединки в русой шевелюре, в длинном, почти до пят, светло-сером плаще. Он пришёл по приглашению нового руководителя кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения: прежний заведующий Александр Беницианович Файншмидт, руководивший кафедрой почти 20 лет, уехал на ПМЖ в Израиль, и, как всегда в таких случаях, на кафедре шло обновление кадров. Я к тому времени уже мог считать себя её «старожилом»: в свои 28 лет стал самым молодым в истории вуза и в истории Красноярского края доцентом, да и заместителем декана лечебного факультета был избран как раз в конце 80-х. Кстати, был у меня на кафедре и свой собственный закуток, который я обустроил своими руками и превратил в рабочий кабинет. В него-то и зашёл, представившись, Модестов.

Конечно же, я о нём уже кое-что знал: он работал до этого главным наркологом Департамента здравоохранения края, руководил краевым наркологическим диспансером, а до прихода в институт возглавлял Берёзовский детский дом-интернат. Потом Арсений Арсеньевич сам шутил по этому поводу: «Загнали крейсер «Аврора» в Качу...»

— Ну что ж, — резюмировал он после нашего с ним знакомства. — Теперь будем работать вместе. Будем учиться учить наших руководителей здравоохранения...

И с этого дня началось наше чуть ли не ежедневное общение. Тем более что могучая в прошлом страна стала в эти годы постепенно сползать в пропасть, и надо было предпринимать энергичные шаги, чтобы спасти хотя бы здравоохранение. Поэтому после лекций, а то и в перерыве между ними, мы часто вышагивали вместе по институтскому коридору, подробно обсуждая пути такого спасения.

А в эти времена все вдруг заговорили о новом хозяйственном механизме, который должен был оздоровить стагнирующую экономику и придать силы дряхлеющему государству. Но что это такое? С чем его «едят»?

Пошли первые разговоры о необходимости внедрения в нашу жизнь страховой медицины, впервые было заявлено о такой экономической категории, как понятие хозрасчёта в общественном здравоохранении.

И я сразу же убедился в прозорливости своего нового товарища. Особенно когда мы с ним организовали первый выездной цикл для организаторов здравоохранения, а потом стали ездить по краю с лекциями и семинарами, обучая медицинских актив новым правилам работы. Побывали в Канске, Ачинске, Новосёлово...

Поражала начитанность Модестова, его умение ориентироваться в мире идей. Во всяком случае, с первыми переводными книгами зарубежных специалистов по основам управления,

Конкурс «Лучшая мецгазета»

Наш человек в Москве

Уж так было угодно распорядиться судьбе, но именно в этом году исполняется четверть века, как я познакомился с этим человеком



маркетинга и менеджмента я познакомился из его рук. А когда в начале 90-х годов возникла эта идея — образовательные круизы для организаторов здравоохранения и иных специалистов на Енисее — я убедился ещё и в его недюжинных организаторских способностях.

Используя свой природный дар — умение «наводить мосты» и завязывать нужные знакомства — он вскоре превратил енисейские круизы в настоящую научную школу, «затащив» на теплоход «Александр Матросов» ведущих преподавателей и специалистов со всего бывшего Советского Союза. В том числе и такого гранда отечественной медицины, как единственный академик в области медицинского страхования Юрий Павлович Лисицын, вскоре ставший главным научным консультантом енисейских круизов.

А ведь тогда ещё не было ни закона о медицинском страховании, ни многого другого. Но я и сейчас прекрасно помню тему первого нашего круиза, состоявшегося в июле 1991 г.: «Новый хозяйственный механизм — страховая медицина».

И также помню наши утомительно-длинные прогулки с Модестовым по деревянной палубе «Матросова» — институтские коридоры уже нам были тесны. Но именно во время этих ножных мозговых атак мы и вырабатывали свои подходы к «новому хозяйственному механизму», передавая потом наработки нашему тогдашнему представителю в Москве — депутату Государственной Думы РФ, выпускнику КрасГМИ, доктору медицинских наук, профессору Олегу Евгеньевичу

Нифантьеву. А он их вносил в готовящийся к принятию закон.

Но когда этот закон был, наконец, принят, мы с огорчением обнаружили в нём досадные пробелы. Скажем, он устанавливал, что отныне финансирование оказания медицинской помощи населению должно идти в основном через страховые компании, на счетах которых аккумулировались средства, собранные с

не уступала этого первенства никому. Только представьте себе: на кафедре работало четыре профессора, четыре доктора медицинских наук: самый молодой в институте доктор, нынешний проректор по информации и корпоративной политике КрасГМУ Дмитрий Анатольевич Россиев, я, сам Модестов и пришедший к нам из Института медицинских проблем Севера, недавно ушед-

шени! Несмотря на то, что работало в штате на факультете усовершенствования врачей всего два человека — декан и его секретарь...

Модестов выручит!

И всё-таки отдельно хочется остановиться на московском периоде жизни моего соратника и коллеги: в

предприятий и организаций. Но хватит ли в таком случае денег, чтобы платить за пенсионеров? За безработных?

Мы подготовили необходимые поправки, и они вскоре были приняты. Зато так и остался без изменения объём страховых взносов, которые установил законодатель. Мы посчитали, что он должен быть не ниже 11% от начисленной заработной платы, и тогда страховые компании страны раз-

вернутся в полную силу, но в законе о медицинском страховании планка оказалась значительно ниже — всего 3,6% ...

И тогда мы решили организовать свою собственную страховую компанию, на примере которой можно было отработать все необходимые схемы взаимодействия страховщиков с работодателями, а также готовить кадры будущих специалистов, используя студентов Красноярского медицинского института. Так в нашем городе появилась первая страховая компания «Надежда», у истоков создания которой стояли Надежда Ивановна Кольба, Иван Андреевич Шнайдер, Арсений Арсеньевич Модестов и автор этих слов...

Конечно же, все эти наши поиски не прошли незамеченными в институте, и в 1993 г. с подачи тогдашнего ректора КрасГМИ профессора Бориса Степановича Гракова в вузе появилась новая кафедра — «медицинского страхования, менеджмента и маркетинга», руководить которой был назначен Арсений Арсеньевич.

Когда компьютеры были редкостью

К тому времени он уже был автором двух внушительных монографий по менеджменту и маркетингу, ставших настольным учебным пособием для специалистов.

И на этом поприще его организаторские способности проявились в полной мере. Он привлёк на кафедру очень перспективных людей, и через несколько лет она стала лучшей в вузе. А потом уже

ши из жизни Олег Михайлович Новиков.

Но главное даже не это, а тот подъём, та энергия, с которой работал коллектив кафедры! В институте застой, денег нет, выплачивается одна заработная плата, а Модестов вдруг разворачивает на своём этаже ремонт, и какой! Появляются новые стены, полы, окна... А для всех кабинетов на кафедре закупается компьютеры, которые ещё тогда, в середине 90-х, были редкостью.

Одно время нас даже собирались «раскулачивать», откуда, мол, такие средства, но при проверке выяснилось, что всё это спонсорская помощь сторонних организаций или же закуплено на нами же заработанные деньги.

Казалось бы, всё, можно и успокоиться, но это не в характере Модестова. Его душа по-прежнему искала успокоение для себя в новых проектах, и в 1995 г. он приступил к организации регионального отделения Российской медицинской ассоциации, став вскоре деятельным помощником депутата Государственной Думы РФ, члена Комитета Госдумы РФ по охране здоровья и физической культуре, профессора А.Г.Саркисяна.

Для чего это ему понадобилось? Всё дело в том, что к этому времени мы уже убедились повсеместно: во власти должны быть люди, знающие, что такое здравоохранение. Необходимо добиться такого положения, чтобы законы для нас писались специалистами.

Именно создание Красноярского отделения Российской медицинской ассоциации дало тогда толчок к появлению лидеров от медицины — как на городском, так и на краевом уровнях. А ведь помимо всего прочего, он ведь ещё был одновременно и деканом факультета усовершенствования врачей — предтечи нынешнего Института последипломного образования и повышения квалификации медицинских кадров. Заняв эту должность на первых в институте альтернативных выборах, он с мая 1990 г. в течение более 8 лет руководил последипломным образованием, и руководил блестяще!

До этого большая часть медицинских кадров региона ездила на переподготовку в такие авторитетные центры последипломного образования, как ГИДУВЫ городов Новокузнецка и Иркутска и, конечно же, Москвы. А ставилась задача: перенаправить эти потоки на нас и так поднять престиж кафедр Красноярского медицинского института, чтобы медицинские кадры проходили переподготовку на месте, не покидая региона.

И эта задача также была ре-

2006 г., в конце учебного года Арсений Арсеньевич принял для себя нелёгкое решение — переехать на постоянное место жительства в Москву и завершить свою научную и преподавательскую карьеру в столичных пенатах.

Очень смелое, я скажу, решение, когда тебе за 60... В Москве легко «затеряться» и в более молодом возрасте. И как тут не вспомнить известное изречение римского полководца о том, что лучше уж быть первым в деревне, чем последним — в городе...

Однако Арсений Арсеньевич Модестов и в Москве стал «не последним». Напротив, проработав какое-то время главным специалистом, вскоре возглавил лабораторию медико-социальных проблем охраны здоровья детей в Научном центре здоровья детей РАМН, стал преподавать студентам московских вузов. Он — член нескольких диссертационных советов, в том числе и нашего КрасГМУ, и активно участвует в подготовке научных кадров. Им уже подготовлено около десятка докторов и свыше трёх десятков кандидатов медицинских наук.

Но главное — он не порывает связей с родной альма-матер, с её коллективом, с городом, где родился и вырос. Да, среди нынешних москвичей выходцев из Красноярского края немало, есть среди них доктора наук и профессора, но только один из них удостоен звания «официальный представитель КрасГМУ в Москве». Я даже удостоверение выписал для него соответствующее... Мало того, что он, являясь заместителем председателя диссертационного совета КрасГМУ, несколько раз в год приезжает на защиту диссертаций в Красноярск, он ещё представляет интересы нашего вуза и на совещаниях ВАК. Да и в любых властных структурах тоже.

И нет такой проблемы, которую бы он не решил. Только последний пример: перед последней аттестацией и аккредитацией вуза понадобился срочный документ — а уже нерабочее время, — и достать в Москве его некому. Звонок Модестову, и всё у него «закрутилось». Уж как он там поступает, не знаю. «Не пускают в дверь, — говорит, — лезу в окно», но вскоре нужный документ самолётом был доставлен в Красноярск и лежал у меня на столе.

Иван АРТЮХОВ,
ректор Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, профессор.

НА СНИМКЕ: А.Модестов (справа) и И.Артюхов.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 14 (1781)

В педиатрической герниологии продолжается накопление клинического опыта, изучаются этиология и патогенез различных форм грыж, анализируются результаты многих способов грыжесечения, среди которых выделены наиболее надёжные и патогенетически обоснованные. Однако на сегодняшний день нельзя утверждать, что результаты этих операций удовлетворяют. Рецидивы заболеваний при паховом грыжесечении составляют от 1,2 до 4% случаев, особенно в младшей возрастной группе больных. Такие осложнения, как высокое стояние яичка на стороне операции и приобретённый крипторхизм, отмечают в 9% наблюдений, уменьшение объёма яичка, различные степени его атрофии в отдельных регионах страны достигают 30-50% случаев. Имеют место осложнения, проявляющиеся у этих больных не сразу, а по достижении ими половой и социальной зрелости, которые ведут к ограничению фертильности. Они проявляются не только ятрогенными нарушениями анатомических соотношений в семявыносящей системе, нарушением функции её структур, но и нарушением становления психологического статуса ребёнка. Особо отметим осложнения грыжесечения у девочек, когда в ходе операции пересекают круглую связку матки, что приводит к трудностям становления менструального цикла и также к ограничению фертильности. Положение усугубляется при двустороннем грыжесечении.

Хирургическая анатомия брюшной стенки и анатомо-физиологические особенности возникновения паховых грыж у детей

Передняя брюшная стенка делится на два боковых и один средний отделы. Наибольшие различия в строении указанных отделов касаются среднего (мышечно-апоневротического) слоя.

Кожа передней брюшной стенки тонкая. Прочное её соединение с подлежащими образованиями отмечается лишь в области пупка. Подкожная жировая клетчатка, как правило, распределена неравномерно, в основном по средней линии, особенно в надлобковой и паховых областях. Поверхностная фасция брюшной стенки ниже уровня пупка состоит из двух листов. Поверхностный листок имеет рыхлое строение и содержит в своих отростках большое количество жира. Глубокий листок поверхностной фасции (фасция Томпсона) представляет собой прочное образование, которое у детей ошибочно можно принять за апоневроз наружной косой мышцы живота.

Собственная фасция живота тонкая, рыхлая, с возрастом постепенно уплотняется. Она прикрепляется к паховой связке, к краям поверхностного отверстия пахового канала.

Мышцы живота развиты слабо и трудно дифференцируются одна от другой. Переход мышечной части в апоневротическую у детей раннего возраста проходит без чёткой границы. Нижняя ножка апоневроза наружной косой мышцы живота обычно прочнее, чем верхняя. Внутренняя косая мышца живота более развита в нижнем отделе, где от неё отходят волокна к семенному канатику (m. cremaster). Переход мышечной части поперечной мышцы живота в апоневротическую у новорождённых и детей раннего возраста происходит без резких границ, поэтому полулунная линия у них слабо выражена. Интенсивное развитие мышц живота наблюдается с того момента, когда ребёнок начинает ходить: постепенно увеличивается их масса, укрепляются апоневрозы.

Поперечная фасция тонкая, непосредственно соприкасается с париетальной брюшиной, так как предбрюшинная клетчатка слабо развита. Она начинает проявляться после 2-летнего возраста, постепенно становится более выраженной, особенно в период полового созревания.

Подвздошно-паховая область занимает особое положение среди анатомических образований передней брюшной стенки, так как здесь чаще всего формируются ventральные грыжи. Последнее обстоятельство особенно у взрослых больных связано с наличием здесь «слабого места», так называемого пахового промежутка. Под паховым промежутком понимают пространство, которое ограничено сверху нижним краем внутренней косой мышцы живота, снизу – пупартовой связкой, медиально – наружным краем прямой мышцы живота. Паховый промежуток выполнен рыхлой клетчаткой, семенным канатиком или круглой связкой матки. Поэтому степень прочности брюшной стенки в паховой области в значительной степени определяется высотой пахового промежутка: чем выше уровень стояния нижнего края внутренней косой и поперечной мышц, тем слабее брюшная стенка, иначе говоря, более выражены диспластические процессы. Об этом же свидетельствует и характер формы пахового промежутка. Он может быть щелевидной, округлой, овальной или треугольной формы. При овальной

Паховые грыжи у детей

и особенно треугольной формах пахового промежутка сокращения внутренней косой и поперечной мышц живота не сопровождается закрытием пахового промежутка и, таким образом, создаются благоприятные условия для выхождения содержимого брюшной полости в предуготованный грыжевой мешок.

В паховом канале выделяют четыре стенки – переднюю, верхнюю, заднюю и нижнюю и два отверстия – глубокое и поверхностное. Передняя стенка пахового канала образована апоневрозом наружной косой мышцы живота, верхняя – волокнами внутренней косой и поперечной мышц живота. Заднюю стенку пахового канала образует поперечная фасция живота (fascia transversalis), представляющая у детей нежную пластинку. С возрастом происходит её укрепление, особенно в области медиального края латеральной паховой ямки за счёт так называемой межъямковой связки. Поперечная фасция живота в области латеральной паховой ямки формирует глубокое паховое кольцо. Нижнюю стенку пахового канала составляет lig. inguinale (пупартова связка).

Поверхностное паховое кольцо (annulus inguinalis superficialis) образовано за счёт расщепления апоневроза наружной косой мышцы живота на две ножки – верхнюю, прикрепляющуюся к передней поверхности лонного сочленения, и нижнюю, заканчивающуюся на tuberculum pubicum. Сверху образовавшаяся треугольная щель прикрывается межъямковыми волокнами – fibrae intercrurales, закругляющимися вокруг семенного канатика или круглой связки. Снизу и изнутри поверхностное паховое кольцо ограничено волокнами связки lig. reflexum. Диаметр поверхностного пахового кольца у детей первого года жизни равен 0,7-1,4 см (Ю.Мирлес), в возрасте до 14 лет – от 1 до 3 см, паховый канал у детей относительно короткий, но широкий. Длина его у детей 1-го года жизни колеблется от 0,5 до 2,5 см. С возрастом и раскрытием крыльев подвздошных костей он удлиняется, а ход его становится более косым. Поверхностное паховое кольцо располагается выше, чем у взрослых, и по мере роста ребёнка оно постепенно смещается книзу. Подчёркнём необходимость знания этих закономерностей, ибо они во многом определяют выбор метода грыжесечения. Паховый канал у детей выполнен нередко необлитерированным влагалищным отростком брюшины и распластанными на нём элементами семенного канатика или дивертикулом Нукке и круглой связкой матки у девочек. Влагалищный отросток брюшины часто бывает открытым, что предопределяет превалирование образования у детей косых форм паховых грыж. Их прямые формы не исключены, но представляют чрезвычайную редкость. Однако число детей с незарощёнными влагалищными отростками брюшины в постнатальном периоде уменьшается.

В состав семенного канатика входят: семявыносящий проток (ductus deferens), кровеносные и лимфатические сосуды (a.; v. ductus deferentis), артерии и вены яичка (a. et v. testicularis), образующие густое венозное сплетение. Вместе с семенным канатиком в паховом канале находится терминальный отдел n. ileoinguinalis, n. genitofemoralis.

У девочек, кроме дивертикула Нукке (тот же влагалищный отросток брюшины), в паховом канале располагается круглая связка матки, а также артерии и вены. По выходе из пахового канала круглая связка матки распадается на многочисленные волокна, заканчивающиеся в подкожной клетчатке больших половых губ в виде «гусиной лапки».

Формирование паховой области у ребёнка находится в тесной связи с процессом миграции гонад. В течение первых 3 месяцев внутриутробной жизни гонады располагаются в забрюшинном пространстве, где лежат латерально от позвоночника, с трёх сторон окружённые брюшиной, в которой проходят сосуды, а у плодов мужского пола – и семявыносящий проток. От нижнего полюса яичка в забрюшинном пространстве отходит соединительнотканый тяж, так называемый проводник яичка (gubernaculum testis, s. hunteri). На уровне будущего глубокого пахового кольца gubernaculum testis проникает в мошонку и там веерообразно рассыпается. По мере развития плода происходит процесс опускания яичка из забрюшинного пространства в паховую область, а затем в мошонку. Во время следования яичка к будущему глубокому отверстию пахового

связки и задняя поверхность листка широкой фасции бедра, сзади – глубокий листок широкой фасции, снаружи – медиальная стенка бедренной вены и её фасциальное влагалище. Бедренный канал имеет почти вертикальное направление, его длина у взрослых 2-3 см.

Бедренные грыжи могут возникать и в других местах вышеуказанных лакун – hernia ligamenti lacunalis, hernia femoralis praevascularis, hernia femoralis retrovascularis, hernia femoralis lateralis. Через какие бы из названных грыжевых ворот не выходил отросток париетальной брюшины, на бедре он попадает под широкую фасцию, отходящую от наружной поверхности пупартовой связки. Перед брюшиной выпячивается предбрюшинная жировая клетчатка, а также жировая ткань Скарпова треугольника с решётчатой фасцией.

Этиология и патогенез

Согласно современным представлениям, в основе происхождения грыж передней брюшной стенки у детей, в том числе паховых, лежат следующие факторы: 1) нарушение генной информации (многие

наследственно обусловленные патологические синдромы сопровождаются наличием грыж); 2) разнообразие тератогенные воздействия (физические, химические и биологические, а также инфекционные); 3) дефицит дифференцирующих гормонов матери и плода. Перечисленные факторы, повреждая воздействуя на соединительную ткань плода, обуславливают задержку внутриутробного развития, что связано с недостаточным образованием коллагеновых волокон соединительной ткани. Это проявляется в порочном формировании органов и тканей, прежде всего мезенхимального происхождения – кожи, апоневроза, мышц, костей и т.д., а также всех каналов брюшной стенки, в том числе структур пахового канала. Следовательно, паховые грыжи можно рассматривать как пороки развития, связанные лишь с ограниченным поражением соответствующих дивертикулов брюшины, что преобладает у детей. Вместе с тем эти пороки могут сопровождаться повреждением других тканей, органов и систем организма (см. схему).

Наличие дивертикулов брюшины у плода в типичных местах появления грыж установлено давно. Однако в первые месяцы жизни после рождения ребёнка большинство дивертикулов облитерируется. У части детей, родившихся с соответствующим фоном, они остаются, представляя собой по сути предуготованный грыжевой мешок. Таким образом, паховые грыжи за редким и труднопредсказуемым исключением – это грыжи врождённые и косые по форме: выхождение внутренних органов происходит в необлитерированный дивертикул брюшины. Как правило, это происходит на фоне относительной незрелости структур, образующих грыжевые каналы, диспропорции их роста в процессе развития ребёнка.

Так, у большинства наблюдаемых детей отмечают несоответствие роста и массы тела, когда первый показатель значительно опережает второй.

Паховые грыжи составляют 92-95% всех грыж и в 55% наблюдений отмечены в первые недели и месяцы жизни ребёнка. При паховой грыже через паховый канал в незарощённый влагалищный отросток брюшины могут выходить внутренние органы (косая грыжа). К моменту рождения влагалищный отросток брюшины у 20-30% детей облитерирован, у 70-80% имеет место полное или частичное незарощение его. При полном незарощении отростка, когда органы брюшной полости смещаются в мошонку и яичко проникает в просвет грыжевого мешка, образуется яичковая грыжа. Незарощение лишь проксимального отдела влагалищного отростка ведёт к образованию канатиковой грыжи. Правое яичко мигрирует позднее левого, поэтому правый вагинальный отросток закрывается также позднее. Поэтому правосторонняя паховая грыжа встречается в 3 раза чаще, чем левосторонняя. Двусторонняя локализация грыжи отмечается реже.

У девочек дивертикул Нукке (аналог влагалищного отростка брюшины) в большинстве наблюдений к моменту рождения облитерирован, поэтому грыжи у них образуются в 10-12 раз реже, чем у мальчиков.

Клиника и диагностика

Признаки паховой грыжи типичны. Родители или ухаживающий за ребёнком персонал обнаруживают в паховой области выпячивание округлой или овальной формы, которое увеличивается при крике и беспокойстве, а в спокойном состоянии уменьшается или исчезает. Нередко припухлость некоторое время остаётся незамеченной из-за небольших размеров и выраженного подкожного жирового слоя паховых областей. Иногда первым проявлением грыжи служит её ущемление. Лишь в 45% наблюдений грыжевое содержимое опускается в мошонку, вызывая её асимметрию. У девочек выпячивание чаще заполняет область поверхностного пахового кольца, но грыжа может опускаться дистальнее, занимая всю большую половую губу.

Диагноз паховой грыжи основывается на уточнении данных анамнеза, наружном осмотре и тщательном пальпаторном исследовании. При пальпации грыжевое выпячивание представляется болезненным, гладким, эластичной консистенции. Его содержимое в большинстве случаев легко вправляется в брюшную полость с характерным урчанием. Исследуют поверхностное паховое отверстие введённым через ввёрнутую мошонку мизинцем. Семенной канатик ощупывают указательным и большим пальцами с каждой стороны одновременно двумя руками. Симптомы утолщения се-

(1,2%), крипторхизм (0,96%), варикоцеле у детей старшей возрастной группы (1%). Нередки сочетанные пороки: гипоспадия (0,5%), экстрофия мочевого пузыря (0,4%), пупочная грыжа (0,3%), кривошея (0,01%), высокое стояние лопаток (0,01%) и т.п. У большинства мальчиков при наличии паховой грыжи бывает длинная и узкая крайняя плоть, что обуславливает целесообразность обведения крайней плоти в конце операции, а по показаниям – циркумцизии. Грыжа отмечена также у больных с синдромом Дауна (0,2%), характеризующимся общим диспластическим процессом. При сахарном диабете (0,06%) показано особое ведение предоперационной подготовки, операции и послеоперационного периода.

Следовательно, паховая грыжа у детей, являясь зачастую одной из форм проявления поражения мезенхимы, требует учёта возможных сочетанных поражений для обоснованного выбора метода операции.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику паховой грыжи проводят прежде всего с сообщающейся водяной оболочкой яичка. Для водянки характерно уменьшение выпячивания по утрам, после сна. Уверенность в диагнозе повышается, когда после длительного осторожного давления на мошонку скопление жидкости постепенно уменьшается и ис-

грыжесечение у новорождённого выполняют в детском хирургическом учреждении, где имеется центр или отделение хирургии новорождённых. При неосложнённой паховой грыже, сопровождающейся недоношенностью, гнойничковыми поражениями кожи, опрелостями, пневмонией и пр., показано оперативное лечение в более позднем возрасте (обычно после 6 месяцев).

Метод операции. В общей герниологии, в развитии которой преобладает морфологическое направление, сделан шаг к повышению радикальности оперативных методов лечения грыж. Главной целью здесь является надёжное закрытие грыжевого дефекта брюшной стенки. Эти анатомические принципы лежат в основе распространённых методов Бассини, Постемпского и ряда их модификаций, которые используют в настоящее время при всех формах грыжесечения у взрослых.

В детской практике независимо от возраста больного применяют различные способы операций: от простой ампуляции грыжевого мешка до сложных реконструктивных методов, предусматривающих укрепление задней стенки пахового канала. Вместе с тем большинство детских хирургов после удаления грыжевого мешка замыкают паховый канал 1-2 швами по способу Черни (или, как принято его называть, Ру – Краснобаева). За рубежом применяют способы Mitchel-Banks и Fergusson.

не рассекая апоневроза, или в глубоком – путём создания «окна» в апоневрозе или рассекая переднюю стенку пахового канала полностью. Элементы семенного канатика снимают на участке шириной до 1 см, узкой полоской, охватывающей шейку, которую затем соответствующим образом обрабатывают. Дистальную часть грыжевого мешка не удаляют, так как влагалищный отросток брюшины у ребёнка интимно связан с элементами семенного канатика, окружающими его с разных сторон, в отличие от того, что наблюдают у взрослых. Исключение составляют дети, у которых грыжевой мешок утолщён, воспалён, имеет необычный вид (специфическое, blastomatозное поражение брюшины), в этом случае требуется морфологическое исследование. Операцию заканчивают наложением косметического субкутикулярного шва.

Принципиальное оставление дистального отдела грыжевого мешка независимо от того, является ли грыжа яичковой или канатиковой, продиктовано двумя соображениями. Как ни опытен хирург, как ни осторожно он выполняет вмешательство, всегда имеется реальная угроза повреждения элементов семенного канатика, лимфатических путей, образования макро- и микрогематом и косвенного влияния на трофику яичка, особенно у детей раннего возраста. Именно поэтому некоторые хирурги после удаления мешка вынуждены заканчивать операцию проведением тампона через контрапертуру дна мошонки до пахового канала. Опасение образования водянки в оставленных оболочках не имеет оснований и не подтверждается катамнестическими наблюдениями.

Выделяют три группы больных в зависимости от возраста, пола, выраженности диспластических процессов, формы и длительности существования грыжи, характера её течения и анатомических изменений паховой области.

1-я группа – дети в возрасте до 5 лет. Апоневроз наружной косой мышцы живота не рассекают и ограничиваются высоким пересечением, проверкой, прошиванием и перевязкой шейки грыжевого мешка через поверхностное паховое кольцо. Если размеры недавно образовавшейся грыжи, в частности грыжевых ворот, невелики, а апоневротические и мышечные образования соответствуют возрастным нормативам, то показаний к пластике пахового канала нет.

2-я группа – дети в возрасте от 5 до 14 лет. Переднюю стенку пахового канала рассекают целиком или путём создания «окна» в апоневрозе над глубоким паховым кольцом с непосредственным выходом на брюшинную воронку и последующей её обработкой. Анатомическую целостность паховой области восстанавливают затем без какой-либо дополнительной апоневротической пластики.

3-я группа – больные любого возраста с большой грыжей, признаками общего соединительнотканного повреждения («малые пороки развития»), а также, если во время операции у них выявлен тот или иной дефект неполноценных апоневротических и мышечных тканей – порок развития всех структур паховой области. В этой группе выбирают более радикальные методы пластики. Апоневроз рассекают широко. После пересечения шейки грыжевого мешка и её обработки, при высоком паховом треугольнике внутреннюю косую и поперечную мышцы фиксируют 2-3 швами к пупартовой связке. Пластику чаще заканчивают дубликатурой апоневроза по методу Мартынова. По показаниям выполняют пластику по способу Жирара – Спасокукоцкого, иногда со швами по методу Кимбаровского. У отдельных детей с выраженными признаками диспластического развития и особенно при наличии синдрома Элерса – Данло приходится прибегать к упрощённому укреплению даже задней стенки пахового канала. Отметим, что грыжесечение у больных с синдромом Элерса – Данло, который сопровождается порочным развитием сосудистой системы, ломкостью сосудов, требует деликатной техники и тщательного гемостаза во избежание серьёзных осложнений.

(Окончание следует.)

Алексей ОКУЛОВ,
заведующий отделом,
профессор.

Дмитрий БРОВИН,
старший научный сотрудник,
кандидат медицинских наук.

Кирилл МИРАКОВ,
старший научный сотрудник,
кандидат медицинских наук.

Елена ВОЛОДЬКО,
ведущий научный сотрудник,
доктор медицинских наук.

Отдел детской хирургии
Научно-исследовательского центра
Российской медицинской академии
последипломного образования.

Патогенез образования паховой грыжи у детей



менного канатика с одной из сторон свидетельствует о наличии грыжи. Определяют состояние яичек в мошонке и выраженность кремастерного рефлекса.

У девочек ощупывают паховую область, особенно тщательно паховую промежутку. Вызывает затруднения распознавание грыжи придатков матки, когда последние спускаются в область большой половой губы. Ректальное пальцевое исследование с одновременной пальпацией другой рукой области грыжевого выпячивания помогает уточнить диагноз. Для грыжи характерен тяж, идущий в канал. Всегда исследуют контрлатеральную паховую область.

Положительные результаты исследования наряду с уточнёнными данными анамнеза делают диагноз паховой грыжи несомненным.

Клинические проявления паховой грыжи у ребёнка соотносятся со степенью внутриутробной задержки развития. Наряду с классическими симптомами грыжи при внешнем осмотре выявляют следующие признаки: расширенное переносе, варусная девиация мизинцев или их укорочение, эпикант, высокое нёбо, диспластичные и низкорасположенные ушные раковины, низкая линия роста волос на затылке, антимонголоидный разрез глаз, различные мышечные и костные деформации (дисплазия тазобедренного сустава, плоскостопие и т.д.). Кроме этих «малых пороков развития» возможны поражение ЦНС с очаговыми неврологическими симптомами, признаки олигофрении, поражения мочевыделительной системы. Отмечают крайнюю степень внутриутробного повреждения соединительной ткани в виде синдрома Элерса – Данло. Грыжа при этом является лишь одним из симптомов и сочетается с гиперпигментацией, гиперэластичностью кожи, гиперэкстензивностью суставов, ломкостью сосудов и поражением сердечной мышцы. Перечисленные патологические признаки в разных степенях выраженности и сочетаниях отмечают у 40% больных. Нередко выявляют патологию контрлатеральной паховой области при односторонней паховой грыже: водянку оболочек яичек и семенного канатика

чезает. Отличительными признаками служат также отсутствие напряжения, флюктуации, положительные результаты диафаноскопии (осмотр стенок мошонки в проходящем луче света). Изолированная водянка оболочек яичка имеет овальную форму, более напряжена, от давления не изменяет форму. Отличить кисту семенного канатика труднее. Её безболезненность, очерченные гладкие границы, овальная форма, эластическая консистенция, не изменяющийся при осторожном надавливании объём, неполное вправление в брюшную полость позволяют установить правильный диагноз.

При дифференциальной диагностике с крипторхизмом в форме эктопии яичка в сочетании с грыжевым выпячиванием внимание сосредоточивают на основном симптоме – отсутствии яичка в мошонке.

Паховую грыжу иногда принимают за увеличенный лимфатический узел Пирогова – Розенмюллера, который располагается ниже и под паховой связкой, а также с различными опухолями паховой области (дермоидная киста, ангиома и т.д.). Особую осторожность проявляют при дифференциальной диагностике паховых грыж у девочек, особенно двусторонних. При этом в поэтапный план оценки включают осмотр гениталий на предмет выявления гинатрезий. Именно так проявляются некоторые формы нарушения формирования пола, например синдром тестикулярной феминизации (синдром Морриса).

Аналогичные характеристики имеет киста Нукке у девочек. Однако топически она может располагаться в любом месте на линии от глубокого пахового кольца до большой половой губы.

Лечение

Методом выбора является оперативное лечение паховой грыжи. Современное развитие детской хирургии, анестезиологии, службы реанимации и интенсивной терапии позволяет проводить операции у детей любого возраста. Однако плановое

Профессиональная деятельность заведующего кафедрой офтальмологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, профессора Евгения ЕГОРОВА всегда была тесно связана с базисными и прикладными аспектами офтальмофармакологии, а также патогенезом, клиникой и лечением глаукомы. За разработку и внедрение микрохирургических технологий для лечения глазных болезней ему в 2000 г. присуждена премия Правительства РФ. Несколько лет Евгений Алексеевич Егоров был главным офтальмологом Медицинского центра Управления делами Президента РФ и является консультантом по офтальмологии по настоящее время. Он – президент Российского глаукомного общества, руководитель Московского городского глаукомного центра.

Но сегодня мы говорим с профессором Егоровым не о проблемах лечения глаукомы, хотя мимо этой темы никак не пройдёшь, а касаемся российской офтальмологии в целом, её проблем, одни из которых сегодня решаемы, а вот решение других – задача очень непростая. Но Егоров – оптимист.

– Состояние офтальмологии в стране отражает состояние всей нашей медицины, – говорит учёный. – Сейчас у нас есть многое из того, что превосходит границу, хотя вроде как мы отстали и там и сям... Мы проигрываем в тех случаях, когда дело касается не методик, а аппаратного обеспечения. Увы, эта база у нас и раньше не отличалась особыми достижениями, а в настоящее время тем более.

Длительное время я возглавлял офтальмологическую комиссию по новой медицинской технике, современной аппаратуре – диагностической, лечебной, и одновременно руководил специализированной комиссией по офтальмологии в фармкомитете. Невольно сравнивал то, что делается в нашей стране и что за рубежом, какие были затрачены колоссальные деньги на развитие аппаратного комплекса, причём не только для офтальмологии, но и для других отраслей медицины. Всё это происходило на фоне отстающей материально-технической базы. Средства тратили огромные, а выход был маленький.

Вот вам пример. Ещё в советское время мы создали аппаратный комплекс, который оказался выше мировых стандартов. Прибор предназначался для исследования рефракции глаза – близорукости, дальнозоркости, изменения роговицы. С помощью такого комплекса можно было очень точно определять все изменения в глазу. Но когда разработчики из ленинградского ЛОМО привезли прибор на комиссию и с ним техническую документацию, я сразу понял: что-то здесь не то. Выясняется, что все эти высокие достижения были получены в эксперименте на муляжном глазу! И когда мы стали переносить всё на живой глаз, дело застопорилось. Живой-то глаз постоянно находится в движении, он не может смотреть в неподвижном состоянии, а всё время вырисовывает какие-то картинки, делает микродвижения, сканирует одним словом. Только в этом случае он получает объёмное целостное изображение. Да, уникальный прибор для суперточного определения всех изменений глаза был создан, но – при его неподвижности. Потратили огромные деньги, а результат – ноль. А лазерные технологии... Ведь первый лазерный прибор, который использовался в технологии, был наш, отечественный. Но за рубежом не дремали: быстро взяли на вооружение всё то, что мы разработали, и, как говорится, вперёд! Потом ещё лет 20 за границей производили оборудование, используя наши

который позволил врачу заглянуть внутрь глаза, увидеть его внутренние оболочки и получить новые знания. Врачи начали ставить правильные диагнозы, что раньше было невозможно: обычный анамнез такое не позволял. Благодаря Гельмгольцу офтальмология выделилась в самостоятельную специальность.

– Евгений Алексеевич, а возможно ли использовать дорогостоящее и сложное оборудование, скажем, в поликлинике, на амбулаторном приеме?

– Вот тут-то и заключается заковыка: с одной стороны,

но я уверен, что определённая часть этой техники всё равно использоваться не будет, что обидно. Видимо, нужен какой-то другой подход. Может быть, создавать обычный приём пациентов и приём консультативного плана. В трёх поликлиниках, к примеру, идёт обычный приём, а в четвёртой – усиленный, где у врача окажется больше времени на одного пациента, и он уже с толком сможет использовать современную технику. К этому вопросу – с оборудованием – нужно подходить очень серьёзно, взвешенно. Если вложены колоссальные деньги, то должна быть и отдача.

существенно хуже. Система подготовки врачей – это, как известно, интернатура, ординатура. Учёбу проходят на клинической базе, но обучаются-то они официально в составе кафедр. Мы не можем использовать в полном объёме клиническую базу больницы (в конкретном случае – ГКБ № 15), так как в первую очередь больницы предназначены для лечения больных, а не для обучения молодых врачей. Получается, что мы сами себе сужаем вот эту базу подготовки высококвалифицированных кадров. Теперь ещё вот что: если сотрудник

НОВАЯ РУБРИКА: Экспертный уровень

Офтальмология: дорогу осилит идущий

Средства колоссальные, а отдача маленькая. Почему?



«лазерные сердца». Ну а мы так и не смогли никого догнать...

– Несмотря на то, что многие приоритеты – российские, мы до сих пор получаем оборудование «оттуда»? Обидно.

– Лазерная составляющая у отечественных производителей есть, но не очень хорошо идёт хирургическое направление, а вот терапевтические результаты – на высоком уровне. Не отстаём. Да, комплекты получаем из стран зарубежья, но проблема эта, повторюсь, – всей отечественной медицины, не только офтальмологии. А для нашей области в первую очередь нужна аппаратура и только аппаратура. Врачи у нас прекрасные. Можно очень многое делать, но без современного оборудования мы бессильны помочь пациентам.

Давайте вспомним выдающегося немецкого учёного Гельмгольца, создавшего, казалось бы, очень простенький прибор,

мы жалуемся на нехватку современной аппаратуры, а вот с другой... Некоторые горячие головы выступают за инициативой: давайте насытим приём врача суперновейшим оборудованием, как за рубежом, но при этом забывают, что всё должно быть соразмерно. Представим себе: врач должен принять за свою смену 50 больных. Сумеет ли он воспользоваться этой современной аппаратурой? А ведь нередко он принимает один, без медсестры. И есть ли у врача время тщательно обследовать больного, понять, какие результаты он получил, воспользовавшись приборами? Не будет ли это дорогостоящее оборудование стоять и пылиться?

Хочу сказать вот о чём: в С.-Петербурге сейчас очень хорошо методически организована работа поликлиник офтальмологического профиля. Там закуплено дополнительное количество техники, сделаны ремонтные

на Западе, конечно, пациенту уделяется столько времени, сколько ему нужно. Но там вообще всё по-другому. Другое оборудование, другой лимит времени... Офтальмология фокусируется в основном в частных кабинетах. Оперативное вмешательство занимает за рубежом гораздо меньше времени, чем у нас. К примеру, всё, что связано с катарактой, у них делается амбулаторно. У нас – только стационарно, человек находится в больнице несколько дней.

Теперь в России, как известно, тоже есть медицина не только государственная, но и коммерческая. В последней как раз оборудование хорошее, но знаете, чем она грешит и что настораживает? Ранняя хирургия катаракты. Ведь до чего дошли? Человек видит на 80%, а ему говорят: надо оперироваться! Оперировать надо при 40% зрения.

В настоящее время подмечена интересная тенденция: в зависимости от состояния российской экономики люди поворачиваются то в сторону частной медицины, то в сторону государственной. Сейчас идёт приток в бесплатную медицину.

Но, понимаете, оборудованием, а врачи наши в подавляющем большинстве по своему уровню ничуть не хуже зарубежных коллег.

– Вы – член городской аттестационной комиссии. Что можете сказать в целом о подготовке и обучении российских врачей?

– Если уж говорить откровенно, то всё-таки многие доктора грешат старым запасом знаний. К сожалению, нет у них жёсткой необходимости постоянно повышать свои профессиональные навыки. Нужна заинтересованность в результатах обучения. Может быть, уместна система с баллами. Сходил на конференцию, поучаствовал в её работе – получи определённое количество баллов. Прошёл курсы усовершенствования – опять в плюсе, то есть необходимо что-то делать, иначе далеко не уйдём.

За последние годы техническое оснащение кафедр стало

кафедры не является хотя бы на четверть ставки сотрудником больницы – он не имеет права подходить к больному. И это законно. Просто нам идёт навстречу администрация, главный врач, а на самом деле одна проблема цепляется за другую.

Если рассуждать глобально, то мы имеем достаточно серьёзные возможности для того, чтобы внедрять в офтальмологию новейшие технологии. Наши ведущие научные институты абсолютно соответствуют по уровню работы всем высокотехнологичным зарубежным центрам. Очень мощно работает МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова – серьёзная система для всей страны. А ведь были мысли о том, чтобы его расформировать. Да-да, не удивляйтесь. То есть разделить, и перевести филиалы в разряд местных областных больниц. К счастью, идея не прошла. Филиалы остались в структуре комплекса. А если бы это произошло, офтальмология очень много потеряла бы, всё бы просто-напросто рассыпалось – и научный процесс, и учебный... Там же работают высококвалифицированные профессионалы, обученные, и работают на самом передовом оборудовании, делают современные операции.

Есть у нас академический НИИ глазных болезней, Московский имени Гельмгольца – прекрасный методический центр. Нам есть чем гордиться. Именно у нас в стране была разработана масса хирургических методик. На Западе они тоже существуют, однако носят более прикладной характер, чем у нас.

– Иначе говоря, научный уровень нашего здравоохранения в области офтальмологии был и остаётся выше, чем за рубежом?

– Без сомнения. У российской офтальмологии есть крепкая и здоровая основа, ещё с советских времён остались некатанные методики, которые до сих пор работают. Например, та же диспансеризация, прекрасно выстроенная с методической точки зрения, и многое другое.

Зарубежные коллеги по сей день ссылаются на советско-российский опыт, перенимая его...

Сейчас я постоянно говорю: нужно исходить из реальности. В настоящее время крайне важно правильное снабжение, правильное усовершенствование кадров, и чтобы эти кадры были заинтересованы в учёбе. Если, например, наш Российский национальный исследовательский государственный

в некоторых регионах хирурги не хотят оперировать глаукому. Заболевание сложное, и при нём очень трудно что-то предсказывать. Вообще глазных болезней стало сейчас гораздо больше, мы объясняем это тем, что люди дольше живут. Обычная глаукома может начаться в 40 лет, а к 70 годам процент значительно увеличивается, так как стареют структуры глаза. Есть заболевания, которые напрямую



медицинский университет им. Н.И.Пирогова не будет получать в достаточном количестве современной аппаратуры, мы не сможем обучать врачей и внедрять новейшие методики. Просто начнём терять кадры. Словом, проблем очень и очень много, но опускать руки нельзя. Нужно идти вперёд.

— А что вы скажете о фармацевтической промышленности?

— Она не дееспособна. К сожалению, и в советское время собственных лекарств на 100% у нас не было. Мы развивали фармацевтическую промышленность где угодно, причём на свои деньги, только не у себя. Подавляющее количество лекарств шло из стран СЭВ, немного получали из дальнего зарубежья. Так всё и осталось. В Польше, Венгрии, других странах Восточной Европы фармацевтическая промышленность существует, у нас она начинает развиваться, но медленно. Практически все фармсредства закупаются за рубежом, в том числе и для производства офтальмологических препаратов. Ну как можно лечить, если сами ничего не разработали?

А сейчас я хочу рассказать вам одну маленькую хитрость. Знаете ли вы, что даже размер капли для глаз имеет значение? Капля не вся остаётся там, где нужно. Фактически в конъюнктивный мешок попадает только её половина. И когда на рецепте пишут — закапывать по две капли, это правильно. Вторая капля — контрольная. И ещё одна хитрость: нельзя закапывать быстро. Вторая капля должна попасть в глаз минут через 10-15, иначе она может вымыть первую, которая не успела впитаться. Учу этому молодых докторов. Тем более что в глаукоме, например, часто одним препаратом не обходится. Нужны комбинации.

— Вот мы и подошли к главному делу вашей жизни — глаукоме, о которой, полагаю, вы скажете хотя бы несколько слов.

— В последние 5 лет мы наблюдаем чёткое снижение хирургической активности в глаукоме. Дошло сейчас до того, что

зависят от возраста. Например, возрастная макулярная дегенерация. Очень неприятная вещь. Если глаукома крадёт зрение с периферии, постепенно, то при макулярной дегенерации выпадает центр. Начинается она примерно с 50 лет и связана с недостатком вещества, которое вырабатывается в глазу, — лютеина. Это, образно говоря, светозащитные очки, вмонтированные в сетчатку. И если в 60 лет мы имеем 3% больных, то в 70-80 лет — уже 30-40%. Макулярная дегенерация становится большой проблемой для долго живущих людей, но, к счастью, существуют методики, которые профилактируют это заболевание.

Но должен вам сказать, что в целом офтальмология — прекрасная специальность, из которой, как правило, не уходят. А хирургия в офтальмологии — это вообще песня. Здесь работают ювелиры, поэтому моральное удовлетворение очень высокое. Можете себе представить, что некоторые движения офтальмохирург делает между двумя ударами сердца? Вообразите, что вам нужно вскрыть так называемый шлемов канал диаметром 50 микрон. И вы его вскрываете! Работаете только сидя, руки находятся не на весу, а на специальном приспособлении, потому что стоя мы оперировать не можем, как в большой хирургии. Вот такие нюансы.

И когда я слышу о том, что часть российских граждан предпочитает лечиться за границей, не всегда могу объяснить их выбор. В своё время мы получили премию Правительства РФ за внедрение микрохирургических методик и микрооперационного инструментария. Так вот наш микрохирургический инструментарий ни в чём не уступает зарубежным аналогам, качество — высочайшее. Ну а проблемы... Что же, дорогу осилит идущий!

Беседу вела
Татьяна КУЗИВ,
корр. «МГ».

НА СНИМКАХ: Е.Егоров; перед офтальмологической операцией.

Фото
Татьяны ПУСТОВОЙТОВОЙ
и Александра ХУДАСОВА.

Анализ и прогнозы

Пользы меньше, чем вреда

Ведущие урологи России прогнозируют негативные последствия скрининга рака предстательной железы

В конце 2013 г. в журнале «Социальные аспекты здоровья населения» была опубликована статья коллектива учёных НИИ урологии и ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России во главе с директором НИИ урологии профессором О.Аполихиным «Индукцированные всеобщей диспансеризацией проблемы скрининга рака предстательной железы в Российской Федерации».

В ней на основе моделирования последствий диспансеризации мужского населения РФ и с учётом существующей в сфере здравоохранения ситуации представлен прогноз проблем, которые могут возникнуть в результате проведения массового скрининга рака предстательной железы (РПЖ). Представляем краткое изложение содержания статьи с комментариями.

Проблемы диагностики

В настоящее время в России отсутствует единый стандарт выполнения анализа крови на простатспецифический антиген (ПСА). Используется продукция как минимум 5 производителей закрытых анализаторов и ещё около 15 открытых планшетных систем для исследования уровня ПСА, в которых применяются разные методики. Это, а также отсутствие единого стандарта калибровки ПСА приводит к тому, что в разных лабораториях получаются разные результаты.

Из-за отсутствия утверждённых возрастных норм в ходе диспансеризации будет применяться единый критерий нормы (менее 4 нг/мл) для совершенно разных возрастных групп, что будет способствовать выполнению большого количества ненужных биопсий. На результаты тестирования на ПСА также будет влиять отсутствие единых подходов к подготовке пациентов перед выполнением исследования, что приведёт к увеличению числа ложноположительных результатов.

Но наиболее фундаментальной проблемой диагностики являются несовершенство скрининга ПСА, низкие чувствительность и специфичность которого общепризнаны.

Все эти обстоятельства свидетельствуют о том, что скрининг ПСА в ходе диспансеризации будет сопровождаться большим количеством ложноотрицательных и ложноположительных результатов.

Потребности в биопсии предстательной железы

Результатом скрининга РПЖ в ходе диспансеризации станет резкое увеличение числа лиц с повышенным уровнем ПСА, которые будут рассматриваться как кандидаты на выполнение биопсии предстательной железы. Авторы исследования прогнозируют, что положительный результат теста ПСА возможен у 2 518 491 человек (15% от общего количества обследованных) в возрасте 50-75 лет. При этом они исходят из того, что у мужчин старше 75 лет не рекомендуется проведение скрининга РПЖ. Однако порядком проведения диспансеризации (приказ Минздрава России № 1006н от 03.12.2012) предусмотрен скрининг ПСА до 99 лет включительно, а это значит, что число лиц с положительным результатом может быть примерно на 25% больше.

Так как программа диспансеризации будет проводиться с периодичностью 1 раз в 3 года, вероятное количество лиц с повышенным уровнем составит 839 497 человек в год (без учёта

лиц 75-99 лет). Авторы отмечают, что ни численного состава медицинского персонала, ни материально-технической оснащённости медицинских учреждений недостаточно для осуществления такого объёма диагностической работы.

По их расчётам вследствие диспансеризации объём биопсий предстательной железы на каждого амбулаторного уролога может составить около 198 процедур в год. При этом в нашей стране не стандартизирована методика выполнения данной манипуляции и имеется очень широкий разброс техник выполнения биопсии в зависимости от оснащённости учреждения и квалификации персонала. Большое различие в подходах к выполнению биопсии предстательной железы и в уровне подготовленности врачей-специалистов существенно отразится на точности и достоверности полученных результатов, а также приведёт к резкому росту частоты различных осложнений после данной манипуляции.

Трудности патологоанатомической службы

Не готова к резкому росту числа биопсий и патологоанатомическая служба. По расчётам авторов статьи число гистологических исследований в год составит 8 643 456 (при 12-точечной биопсии). Исходя из норматива годовой нагрузки на одного врача-патологоанатома в 4 тыс. исследований, для обеспечения гистологического исследования биопсий предстательной железы потребуется 2161 врач-патологоанатом, в то время как на сегодняшний день в патологоанатомической службе России состоит всего 2960 врачей. Если учесть не включённых в расчёты авторов кандидатов на биопсию в возрастной категории 75-99 лет, то всем российским патологоанатомам придётся бросить другую работу и заниматься только исследованием биоптатов предстательной железы. Кроме этого, на данный момент в патологоанатомической службе отсутствует стандартизированный подход к постановке диагноза РПЖ.

Негативные стороны активного выявления РПЖ

Как показывают многочисленные исследования, активное выявление РПЖ имеет множество негативных сторон. Например, существует понятие «клинически незначимого РПЖ». Это те варианты заболевания, когда нет необходимости в проведении лечения, однако современные методы скрининга не позволяют

отличать их от требующих лечения агрессивных форм РПЖ. Кроме того, выявление РПЖ имеет негативные психологические стороны и вызывает социальную напряжённость населения.

Несовершенство скрининга ПСА и негативные последствия активного выявления РПЖ привели к тому, что Всемирная организация здравоохранения в специальном докладе, изданном ещё в 2004 г., рекомендовала национальным органам здравоохранения не организовывать массовый скрининг РПЖ в своих странах.

Выявлять, но не лечить?

Другим крайне серьёзным фактором, создающим колоссальную нагрузку на систему здравоохранения при проведении скрининга РПЖ, является лечение РПЖ как таковое. По расчётам авторов статьи, в результате всеобщей диспансеризации частота выявления РПЖ увеличивается в 6 раз и достигнет 28 552 случаев в год.

Исходя из возможной структуры первичного лечения РПЖ, авторы рассчитали, что в результате диспансеризации в нашей стране потребуется: радикальная простатэктомия — 95 300 случаев, лучевая терапия — 55 722, андрогенная депривация — 9721, аблативные методы — 9200, активное наблюдение — 3645. Эти цифры говорят сами за себя — для выполнения такого объёма лечебной работы отечественная система здравоохранения не располагает ни силами, ни средствами. Всё это будет усугубляться некачественным оказанием медицинской помощи больным РПЖ при современном состоянии оснащённости лечебно-профилактических учреждений и уровне подготовки медицинских кадров — от обсуждения этой проблемы авторы исследования предпочли воздержаться.

Экономическое бремя скрининга РПЖ

Расчёты авторов исследования, сделанные на основе существующих тарифов на медицинские услуги в системе ОМС, показали, что, по самым скромным подсчётам, затраты на выявление, стадирование и лечение РПЖ в результате всеобщей диспансеризации могут составить около 15,7 млрд руб., или 1% от всех государственных расходов на здравоохранение.

Но ещё более важным является то, что в связи с сомнительной эффективностью скрининга РПЖ в плане снижения смертности от данного заболевания все эти расходы не приведут к желаемому клиническому и экономическому эффектам, сопровождаясь при этом описанными выше негативными последствиями.

Хотя прямо об этом и не говорится, но общий смысл заключения статьи сводится к тому, что включение скрининга РПЖ в программу диспансеризации может принести больше вреда, чем пользы.

Подготовил
Валерий АКСЁНОВ,
кандидат медицинских наук.

Оренбург.

Долгие годы главной причиной раковых новообразований слизистой оболочки полости рта считали курение. Однако в последнее время в мире получил распространение так называемый ВПЧ-ассоциируемый рак, за счёт которого значительно выросла заболеваемость злокачественными опухолями полости рта в возрастной группе 25-30 лет. Один французский писатель сказал: «Поцелуи – самый приятный из всех избранных способов распространения микробов». Эту мысль подтвердило исследование, проведённое группой учёных из Великобритании, из которого следует, что поцелуи могут способствовать увеличению заболеваемости раком полости рта. За последнее десятилетие число зарегистрированных случаев данного типа злокачественного новообразования в Европе возросло на 25%. В США в последние годы рак полости рта вырвался на первое место, обогнав рак молочной железы и толстой кишки.

Об этой проблеме рассказывает заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Северного государственного медицинского университета, президент Фонда содействия по борьбе с онкологическими заболеваниями «СтопКанцер 29», профессор Александр МИНКИН.

– Александр Узбекович, врачебное сообщество Европы и США обеспокоено увеличением числа зарегистрированных случаев заболевания раком слизистой оболочки полости рта. Актуальна ли эта проблема для России?

– Злокачественные новообразования полости рта относятся к онкопатологии области головы и шеи. В Европе рак головы и шеи находится на шестом месте по распространённости. Он встречается приблизительно в 2 раза реже, чем рак лёгких, но в 2 раза чаще, чем рак шейки матки.

В 2012 г. в Европе выявлено более 150 тыс. новых случаев – это количество эквивалентно дважды целиком заполненному олимпийскому стадиону в Лондоне. Например, в структуре причин смертности населения Архангельской области второе место занимают злокачественные новообразования, а опухоли челюстно-лицевой области составляют 15% от общего числа раковых заболеваний. Причём они, как правило, относятся к разряду высокой степени злокачественности, для которых характерен быстрый рост и раннее метастазирование. Несмотря на увеличение числа заболевших, люди мало знают об этом виде онкопатологии, а потому исход при постановке данного диагноза в основном неблагоприятный: в 60% случаев рака головы и шеи фиксируют позднюю стадию заболевания, и 60% таких пациентов умирают на первом году с момента установления диагноза.

– В принципе, онкологическим заболеванием заразиться нельзя, но можно инфицироваться онкогенным вирусом, который, в свою очередь, индуцирует появление злокачественной опухоли. Что делается для того, чтобы население было более информировано в вопросах ранней симптоматики рака головы и шеи?

– Болезнь начинается с маленькой язвочки или нароста на слизистой оболочке полости рта, которые не беспокоят длительный период времени и постепенно увеличиваются в размерах. 90% людей, страдавших данным видом онкопатологии, могли бы быть живы, если бы обратились за квалифицированной помощью вовремя. В целях повышения осведомлённости среди населения о признаках и симптомах этого вида злокачественного новообразования Европейское общество исследователей головы и шеи (EHNS) инициировало проведение Первой общеевропейской недели ранней диагностики рака головы и шеи. В прошлом году Россия присоединилась к странам, в

В Архангельске с декабря 1979 г. работает специализированное отделение опухолей головы и шеи и организован консультативный приём специалистов в АОКОД, что выгодно отличает наш регион от многих территорий РФ. В клинике выполняется полный объём диагностических и лечебных мероприятий, проводятся сложнейшие хирургические вмешательства и пластические реконструктивные операции при обширных дефектах тканей после комбинированного лечения злокачественных новообразований. В распоряжении хирургов – современное высокотехнологичное оборудование и инструментарий. Например, операционный микроскоп и ультразвуковой

эффективно решать проблему ранней диагностики рака данной локализации.

– Кроме плохой осведомлённости населения, каковы ещё причины поздней постановки диагноза?

– Основные причины онкозапущенности – это бессимптомное течение начальных стадий, дефицит онкологов, большой процент изношенности медицинского оборудования во многих лечебных учреждениях и, что хотелось бы особенно выделить, недостаточная онконастороженность врачей и формальный подход к разбору ошибок в диагностике заболеваний. Опухоли полости рта относятся к визуальным локализациям, и, следовательно, их диагностика

специалисты этого профиля должны обращать особенное внимание?

– При осмотре больного обязательно необходимо использовать бимануальную пальпацию дна полости рта, языка, региональных лимфатических узлов, так как увеличение лимфатических узлов подбородочной, подчелюстной областей может свидетельствовать о наличии злокачественной опухоли. Обращать внимание на такие симптомы, как болезненные или безболезненные уплотнения на красной кайме губ, шероховатая бляшка, слегка возвышающаяся над окружающими тканями, сосочкового вида кровоточащая поверхность, длительно незаживающие язвы с валико-

Профилактика

Опасный поцелуй и его последствия

Что приводит к позднему выявлению рака ротовой полости



которых прошла неделя ранней диагностики, приняла участие в акции и наша область. Двери Архангельского областного клинического онкологического диспансера и областной клинической больницы были открыты для всех, кто пожелал пройти обследование. В дни открытых дверей приём населения вела мультидисциплинарная команда специалистов, в число которых также входили и сотрудники нашего университета.

– В рамках проведения Первой общеевропейской недели ранней диагностики в Архангельске было осмотрено более 50 человек, у одного из них было выявлено предраковое заболевание (пациент уже прооперирован), у 12 – обнаружены доброкачественные новообразования кожи и мягких тканей. Это хороший результат?

– Это средний результат по стране, учитывая то, что данное мероприятие в нашем городе практически не рекламировалось. Я думаю, что европейская неделя ранней диагностики – хороший повод ещё раз напомнить людям о необходимости ответственно относиться к своему здоровью. Тем более что в нашей области есть все возможности получить квалифицированную помощь специалистов при онкологических заболеваниях головы и шеи.

скальпель Harmonic, который предназначен для пересечения и коагуляции тканей. Кроме того, в областной клинической больнице имеется клиника челюстно-лицевой хирургии и лор-болезней и открыт консультативный приём соответствующих специалистов, где также проводятся уточняющая диагностика и отбор больных с предраковыми заболеваниями, доброкачественными и злокачественными «процессами» головы и шеи.

Работа профильных специализированных отделений проводится в тесном контакте и под руководством кафедр онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Северного государственного медицинского университета. Задача наших кафедр – теоретическая и практическая подготовка кадров по онкологии. Выявление больных с новообразованиями головы и шеи и первичная диагностика проводятся на местах главным образом врачами-стоматологами и лор-врачами, а также офтальмологами, дерматологами, нейрохирургами, невропатологами, эндокринологами, терапевтами и хирургами общей лечебной сети. Именно поэтому ведущие ЛПУ города и области должны оснащаться современным диагностическим оборудованием, которое позволит более

на ранних стадиях должна превышать 90% случаев, однако этого не происходит.

По сводным данным различных отделений опухолей головы и шеи, около 40% больных имеют запущенные формы злокачественных новообразований челюстно-лицевой области и шеи по вине врачей. Врач любой специальности любого лечебно-профилактического учреждения должен при осмотре пациента исключить симптомы, наводящие на онкологическую патологию. Ранняя диагностика злокачественной опухоли полости рта зависит от внимательности, в том числе, и врачей-стоматологов, их знаний в области онкологии, дальнейшей тактики в отношении больного.

Основные ошибки, приводящие к позднему выявлению раковых заболеваний, которые допускают врачи, – это игнорирование тщательного осмотра и пальпации подозрительных изменений губ, полости рта и языка у всех больных, обращающихся за медицинской помощью. Отсутствие у врачей онкологической настороженности заставляет больного ходить от специалиста к специалисту для уточнения диагноза, теряя при этом драгоценное время.

– В основном именно стоматологи первыми проводят осмотр полости рта. На что

образными краями, постоянная заложенность или скуровичные выделения из полости носа, ограничение открывания рта, онемение кожи подглазничных областей. Широкий охват населения плановой санацией полости рта также открывает перед стоматологами реальные возможности ранней диагностики злокачественных опухолей. В задачи, стоящие перед стоматологами, входит повышение медицинской грамотности населения, разъяснение необходимости неотложно обращаться к специалисту за помощью при первом появлении признаков какого-либо патологического процесса в челюстно-лицевой области. И конечно, устранение предрасполагающих факторов развития злокачественной опухоли и лечение предопухолевых заболеваний, ранняя диагностика злокачественных новообразований и своевременное направление пациентов в специализированные лечебные учреждения – онкологические диспансеры. А также профессиональный рост наших врачей.

Екатерина НЕМАНОВА.

Архангельск.

НА СНИМКЕ: осмотр на выявление онкопатологии головы и шеи проводит профессор Александр Минкин.

Фото автора.

В 1974 г. немецкий врач и учёный Харальд цур Хаузен совершил революцию в канцерогенезе, а спустя 34 года получил Нобелевскую премию в области медицины. Изучая вирус-индуцированные опухоли, он доказал взаимосвязь между вирусом папилломы человека и развитием рака шейки матки. В ходе исследований выяснилось, что онкогенный вирус взаимодействует с молекулой ДНК, поэтому в новообразованиях могут существовать комплексы ВПЧ-ДНК, которые и были впоследствии обнаружены. Беспорядочные половые связи, оральный секс, отсутствие гигиены полости рта – вот основные пути передачи вируса папилломы человека и, как следствие, увеличение числа случаев появления злокачественных новообразований полости рта в молодом возрасте. Некоторые из серотипов ВПЧ вызывают развитие крайне злокачественных форм заболевания, вирус обуславливает 40-80% всех орофарингеальных раков. Если человеку требуется ещё больше мотивации для того, чтобы быть более разборчивым в половых связях и поддерживать должную гигиену полости рта, теперь она точно есть.

За рубежом

Мигрирующая
патология

В XIX веке в микроскопии доминировал Р.Вирхов, поэтому слоистая структура бляшек, найденная в мозгу людей с предстарческой деменцией его учеником А.Альцгеймером, навела Вирхова на мысль о том, что отложения представляют собой некое крахмалообразное вещество, которое было названо «амилоид» (от amylos).

Чуть ли не век спустя стало ясно, что амилоид представляет собой отложения пептида – «осколка» большой молекулы протеина, который для краткости стали называть APP (Amyloid Precursor Protein). Пептид может состоять из 40 и 42 аминокислот, и первый из них очень важен для поддержания жизнеспособности нервных клеток, второй вариант активно полимеризуется, образуя упомянутые бляшки, отложения которых приводят к отмиранию аксонов – длинных неветвящихся отростков нейронов, а затем и гибели последних.

Два года назад сотрудники Колумбийского университета в Нью-Йорке сообщили в журнале PLoS One о трансинаптическом распространении – spread – таупатии, начинающейся в энторинальном комплексе, в мозгу мышей. В поддержании синапсов в рабочем состоянии участвует до сотни, если не больше белков. Вполне возможно, что среди них и «хороший» амилоид.

Но помимо него, при болезни Альцгеймера выделен также и тау-белок, молекулы которого образуют токсичные для нейронов tangles, или переплетения. На протяжении чуть ли не четверти века «амилоидники» и «таутисты» вели нескончаемые войны на предмет того, что важнее. В Колумбийском университете показали, что у молодых 10-месячных мышей тау-белок накапливается главным образом в аксонах, а у старых (больше 22 месяцев) «переносится» через синапсы в тела нервных клеток. Подчеркивалось также, что тауопатия начинается в энторинальном комплексе височной доли, а затем распространяется в нейроны извилинки морского конька (гиппокамп – отвечает за память и обучение) на основании последней, а также в клетки теменной коры. Но это было у мышей, а как процесс развивается у человека?

На это ответила статья тех же учёных, опубликованная в Nature Neurosci. Во-первых, они применили МРТ высокого разрешения (HR – High Resolution), который помог детально «рассмотреть» различные отделы мозга 96 пожилых людей, обследование которых продолжалось как минимум 3,5 года (у 12 из них развилась мягкая форма болезни). Во-вторых, было создано две модели генно-модифицированных мышей с избыточными количествами тау и амилоида, а также третья с обоими патологическими формами этих протеинов. У мышей патологический процесс был при наличии только двух аномальных форм белков, и МРТ подтвердили «рождение» процесса в энторинальном комплексе с последующим распространением на структуры гиппокампа и теменную долю мозговой коры. Такая же картина распространения патологии наблюдалась и у людей.

Авторы полагают, что им наконец удалось обнаружить тот отдел мозга, где зарождается болезнь Альцгеймера, что облегчит поиски средств диагностики и предупреждения, а также лечения жертв данного нейродегенеративного заболевания, число случаев которого нарастает по ходу старения населения и увеличения продолжительности людей.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Nature.

ПРЕМИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

- Первая Премия, инициатива учреждения которой принадлежит медицинским работникам.
- Демократическая процедура выбора лауреатов: медицинские работники определяют лучших из лучших по всей стране, независимо от специальности, должности и места работы.
- Независимые эксперты принимают решение о выборе самых достойных кандидатов.

ПРЕМИЯ НМП – это насущная потребность российских врачей, которые сегодня как никто нуждаются в признании своих заслуг и в повышении уважения к своей профессии.

ПРЕМИЯ НМП – это публичное признание достижений медицинских работников, общественных организаций и средств массовой информации, работающих на благо развития российского здравоохранения.

ПРИГЛАШАЕМ ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В ВЫДВИЖЕНИИ НОМИНАНТОВ!

Срок подачи заявок - до 25 марта 2014 г. Подробности на сайте: www.premianmp.ru

Дежурный по номеру

Да, это наша,
врачебная газета!

Известный российский учёный, врач-оториноларинголог, общественный и политический деятель Николай ДАЙХЕС – частый гость редакции «МГ».

Выпускник Астраханского мединститута с красным дипломом, ныне директор ведущего федерального государственного учреждения по оториноларингологии, он участник многих дискуссий по разным сферам медицины – трансплантологии, психиатрии, модернизации здравоохранения. Поэтому его взгляд на тематику номера, дежурство по которому выпало ему, столь же компетентен:

– Материал «Первая ласточка из листа ожидания» рассказал нам о кемеровской больнице, в которой была выполнена трансплантация печени. Мы рады за наших коллег (в данном случае за трансплантологов), которые успешно реализуют программу по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи населению в регионах.

Бесспорно, только одобрения заслуживает новый подход пи-

терских специалистов к лечению пациентов с тяжёлыми сосудистыми поражениями нижних конечностей. Спасти ногу, а не ампутировать (что гораздо проще) – такова должна быть цель сосудистого хирурга. На этот опыт, безусловно, должны обратить пристальное внимание коллеги в других регионах страны.

Под рубрикой «Экспертный уровень» представлен серьёзный

ТОЛЬКО ДО 30.04 **499 000 р**

УСТАНОВКА КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ТИПА
Альфа-капсула - Alpha 2010 SPA System™

- Интенсификация процессов обмена веществ
- Расслабление мышц
- Коррекция психо-эмоционального состояния
- Улучшение качества сна
- Улучшение церебрального и периферического кровообращения



*ЦЕНА С УЧЕТОМ ДОСТАВКИ ДО ПОКУПАТЕЛЯ

109240, Москва, Москворецкая наб., д.2а
Тел.: (495) 775-2650, факс: (495) 698-5922
E-mail: info@vniimi.ru

(495) 775-2650
www.vniimi.ru

разговор о проблемах офтальмологии, которая сегодня активно развивается в России. Справедливо отмечено, что сохранение сети региональных филиалов – важная задача, стоящая перед федеральным учреждением (на примере МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова). Я как директор федерального центра оториноларингологии ФМБА России говорю это с уверенностью. У жителей каждого региона России должна быть возможность получить высокотехнологичную медицинскую помощь в своём административном округе. Мы являемся единственным учреждением здравоохранения, которое имеет филиалы во всех округах страны и оказывает все виды профильной медицинской помощи населению.

Очень важные моменты подняты в статье о раке ротовой полости. К сожалению, в 90-е годы узким специалистам (оториноларингологам, стоматологам, офтальмологам и т.д.) было,

по сути, запрещено лечить больных с онкологией головы и шеи. Хорошо, что сейчас в здравоохранении уже нет чиновников, которые поддерживали такую идею. Сейчас самое важное – как можно раньше выявить заболевание и максимально эффективно помочь человеку.

На новую рубрику «Муза истории» стоит обратить внимание. Сегодня она рассказывает о Белинской ЦРБ, в которой уже почти 20 лет работает свой музей. Духовное развитие врача – важнейшая составная часть его культуры. И здесь нам есть чем гордиться и что передавать будущим поколениям – традиции отечественной медицины.

НА СНИМКЕ: профессор Н.Дайхес и руководитель отдела информации и связи с общественностью, помощник председателя комиссии Общественной палаты РФ А.Овдина.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Так совпало, что эти две полные драматизма и переключаются истории одновременно произошли в Канадской провинции Британская Колумбия. Каждая по-своему вновь высветила мучительную для медиков проблему и всколыхнула общественное мнение в Канаде и США.

Больше года назад в одной из клиник Ванкувера у престарелой Маргарет Бентли диагностировали болезнь Альцгеймера в седьмой стадии – самой последней по принятой здесь классификации. Полностью утратив мобильность, внятную речь, способность узнавать окружающих и ухаживать за собой, она вскоре осталась обречённой, по сути, на растительное существование.

Между тем, по словам её дочери Кэтрин Хэммонд, ещё будучи в лучшем состоянии и представляя, что лежит впереди, она не раз ясно выражала желание, чтобы её жизнь не продлевали с помощью «искусственных средств или героических усилий», как было сформулировано в специально составленном на этот случай документе.

Верховный суд Британской Колумбии, однако, отверг просьбу дочери внять сделанному от имени матери заявлению и позволить медикам прекратить её страдания. В своём решении суд определил, что, «поскольку г-жа Бентли время от времени открывает рот, то, значит, даёт согласие принимать пищу, тем самым лишая силы данные ей прежде инструкции и, следовательно, они не должны быть исполнены».

Шокированные дочь и другие родственники возразили, что вердикт нарушает последнее желание несчастной женщины. «Права смертельно больного должны уважаться», – сказала Кэтрин Хэммонд, – а врачи должны быть свободны от страха судебной ответственности за исполнение выраженной им воли. Это вопросы огромной важности для всех нас, а не только для моей бедной матери».

Первый раз Хэммонд вместе с отцом были вынуждены обратиться в суд после того, как сотрудники клиники и регионального Управления здравоохранения наотрез отказались принять их доводы и пойти навстречу. При

Взгляд

Право жить и право умереть...

Две драматические истории, случившиеся в Канаде, вновь привлекли внимание к проблеме эвтаназии

повторном обращении судья заключил, что кормление с ложки есть предоставление услуги по персональному уходу, а не проявление охраны здоровья пациента: «Таким образом, оно не входит в число средств по искусственному поддержанию жизни, как сказано в документе. Что же до «героических усилий», то это выражение, являясь общепринятым, не передаёт достаточно ясно, что именно считается таковыми».

Обращаясь к медицинскому сообществу, суд также указал, что оказание помощи обездвиженному, не способному самостоятельно принимать пищу и питьё пациенту никак не может рассматриваться как акт принуждения к жизни вопреки его воле.

Случай с Бентли стал в Британской Колумбии ещё одним в череде инцидентов, вызывающих к пересмотру законов, которые исключают эвтаназию или добровольный, щадящий человека уход из жизни под медицинским присмотром. В январе, вслед за тем, как местная Фемида вынесла вердикт по делу, ссылаясь на федеральное уложение, Верховный суд Канады согласился оценить его новым взглядом, а в Квебеке уже готовятся принять соответствующие поправки.

Тем временем родственники Бентли попытались перевести её в другое учреждение, чьему решению воспротивились в клинике, где она находится. «Тщательный уход за г-жой Бентли остаётся в центре нашего внимания, – заявила администрация. – Мы уверены, что вместе с семьёй сможем сделать так, чтобы с соблюдением всех юридических норм достойно уважить все её нужды и желания до естественной кончины».

Другая история также уже второй месяц занимает медицинские круги по обе стороны американо-канадской границы. 28 декабря

прошлого года 32-летняя Робин Бенсон, почувствовав спазмы в голове, попросила мужа Дилана съездить в аптеку за болеутоляющим средством. Вернувшись домой, он нашёл жену лежащей на полу без признаков чувств. Отчаявшись привести её в сознание, Бенсон вызвал неотложную помощь.

В больнице города Виктория женщину немедленно поместили в отделение интенсивной терапии. Меньше чем через час у неё констатировали смерть головного мозга в результате обширного кровоизлияния в его стволочной части. Рентгеноскопия показала, что в это время она была на 22-й неделе беременности мальчиком. Врачи сказали онемевшему от случившегося мужу, что приложат все усилия, чтобы поддержать жизненные функции женского организма, необходимые для нормального внутриутробного развития плода по крайней мере в течение 3 месяцев и сделать возможным извлечение ребёнка через кесарево сечение.

Бенсон оказался в неслыханной ситуации, испытывая попеременно горе и радость, сознавая, что станет отцом и одновременно вдовцом – ведь вслед за появлением сына ему предстоит окончательно потерять жену, которую любил со школьных лет. Дать выход раздражающей душу эмоциям он решил в интернет-блоге, заодно надеясь найти совет и поддержку у людей. Получился своего рода маленький дневник, из которого, собственно, многие и узнали о постигшем его горе.

«Мои сердце и голова разрываются пополам, – пишет Бенсон. – С одной стороны, я не могу дождаться появления сына. Я уже выбрал ему имя и хочу стать для него самым лучшим отцом на свете. С другой стороны, я знаю, что в тот же день мне суждено

навек проститься с его мамой и моей женой и не представляю, как буду жить без неё».

Второй месяц Бенсон ежедневно приходит в больничную палату, где долго смотрит на черты дорогого человека. «Она как будто спокойно спит и отдаёт все силы ребёнку, – сообщил он в одной из записей. – Ему пошла 28-я неделя и его вес уже больше килограмма».

Трагическую ситуацию вокруг Робин Бенсон невольно сравнивают с той, что недавно случилась в Техасе с Марлиз Муньос. В госпитале у 33-летней американки, находившейся на 14-й неделе беременности, также признали смерть головного мозга, но, несмотря на это, подключили её к системам обеспечения жизни. Разница была в том, что муж и родители были против этого. Врачи сослались на закон Техаса, где в числе двух десятков других штатов с разной степенью строгости запрещено не поддерживать жизнь женщин, находящихся в коме и подобных состояниях, если они беременны. Только через полтора месяца, уступая настояниям семьи, окружной судья в конце концов позволил врачам отключить аппаратуру и освободить от уголовной ответственности.

В отличие от США, в Канаде нет закона, который обеспечивал бы юридическое право зародыша человека на жизнь. Поэтому положение дел в случае Бенсон диктуется лишь этическими соображениями, исходящими из её гипотетического выбора.

«Надо думать, она поддержала бы действия медиков, не дающих её организму угаснуть во имя того, чтобы дать ребёнку развиваться и появиться на свет. Потому что забота о потомстве и продолжении рода есть заложенный природой базовый материнский инстинкт», – говорит д-р Майкл Гордон, ди-

ректор программы паллиативного медицинского ухода из Торонто.

Томас Майо, эксперт по медицинскому праву из Далласа, однако, приводит на это резонные возражения. «С юридической точки зрения Бенсон, как и Муньос, мертва. Получается, что тело мёртвой женщины без её прижизненного согласия, по сути, используют как инкубатор и ещё собираются проделать с ним хирургическую операцию. Не говоря о том, что на этой стадии беременности она теоретически ещё могла принять решение её прервать. Если это не явное нарушение конституционных прав, то что?»

Своему коллеге вторит Артур Каплан, отвечающий за вопросы этики в медицинском центре при Университете Нью-Йорка: «Подобной практикой врачи фактически решают за другого человека, когда и как он хотел бы умереть».

Пока идут – и, наверное, бесконечно будут идти – споры вокруг неуловимо тонких юридических, медицинских и этических аспектов проблемы, Дилан Бенсон готовится к прижизненному согласию, а читатели его блога не остались в стороне, начав сбор средств для помощи ему и будущему малышу. Ведь с его появлением Бенсону придётся на год-два покинуть работу и остаться перед лицом немалых расходов с половиной не столь уж большого жалования. За неполных два месяца в специально созданный фонд поступило уже 50 тыс. долл., и он бесконечно благодарен каждому внесшему свою лепту.

Том ЗАЙЦЕВ,
журналист.

Нью-Йорк – Торонто.

Гонорар за корреспонденцию автор перечисляет в пользу Бенсона-младшего и его отца.

Однако

«Да, у меня рак, да, мне удалили одну грудь, но я женщина. И всё равно останусь женщиной», – так заявляет испанка Челль Алькантуд в интервью одному из изданий. Она не желает мириться с тем, что подходящие ей лифчики продаются только в специальных магазинах и выглядят не очень-то женственно.

Женщина навсегда

Почему это так важно? Другая женщина, которой сделали мастэктомию, объяснила: «Когда возвращаешься после операции к нормальной жизни, этому мешают такие дурацкие мелочи, как проблема лифчика, например».

Психологи и онкологи барселонской клиники Dexeus и специалисты фирмы Women'secret задумались о разработке специальной коллекции нижнего белья для женщин, перенёвших операции по удалению молочной железы. Недавно коллекция – первая в Европе, как утверждает издание, – была представлена публике.

Игорь НИВКИН.

По материалам La Vanguardia.

А как у них?

Кем лучше всего быть в Америке?

Я бы в медики пошёл...

В США в ближайшем будущем устроиться на хорошую работу, не имея высшего образования, будет крайне сложно. Более того, будут востребованы и далеко не все специалисты с дипломами вузов. Об этом предупреждают специалисты Центра по образованию и трудоустройству Джорджтаунского университета, опубликовавшие доклад «Прогноз создания рабочих мест и требований к образованию до 2018 г.» (Projections of Jobs and Education Requirements Through 2018).

Ныне экономика США находится в стадии восстановления. Но несколько лет рецессии изменили структуру рынка труда. Рост числа безработных наиболее серьёзно ударил по сотрудникам сферы обслуживания, строителям и людям, занятым трудом, не требующим высокой квалификации.



Однако и диплом вуза не гарантирует успеха в поисках работы. В «зоне риска» оказались финансисты и юристы. В то же

время востребованы специалисты технических и инженерных профессий, а также медики. Медицинские работники оказа-

лись на втором месте по степени роста востребованности. Причём не только врачи и медсёстры, но и консультанты по приобретению медицинской страховки. На третьем месте профессия преподавателя.

Исследовательская организация The College Board рекомендует школьникам и абитуриентам: «Не надейтесь на то, что вы найдёте себя во время учёбы в колледже или университете. При сегодняшнем состоянии экономики, когда цены на учёбу растут быстрее, чем уровень инфляции, а долги бывших студентов за образование превышают триллион долларов, каждый абитуриент должен более ответственно относиться к выбору будущей профессии. Перед тем как поступать в университет на ту или иную специальность задайте вопросом: станет ли этот диплом пропуском в мир профессионалов?»

Юрий БОРИСОВ.

По материалам Associated Press.

Сохранять память о наших предшественниках – наш долг. Поэтому редакционная коллегия «Медицинской газеты» поддержала инициативу врачей Рассказовской ЦРБ Тамбовской области о создании собственного музея в каждом лечебно-профилактическом учреждении (см. № 99 от 27.12.2013). На наших страницах в новой рубрике «Муза истории» всегда найдётся место для рассказа и снимка о пусть даже маленькой комнатке с историческими экспонатами.

Так вот, пока создание музея в Рассказовской ЦРБ только начинается, в соседней Пензенской области – в Белинской ЦРБ такое «внутрибольничное учреждение» давно работает.

Как чембарский врач вылечил царя

– Возникновение нашего музея связано с именем замечательного врача Владимира Николаевича Нагаева, – рассказывает сотрудник «МГ», показывая историческую коллекцию, главный врач Белинской ЦРБ Александр Галкин. – При его руководстве учреждением в 1966-1988 гг. был создан проект нашего больничного комплекса – одного из лучших в области – и построены первые корпуса. Успешно проводились у нас акушерско-гинекологические, ортопедические и травматологические операции, вмешательства на лор-органах, щитовидной железе, желудке, печени, сердце, лёгком, сосудах, трепанация черепа. Жена Владимира Николаевича логопед Лидия Ивановна была замечательным краеведом, историком медицины своего края. Находила документы в архивах, расспрашивала старожилов, работавших с врачами прошлого. Именно её усилиями была выделена в новом корпусе комната для музея, который был открыт в 1995 г. (Заметим – значительно раньше многих музеев в крупных медицинских центрах и вузах!)

Лидия Нагаева, которая после смерти мужа живёт в родном Лунином районе Пензенской области, разыскала интереснейшие материалы. Вот, например, что она пишет: «С 12 июня 1835 г. уездным врачом в Чембаре (так до 1948 г. назывался город Белинский. – А.Х.) был лекарь Фридрих Фердинанд Христиан Цвернер (в 1837 г. ему исполнилось 34 года). Он выпускник Дерптского университета, у нас врачевал до

1840 г., о его высоком профессионализме говорят дошедшие до нас неоспоримые факты.

Вот один из них. Поздно ночью летом 1836 г. карета путешествующего на юг императора Николая Павловича перевернулась в овраге недалеко от Шалалайки. Нестерпимая боль обожгла ему руку. Опираясь на плечо солдата, император пешком добрёл до Чембара. Здесь уездный доктор Цвернер так искусно наложил на перелом повязку, что подоспевший к этому времени личный врач царя Арендт дал ей высокую оценку. Через две недели царь поправился, двинулся дальше, щедро отблагодарив Цвернера (дал ему 2 тыс. руб.). А затем 5 тыс. руб. пожертвовал на строительство больницы. Вплоть до последних лет у местных кра-

ходов Чембарской городской думы статья расходов на больницу встречается в 1826 г. – в размере 309 руб. 15 коп.

Интересно, что на огороде рядом с домом Белинских (где работает знаменитый музей) была выстроена особая баня с двумя предбанниками, настолько вместительная, что могла служить жильём и временным лазаретом для привозимых из деревень больных.

В именованном списке медицинского персонала, состоявшего на службе Чембарского уездного земства (на трёх участках – в Чембаре, Свищёвке и Поиме), в 1906 г. числятся врачи Михаил Николаевич Лопатин, Михаил Михайлович Симзен, Николай Константинович Писарев, 13 фельдшеров и 3 фельдшера-акушерки.



Больничный комплекс Белинской ЦРБ

НОВАЯ РУБРИКА: Муза истории

Врачи из прошлого

В Белинской ЦРБ свой маленький музей работает уже почти 20 лет



Владимир Николаевич Нагаев

еведов существовала версия, что история больницы начинается именно с этого времени. Архивные данные опровергают этот факт.

Пензенский губернатор сообщил 11 сентября 1836 г. графу Бенкендорфу: «Пожалованные больнице 5000 рублей – в приказе общественного призрения для хранения и приращения... На проценты от них содержались больные, а больница из одного общественного здания кочевала в другое».

Были найдены и другие свидетельства: «1 сентября 1821 г. губернатор сообщил в Чембарскую городскую думу и уездному лекарю Г.Н.Белинскому (отец выдающегося литературного критика Виссариона Белинского. – А.Х.): «По приказанию моему в Чембаре отведён обывательский дом под больницу... Больницу сию приказал я г. Чембарскому городничему открыть, коль скоро дом и все принадлежности будут приведены в порядок...» Впервые в смете расходов и до-

Миссия доктора Сойнова

– В начале XX века в Свищёвской больнице начал работать один из самых замечательных наших врачей Аркадий Фадеевич Сойнов, – рассказывает заведующая отделом и председатель первичной профсоюзной организации работников Белинской ЦРБ Татьяна Снаткина. – Он родился недалеко от Чембара в селе Поляны,

в 1910 г. он провёл 237 операций. По его проекту в Свищёвке был построен заразный барак. В 1913 г. Сойнов возглавил Чембарскую больницу, где во всём блеске раскрылось его дарование. Как хирург он был неутомим. «Мой врачебный стаж – 38 лет, – писал Сойнов в 1946 г., – за этот срок я редкий день не делал операций. Лично произвёл 350 операций высокого камесечения. Я первый сделал гастроэнтероанастомоз в участковой больнице. Впервые кесарево сечение сделал в крестьянской избе, в селе Субботинке в 1912 г. В районах мы, хирурги, не замыкаемся в чистую хирургию, мы занимаемся гинекологией, делаем операции при катарактах и мастоидитах». Аркадий Фадеевич расширил хирургическое отделение,

грамотой ВЦИК с присвоением звания Героя Труда. Заслуженный врач РСФСР, он в предвоенные годы организовал в Чембаре станцию переливания крови, а во время Великой Отечественной войны был назначен начальником госпиталя № 2777 в селе Зубрилово. Героический труд был оценён Президиумом Верховного Совета – он стал кавалером ордена Ленина. При вручении награды Сойнов сказал: «Если я и видел в медицине несколько дальше других, то только потому, что я стоял на плечах гигантов». После войны он вновь вернулся в Чембарскую больницу.

Последние годы жизни были омрачены тяжелейшим недугом – Аркадий Фадеевич ослеп. Ещё несколько лет он оставался в больнице врачом-консультантом. Умер Сойнов 29 сентября 1953 г. и был похоронен на площади в центре города.

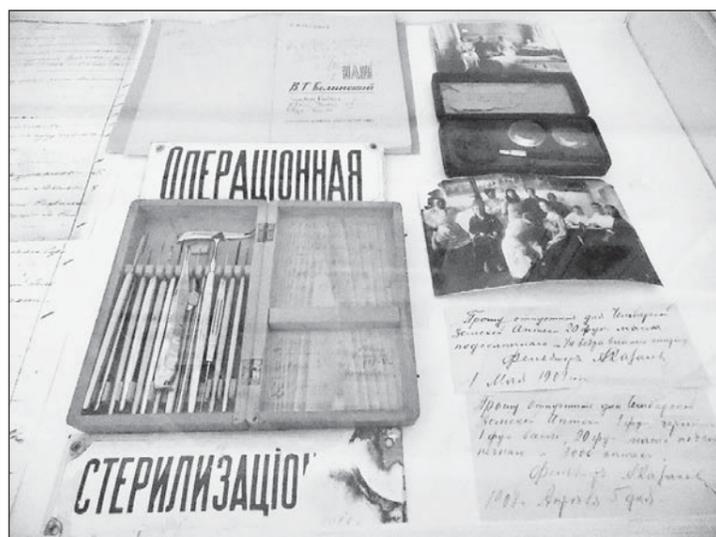
О медицинских династиях города Белинского – Егоровых, Кригеров, Паниных, Саушкиных, Самородовых, Волковых, Зайцевых, Левашовых, об известных главных врачах и хирургах Николае, Василии и Афанасии Баулиных рассказывают стенды музея. Один из них посвящён белинцам-медикам участникам Великой Отечественной войны. Выставлены хирургические инструменты, старые монографии, а ещё – необыкновенные фотографии. Посмотрите: в них неподдельная радость благородного труда, дорогие лица наших коллег из прошлого.

Сейчас Татьяна Снаткина при участии врачей Белинской ЦРБ готовит очередной стенд, посвящённый знаменитому акушеру-гинекологу академику РАМН Галине Савельевой, которая родилась в этом городе, но прожила здесь очень короткое время. Дело в том, что отец Галины Михайловны был инженером-нефтяником, поэтому семья часто переезжала. По просьбе белинцев и «Медицинской газеты» академик передаст некоторые личные вещи в больничный музей. А может быть, и придет на открытие стенда? Это был бы очень большой праздник для литературного, лермонтовского края (Тарханы-то – в 20 километрах!). И всё у медиков Белинского обязательно будет хорошо, ибо чтят они своих предшественников, сохраняя светлую память о них.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

Пензенская область.

Фото автора
и из музея Белинской ЦРБ.



Один из экспонатов музея – инструменты начала XX века

окончил Пензенскую гимназию и поступил на медицинский факультет Казанского университета. Получил диплом с отличием и вернулся на малую родину.

Как губка, впитывал он всё полезное. Наблюдал за ходом операций, ассистировал своему учителю, сам брался за крупные операции. В то время ни одна операция не производилась без консилиума всех хирургов, поэтому своими учителями, кроме М.М.Симзена, считал земских хирургов М.Н.Лопатина и И.Д.Добромыслова. В 1909 г. после смерти Симзена Аркадий Фадеевич возглавил Свищёвскую больницу. Уже там проявились незаурядные способности Сойнова – хирурга и организатора.

ние, а в 1927 г. ввёл в эксплуатацию роддом.

В 20-30-е годы хирургическая деятельность А.Ф.Сойнова и его бессменного ассистента В.Д.Беневалянской достигла особого размаха. Они делали больше половины операций, произведённых во всех больницах губернии (области). Например, в 1927 г. – 706 крупных операций, в 1929 г. – 933 крупные и 272 мелкие операции. Они применяли ингаляционный эфирный наркоз, местную инфильтрационную анестезию с новокаином, спинномозговую анестезию. Аркадий Фадеевич вёл научную работу, неоднократно избирался депутатом местных советов, а в 1933-1934 гг. был членом учёного совета Наркомздрава РСФСР. В 1934 г. Сойнов был награждён



Ребёнка аускультует заслуженный врач РСФСР Вера Емельяновна Лепетук, 70-е годы

Вышла в свет книга врача и писателя Юрия ИВАНЧЕНКО «Память сердца. Из жизни провинциального хирурга».

Юрий Иванченко – выпускник Горьковского мединститута 1966 г. Работал хирургом и главным врачом Ардатовской и Арзамасской ЦРБ Нижегородской области, заместителем главного врача Горьковской областной клинической больницы им. Н.А.Семашко. Заслуженный врач РСФСР, лауреат литературного конкурса им. М.А.Булгакова «МГ» 2010 г.

Автобиографическую книгу Юрий Николаевич написал со свойственной ему честностью, патриотизмом и одновременно теплотой и лиризмом. Он воспел душевную щедрость своих коллег и красоту природы родного края. Предлагаем вашему вниманию небольшой отрывок из этой книги.

Себя помню с той поры, как началась Великая Отечественная война.

В тёплый летний вечер 1941 г. мы пришли из леса, всей семьёй ходили за ягодами. Мать вошла в дом, подошла к столу и взяла почту.

– Смотри, Николай, здесь какая-то повестка из военкомата, – сказала мама, побледнела и опустилась на лавку.

Вскоре отец ушёл на фронт, и мы остались одни. Сначала приходили письма – фронтовые треугольники, потом всё прекратилось. Прошёл год, а писем от отца не было.

Страна жила напряжённо, это было заметно и по нашей деревне Сарге, куда переехала наша семья. Из города Горького приезжали грузовики – полторки возить хлебопоставки. И первые слова, которые я научился читать, были: «Всё – для фронта! Всё – для Победы!» И впервые по радио услышал голос Сталина...

Однажды вечером в наш дом пришёл незнакомый мужчина. Высокий, рыжий, в кожаных галфе, этот человек показался мне страшным.

– Дети, это ваш новый папа, – тихо сказала мама и заплакала.

– Папа, папа, – закричала Зара, а на глазах слёзы.

– А у меня папа на войне, – выкрикнул я, исподлобья разглядывая незнакомца, от которого резко пахло табаком и бензином.

Отчим запомнил мои слова на всю жизнь и при каждом случае жестоко меня наказывал. Мою судьбу на многие годы накрыла тень...

К концу года мы уехали из Сарги в Горький, на улицу Краснофлотскую, где жила первая семья отчима. Начались семейные разборки.

А я с утра уходил из дома. Было нестерпимо голодно, и я с

ли. Его комиссовали и направили директором войлочной фабрики города Бор Горьковской области.

От Зары отец узнал, что мать вышла замуж. В глубоком расстройстве он ответил тем же, женившись на работнице той же фабрики Зайцевой Раисе Николаевне, родом из Б.-Мурашкинского района. Раиса Николаевна была моложе отца на 13 лет. Темноволосая, с глубоко посаженными чёрными глазами, не улыбкающая

голосом, скороговоркой произнёс отчим. – Выйдешь из леса к деревне, там твой отец живёт, – повернулся и быстрым шагом пошёл обратно.

Шёл я долго. Когда вышел на край леса, то увидел невдалеке огонь. Это на колхозной ферме горел фонарь. Мне стало плохо, и я опустился на мокрую траву. Подошли какие-то люди. Пожилая женщина взяла меня на руки и унесла в тёмное маленькое по-

Книгу написал врач

Моё военное детство



такими же сорванцами торчал на городском рынке, выпрашивая и подбирая всё, что можно было есть. В Почаинском овраге вечерами жгли костры, пекли краденую картошку и прятались от милиции.

Во второй половине дня появлялся фашистский самолёт и на бреющем полёте сбрасывал бомбы на Окский мост. Мы спускались к реке и собирали рваные горячие осколки. Это были наши игрушки... Однажды Зара шла из школы и неожиданно встретила отца, которого считали без вести пропавшим. Оказывается, отец сразу попал на передовую, под Москвой. Воевал политруком роты. В одном из боёв был тяжело ранен, больше года пролежал в госпитале, не помнил, что с ним произошло, а по причине тяжёлой контузии долгое время оставался глухонемым. Здоровье возвращалось постепенно, а письма, которые он писал матери, адресата не находи-

молодая женщина. Но отцу, как я понял потом, было всё равно... Он оставил фабрику и по назначению Горьковского областного отдела образования уехал в родное село Мишуково. Мишуковский колхоз «Большевик» оставался одним из самых крепких хозяйств Гагинского района, несмотря на то, что почти всё мужское население ушло на фронт. Отец снова стал работать учителем, его выбрали секретарём колхозной партийной организации.

Обо всём этом узнали отчим и мать и решили отвезти меня в Мишуково.

Осенним холодным вечером к берегу речки Пьяны подъехал грузовик. Отчим взял мои нехитрые пожитки и повёл меня в сторону леса. Мать осталась в машине...

Шли лесом, накрапывал дождь, становилось темно.

– Ну вот что, пацан, дальше пойдёшь один, – низким грубым

мещением. На столе тускло светила керосиновая лампа.

– Ты кто, сынок? Откуда ты взялся? – спрашивала меня взволнованная старушка, угущая пареной свёклой. – Как тебя зовут?

– Я из города Горького... А звать меня Юра Иванченко...

– Господи, да ты не Колькин ли сын?

– Колькин, конечно, Колькин, – закричал я обрадованно, – так моего папу зовут!

Старушка оказалась моей родной бабушкой, которая в эту ночь дежурила на ферме. Она бросила тёплую фуфайку на скамейку, уложила меня и накрыла каким-то серым халатом.

Спал я долго. К вечеру бабушка взяла меня на руки и понесла на Попов порядок, где в доме бывшего священника Филомафитского жил мой отец с мачехой. В этом же доме, во второй половине, располагалась и школа.

– Рая, возьми Юрку, его ночью нашли возле колхозной фермы, – сказала бабка Анна и ушла.

Молчаливая чужая женщина посмотрела на меня колючими глазами и отрезала кусок хлеба.

– Ешь и ложись спать, отец придёт не скоро...

Проснулся я от её низкого скрипучего голоса:

– Что же ты, Николай, меня обманываешь? Ты же говорил, что дети твои будут жить с матерью. Так что вези его обратно, у него есть мать, а я ему никто.

Отец долго молчал...

Сокровенное

Виктор КМЕТЬ

Прометей

Гроздь холода в сильных
руках.
Ты раздал всё тепло
для других,
А себе не оставил
единственной
спички согреться.
Прометей, ты опять в дураках,
Словно колокол боли в груди,
Между каменных лёгких гудит
твоё древнее сердце.

Ты принёс им огонь, а они
Раскидали его по печам,
Не сумели понять, что он был
предназначен их душам.
В очагах зажигают огни,
Только тьма гнёзда вьёт
по очам...
Неужели ты снова пришёл,
чтобы сделать их лучше?!

Ради них ты страдал на скале –
Так казнил непокорных
Олимп –
И жестокий орёл разрывал
и клевал твою печень.
Ты замёрз, вот мой плащ,
так теплой.
Ты не вынесешь стужи земли.
Прометей, уходи, для чего тебе
род человека?!

Улыбнувшийся, из рукава
Вынул чудо-огниво титан.
И, вложив мне в ладони, исчез.
Я, теряясь, немая,
Высек искры – а вышли слова:
«Настоящий огонь –
твой талант.
Зажигай им сердца у людей,
ученик Прометея!»

ОБ АВТОРЕ. Виктор Кметь окончил лечебный факультет Тверской государственной медицинской академии в 2007 г. Врач-эндоскопист Красногорской городской больницы № 1 Московской области. Автор поэтического сборника «Ученик Прометея». В «МГ» публикуется впервые.

С К А Н В О Р Д									
Часть рукава	Бронхолитическое	"Молодые дикари", актер	Пироксилам	Зеленоватый кварц	"Будденброки", перс.	Олень	Тиетрофеновая кислота	Тонкая мягкая ткань	
		Испан. мореплаватель		Многолетний лед	Итал. физик и химик	Для мусора	Куприн, рассказ	Лечебная ходьба	Нидерл. живописец
Овощ	Мебель			Конституция			Проба, туберкулез		Боевой клич
		Поэт ... Кобаяси	Часть скелета	Оклад на иконе	Шафран	Водная трава		Звезда, Стрелец	Стир. порошок
Болотистое место (стар.)	Остров, Париж			Элола		Спирт. напиток	Паркет	Выпь	Покровитель Фив
		Долгопят		Шерсть. ткань			Возражение		
Дротинки, мишень	... бы да кабы		Кандинский, картина		Вдова Леннона				
Автор Валерий Шаршуков	Лодка Хейердала	"Маскарад", перс.		Приток Колымы					
<p>О С Л О П М Х А Р А Г А Ц</p> <p>Э А Р А К А Б Р И К А Н И Л Р И И</p> <p>Н О С У Х А И Н Г А В И А О Е У З Е Л Ф</p> <p>Е Р В Е С Т Л И В И Й О А В И Н А Г О Р</p> <p>Р О Т А Д Л О П Е Ю Е М Ь Н К Р У Ч А</p> <p>Б Р Т А Р О Р Л С Ю Ш О К Л И Д И Н</p> <p>О Х О Т А А Р И Я О Т У З</p> <p>Л С Н А Д О М Е С М А Х Е Р</p> <p>Т Ю К Д Р О Ж Ь С О Т Е</p>									
<p>Ответы на сканворд, опубликованный в № 12 от 19.02.2014.</p>									



Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), Ф.СМИРНОВ, И.СТЕПАНОВА, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В.МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – И.СТЕПАНОВА.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.
Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mkgazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ОАО «Красная Звезда» 123007 Москва, Хорошевское шоссе, 38
Тел. (495) 941-28-62, (495) 941-34-72, (495) 941-31-62
http://www.redstarph.ru
E-mail: kr_zvezda@mail.ru
Заказ № 645.
Тираж 36 315 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

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