

Медицинская

28 февраля 2014 г.
пятница
№ 15 (7440)

Газета®

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

События

В Сочи работали лучшие врачи

Итоги медицинского обеспечения Олимпийских игр



Пресс-конференция министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, вице-губернатора Краснодарского края Галины Золиной, министра здравоохранения края Евгения Филиппова прошла в мультимедийном центре в Сочи. Она была посвящена теме «Итоги медицинского обеспечения Олимпийских игр и перспективы на Паралимпиаду». Благодаря современным информационным технологиям задать вопросы участникам пресс-конференции можно было и из Президентского зала пресс-центра РИА «Новости».

— К моменту заезда гостей вся система оказания медицинской помощи была приведена в рабочее состояние, — сказала прежде всего министр здравоохранения России В.Скворцова. — Самое главное — нам удалось вместе с руководителями Краснодарского края, представителями органов управления и всеми специалистами создать преемственную поэтапную систему

оказания медицинской помощи.

При подготовке к Олимпиаде было создано 38 медицинских пунктов на объектах, как стационарных, так и мобильных, а также 3 консультационно-диагностических центра. Чтобы помощь оказывалась своевременно, был полностью обновлен парк машин скорой помощи: приобретено 90 автомобилей. 52 «скорые» трудились на спортивных объектах, все

они оснащены системой «Глонасс». Была создана подстанция скорой помощи на стадионе «Фишт», которая обслуживала и приморский, и горный кластер. Здесь диспетчер мог видеть на карте монитора, где находится ближайшая машина, и дать задание выехать по вызову именно этой бригаде. В результате был достигнут лучший результат в мире при проведении подобных мероприятий — «скорые» приезжали в течение 3,5 минуты. Кроме того, в горном кластере работали 3 вертолёта. Эвакуация пострадавших осуществлялась в течение 15-20 минут. Винтокрылые машины участвовали в госпитализации 6 пациентов.

(Окончание на стр. 3.)

Дежурный по номеру: Николай Винокуров

Директор Департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, прошедший в своём округе практику руководства ЦРБ, городской, окружной больниц, противотуберкулёзного диспансера.



Не пропустите!

Готовимся к летней практике

На протяжении многих лет на наших страницах появляются иногда острые, иногда ностальгические публикации о летней практике студентов, бывшей когда-то неотъемлемой частью высшего медицинского образования. Да, канула она в небытие в печальные 90-е, но ведь необходимое — не искоренить.

И возрождение традиции начинается. Снова сдавшие летнюю сессию студенты собирают дорожную сумку и садятся в автобусы и на электрички. Их снова ждут в центральных районных больницах, где по-прежнему не хватает персонала, умелых рук. Им снова рады, а будущий врач имеет все

шансы многому научиться в реальном стационаре или поликлинике.

Всё больше медвузов возвращали в свои планы летнюю врачебную практику, думают и организуют её уже сейчас, заблаговременно. Кое-где пошли ещё дальше, и вместо российских уголков наши молодые коллеги собираются за границу — в ведущие зарубежные клиники. Ну а есть и совсем необычные решения этого важного образовательного вопроса, о котором мы рассказываем в этом номере.

Андрей ПОЛТОРАК,
главный редактор
«Медицинской газеты».

Решения

Планы службы пока не реализованы

Более 2 тыс. единиц медицинского оборудования на 1,5 млрд руб. было поставлено в войска в 2013 г., заявил начальник Главного военно-медицинского управления Александр Фисун на заседании коллегии Министерства обороны России.

И тем не менее Военно-медицинскому управлению не удалось полностью реализовать все запланированные проектно-изыскательские

работы. Они осуществлены на 6 объектах. Ещё на 22 проведено проектирование. Государственные контракты заключены на 2 млрд руб.

Кроме того, запланированное строительство медицинских рот так и не началось. Поэтому в 2014 г. это планируется сделать обязательно.

Алексей ЛЕОНИДОВ,
Москва.

Ориентиры

Диагноз ставится коллегиально

Дистанционное ЭКГ-консультирование как элемент телемедицинских технологий является серьёзным подспорьем в работе по снижению смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний.

К такому выводу пришли в Красноярской краевой клинической больнице, проанализировав результаты первого года работы Центра дистанционного ЭКГ-консультирования. Здесь консультативную помощь коллегам оказывают круглосуточно 10 специалистов-кардиологов Красноярской ККБ. К настоящему времени они рас-

шифровали и описали более 20 тыс. электрокардиограмм, поступивших из районов края по разным каналам связи — по Интернету, мобильному телефону или обычной телефонной линии.

Как уточнили в Министерстве здравоохранения края, в 2013 г. в лечебные учреждения районов Красноярского края было передано 292 ЭКГ-регистратора, которые имеют возможность транслировать информацию непосредственно в региональный центр дистанционного ЭКГ-консультирования. Задача данного проекта — выявлять жизнеугрожающие ситуации (инфаркт миокарда,

аритмии, ишемические изменения) и оперативно обеспечивать больному адекватную медицинскую помощь.

За время реализации проекта врачи краевой больницы диагностировали по присланым ЭКГ 973 случая острого коронарного синдрома, более чем у 1800 больных выявлены нарушения ритма сердца и проводимости. Помимо постановки диагноза по кардиограмме, специалисты ККБ консультируют своих коллег по выбору оптимальной схемы лечения в каждом из клинических случаев.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Почему государство вынуждено поддерживать лечение россиян за рубежом.

Стр. 4–5.

Повысить квалификацию врачей до европейского уровня без затрат.

Стр. 7.

Новости

Спасут в любое время суток

За три последних года в клиниках Омска число высокотехнологичных операций на сердце увеличилось в два с лишним раза.

В 2011 г., к примеру, таких операций было проведено 416, а к началу 2014 г. уже 857. А вообще объёмы высокотехнологичной медицинской помощи населению при болезнях органов кровообращения увеличились на 15%. Комплекс мероприятий позволил снизить на треть летальность пациентов от инфаркта миокарда, а это более 100 спасённых жизней в год.

В рамках реализации региональной сосудистой программы в Прииртышье количество проведённых тромблизисов (введение специального лекарственного препарата, восстанавливающего кровотоки в крупных сердечных артериях) при инфаркте миокарда возросло с 7,2% в 2012 г. до 37,8% в 2013-м.

Немаловажно и то, что теперь медпомощь больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения оказывается в круглосуточном режиме не только в Омской областной клинической больнице и клиническом кардиологическом диспансере. Не нуждающихся в оперативном лечении с такими диагнозами принимают в любое время суток в клинической медико-санитарной части № 9 и МСЧ № 4 Омска. А с начала февраля хирургические методы диагностики и лечения инфарктов миокарда стали возможны и в городской клинической больнице скорой медицинской помощи № 1.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Тайное станет явным

Наркологическая служба Томской области первой в Сибири получит на вооружение хроматограф для выявления следов синтетических наркотиков в организме человека. Средства на приобретение оборудования – 28,5 млн руб. – выделил региональный бюджет. Ожидается, что уже в марте он начнёт работать в Томском областном наркологическом диспансере.

Если в 2012 г. в регионе были впервые выявлены 120 наркозависимых, то в 2013-м – уже 217. Необходимость же оснастить наркодиспансер такой дорогостоящей техникой, как хроматограф, в администрации Томской области объясняют быстрым распространением новых видов синтетических наркотиков: сегодня их использует уже треть наркоманов. При этом в 2012 г. потребители «синтетики» регистрировались только в областном центре, а в прошлом году случаи «синтетической» наркомании выявлены уже и в ряде районов Томской области.

Учитывая, что выявить факт употребления и следы синтетических наркотиков в организме человека трудно, решено было укрепить арсенал средств наркологов современной «наукоёмкой» техникой.

Елена ЮРИНА.

Томск.

Деловые встречи

Узнаем о раке всё

В подмосковном городе Щёлково прошла научно-практическая конференция, посвящённая Всемирному дню борьбы против рака. В ней приняли участие 135 человек: ведущие специалисты области и района – главные врачи поликлиник и районных больниц, онкологи, терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи, средний медицинский персонал. Как и в прошлом году, основное внимание было сосредоточено на декларации ВОЗ: «Развеем мифы и неверные представления о раке».

Открыли конференцию заместитель главы, председатель Комитета по вопросам здравоохранения Щёлковского района В.Хруленко и главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа и Минздрава Московской области, главный врач Московского областного центра медицинской профилактики, кандидат медицинских наук Е.Иванова.

Онколог гинекологического отделения Московского областного онкодиспансера кандидат медицинских наук А.Кротенко выступила с докладом «Рак шейки матки, профилактика и лечение»; заведующий отделением лёгочной онкологии кандидат медицинских наук В.Поддубный осветил вопросы профилактики и ранней диагностики рака лёгких, онколог-маммолог профессор И.Гушин – профилактики, ранней диагностики и лечения новообразований молочных желёз. Районный онколог Щёлковской районной больницы № 2 В.Манохин ознакомил собравшихся с состоянием оказания помощи онкобольным Щёлковского муниципального района. Также

прозвучали доклады сотрудников Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва.

На конференции было подчёркнуто, что важнейшей составляющей профилактики онкозаболеваний является мотивирование населения на здоровый образ жизни (улучшение качества питания, отказ от вредных привычек, увеличение физической активности). Регулярное проведение профилактических осмотров, диспансеризации, диагностических обследований населения также способствует ранней выявляемости злокачественных новообразований, при этом лечение на ранних стадиях даёт хорошие результаты и увеличивает шансы на долголетие. Особое внимание было уделено необходимости улучшения лекарственного обеспечения онкологических больных Подмосковья.

Наталья ЗУБКОВА,
заведующая отделом Московского
областного центра медицинской
профилактики,
кандидат медицинских наук.

Московская область.

Личный опыт

Письма
из госпиталя Мулаго

В Казанском ГМУ объявлен новый конкурс на поездку в Уганду



Встречаясь с молодыми врачами и студентами, побывавшими в течение последних 4 лет на 6-недельной практике в Африке, автор этой публикации невольно представлял их работающими в госпитале Мулаго, показанном в знаменитом фильме Кевина МакДональда «Последний король Шотландии».

Отождествляя своих собеседников с ищущим не только медицинских приключений британцем Николасом Гарриганом, ставшим личным врачом кровавого диктатора

Иди Амина и лишь чудом избежавшим смерти. Есть все основания думать, что, пожалуй, самая необычная практика, какая только существует для наших российских молодых коллег, уже сделала их настоящими докторами – ответственными перед пациентами и коллегами, почувствовавшими настоящую цену жизни.

Живые истории моих собеседников я умышленно объединил с их письмами из госпиталя Мулаго. Хочу выразить благодарность кураторам начатого в 2009 г. замечательного совместного проекта Йельского университета и Казан-

ского государственного медицинского университета – ректору КГМУ профессору Алексею Солинову, проректору по международной деятельности КГМУ профессору Айрату Зиганшину, профессору Маджиду Садигу (США) и ректору медицинского колледжа Университета Макерере профессору Нельсону Севанкамбо (Уганда).

(Окончание на стр. 10-11.)

НА СНИМКЕ: в ординаторской (слева направо) Далия Рудакова, Жанна Завгороднева, профессор Любогор Акчурина.

Особый случай

Есть медсёстры в русских селениях...

Жительница города Камышина, педагог-психолог Наталья Гоголева, возвращаясь с работы домой, стала свидетельницей ограбления. На её глазах во дворе жилого дома злоумышленник вырвал сумку у старушки.

Пострадавшая стала звать на помощь. В этот момент рядом с грабителем оказалась медицинская сестра Ирина Сафонова. Она не растерялась и ударила его сумкой. От удара преступник потерял равновесие и упал. Две женщины удерживали его до приезда полиции, а после ещё оказали психологическую помощь пожилой женщине.

Полицейские задержали 30-летнего ранее судимого местного жителя, возбудив против него уголовное дело.

Как сообщает пресс-служба ГУ МВД по Волгоградской области, смелых девушек вскоре вызвали в межмуниципальный отдел МВД России «Камышинский». Начальник отдела подполковник полиции Павел Гищенко лично поблагодарил Наталью



Гоголеву и Ирину Сафонову за активную гражданскую позицию, проявленную решительность при задержании преступника и оказание содействия органам внутренних дел. Он вручил неравнодушным жительницам города благодарственные письма и ценные подарки. Девушки стали

призёрами номинации «Страху вопреки» в конкурсе «Народный дозор», проводимого ГУ МВД России по Волгоградской области и общественным советом при ГУ МВД.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Волгоградская область.

НА СНИМКЕ: И.Сафонова получает заслуженную награду.

Фото пресс-службы ГУ МВД по Волгоградской области.

Пресс-конференция

Право на обезболивающие

Директор Департамента лекарственного обеспечения и обращения медицинских изделий Минздрава России Елена Максимкина считает, что ситуация, вызвавшая самоубийство контр-адмирала запаса Вячеслава Апанасенко, является следствием исключительно «человеческого фактора», от которого никто не застрахован. По её мнению, в любой поликлинике должно быть несколько сотрудников, имеющих право подписывать рецепты на обезболивающие, содержащие наркотические вещества. И то, что родные Апанасенко не смогли «подписать» такой рецепт из-за отсутствия в рабочее время главного врача, является недопустимым. При этом она напомнила, что сегодня и врачи стационара имеют права выписывать наркотические препараты в размере 5-дневной потребности. Об этом она рассказала на пресс-конференции, проведённой в Минздраве России.

Е.Максимкиной был задан вопрос, насколько законны требования сдавать пустые ампулы от наркотических препаратов в обмен на новые дозы лекарств. Эти требования являются абсолютно безусловными, считает Е.Максимкина. Если какие-то регионы приняли нормативные акты, устанавливающие дополнительные условия по выписке наркотических препаратов, то они не имеют под собой юридических оснований. Право издавать подобные ведомственные акты, по действующему законодательству, имеет только Минздрав России. С учётом этого должны быть скорректированы действующие инструкции Департамента здравоохранения Москвы. Минздрав России вновь направил в регионы письмо с указанием привнести нормативные документы по выписке сильнодействующих обезболивающих и наркотических веществ в соответствии с установленным Минздравом порядком.

Недавно Минздрав России вынес на общественное обсуждение новый приказ, который предусматривает увеличение нормативов запаса наркотиков: в медицинских учреждениях — с 3 до 10 дней, а в сельских аптеках — до 3 месяцев. Но этот запас надо проверять и поддерживать, и это тоже вопрос организации работы.

Е.Максимкина также выступает за предоставление дополнительных преференций аптекам и медицинским организациям, которые отпускают сильнодействующие

и наркотические лекарственные средства. Дело в том, что они должны соблюдать установленные МВД России и ФСКН требования по количественному учёту, перевозке и оборудованию помещений, в которых хранятся наркотики. То есть персонал должен пройти специальное обучение по работе с наркотическими средствами. А на выполнение этих требований нужны дополнительные финансовые вложения. По данным Минздрава, на сегодняшний день из 70 тыс. аптечных учреждений соответствующую лицензию имеют всего 1664.

В то же время Е.Максимкина не считает, что в России действуют излишне жёсткие правила по выписке сильнодействующих и наркотических препаратов. Аналогичные правила приняты, например, в Германии. Но выполнение их не вызывает трудностей. Потому что работа чётко организована. И нам надо идти именно по этому пути, а не упрощать выписку таких препаратов. Достаточно сказать, что в столице в 2014 г. уже дважды обнаруживались поддельные рецептурные бланки.

Минздрав России не возражает, но в то же время не видит особого смысла в поправках в Закон о наркотических средствах и психотропных веществах. Напомним, что первый заместитель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Николай Герасименко внёс на рассмотрение парламента законопроект, продлевающий срок действия рецептов на обезболивающие с 5

до 30 дней. Эти поправки могут быть приняты в течение 3 месяцев, а вступить в силу — к началу 2015 г. Но проблема в том, что обезболивающий препарат нужен больному срочно, а не через месяц. Кроме того, срок действия рецепта и норма отпуска лекарства — это не одно и то же. И выписать сразу два рецепта на обезболивание можно и сегодня. Когда же появится возможность «отovarить» рецепт в течение месяца, это может послужить поводом для отсроченной реализации рецептов.

Корреспондент «МГ» поинтересовался, а не сокращаются ли заявки на обезболивающие препараты, которые подают главные специалисты в региональные органы управления здравоохранением? И как контролируется их составление?

— Наркотические анальгетики несоизмеримо дешевле препаратов для лечения онкологических заболеваний или, например, орфанных (10 ампул морфина стоят 155 руб.), — пояснил пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай, — они выпускаются отечественными производителями, а не только иностранными. Нет никакого смысла, учитывая их стоимость и социальную значимость, органам управления здравоохранением сокращать заявки на поставки таких лекарств в аптеки. Просчитать потребность в закупке сильнодействующих обезболивающих и наркотических препаратов несложно, в них нуждается не самая большая группа больных.

Начальник Управления организации госконтроля качества оказания медпомощи населению Росздравнадзора Андрей Шаронов пообещал, что в ближайшие месяцы территориальные подразделения этой службы проведут проверки, насколько правильно подбираются препараты и их дозировка, позволяющие купировать болевую синдром.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

Ну и ну!

Не договорилась с прокурором



Прокурор города Мыски Кемеровской области провёл проверку исполнения земельного и градостроительного законодательства и выявил нарушения. Среди нарушителей оказалась главный врач городской больницы — она незаконно зарегистрировала своё право собственности на двухэтажное здание этой больницы.

Проверка показала, что в 2006 г. главный врач Центральной городской больницы Мысков обратилась к главе города с заявлением о выделении ей земельного участка для строительства частной поликлиники. При том, что этот земельный участок был не свободен: на нём находится здание бывшего инфекционного отделения ЦГБ, построенное в 1960 г. и использовавшееся городской больницей как инфекционное отделение до декабря 2009 г.

Разрешение на строительство поликлиники было выдано. А в августе 2010 г. — когда помещение было реконструировано — разрешение на ввод в эксплуатацию. В дальнейшем главврач зарегистрировала своё право собственности на здание площадью 755 м².

Прокурор установил, что разрешение на строительство и ввод в эксплуатацию выданы незаконно, так как у заявительницы отсутствовали правоустанавливающие документы на землю. Кроме того,

на этом земельном участке уже находилось здание больницы, которое в силу закона является муниципальной собственностью. Договор аренды земли заключили уже после ввода здания в эксплуатацию.

В связи с этим прокурор города обратился в суд с требованием признать незаконными разрешения на строительство и ввод в эксплуатацию, признать недействительным и отменить зарегистрированное право собственности на здание, а также обязать вернуть его в муниципальную собственность. Мысковский городской суд частично удовлетворил требования прокурора, отказав в требовании передать здание муниципалитету.

Прокурор обжаловал решение в части отказа. Судебная коллегия Кемеровского областного суда приняла новое решение и требования прокурора удовлетворила полностью: здание передано в муниципальную собственность. Решение вступило в законную силу. Кроме того, в настоящее время в отношении ответчицы суд рассматривает уголовное дело по обвинению по ч. 4 ст. 159 УК РФ (мошенничество в особо крупном размере) по факту приобретения права на больничное здание, которое оценивается в сумму свыше 11 млн руб.

Леонид ТРУБЕЦКОЙ.

Кемеровская область.

События

(Окончание. Начало на стр. 1.)

В.Скворцова отметила, что за последние годы 35 лечебных учреждений были приведены в состояние полной готовности для работы на Олимпиаде. Общая их коечная мощность достигала 4200 коек. При этом они могли принимать амбулаторных пациентов в количестве более 10 тыс. человек в день. Надо отметить, что к Олимпиаде были построены новые медицинские объекты. Это и скорпомощная больница на 150 коек в горном кластере. Был возведён новый хирургический корпус городской клинической больницы № 4, новые хирургический и инфекционный корпус краевой больницы № 4. Свои двери распахнула новая инфекционная больница в Дагомьсе. Вся эта система не просто была «запущена» в срок, но и приведена в очень эффективное состояние. Чтобы она так сработала на протяжении последних 5 лет, большое количество медицинских работников специально прошли переобучение. У врачей дополнительное усовершенствование было по оказанию помощи при травме, в проведении реанимационных мероприятий, в том числе по самым сложным видам высокотехнологичной помощи.

В Сочи приехали работать 666 врачей из Краснодарского края, 222 из Республики Татарстан, 380 из Москвы. Они были не просто обучены, а получили детальный

В Сочи работали лучшие врачи



инструктаж о работе всей системы. Каждый на своём месте профессионально выполнял свои обязанности. Половина из них владела английским языком.

Но самое главное — запущена целая система, которая находилась в тесной связи друг с другом. Благодаря этому время от обращения к медикам до проведения оперативного вмешательства резко сокращалось. Даже в самых сложных случаях операции начинались через 2-2,5 часа. Но до

этого медики проводили полный комплекс обследования пострадавших, включая МРТ, КТ, цифровую рентгенографию. Всего с 25 января за медицинской помощью обратилось 8695 аккредитованных лиц, из которых 381 спортсмен и 315 иностранных граждан. Госпитализировано 677 человек, из них 16 спортсменов. Скорая помощь осуществила 500 выездов.

Вероника Игоревна отметила, что хорошо сработала и инфекционная служба. Каждый случай ин-

фекционного заболевания брался на контроль. Обработывались контакты, принимались необходимые меры, что позволило локализовать все случаи инфекционных заболеваний.

Вице-губернатор Кубани Галина Золина подчеркнула, что главный врач МОК дал высокую оценку российской медицине. На его глазах спортсмену потребовалась медицинская помощь на горном склоне. Через 1,5 минуты его «забрали» медики и уже в течение 15 минут доставили в больницу. Так чётко работала санавиация. Иностранные спортсмены, несмотря на то, что консультировались со своими врачами в разных странах, остались довольны оказанной медицинской помощью.

Журналистами был задан вопрос о будущем медицины столицы зимних Олимпийских игр.

Сочи — город особый, это все-российская здравница, — ответила Галина Золина. — Соответственно здесь находится много санаториев. И почивать дипломы, медики могут устраиваться не только в муниципальную систему здравоохранения, но и в санатории. После Олимпийских игр 2014 г. высвободится достаточно много жилья, часть из которого будет передана муниципалитету, чтобы

обеспечить им молодых докторов, выбравших местом работы городкурорт. Также краевым Министерством здравоохранения ведётся работа по повышению заработной платы медицинским работникам. Мы планируем принимать врачей на бюджетные места по конкурсу, чтобы в Сочи работали только лучшие врачи.

Ещё Галина Дмитриевна пообещала, что медицинское оборудование клинико-диагностических центров будет передано в городскую клиническую больницу № 4. Такой подарок поднимет диагностику на новый уровень.

О том, что медицина готова к проведению Паралимпийских игр, говорил министр здравоохранения Краснодарского края Евгений Филиппов. Конечно, масштаб медицинской «поддержки» на них потребует меньший, чем на прошедших играх. Однако это серьёзное испытание. В Сочи впервые приезжает такое количество особых спортсменов. Ответственность медиков за сопровождение Паралимпийских игр не менее высокая.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Правительство РФ обновило своим постановлением Правила заключения федеральным органом исполнительной власти контракта с иностранной организацией на лечение российских граждан за пределами территории РФ за счёт государства. В прошлом году из федерального бюджета на это ушло 177 млн руб.

В соответствии с вступившим в силу документом выбор иностранной организации для оказания услуг, связанных с лечением, осуществляется в соответствии с действующим законодательством о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

пациента на дополнительное стационарное обследование и лечение в одно из российских медучреждений. Затем заключаются договоры с зарубежной клиникой и с пациентом о выделении средств на лечение и сопутствующие расходы. При отсутствии необходимых

кризис. Не имея возможности получить высококвалифицированную помощь в своей стране или же узнав, что за рубежом заплатить за неё можно на порядок меньше, пациент выбирает страну, врача и клинику, где ему могут предложить своевременные и самые современные обследование

противоречивы: от 1,6 млн до 10 млн человек в год.

Последний оплот надежды...

Сегодня на зарубежных докторов часто смотрят как на последний оплот надежды. Отдают

Кто посчитает?

С 2011 г. на лечение за границу, по информации Минздрава России, направлено 27 россиян, в том числе 19 детей. Речь идёт о пересадке костного мозга от донора, не являющегося родственником, трансплантации сердца детям и т.д. Так, как это было, например, пару лет назад, когда тогда ещё глава кабинета министров Владимир Путин поблагодарил итальянского премьера Сильвио Берлускони за помощь 2-летней девочке из Новосибирска Вере Смольниковой – в итальянской клинике ей была сделана пересадка сердца.

В Новосибирском НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина у девочки диагностировали идиопатическую гипертрофическую кардиопатию. Единственным способом спасти ребёнка была пересадка донорского сердца несовершеннолетнего донора, однако в России такие операции тогда не проводились. Вере было имплантировано искусственное сердце Excor, которое позволяет пациенту прожить несколько месяцев в ожидании трансплантации. После того, как матери девочки удалось привлечь внимание общественности и СМИ к сложившейся ситуации, за счёт средств федерального бюджета Минздрав России предусмотрел 630 тыс. евро, в том числе 378 тыс. непосредственно на операцию. Была выделена квота на лечение за рубежом, а затем достигнута договорённость о проведении операции с клиникой итальянского города Бергамо, куда её доставили самолётом МЧС.

Согласно данным РБК («Медицинские услуги: исследование потребителей России 2013»), доля россиян, выезжающих на лечение за рубеж, увеличилась в сравнении с 2010 г. на треть и составила в прошлом году 1% от всех опрошенных. Это свидетельствует о том, что данный формат получения услуг развивается и постепенно входит в потребительские практики, в рамках которых он уже занял определённую нишу среди пользователей медицинских услуг в нашей стране. Называется и такая цифра: на лечение в зарубежные клиники уезжает около 70 тыс. россиян в год. Хотя, конечно, многое зависит от того, как считать и кого включать в число медицинских туристов: когда человек едет в зарубежную клинику лечить конкретное заболевание или просто отдохнуть «на водах» для профилактики...

Справка «МГ»: с 2005 г. число пациентов, которым была оказана высокотехнологичная медицинская помощь, выросло у нас почти в 8 раз – с 60 тыс. до 450 тыс. человек. В 2013 г. её получили более полумиллиона пациентов.

Всего же, по данным Минздрава, с 2005 г. в рамках Национального проекта «Здоровье» такая помощь была оказана в нашей стране более чем 2 млн пациентов. На эти цели из федерального бюджета было направлено 215

Тенденции

За здоровьем — за границу?

Государство вынуждено поддерживать медицинский туризм



млрд руб. По сравнению с 2005 г. ежегодные расходы федерального бюджета увеличились в 7,7 раза (с 6,7 млрд до 51,8 млрд руб. в 2013 г.).

Несмотря на эти весомые цифры, в развитии высокотехнологичной медицинской помощи в стране сохраняются серьёзные проблемы. Это недостаточность наиболее востребованных технологий, объёмов её видов, оказываемых гражданам России в сравнении с населением других стран, отличающихся наиболее высокими показателями ожидаемой продолжительности жизни.

Так или иначе аналитики оценивают зарубежные траты наших сограждан на медицинские услуги почти в 1 млрд долл. Медицинский туризм, как принято называть сейчас практику предоставления медицинских услуг за пределами страны проживания, совмещения отдыха за рубежом с получением высококвалифицированной медицинской помощи, уже занял определённую нишу среди пользователей медицинских услуг в России (см. «МГ» № 35 от 15.05.2013 – «Медицинский туризм»: мифы и реальность).

Решит комиссия Минздрава России

Действующий в Минздраве России регламент направления россиян на лечение за границей за счёт средств федерального бюджета определяет перечень необходимых для этого документов и сроки их рассмотрения специальной комиссией министерства. Прописаны в документе и основания для отказа в соответствующей помощи.

Начинается всё с приёма, регистрации и рассмотрения заявления, к которому прилагаются копия паспорта или свидетельства о рождении, выписной эпикриз из медицинской карты, выданной федеральным медучреждением. Эпикриз должен содержать заключение врачебной комиссии о наличии показаний для отправки больного за границу, с указанием рекомендованного метода диагностики и лечения. При этом согласно регламенту, Минздрав имеет возможность отправить

документов, а также при наличии возможности получить медицинскую помощь на территории РФ пациенту может быть отказано в направлении. Отказаться в лечении может и руководство иностранной клиники.

В правилах заключения федеральным органом исполнительной власти контракта с иностранной организацией за счёт государства также уточняется, что соответствующий договор заключается в том случае, если предоставление пациенту такой государственной услуги в России невозможно из-за особенностей течения заболевания или отсутствия необходимых методик лечения. Кроме того, при заключении договора с иностранным медицинским учреждением Минздрав может провести запрос предложений, чтобы определить поставщика услуг на основе конкурса. Однако, если пациенту необходима неотложная медицинская помощь, эту процедуру министерство вправе миновать.

Порядок и сроки перечисления иностранной организации средств в инвалюте определяются, согласно правилам, в соответствии с заключённым между Минздравом и данной организацией контрактом – гражданско-правовым договором, предметом которого является оказание услуг, связанных с лечением гражданина России за границей за счёт бюджетных ассигнований федерального бюджета. Выбор иностранной организации осуществляет министерство.

После подписания контракта Минздрав заключает с пациентом или с сопровождающим его лицом (при условии, что сопровождение обусловлено медицинскими показаниями) договор о выделении средств, в котором определяются порядок, условия и сроки их перечисления. Оговариваются также порядок и сроки возврата гражданином или сопровождающим его лицом неиспользованной части этих средств.

«Пациенты без границ!»

Популярность медицинского туризма растёт в мире год от года, несмотря на финансовый

и лечение. В результате сформировался глобальный рынок медицинских услуг со своей инфраструктурой – менеджментом, органами аккредитации, агентствами медицинского туризма и туроператорами, специалистами в сфере таких путешествий и т.д. Девизом медицины XXI века стал девиз «Пациенты без границ!», ставит «диагноз» сайт «Википедия» в Интернете.

Большой популярностью пользуется медицинский туризм среди жителей США, Канады и Западной Европы. В США, например, страховка не покрывает лечение тяжёлых хронических заболеваний почти 110 млн человек, поэтому многие из них предпочитают лечиться за рубежом. И это понятно: стоимость лечения кардиологических, ортопедических и многих других заболеваний в Индии или Таиланде составляет четверть, а иногда и десятую часть стоимости аналогичного лечения в США.

Имея государственную страховку, чтобы попасть к специалисту, ждут несколько месяцев жители Канады и Великобритании. А период ожидания оперативно вмешательства может дойти здесь и до 2 лет. Поэтому и те и другие тоже зачастую едут за медицинской помощью в страны, где можно пройти нужные процедуры без ожидания и получить высокотехнологичное лечение.

Повседневным делом стал медицинский туризм и в странах СНГ, где считают, и не без основания, что лучший уровень оборудования и медицины в целом можно найти именно в медицинских центрах Москвы. Что касается самих москвичей и других россиян, то наиболее популярными направлениями в этой области являются для них Германия – место для состоятельных пациентов – и Израиль – здесь более демократичные цены, чем в Европе, и широкие возможности для обслуживания на русском языке. Котируются на рынке таких услуг и Чехия, Испания, Швейцария, Франция, Кипр и другие страны.

Сколько всего людей в мире ездят лечиться за границу – данные разных источников весьма

последние деньги, собирают недостающее всем миром, чтобы поехать в зарубежную клинику. Едут на лечение не только медийные люди, но и простые смертные, и взрослые, и дети. Нет пророка в своём Отечестве или зарубежные доктора могут больше наших?

Причин, по которым люди едут на лечение за границу, несколько. Бывает, что в России нет нужного вида помощи, и тогда единственный выход – ехать лечиться за границу. К примеру, Минздрав вынужден был отправить за границу пациента с саркомой сердца, так как операция посредством киберножа делают только в одном госпитале в мире. И когда речь идёт о сложной хирургии или нейрохирургии, о протонной пушке или терапии радиоизотопами, об экспериментальных протоколах для узкой группы пациентов с редкими диагнозами, тогда рассматривать лечение за границей не только можно, но и необходимо.

Бывает, что нужный вид лечения у нас есть, но в клинике, где его можно получить, – очередь. Например, неродственные трансплантации костного мозга взрослым пациентам делает в нашей стране единственная клиника, детям – две, а нужно таких клиник – десятки. Это значит, что сейчас значительная часть пациентов может просто не дожидаться лечения, и они имеют полное право ехать за границу.

Хотя случается, конечно, что люди просто не знают о том, что нужную им помощь можно получить в России: наши детские онкологи работают по тем же международным протоколам лечения, что и на Западе. И есть очень хорошие и специалисты, и клиники.

Не зря главный детский онколог Минздрава России академик РАМН Владимир Поляков считает, что лечение за рубежом – дискредитация отечественной медицины, особенно что касается хирургии. «У нас золотые руки, столько замечательных специалистов нет ни в Великобритании, ни в США – нигде», – говорит врач.

«Направление на лечение за рубеж, в частности детей, когда говорят, что здесь не могут помочь, – это большая спекуляция, – продолжает В.Поляков. – Или когда мы слышим по радио: ребёнку в Китае сделали массаж, ему стало лучше, давайте соберём 3 млн руб., ещё раз его сделаем. Снова повторю: это чистой воды спекуляция. Зачастую едут за рубеж, когда ребёнок признан incurable. И у меня нет информации, что такой ребёнок полечился в Израиле или Германии и явился домой

здоровеньким. Это всё сказки». Замечу, что в Израиле опровергли это высказывание. В ответ на заявления доктора В.Полякова «Девятый телеканал» подготовил репортаж, опровергающий, ссылаясь на одну из пациенток из России, его слова. Людмила Омарова, согласно данным телеканала, вот уже более года периодически приезжает на сеансы химиотерапии, после того как российские специалисты пришли к выводу, что её болезнь неизлечима...

Помощь или «спекуляция чистой воды»?

Отечественная медицина не может предоставить сегодня весь спектр медицинской помощи, поэтому иногда граждане вынуждены лечиться за границей, в то же время некоторые благотворительные организации действительно паразитируют на сострадании россиян, считает председатель комитета Госдумы РФ по охране здоровья граждан Сергей Калашников.

Если, как говорится, нет пророка в своём отечестве и специалисты видят, что нельзя этого пациента вылечить в России, Министерство здравоохранения само отправит его за рубеж. Но если есть возможность эффективно пролечить у нас, то надо её использовать, убеждена Людмила Козлова заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике.

Кстати, вице-премьер РФ Ольга Голодец сообщила, что трёхлетняя Программа госгарантий бесплатной медпомощи расширена за счёт включения в неё курса реабилитации после тяжёлых операций.

Она же, Ольга Юрьевна, ссылаясь на проведённый по запросу правительства анализ, обратила внимание на то, что большая часть случаев, по которым через СМИ собирают средства на оказание медицинской помощи детям, находится в рамках Программы госгарантий бесплатной медпомощи. То есть речь идёт о невыполнении российскими медицинскими учреждениями своих обязательств.

Не зря Минздрав России намерен взять на контроль все случаи сбора денег на оказание медицинской помощи больным соотечественникам с тем, чтобы организовать эту помощь за счёт бюджетных средств. Министр здравоохранения В.Скворцова уже направила в наиболее известные благотворительные фонды письмо с приглашением к сотрудничеству в этой сфере.

«Проведённый нами анализ показывает, что в достаточном количестве случаев помощь гражданам, для которых осуществляется сбор средств, может быть оказана за счёт средств бюджетов бюджетной системы РФ. В случаях, когда медицинская помощь не может быть оказана в России, гражданин за счёт бюджетных средств может быть направлен на лечение за рубежом», – говорится в сообщении пресс-службы министерства.

Минздрав России предложил новый формат взаимодействия с фондами и иными неправительственными организациями, собирающими деньги на лечение – сведения по каждому из случаев сбора средств предлагается направлять в министерство для организации оказания

соответствующей медпомощи в рамках программы госгарантий. Для этих целей уже определены компетентные сотрудники министерства.

Такой формат сотрудничества был обсуждён на совещании у министра с представителями Общественной палаты РФ.

А В.Поляков прямо назвал сбор денег, популяризируемый некоторыми электронными СМИ, спекуляцией чистой воды. По словам главного детского онколога Минздрава России, фонды, которые собирают деньги и отправляют больных за рубеж, прежде всего, должны связаться с российскими врачами, чтобы они вынесли вердикт: можно помочь у нас или нет. «Я сам участвую в комиссии Министерства здравоохранения по отправке детей за рубеж, – говорит он. – И мы отправляем их на лечение, если здесь не можем помочь. А вообще, статистика во всём мире примерно одинакова: излечивается примерно 80% детей. Мы не боги, мы только им помогаем».

Фонды не информируют людей о возможности получения бесплатной помощи на родине, утверждает и президент Лиги защиты пациентов Александр Саверский. Специалисты считают, что сборы средств на лечение за границей могут приносить не только пользу, но и вред, если делать это неправильно. «Некоторые вещи, связанные с лечением за границей, действительно очень огорчают. Например, истерические «вбросы» в соцсетях: большая часть детей, о которых там идёт речь, действительно в очень тяжёлом состоянии, в терминальной стадии и сборы эти достаточно бессмысленны. Недопустимы и такие ситуации, когда дети в ожидании, пока соберётся нужная сумма, не получают вообще никакого лечения: онкология – дело срочное, чем позже будет начато лечение, тем хуже результат».

Вот почему правительство, по словам О.Голодец, изучило сообщения в СМИ с просьбами о медицинской помощи и сейчас этот вопрос находится на контроле. В настоящее время проверяется каждый такой случай. «Сейчас мы отработаем с каждой больницей, с каждым врачом, почему ребёнку вовремя не сделана та или иная операция, говорит вице-премьер. – Мы должны научиться отличать то, что идёт по Программе государственных гарантий, и требовать незамедлительного исполнения этих обязательств. Когда мы пишем в газете, что ребёнку нужна инсулиновая помпа и просим всех людей напрячься и собрать деньги – это безобразие! Мы должны принять немедленно все меры и выяснить, почему этому ребёнку в течение необходимого срока не была поставлена инсулиновая помпа. В стране есть деньги на её приобретение, есть высококлассные специалисты, есть вся инфраструктура».

Конечно, далеко не все жители России имеют возможность поправить своё здоровье за границей. Многим приходится лечиться дома, поэтому вопрос о качестве предоставляемых медицинских услуг, развитии высокотехнологичной медицинской помощи с каждым днём становится всё острее.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».



Инициатива

На пороге «умной больницы»

Новый проект ускорит решение трудоёмких задач в работе учреждений

Медицинский центр Дальневосточного федерального университета (МЦ ДВФУ) одним из первых в России учреждений здравоохранения начал внедрение инновационной концепции «Умная больница». В её рамках врачи и пациенты переходят к цифровой модели взаимоотношений, получая возможность вести и пользоваться «облачной» электронной картой пациента, доступной нажатием клавиши не только в определённом медузведении, но и по всему региону, самостоятельно записываться на приём к нужному специалисту, больнице, эффективно управлять всеми отношениями и инфраструктурой и т.д.

Центр открыл свои двери в июне 2013 г., это один из крупнейших региональных медицинских центров страны. На его базе планируется принимать пациентов не только из Приморья, но и со всего Дальнего Востока, а в перспективе — и из стран Азиатско-Тихоокеанского региона. В составе МЦ ДВФУ 8 лечебных и 3 диагностических центра, взрослая и детская консультативные поликлиники, многопрофильный стационар на 200 мест, а также операционный блок с уникальным оборудованием для проведения сложных операций в области хирургии, нейрохирургии и травматологии.

В последнее время всё более остро встаёт вопрос: как сделать работу медузведений действительно эффективной? Чтобы врачи не заполняли тонны бумаг, а пациенты получали качественное обслуживание, не томясь в очередях? Одним из оптимальных решений является автоматизация всех отделений медицинского учреждения на базе единой платформы, как это сделано в МЦ ДВФУ. Это даёт возможность пациентам самостоятельно записываться на приём к врачу в удобное время с помощью терминалов, а не начинать день с 7 утра в больнице, чтобы успеть к нужному специалисту; кроме того, в самом центре расписание врачей формируется автоматически на основании обращения.

Постоянно ведётся электронная медицинская карта пациентов, доступная нажатием кнопки,

где учитываются случаи амбулаторного и стационарного лечения, история болезней, рекомендации по лечению. Система интегрирована со всем медицинским оборудованием, что позволяет собирать информацию со всех участков больницы в одном месте автоматически. Один из ключевых смыслов подобной концепции – в моментальном полном доступе к данным о любом пациенте. В нынешнем году планируется наладить информационный обмен с другими учреждениями региона, так что данные о пациенте будут доступны и другим больницам в режиме on line.



Решение о выборе информационной системы Медицинского центра было принято ещё на этапе проектирования, а внедрение системы велось одновременно со строительством центра. На первом этапе в 2013 г. были автоматизированы функции регистратуры, что значительно упрощает запись пациентов к нужному врачу.

В 2014 г. информационная система центра будет поддерживать процессы операционной деятельности, оказания высокотехнологичной медицинской помощи, клинико-экспертной работы, реабилитации и восстановительной медицины, сестринского ухода. Будут разработаны электронный паспорт учреждения, регистр медицинских работников, реестр хронических больных, а также, как упоминалось выше, организован информационный обмен с другими медицинскими организациями. Увеличится объём функциональных возможностей, предоставляемых сотрудникам

финансово-экономической, кадровой и маркетинговой служб. Общее число пользователей системы достигнет 200 человек.

– Такие проекты полезны не только для пациентов, но и для медузведений и государства. С одной стороны, они на десятки процентов снижают затраты на здравоохранение (за счёт радикального ускорения процессов оказания медицинских услуг посредством их оптимизации, улучшения систем закупок и управления материальными ресурсами и др.), с другой стороны, в разы ускоряют решение одной из наиболее важных и трудоёмких задач в работе медицинских учреждений, формирование го-

сударственной статистической отчётности, аналитических отчётов о работе подразделений, – комментирует директор центра Олег Бубнов.

– В нашем центре будут изучаться и внедряться новейшие достижения современной медицины. Мы установили передовое диагностическое и научно-исследовательское оборудование, привлекаем к работе ведущих специалистов. Соответственно, и бизнес-процессы должны быть организованы на самом высоком уровне. Созданная информационная система позволяет нам опираться на опыт лучших мировых клиник, – подчёркивает глав-

ный врач учреждения Олег Пак.

По словам специалиста по современным информационным технологиям, одного из разработчиков программы Дмитрия Красюкова, этот проект – знаковый для российского здравоохранения. Сам факт появления клиники такого уровня говорит о том, что наша медицина развивается, становится более современной и высокотехнологичной. Внедрение признанной во всём мире информационной системы позволит МЦ ДВФУ не только организовать свою работу на уровне мировых стандартов, но и в полной мере использовать информацию об одной из важнейших ценностей – здоровье человека.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Владивосток.

НА СНИМКАХ: главный корпус Дальневосточного федерального университета; врачи и пациенты привыкают к цифровой модели взаимоотношений.

– Рамиль Талгатович, как сообщил генеральный директор Агентства стратегических инициатив по продвижению новых проектов Андрей Никитин, на то заседание наблюдательного совета АСИ, где вашу компанию особо отметил Президент, всего было подано 5 тыс. заявок, зарегистрировано 750, рекомендовано для рассмотрения 100. Попасть в заветную сотню престижно?

– И очень ответственно, а уверенность в себе и своих силах придаёт поддержка, которую мы получаем от руководства Республики Татарстан и Министерства здравоохранения РФ. Помимо этого, нам в работе очень помогает продуктивное партнёрство, дающее возможность реализовывать непрерывное совершенствование.

– Я бы даже сказала не «совершенствование», а «совершенство». На сегодняшний день то, что разрабатывает и производит ваша компания, считается самым совершенным в стране в области симуляционного медицинского образования. Такого мнения придерживаются первые лица государства – Владимир Путин, Дмитрий Медведев, Ольга Голодец, Сергей Шойгу, Алексей Улюкаев, Вероника Скворцова и, конечно, президент Татарстана Рустам Минниханов. Впрочем, список можно продолжить.

– Очень важно, что на уровне не только специалистов, но и правительства пришло понимание, что в здравоохранении, как и в авиации, автомобильном, железнодорожном транспорте и других отраслях, ошибки при обучении на реальных объектах могут привести к трагическим последствиям. Закрепление теоретических знаний и мануальных навыков на наукоёмком и дорогостоящем оборудовании без сложных симуляционных комплексов, с применением систем виртуальной реальности, в настоящее время невозможно! Наша компания работает в этом направлении более 4 лет, причём нас всегда интересовали самые передовые технологии, которым и нужно обучать. Как результат, один из мировых лидеров по производству медицинского хирургического оборудования, между-

Ориентиры

Симуляционное обучение: время приоритетов меняется

Об этом можно судить по работе казанской компании «Эйдос»

Внедрение виртуальных технологий в процесс обучения в медицинских вузах происходит настолько стремительно, что многие медицинские симуляционные центры уже успели заявить о себе как о многопрофильных мультидисциплинарных образовательных структурах. Они оснащены самым современным симуляционным оборудованием, которое до недавнего времени ассоциировалось только с зарубежными производителями. Конечно, мы радовались, когда иностранные фирмы сдавали в России «под ключ» такие же центры, как в Японии или Германии, но время приоритетов в области симуляционного образования изменилось. На смену радости от чужеземных «игрушек» пришла настоящая гордость, как сказал Президент РФ Владимир Путин, «...за креативный класс

молодых людей, которые хотят и могут работать, причём делают это эффективно и талантливо». Эта яркая характеристика из уст президента страны как председателя наблюдательного совета Агентства стратегических инициатив прозвучала в адрес казанской компании «Эйдос», которая при поддержке Министерства экономического развития РФ и Правительства Республики Татарстан в 2013 г. стала инициатором создания регионального инжинирингового Центра по разработке и производству отечественных медицинских симуляторов. Такое стремительное развитие событий побудило нашего специального корреспондента «МГ» доктора медицинских наук Наилу САФИНУ встретиться с генеральным директором компании «Эйдос» Рамилем ГАЙНУТДИНОВЫМ.



гического оборудования, международная корпорация «Ковидиен» посетила офис и производство нашей компании «Эйдос». Мы представили последние разра-

ботки в хирургии, реанимации и анестезиологии. Наибольший интерес у их представителей вызвали гибридные операционные с возможностью имитации работы хирургических стоек, используя их же инструменты. Такие комплексы позволяют исчерпывающе передать методологию «Ковидиена», ну и конечно, проводить обучение хирургов новым технологиям. Итогом посещения компании стало подписание соглашения о совместной разработке тренажёрных комплексов HIBRID, которые должны обладать экспортным потенциалом.

– Интерес этой гигантской корпорации к гибридным операционным понятиям, ведь им пока нет аналогов в мире. Получается, ваша компания работает исходя из того, что в современном мире разные по масштабам компании могут стать стратегическими партнёрами?

– Образование стратегических союзов предоставляет дополнительные ресурсы и возможности, позволяя участникам, расти и расширяться быстрее и эффективнее. В этом плане незаменимыми для нас партнёрами стали Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Казанская государственная медицинская академия, где симуляционным технологиям обучения отводится одна из самых главных ролей в процессе преподавания в медицинском вузе. Мы очень благодарны Веронике Игоревне

Скворцовой. Представленные ей наши разработки в области медицинской симуляции, целый ряд из которых, как вы подметили, не имеет аналогов в мире, – гибридные симуляционные операционные лапароскопии и эндоваскулярной хирургии, робот-пациент реанимации и анестезиологии, симулятор гистероскопии, тренажёрный комплекс бригады скорой помощи были оценены ею по достоинству.

– Большинство присутствующих на конференции «Медицинское образование и вузовская наука – 2013», думаю, до сих пор помнят восхищение министра после ознакомления с перечисленными симуляторами: «Я горжусь! У вас есть поддержка!» Рамиль Талгатович, редакция «МГ» тоже испытывает гордость, представляя на своих страницах единственную отечественную компанию, успешно конкурирующую на мировом рынке с 5 крупнейшими компаниями по производству симуляторов. Так держать!

планируется в мае этого года, на котором будут представлены первые прототипы из 32 медицинских специальностей. Предварительное согласие на участие в этом проекте дали такие известные компании, как «Сименс» и «Кука». Всё вышесказанное позволяет с уверенностью говорить об успешности проекта, возможности оснащения всех заинтересованных медицинских учреждений страны недорогими, а главное, качественными инновационными продуктами отечественного производства с последующим выводом их на глобальные международные рынки.

Раньше, когда на отечественном рынке господствовали в основном зарубежные аналоги, процесс их внедрения в медицинское образование оставался высокой ценой. Сейчас же именно компания «Эйдос» привлекает руководство медицинских учреждений и образовательных структур удачным балансом «цена – качество», что, безусловно, ускорит темпы



– Всё же мне хочется чуть больше сказать о реализации проекта регионального инжинирингового Центра по разработке и производству отечественных медицинских симуляторов нового поколения. Этот центр объединит медицинские компетенции ведущих образовательных, научно-исследовательских и клинических учреждений страны с медицинскими производителями малого и среднего бизнеса, разработчиками программного обеспечения, что безусловно приведёт к появлению совершенно новых комплексов сдвинутого уровня обучения. Такая системная совместная работа, при активной поддержке правительства Татарстана и федерального центра уже началась и ведётся под руководством министра здравоохранения Татарстана А.Вафина. Открытие центра

внедрения симуляционного обучения в стране.

– Наверное, самое главное заключается в том, что разработка и внедрение инновационного проекта – это творческая задача, поэтому многое зависит от энтузиазма и личной заинтересованности исполнителей, как в вашей компании.

Казань.

НА СНИМКАХ: Рамиль Гайнутдинов (справа) и директор МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, профессор Филипп Палеев; Президент Республики Татарстан Рустам Минниханов (в центре) знакомится с роботизированным комплексом; министр здравоохранения республики Адель Вафин за виртуальной операцией.



За последние 2-3 года, работая заведующим отделением и ощущая потребность ликвидировать дефицит знаний и навыков, я посетил некоторые зарубежные клиники в Великобритании, Германии, Израиле, Швейцарии и Эстонии. В большинстве случаев я просто списывался с врачом в интересующей меня клинике и, приезжая, фактически жил по несколько недель на территории больницы, вживаясь в работу отделения.

Самое сильное впечатление

Почему я вдруг ощутил дефицит знаний? Когда на 10-м году профессиональной деятельности начал читать зарубежную литературу в первоисточниках, то обнаружил, что есть какая-то другая медицина, более конкретная и понятная, что, в общем-то, в медицине не так всё запутано, как тебя учили. Что есть простые принципы безопасности, соблюдение которых позволяет избежать грозных и ранее непонятно откуда появлявшихся осложнений и которые у нас по незнанию повсеместно игнорируются. И почему-то тебе не говорили об этих базовых вещах ни преподаватели в ординатуре, ни позже более опытные врачи. И вот, будучи заведующим, ты ощущаешь, что всё это время на самом деле не был классным доктором, каким тебя считают коллеги. Ты фактически был – да и остаёшься – опасен (!) для пациентов. И волосы начинают шевелиться, когда вспоминаешь, сколько раз проходил по краю человеческой жизни, сам того не зная. А может быть, я вспомнил не всё, где-то переступил границу и не помню? Или не хочу вспоминать? В любом случае это останется со мной.

Как не странно, не оборудование и не оснащение произвело на меня наибольшее впечатление в зарубежных клиниках. «Культурного шока» не было – дорогое оборудование появляется и у нас. Наибольшее впечатление я получил от высокого уровня подготовки врачей. Каждый образован на уровне нашего профессора/заведующего отделением, а в университетских клиниках – гораздо выше. С каждым можно вести дискуссии на практически любые темы по специальности или около неё. Фатальные ошибки из-за неграмотного действия уже на этапе резидентства (аналог нашей ординатуры) фактически исключены. Причина – другое медицинское образование и профессионально-интеллектуальный отбор при наборе на медицинские специальности.

Знаю, многие скажут, что им просто платят больше. Не совсем так. Конечно, врач в Европе – более уважаемая обществом и выше оплачиваемая профессия, чем у нас, но всё же – ничего сверхъестественного, это не США с врачами-миллионерами. К тому же, чтобы стать врачом и получать эту высокую зарплату, нужно приложить силы, не сравнимые с теми, что затрачиваются на получение образования у нас. Поэтому я только утвердился в своём мнении, что повышение зарплат врачей должно быть в тесной связи с повышением профессионального уровня. Сделать это без интеграции в мировую медицину невозможно. Хороший, современный врач сможет доказать свою профсоюзность, и надо дать ему возможность заработать, даже

в государственной клинике в любом регионе. Безусловно, уровень медицины зависит не только от подготовки врача, но всё же, низкая квалификация – одна из основных причин тяжёлых осложнений и неудовлетворённости пациентов оказываемой помощью.

Итак, большинство специалистов согласно, что последипломное образование врачей надо менять по структуре, продолжительности и жёсткости экзаменации. Однако коренные изменения требуют значительных материальных затрат. Нельзя просто взять и

то есть дать некоторые преференции обладателям международных дипломов.

На примере специальности «анестезиология-реаниматология»: существует Европейское общество анестезиологов (ESA), которое ежегодно проводит строгий квалификационный экзамен для всех желающих из любой страны. Он состоит из двух этапов – первый письменный (может быть на русском языке, проводится, в том числе, и в России под строгим надзором ESA), второй этап – устный, на одном из европейских языков, проводится только в зарубежных центрах. Сдача обоих этапов

клинической работе. В-третьих, необходим постоянный двусторонний диалог администрации и отделения, который невозможен без заинтересованного, хорошо образованного заведующего, способного эффективно внедрить новые технологии и оборудование.

Можно сделать реестр соискателей и вакансий, например, на сайте Минздрава России.

Второе, приравнять таких врачей в звании с кандидатами медицинских наук. Не секрет, что кандидатская диссертация редко несёт научную составляющую и требует скорее работы

по оплате и организации экзаменации. Хочешь – сдавай, претендуй на более высокую должность и зарплату, не хочешь – никто права работать врачом не лишает.

2. Сдавший экзамен априори будет хорошо знать один из европейских языков, а значит, и дальше будет способен читать иностранную медицинскую периодику. К сожалению, мы одна из немногих стран, где большинство врачей не владеют английским, который, по сути, сейчас является «нативным медицинским».

3. Расходы соискателя на сдачу экзаменов ESA составят около 500 евро + билеты до города приёма экзамена, что в сумме меньше, чем расходы того же кандидата медицинских наук за 3 года написания и защиты диссертации.

4. Появление значительного количества специалистов, способных обучать нормальной, современной медицине не только своих сотрудников, но и обучающихся ординаторов. В последующем врачей можно встроить в образовательный процесс, независимо от принадлежности к кафедрам, кадров в которых хронически не хватает.

Доказать профессионализм

То же самое, уверен, можно сделать с любой другой специальностью отечественной медицины, так как международные профессиональные общества и международные экзамены существуют во всех специальностях. Многие европейские страны не имеют своей квалификационной комиссии, а используют международный экзамен для всех врачей – не только заведующих.

Подозреваю, что некоторые кафедры и администраторы в медицинском сообществе найдут аргументы против подобной новации. На все эти «но» есть ответы, не помещающиеся в статью. Я бы и сотрудникам кафедр разрешил сдавать такой экзамен, чтобы позволить им получать более достойную зарплату.

Понимаю, звучит утопично, но мне подобное нововведение кажется реальным, доступным и крайне необходимым. Только не подумайте, ради Бога, что я считаю недостаточную квалификацию врачей единственным и главным недостатком нашего здравоохранения. Нет, конечно. Проблем много, просто другие предложения начнутся со слов «Дайте много денег...», а это можно сделать быстро и без значимых расходов. По крайней мере дайте нам возможность доказать свой профессиональный уровень и зарабатывать этим. Если невозможно повысить зарплату всем – а надо бы! – давайте начнём хотя бы с наиболее образованных.

* * *

Я не являюсь сотрудником ESA, никаких поощрений от ESA не получаю. ESA взято для примера. Это может быть любое, но обязательно международное (не СНГ) профессиональное общество, список одобренных можно создать.

Являясь заведующим отделением, готов сдать такой экзамен или уступить место сдавшему.

Армен ОГАНЕСЯН,
заведующий отделением
анестезиологии и реанимации
городской клинической
больницы № 5.

Москва.

НА СНИМКЕ: автор статьи в отделении интенсивной терапии.

Точка зрения

Цена одного экзамена

Как без существенных затрат со стороны государства повысить квалификацию отечественных врачей до европейского уровня



увеличить срок ординатуры с наших 1-2 до зарубежных 5-7 лет без пропорционального увеличения финансирования. То же самое с последипломным образованием уже практикующих врачей – резкое ужесточение требований к докторам без существенной материальной стимуляции приведёт к непрохождению переаттестации многими врачами или даже отказу от неё и сокращению и без того дефицитных кадров. Отправлять студентов учиться за границу на 5 лет в платную резидентуру – не возьмут, а те, кого возьмут, – не вернуться, даже если их обложить драконовскими штрафами. Привозить «варягов», чтобы здесь учили и организовывали – хорошо бы, но мало представляю себе немецкого/английского/шведского профессора, изучающего русский и пытающегося лечить в наших условиях и обучать наших ординаторов. Интересно, сколько он попросит за такой экстрим?

А если подумать

И всё же существует способ с минимальными затратами для государства смонтировать наших наиболее активных, современных врачей заниматься самообразованием. Надо стимулировать их к получению международных сертификатов,

подтверждает соответствие знаний европейскому уровню (но не даёт права работать в ЕС, что важно).

Чем можно стимулировать российского врача к получению международных дипломов? Вижу три основные мотивации, первые две из которых бесплатны для государства.

Первое, достаточно выпустить одно распоряжение федерального уровня, основная суть которого состояла бы в том, что обладатель международного диплома (дипломант ESA или любого подобного, равного по уровню профессионального общества/ассоциации) получает первоочередное право занятия должности заведующего отделением. Почему именно заведующего отделением? Во-первых, на своём примере убедился, что качество работы сотрудников при прочих равных условиях (оснащение, организация) определяется, прежде всего, заведующим отделением. Большинство врачей абсолютно обучаемы и при определённой настойчивости заведующего перенимают современные методики и алгоритмы и, осознав их большую эффективность, включают в свою практику. Обучение подчинённых – обязанность заведующего отделением. Во-вторых, это действительно интересная и желаемая многими докторами должность, зачастую рассматриваемая как вершина карьеры в

с литературой и исполнения определённого ритуала сбора бумаг, подписей, начертания скучных таблиц, чтения докладов и печатания никому не нужных, кроме самого соискателя, статей. И много ли толку для общественной медицины в том, что врач великолепно разбирается в одной узкой теме своей специальности, например, мембране эритроцита или лечении паховых грыж? Те, кто действительно хочет заняться наукой, напишет докторскую и с полным правом станет PhD (доктор философии).

Третий бонус, и, вероятно, самый эффективный. Назначить федеральную надбавку таким врачам, например, 5-10 долл. (рублёвый эквивалент) за час работы в государственной клинике. Выработал 200 часов в месяц – получил + 1000 долл. к своей зарплате. Одной должности заведующего маловато для стимуляции – нужен гарантированный и значимый рост дохода, тогда такие врачи смогут появиться и остаться в регионах. И, самое главное, это смотивирует наиболее прогрессивную и честолюбивую молодёжь уже с ординатуры читать «правильные» книги и журналы и продолжать читать их потом. Сразу встаёт вопрос: где брать деньги? Много ли их потребуются? Немного. Сколько человек готовы уже сейчас сдать международный экзамен? Думаю, в течение одного года подготовится десятка два, через год – уже 100 и дай Бог, чтобы через 3-5 лет в России набралась 1 тыс. врачей международного уровня по всем специальностям вместе взятым. Даже в этом случае расход составит 12 млн долл. в год. Много ли это для здравоохранения такой страны, как Россия? Это всего лишь размер фонда оплаты труда одного отделения анестезиологии европейской клиники. Надбавка должна быть федеральной, тогда главный врач даже в ЦРБ не побоялся брать на работу такого врача.

Вижу несколько очевидных плюсов такого новшества:

1. Государство не обязывает никого сдавать международный экзамен, а, соответственно и не несёт никаких обязательств

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 15 (1782)

Широкое применение лечебного голодания в России началось с 60-х годов XX века после защиты докторской диссертации Ю. Николаевым о применении разгрузочно-диетической терапии (РДТ) в психиатрической практике. Тогда же была открыта клиника лечебного голодания при городской клинической больнице № 68 Москвы.

В настоящее время имеются центры РДТ в Москве, С.-Петербурге, Улан-Удэ, Ростове-на-Дону, Майкопе, Тюмени и других городах. Научные работники и врачи, практикующие РДТ, периодически собираются для обмена опытом в Москве, С.-Петербурге, Улан-Удэ (Байкальские чтения), Тюмени и других городах нашей страны, на этих встречах нередко присутствуют и зарубежные коллеги.

В 2007 г. издано руководство для врачей «Разгрузочно-диетическая терапия», написанное коллективом авторов, имеющих большой личный опыт в практике этого метода; продолжается научная работа; защищено 5 кандидатских диссертаций и одна докторская; намечаются перспективные направления по научно-практической разработке метода РДТ по отдельным направлениям – в психиатрии и неврологии, при патологии желудочно-кишечного тракта (Москва), при гипертонической болезни (Тюмень), в санаторно-курортной практике (Улан-Удэ) и др. Вышли в свет «Сборник методических рекомендаций по разгрузочно-диетической терапии», 1969-2005 гг., и «Сборник авторефератов докторских и кандидатских диссертаций по разгрузочно-диетической терапии», том 1 (внутренние болезни) и том 2 (внутренние болезни, неврология и психиатрия), 1960-2010 гг.

Всё это, несомненно, свидетельствует, что метод РДТ – ведущий метод традиционной медицины, эффективность которого подтверждена во многих диссертационных работах методами доказательной медицины, постепенно занимает своё место в системе оказания действенной медицинской помощи населению.

Подробнее остановимся на применении разгрузочно-диетической терапии у больных с артериальной гипертонией (АГ).

По данным Всероссийского научного общества кардиологов (2010 г.):

- распространённость артериальной гипертонии среди взрослого населения Российской Федерации составляет около 40% и является важнейшим фактором риска развития основных сердечно-сосудистых заболеваний – инфаркта миокарда и мозгового инсульта;

- осведомлённость больных о наличии заболевания составляет 77,9%;

- принимают антигипертензивные препараты 59,4% больных АГ, из них эффективно лечатся 21,5%;

- побочные эффекты наблюдаются при приёме практически всех антигипертензивных средств.

Разнообразие побочных эффектов, возникающих при их применении, индивидуальная повышенная чувствительность к ним, высокая стоимость вынуждают больных в ряде случаев отказываться от их приёма и переходить на немедикаментозные методы лечения.

Одним из эффективных немедикаментозных методов при АГ является разгрузочно-диетическая терапия. РДТ затрагивает все основные патогенетические механизмы АГ: снижение объёма циркулирующей крови, выведение избытка жидкости и солей из организма; уменьшение общего периферического сопротивления сосудов при нормализации тонуса резистивных сосудов и улучшении их эластических свойств; нормализацию электролитного и клеточного баланса (кальция, натрия, хлора); улучшение функционального состояния клеточных мембран; улучшение микроциркуляции, перфузии тканей, реологических свойств крови; снижение эмоционального напряжения с нормализацией психоэмоционального соотношения; снижение веса. Положительное влияние РДТ на основные звенья патогенеза АГ можно представить в виде схемы (см. рис.)

Разгрузочно-диетическая терапия проводится чаще всего по стандартной методике полного влажного голодания, разрабо-

танной Ю. Николаевым и утверждённой Минздравом СССР в 1990 г. и с дополнениями Минздрава России в 2005 г. Курс лечения состоит из 3 основных периодов: подготовительного, разгрузочного и восстановительного.

Подготовительный период

В этом периоде проводится тщательный отбор больных для лечения с учётом показаний и противопоказаний. Для пациентов

- мочекаменная болезнь;
- желчнокаменная болезнь;
- выраженная гипотония;
- детский и старческий возраст;
- период лактации, беременность.

В подготовительном периоде обязательно проводится психологическая подготовка, поскольку пациент должен осознанно подходить к участию в курсе РДТ. Амбулаторно всем пациентам проводится лабораторное исследование: развёрнутый общий анализ крови, общий анализ мочи, развёрнутый биохимический анализ крови (азотистые шлаки, билирубин, трансаминазы, мочевая кислота, липиды крови), инструментальное обследование: флюорография органов грудной клетки, ЭКГ; женщин консультирует гинеколог. Кроме того, всем пациентам проводятся специальные инструментальные методы исследования: суточное мониторирование

г чистой негазированной воды).

3. Не следует смешивать много продуктов в один приём пищи (пища должна быть разнообразной, но не за один приём), так как легко переест при слишком разнообразной пище, и для разных продуктов необходимы различные пищеварительные ферменты.

4. Пища должна быть тёплой, так как оптимальная температура для максимальной активности ферментов – в пределах 40°C.

5. Приём пищи должен проходить в спокойной обстановке без дискуссий, чтения газет и просмотра телепередач.

Для лучшего усвоения пищи должно присутствовать достаточное количество и качество пищеварительных ферментов, а это значит, что необходимы условия для их восстановления, чему способствуют достаточные промежутки между едой (3-4 часа) и разгрузочные дни.

Разгрузочно-диетическая терапия у больных артериальной гипертонией



Положительное влияние РДТ

с артериальной гипертонией, учитывая положительное влияние РДТ на атерогенные фракции липидов, диастолическую функцию миокарда, почечный кровоток и микроальбуминурию, сформулированы следующие показания:

1. АГ 1-2-й ст. с сопутствующим алиментарным ожирением;
1. АГ 1-2-й ст. с гипертонической нефропатией;
2. АГ 1-2-й ст. с диастолической дисфункцией миокарда левого желудочка.

Противопоказания к применению метода РДТ

Абсолютные противопоказания:

- злокачественные новообразования;
- активный туберкулёз лёгких и других органов;

- выраженный дефицит массы тела (более 15% от нормы);
- системные заболевания крови;
- тиреотоксикоз;
- сахарный диабет 1-го типа;
- нарушения сердечного ритма и (или) проводимости любого генеза;
- недостаточность кровообращения IIб–III стадии;
- хронический гепатит и цирроз печени;
- хроническая печёночная и почечная недостаточность;
- острые инфекционные заболевания;
- острые хирургические заболевания;
- тромбозы.

Относительные противопоказания:

- сахарный диабет 2-го типа;
- лихорадочные состояния;
- системные заболевания соединительной ткани;
- хроническая венозная недостаточность;
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

АД и ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек с ультразвуковой доплерографией почечных артерий. В течение всего подготовительного периода пациент придерживается преимущественно вегетарианской пищи с одним разгрузочным (голодным) днём в неделю, проводятся занятия ЛФК, ежедневная двигательная активность (ходьба, бег трусцой), достаточный ночной сон. Длительность подготовительного периода составляет от 1 до 10 недель в зависимости от нозологии, самочувствия и готовности пациента к курсу РДТ, рассчитывается индивидуально для каждого пациента и в среднем составляет около месяца. Поскольку большинство пациентов подробно не знакомы с методикой, в подготовительном периоде проводится ознакомление пациента с методикой лечения и определение длительности периода лечебного голодания.

За время подготовительного периода больные обучаются правилам приёма пищи. Прежде всего, это умеренность в еде. Для того чтобы насытиться меньшим количеством пищи, необходимо соблюдать некоторые правила:

1. Приём пищи должен быть медленным с тщательным пережёвыванием (при этом пища обрабатывается слюной и пищеварительными ферментами легче обработать все питательные вещества из пищевого комка, а переваривание углеводов начинается в ротовой полости под воздействием амилазы слюны, которая идентична амилазе поджелудочной железы, таким образом уменьшается нагрузка на поджелудочную железу).

2. Не следует употреблять много воды во время еды, чтобы не снижать концентрацию пищеварительных ферментов (пить желателно за 10-20 минут до еды 200-300

Замечено, что при нормально функционирующем кишечнике 1-2 раза в день и при медленном приёме пищи, человек съедает меньше, не испытывая чувства голода.

В подготовительном периоде у пациентов формируется мотивация соблюдения правильного режима дня, ранний подъём (около 6 часов) и отход ко сну предпочтительно до 22 часов (для того, чтобы не сбивать биологические ритмы), выполнение умеренной систематической физической нагрузки.

Пациенты обучаются правилам проведения гигиенических процедур (очистительные клизмы, промывание желудка, очищение носовых пазух).

Большое внимание при проведении РДТ уделяется психологическому настрою. У пациентов формируется положительное отношение к голоду как к «ремонту» (очищению), после которого в организм поступает комфорт: проводятся совместные беседы с пациентами, которым уже проводились курсы РДТ, обсуждаются показатели анализов и результаты инструментальных методов обследования с хорошей динамикой. Пациентам рекомендовано чтение литературы по лечебному голоданию, просмотр видеофильмов и их обсуждение.

Разгрузочный период начинается после того, как пациент психологически готов к голоду, имеется устойчивая тенденция к снижению веса в течение нескольких недель.

Проводится беседа с курящими пациентами о необходимости бросить курить в подготовительном периоде, так как курение в разгрузочном периоде недопустимо.

Разгрузочный период

В разгрузочном периоде выделяют три клинические стадии.

1-я стадия – пищевого возбуждения, обычно продолжается с 1-х по 4-е сутки и характеризуется повышенным чувством голода, головными болями; больные в этот период остро реагируют на вид и запах пищи. В сутки больные теряют 1-2 кг веса.

2-я стадия – нарастающего кетоацидоза, переход на эндогенное питание. В это время притупляется чувство голода, появляется запах изо рта, обложенность языка, отмечается умеренная брадикардия, снижение АД, возникновение ортостатических реакций. В этот период развивается ацидоз, связанный с падением щелочного резерва крови и накоплением кетоновых тел, который постепенно нарастает, обычно до 7-9-го дня голодания. В дальнейшем в течение дня или даже нескольких часов явления ацидоза резко ослабевают, этот период называется ацидотическим кризом. Во 2-й стадии организм начинает функционировать более экономно, до 30% от исходного снижается основной обмен, суточная потеря массы тела составляет 0,3-0,7 кг. В этот период организм переходит на эндогенное питание.

3-я стадия – компенсации или адаптации, наступает после ацидотического криза и продолжается 2-3 недели. В эти сроки кето-

немия снижается и метаболический ацидоз компенсируется, что проявляется улучшением самочувствия больного, уменьшением слабости, чувства голода, головных болей; у больных повышается настроение. Суточная потеря веса составляет 0,2-0,5 кг. В это время не происходит существенного изменения структур организма, от 70 до 90% общего расхода энергии обеспечивается за счёт окисления триглицеридов жирового депо и кетонных тел.

Разгрузочный период начинается после получения письменного информированного добровольного согласия пациента на лечение. Продолжительность разгрузочного периода зависит от тяжести заболевания, самочувствия больного и психологического настроения на РДТ и в среднем составляет 12-14 дней. Разгрузочный период пациенты должны проходить в госпитальных условиях, лучше всего в специализированных отделениях РДТ. Если пациенты находятся в общесоматическом отделении, то должны пребывать в отдельной палате, где будут лежать только пациенты, получающие курс РДТ. Желательно, чтобы во время приёма

пищи пациенты общесоматического отделения, проходящие курс РДТ, совершали прогулки на свежем воздухе в больничном парке.

Накануне голода вечером с 18 до 19 часов с целью очищения кишечника больные принимают солевое слабительное 100-150 мл (в зависимости от массы тела) 33%-ной сернокислой магнезии внутрь. После этого полностью прекращается приём пищи. Пациенты ежесуточно выпивают не менее 1,5-2 л очищенной негазированной воды. Рекомендуется ношение хлопчатобумажной одежды, а в холодное время года – утепленной. Исключается контакт с пищей, присутствие во время приёма пищи другими людьми, разговоры о пище и просмотр передач и фильмов, где готовят и принимают пищу. Замечено, что люди, которые выполняли эти рекомендации, имели более лёгкое течение разгрузочного периода и наиболее устойчивый эффект от курса РДТ.

Помогает в проведении РДТ ведение дневников, в которых отмечаются особенности самочувствия, рекомендации врача

по ликвидации жалоб. С каждым курсом РДТ появляются какие-то особенности в течение курса РДТ, и пациент может сам анализировать, в какое время у него лучше протекает лечение, какой вариант восстановительного периода ему больше подходит и какими методами он снимает дискомфорт, возникающий во время полного голодания.

В стационаре лечащий врач ежедневно утром осматривает больных, отмечает динамику веса тела, артериального давления, частоты пульса. Больным проводится контроль лабораторных показателей, общего анализа крови, общего анализа мочи с реакцией на ацетон и ЭКГ-контроль не менее 3 раз за время разгрузочного периода.

Больным проводятся ежедневные очистительные процедуры (очистительные клизмы из 1,5-2 л воды комнатной температуры либо гидроколонотерапия, душ), ЛФК с применением релаксационных методик, ручной массаж позвоночника и волосистой части головы.

Большую часть дня больные проводят на свежем воздухе на пешеходных прогулках,

что в совокупности с активным двигательным режимом облегчает переносимость полной алиментарной депривации, снижает проявления субкомпенсированного метаболического ацидоза. Для облегчения самочувствия во время разгрузочного периода использовались тюбажи с 3-5-го дня слабоминерализованной минеральной водой (типа Шадринская, Обуховская) через день в количестве 2-3 процедур на курс РДТ.

Во время разгрузочного периода в связи со снижением обмена веществ может беспокоить избыточная зябкость, поэтому кроме тёплой одежды можно согреваться питьём горячей воды, прикладыванием к ногам тёплой грелки.

В связи с нормализацией АД в течение первых 7-10 дней разгрузочный период РДТ следует проводить в сроки до 14 дней.

(Окончание следует.)

Станислав МУРАВЬЁВ,
профессор кафедры госпитальной терапии
с курсом эндокринологии.
Тюменская государственная
медицинская академия.

(Окончание. Начало в № 14 от 26.02.2014.)

Девочек с патологией паховой области также разделяют на три группы, каждая из которых требует своего подхода. Особенностью является тщательное освобождение шейки грыжевого мешка от круглой связки и обработка её по описанной выше методике. Главная задача – сохранить связочный аппарат матки, обеспечивающий нормальную репродуктивную функцию женщины.

К ревизии контрлатерального пахового канала при односторонней паховой грыже не прибегают. Одномоментное двустороннее грыжесечение проводят в тех случаях, когда устанавливают двустороннюю грыжу и когда родители отмечали «выбухание» или «припухлости» в контрлатеральной области. Грыжесечение проводят одномоментно с оперативной коррекцией других пороков развития (пупочная грыжа, гипоспадия, экстрофия мочевого пузыря, кривошея и пр.). Опыт показывает, что одномоментные оперативные вмешательства имеют ряд преимуществ перед многоэтапным: уменьшается психическая травма ребёнка, отпадает необходимость в повторном общем обезболивании, назначении наркотиков, увеличивается оборот специализированной койки, уменьшается число койко-дней. Улучшению перечисленных показателей способствует ранняя выписка больных со швами в день операции или через 2-3 дня после операции. Выписку проводят по строгим показаниям, снятие швов осуществляют амбулаторно. Осложнений в связи с ранней выпиской, как правило, не бывает.

Таким образом, объём операции зависит от этапной оценки состояния больного. Вначале изучают анамнез, особенности клинического течения грыжи, проводят осмотр больного, выявляя и оценивая число признаков общих и местных диспластических процессов. Окончательный метод пластики выбирают во время операции, когда особенности топографо-анатомических соотношений позволяют избрать оптимальный технический вариант. Именно поэтому так называемые установки клиники при грыжесечении должны обладать регламентированной гибкостью и шириной.

Ущемление паховой грыжи

Ущемление – одно из самых частых осложнений паховой грыжи у детей, причём свыше 50% ущемлений приходится на первые 3 месяца жизни ребёнка.

Ущемление возникает без видимых причин. Ранее вправимая грыжа внезапно перестаёт вправляться. При этом выпавшие в грыжевой мешок внутренние органы (кишечные петли, саленник, придатки матки у девочек и т.д.) сдавливаются в апоневротическом кольце. Отсутствие экстренной помощи приводит к нарушению кровообращения и в дальнейшем к некрозу грыжевого содержимого.

Характерные признаки ущемления: плач, крик, отказ от груди, иногда рефлекторная рвота. Обычно родители указывают точно время начала этих явлений. Грыжевое выпячивание в паховой области становится напряжённым, болезненным, невправимым. Позднее появляются гиперемия, отёк мошонки. В первые часы ущемления может быть стул, иногда с примесью крови, позже отмечаются задержка стула и газов, рвота – признаки кишечной непроходимости. Однако при этом может наблюдаться и жидкий стул. Комбинация рвоты (зачастую с примесью желчи) и жидкого стула может привести к диагностической ошибке.

Паховые грыжи у детей

В типичных случаях диагноз ущемлённой грыжи не вызывает затруднений. Сомнения возникают, когда родители ребёнка не могут указать на существовавшую у него ранее грыжу или когда первым проявлением грыжи явилось её ущемление.

Дифференцируют ущемление грыжи с острым паховым лимфаденитом, при котором на нижних конечностях или ягодицах, как правило, находят входные ворота инфекции; с остро развившейся кистой семенного канатика, особенно если он располагается у поверхностного отверстия пахового канала; с остро возникшей сообщающейся водяной оболочкой семенного канатика и оболочек яичка.

Значительные дифференциально-диагностические трудности возникают при ущемлении в глубоком или поверхностном кольцах пахового канала яичка при его эктопии или ретенции, перекручивании семенного канатика, воспалении червеобразного отростка, находящегося в грыжевом мешке.

Паховые грыжи у девочек встречаются реже, но осложняются чаще, чем у мальчиков. Содержимым грыжевого мешка у них, как правило, являются придатки матки, которые спускаются в область большой половой губы, склонны к ротации и быстрому некрозу. Дифференциальную диагностику проводят в основном с кистами дивертикула Нукке, с бедренными грыжами и паховым лимфаденитом.

Таким образом, указание в анамнезе на существование грыжи в сочетании с приведёнными выше признаками позволяет точно установить её ущемление. В сомнительных случаях диагноз склоняется в сторону ущемлённой грыжи, в особенности у девочек.

Лечение ущемлённых грыж. Вопрос о выборе тактики при ущемлённых грыжах, учитывая современное развитие детской хирургии, её возросшие возможности, не является, вероятно, столь актуальным, как в предыдущие годы. Так как ущемление в первые 8-12 часов редко приводит к некрозу грыжевого содержимого, применяют комплекс консервативных мероприятий, рассчитанных на самовправление ущемлённой грыжи (гипертоническая микроклизма 1-5%-ным раствором поваренной соли, промедол и атропин в возрастных дозировках, повторные тёплые ванны и т.д.). Исключение составляют дети, у которых с момента ущемления прошло 12 часов, и на возможность самовправления трудно рассчитывать; больные с воспалительными явлениями в области мошонки и паха; девочки, так как придатки матки, составляющие их содержимое, при ущемлении ротируются и быстро омертвевают; мальчики, у которых ущемлённая грыжа сочетается с крипторхизмом или эктопией яичка, опасность омертвения последнего в подобной ситуации также велика. Консервативная терапия приносит успех в 56% наблюдений. Спустя 2-3 дня этих детей оперируют в «холодном» периоде.

Техника операции. После обнажения поверхностного пахового кольца, выделения и рассечения между захватами грыжевого мешка оценивают состояние грыжевого содержимого, погружают его в брюшинную полость. Особое внимание уделяют ущем-

лённым петлям кишки, исключают при этом ретроградное их повреждение. При сомнительной жизнеспособности кишечной петли проводят мероприятия по восстановлению перистальтики (новокаинизация брыжейки, обкладывание петель салфетками, смоченными физиологическим раствором, и т.д.). Любой сомнительный участок кишки перитонизируют. Нежизнеспособную кишку резецируют с наложением анастомоза «конец в конец».

Жизнеспособную кишку возвращают в брюшную полость. Необходимость расширения шейки и рассечения апоневротического отверстия при этом возникает редко. Шейку грыжевого мешка фиксируют, перевязывают и обрабатывают как указано несколько выше.

В дальнейшем ревизуют весь семенной канатик. Особое внимание обращают на яичко, осторожно возвращая его в мошонку. Если у ребёнка имел место крипторхизм в сочетании с грыжей, то грыжесечение заканчивают обязательным низведением и фиксацией яичка. Предпочтение отдают методу Петривальского – Шумакера. Рану послойно зашивают. Желательно оставление резинового выпускника на 24 часа.

В послеоперационном периоде при удовлетворительном состоянии ребёнка кормление начинают через 4 ч. После операции, сопровождающейся резекцией кишки, налаживают постоянную назогастральную аспирацию, парентеральное питание. Проводят корригирующую терапию до ликвидации симптомов кишечной непроходимости.

Прогноз и профилактика

Основными причинами рецидива паховой грыжи служит недостаточно высокое пересечение вагинального отростка, а также технический «конфликт» оперирующего хирурга с шейкой грыжевого мешка. Оперативное лечение в подобных наблюдениях проводят, соблюдая приведённые выше принципы.

Прогноз при паховой грыже благоприятный. При плановой операции летальные исходы, как правило, не наблюдаются. Однако они возможны в 0,8-2,5% случаев при ущемлённой грыже и чаще связаны с общими осложнениями (пневмония и т.д.).

Отметим также, что улучшение результатов грыжесечения и снижение числа осложнений связано с постоянной информацией большого и часто меняющегося коллектива хирургов, с совершенствованием тактики и техники грыжесечения, а также с обучением и строгим контролем работы начинающих хирургов.

Таким образом, накопленный опыт многолетних научных исследований позволяет сформулировать ряд положений, лежащих в основе пересмотра хирургической доктрины при паховом грыжесечении.

1. Паховая грыжа у детей – одно из местных проявлений мультифакториального заболевания, характеризующегося синдромом врождённой системной мезенхимальной недостаточности, клинически протекающего с разной степенью рас-
странённости и тяжести диспластических процессов.

3. Паховое грыжесечение проводят по установлению диагноза независимо от возраста больного. Операции у новорождённых и детей раннего возраста требуют специальных условий (совершенная анестезия, оперативная техника и послеоперационный уход).

4. В паховом грыжесечении основным является высокое полное поперечное пересечение и перевязка шейки грыжевого мешка с сохранением его дистальной части.

5. Доступ к брюшинной воронке и метод пластики пахового канала избирают на основании оценки состояния больного до и во время операции. Учитывают возраст и пол ребёнка, состояние грыжевого мешка, выраженность общих и местных диспластических процессов.

6. Операцию завершают наложением косметического внутрикожного шва. При соответствующих условиях возможна выписка детей из стационара в день операции или на 2-3-и сутки после неё. Снятие швов осуществляют амбулаторно.

7. Паховое грыжесечение возможно в условиях стационара одного дня.

8. Удовлетворительные данные катамнеза дают право считать описанный дифференцированный подход к паховому грыжесечению обоснованным.

9. Диспансерное наблюдение осуществляют путём осмотра ребёнка раз в год. Снятие с учёта возможно в возрасте 14 лет.

В заключение отметим, что в отечественной педиатрической герниологии замечен перелом, наступивший в 70-е годы, когда во многих детских хирургических клиниках стали закладываться принципиально новые основы подхода к выбору метода лечения паховых грыж. Исторически это новый этап, на котором возможно улучшение результатов оперативного лечения, уменьшение числа рецидивов и других осложнений. Если можно так выразиться, наступил этап дальнейшей демократизации оперативного метода, что особенно важно, поскольку дело касается лечения болезни, занимающей в практике детского хирурга 25-30% его повседневной деятельности. В связи с этим особо отметим появившуюся в 1994 г. и широко развивающуюся в настоящее время методику лапароскопического грыжесечения, которую можно применять в клиниках, где хорошо развита эндоскопическая служба.

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.

(Окончание. Начало на стр. 2.)

Когда невозможно терпеть

«Госпиталь Мулаго был построен англичанами в честь освобождения Уганды от колониального режима в 1962 г. Это самая крупная больница 35-миллионной страны, которая располагается на севере центральной части столицы Кампалы, на одноимённом холме. Когда-то Амин приказал убираться из страны всем азиатам, главным образом индийцам и пакистанцам, которые составляли солидную часть учебного и медицинского персонала УниверситетаMakerere. Несколько врачей были убиты, а одного из них арестовали прямо в операционной во время работы. К 1979 г., когда соседняя Танзания в ответ на агрессию со стороны Уганды вторглась в страну, а генерал Амин бежал в Саудовскую Аравию, в госпитале Мулаго не было ни работающих рентгеноаппаратов, ни холодильников в морге, ни проточной воды, ни канализационной системы. В такой ситуации генеральное медицинское консульство Великобритании перестало признавать медицинские дипломы УниверситетаMakerere. Это стало сокрушительным ударом для репутации учреждения, которое было известно как «Гарвард» Восточной Африки. «Мулаго – самый «бешеный» госпиталь в мире», – произнесла женщина, разговорившаяся с нами в автобусе, когда мы проезжали мимо корпусов крупнейшей больницы страны. Несмотря на ночь, в больнице горели все окна, и это означало, что внутри неё никто не спит. Сюда со всей Уганды поступают больные только с самыми тяжёлыми, запущенными случаями болезни. Со слов многих угандийцев, они обращаются к врачу только лишь в случае неспособности работать или заводить детей, либо из-за боли, которую уже невозможно терпеть. За это время болезнь становится настолько запущенной, что часто не поддаётся уже никакому лечению. Другая причина более универсальная – сложность самого процесса поступления в стационар». (Арсений Пичугин, ординатор кафедры неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов КГМУ.)

«Экскурсию по госпиталю для нас провёл Джон, он только недавно окончил УниверситетMakerere, планирует начать интернатуру в августе. Старый Мулаго – одноэтажные, длинные бараки. Всё очень бедно, нет ощущения присутствия в больнице. Не совсем понятно, как такие специализированные отделения, как ортопедия, детская реанимация, могут размещаться в этих бараках. Новый Мулаго более похож на наши больницы. Первую неделю я провела в инфекционном отделении. Очень много пациентов, все тяжёлые. Родственники спят под койками. В этом отделении основной контингент – больные со СПИДом. Очень много туберкулёза, криптококкового менингита. Каждый день умирает по несколько человек». (Лилия Акчурина, аспирант кафедры детских инфекций КГМУ.)

«В детском отделении жили семьи – мать с ребёнком и бабушка, которые тут же стирали бельё. Одно из условий нахождения больного – с ним должен быть ухаживающий. Медсестёр мало – одна на отделение в 40-60 человек. «Толпой» мы ходили только первую неделю, потом интернов приписали к определённому отделению и каждый отвечал за курацию фактически всех пациентов. Хотя есть поощающие доктора, их на одно

отделение может быть несколько. У нас в эндокринологии один врач приходил раз в неделю на обход, другой 2-3 раза в неделю, поэтому интерн крутился как мог». (Алина Валеева, интерн кафедры госпитальной терапии КГМУ.)

«Когда мы начали работать в госпитале, у меня на глазах наворачивались слёзы при виде пациентов, истощённых настолько, что они больше напоминали узников концлагеря. Количество тяжёлых пациентов и количество смертей шокирует. У нас не

стоят по сравнению с проблемами местных жителей. Всё это можно описать одной поговоркой: «Я переживал, что у меня нет ботинок, но успокоился, когда увидел человека без ног». Все наносные, искусственные ценности, навязанные нам индустрией развлечений и медиа, здесь исчезают. Ты по-настоящему остро начинаешь ощущать, что для счастья ничего не надо. Счастье – оно внутри нас. Оно никак не связано с тем, сколько ты зарабатываешь, на какой машине едешь, в каком доме

«Люди здесь неспешные, всё медленно, и понятие времени относительно. Наша русская врач Наталья Ньомби рассказывала, что она единственная приходит на работу к 8 часам. Остальные подтягиваются к 10 и позже. Она блондинка, «мзунгу» – это кличка белых на языке суахили, от слова «музунгуки» – активно жестикулирующий, этим отличались первые белые колонизаторы. Наталье чуть больше 50 лет, она из Краснодара, училась в мединституте, вышла замуж за угандийца. У неё три дочери, одна – стоматолог,

«В целом неделя была рабочей и полезной для меня. А вот выходные – не могу не сказать про них! Это был тур в Джинжу на рафтинг. Учитывая, что для нас это был первый опыт сплава, и сразу по Нилу, думаю, теперь мариэлские речушки мне не страшны! И хоть флор-ап у нас был всего один раз, каждый водопад мы встречали с замиранием сердца, никто не давал гарантий, что мы не перевернёмся и не заденем камни! Столько адреналина плюс великолепный вид, просторы Нила и возможность поплавать

Лучный опыт**Письма из госпиталя Мулаго**

было такого дня, чтобы во время обхода кто-нибудь не умер. В день мы осматриваем около 50 пациентов, все они в тяжёлом или крайне тяжёлом состоянии. Человек 10 из них в тот же день умирает. Почти одновременно на их место поступают новые пациенты. Иногда отделение забито до такой степени, что расстояние между кроватями становятся совсем узким, а ухаживающим родственникам приходится спать под кроватью. Сначала работать было очень тяжело и очень тяжело было смотреть на всё это. Но вы же знаете, что человек – это такая сволочь, которая привыкает ко всему. Постепенно я адаптировалась к обстановке, и теперь единственное, что я чувствую, работая в отделении, – это усталость от того, что приходится 5-6 часов подряд стоять на ногах во время обхода.

Пациентов настолько много, что нет времени не то что чай попить – даже сесть некогда. Основные диагнозы в инфекционном отделении – криптококковый менингит, туберкулёз, много пациентов со столбняком. Бывает такое, что у пациента нет даже самого простого общего анализа крови. Лечат в слепую. Хотя, конечно, есть пациенты, которым были сделаны, например, КТ или УЗИ. Всё, как правило, оплачивается из личных средств пациента, поэтому такая роскошь есть не у всех. Рентген тоже платный (около 100 руб. на наши деньги), но даже его не все могут себе позволить. Приятно удивило, что пациентов с криптококковым менингитом лечат амфотерицином В, которого нет даже у нас.

Ещё у них есть интересная форма противотуберкулёзных лекарств – четыре препарата в одной таблетке. Это очень удобно, особенно для пациентов с ВИЧ-инфекцией, которые и без того принимают по 10-15 таблеток. Врачи здесь очень грамотные, у них можно многому научиться. В общем, в Африке ты начинаешь переосмысливать свою жизнь и свою систему ценностей. Я поняла, что все мои проблемы яйца выеденного не

живёшь. И оно даже не связано с тем, сколько тебе осталось жить. Большинство людей здесь умирают молодыми, и почти у всех есть ВИЧ-инфекция. Даже несмотря на это, они ощущают себя гораздо более счастливыми людьми, чем мы – капризные, избалованные ипохондрики. Да, во многом наши проблемы схожи с африканскими, но здесь совсем другие масштабы. И иногда складывается ощущение, что ты смотришь в кривое зеркало, которое помогает увидеть скрытые аспекты реальности. В конечном итоге в Африке вы учитесь по-новому смотреть на себя и других людей». (Далия Рудакова, интерн кафедры анестезиологии и реаниматологии и медицины катастроф КГМУ.)

**Мзунгу
знакомятся со страной**

«Уганда – бедная страна, средний годовой доход населения составляет всего 280 долл. Такие условия не могут не оказать влияния на уровень жизни народа. По статистике, продолжительность жизни в Уганде – 52 года, а детская смертность просто чрезвычайная – 67 младенцев из тысячи умирают. Про риск заразиться бактериальной диареей, гепатитом А, малярией и африканской сонной болезнью не устают напоминать и населению, и заезжим туристам – настолько он высок». (Арсений Пичугин.)

«Пятёрка наиболее частых причин смертности в Уганде выглядит так: малярия, туберкулёз, СПИД, голод, дорожные происшествия». (Михаил Протопопов, ординатор кафедры госпитальной терапии КГМУ.)

«Как вы себе представляете нищету? Представили? А теперь умножьте ваши представления на три, потому что здесь ситуация в три раза хуже, чем вы можете себе представить. Когда мы ехали из аэропорта, я видела людей, одетых в лохмотья, живущих в странных сараюшках, сделанных из подручных материалов. Это можно описать словами – ужас, ужас, ужас. Очень хотелось обратно домой». (Далия Рудакова.)

другие – не медики, но учились в России. Наталья хорошо знает язык, на рынке торгуется, и ей делают большую скидку как местной.

По большому счёту, обстановку в стране стабильной назвать нельзя. Когда президент уйдёт, неизбежно начнутся волнения. У банту из центральной и южной части страны кожа светлее, они круглолицые, с пузиком, нилоты с Севера – темнее, худые, яйцеголовые, под 2 метра ростом. 65 племён живут обособленно, мало перемешиваются, у каждого свой тотем – животное или растение. Угандийцы открытые, доброжелательные и любопытные. Когда мы выходили на рынок, они могли подойти потрогать кожу, волосы». (Алина Табанакова, студентка 6-го курса лечебного факультета КГМУ.)

«Город очень шумный, людный, загаженный, пыльный. Все куда-то несутся. Шли по так называемым «тротуарам», но это разбитое придорожье. Правил дорожного движения в Кампале нет, «зебры» нарисованы просто так. Пешеходов никто не пропускает, все выезжают на встречу. Перейти дорогу – целое событие. Надо быть очень собранным и внимательным, чтобы тебя не задела бода-бода – мопеды, от которых исходит неприятный запах (наверное, заправляют чем-то подешевле)». (Лилия Акчурина.)

«Посетили могилы Касуби – место захоронения всех королей Буганды (королевство, давнее название всей стране). Король есть и сейчас, но никакого активного участия в политической жизни он не принимает. Как в Великобритании – царствует, но не правит. После экскурсии гид очень нагло попросил на чай – я, мол, у вас голодный, давайте-ка мне денег. В Аптауне видели, как в одном из магазинов поймали вора, выкинули его на улицу и всей улицей били до тех пор, пока кто-то не позвал полицию. Прибравшие полицейские отогнали толпу. Кабат сказал нам, что этому вору ещё повезло, что его поймали в Аптауне. Будь дело в Даунтауне – никто бы и не подумал позвать полицейского, забили бы насмерть». (Михаил Протопопов.)

«На церемонию знакомства жениха с родителями невесты нас пригласил профессор Лубого – замечательный, очень искренний человек. Мы были гостями со стороны жениха, кухня профессора, нас нарядили в местные платья в лугандийском стиле! Церемония была очень яркой и красивой, жаль только, что мы ничего не понимали из разговоров и шуток (всё было на языке луганда), просто наблюдали с восхищением, а местные, в свою очередь, смотрели с восхищением на нас, мзунгу». (Жанна Завгороднева, ординатор кафедры акушерства и гинекологии № 1 КГМУ.)

(в стоячей воде в Уганде такой возможности нет). Потрясающе!» (Жанна Завгороднева.)

Интерн с оксфордским справочником

«Здесь очень почтительное отношение больных к врачам. Даже если человек умирает на глазах у родственников, никто ничего плохого врачу не скажет. Врачи в Мулаго произвели на нас огромное впечатление. Это великолепные специалисты, которые отлично разбираются в своей области и в курсе всего нового, что происходит в медицинском мире. Многие из них благодаря таким программам, как сотрудничество с Йельским университетом, проходили стажировки в крупнейших госпиталях и медицинских школах мира. Угандийский интерн Дэнис постоянно носил в кармане оксфордский справочник и знал его наизусть. Что ни спросишь, на всё есть ответ. Взглянув за женщину с маточным кровотечением. Спрашиваю: «А гинеколог?» – «Пока гинеколога дождусь, женщина умрёт». Врачи постарше подрабатывают в частных клиниках и имеют президентальный вид – дорогие часы, ботинки. А интерны, как и мы, – голь перекатная, хотя стипендия у них есть, сравнима с нашей. Но если учесть, что там народ вообще «без штанов», то это какие-то деньги. Разговариваю с интерном-угандийцем во время обхода в эндокринологическом отделении. Говорю, что у больной полинейропатия, нужна консультация невролога. Им это показалось смешным: «Вы будете ждать заключения невролога?» Здесь любой врач может назначить любую терапию, невзирая на специализацию. Вчера разговаривала с больными, сегодня пришла – две койки пустые. «Где?» – «Ночью умерли». Это считается нормальным». (Алина Табанакова.)

«В урогинекологии делают такие операции, как влагалитные гистерэктомии и установкуTVT-слинга. В среду вновь собралась туда, но не тут то было! Анестезиолог в тот день просто-напросто не пришёл – и операция пришлось перенести на следующую неделю. Вообще анестезиологи – это слабое звено в Мулаго, их катастрофически не хватает. Но именно здесь врачи делают реальную работу, за день интерн принимает около 20 женщин, причём выполняет работу не только врача, но и медсестры, и сиделки. Нужно не только осмотреть пациента, поставить диагноз, но и взять анализы, отнести их, сделать запись, провести процедуры. Я думаю, угандийские врачи приходят домой и думают: «Боже, сколько жизней я сегодня спас!» (Жанна Завгороднева.)

Мы видели это

«Когда я надеваю белый халат, то я заковываю своё сердце в стальную броню. Включается тот самый механизм самозащиты, который называют врачебным цинизмом. Я становлюсь циником до мозга костей. Именно цинизм позволяет мне, человеку легко и глубоко ранимому, выжить на этой войне. Территория больницы для меня – это царство разума, где нет места чувствам и эмоциям. Страдания и боль пациентов носят для меня совершенно нейтральный характер. А тело больного – это всего лишь поле для исследования. И эта необходимость господства разума над чувствами для меня столь же очевидна, как раньше был очевиден тот факт, что кровопусканием можно вылечить многие болезни. Лишь иногда по каким-то непонятным причинам начинаешь выделять из этой серой толпы тех, за кого переживаешь. Так мне задала в душу 30-летняя женщина, которая находилась в состоянии септического и гиповолемического шока. Она не вступала в контакт, температура тела была 33,4°C, давление 70/50. Рядом с ней была её дочь – девочка лет 10 со шрамом на лице, очень напуганная. Лабораторных данных не было в принципе, как и не было венозного катетера, хотя пациентка уже второй день находилась в отделении. Её просто не успели осмотреть. Слишком много больных...

Мы поставили этой женщине катетер и начали инфузионную терапию. Вазопрессоры не нашли, зато обнаружили последнюю ампулу 10%-ного калия хлорида и добавили к нашей терапии. Пациентка пришла в сознание и шёпотом стала отвечать на вопросы. Это очень обрадовало нас. На следующий день она была бодрее, хотя всё ещё вызвала опасения. Мы порекомендовали ей рисовую кашу, но она сказала, что у неё нет денег, что она несколько дней не ела. Её слова заделали меня за живое. Они пробили железобетонную стену цинизма и разбудили во мне способность переживать чужую боль. Мне было бесконечно жаль её. И это ещё одна сторона врачебного дела – врачебный гуманизм, понятие такое же древнее, как и само понятие жалости. Почему я переживала именно за неё? Не знаю. Рядом лежали люди, у которых жизнь была не менее тяжёлая и такое же тяжёлое состояние. После обеда мы купили ей большую тарелку риса и «вкусняшки» её дочке. Когда мы вручили наши «подарки», она не переставая шептала «bless you». До сих пор меня удивляет тот факт, что из состояния «холодного шока» мы вывели её фактически на одном физрастворе с антибиотиками, без анализов и постоянного мониторинга витальных функций.

Из-за нехватки персонала приходится самим брать анализы, подписывать пробирки, относить в лабораторию, ставить катетер и т.д., получается, что ты здесь и швец, и жнец, и на дуде игрец. Одним словом Африка – это «обитель дальняя трудов и чистых нег», и если вы не боитесь тяжёлой работы, то Африка станет для вас врачебным раем. В России у нас не хватает времени на пациентов, потому что мы заняты «правильным» заполнением медицинской документации. Зато здесь до документов никому нет дела – главное лечи! И это здорово! Чувствуешь свободу. И ещё здесь нет дурацких должностных инструкций, которые иногда заставляют врача топить свою совесть в бокале тяжёлого вина, потому что часто бывает, что поступить по совести и по закону – это разные вещи. Хотя

многие уже перестали это замечать». (Далия Рудакова.)

«Я проучился 6 лет и 2 года ординатуры, но когда я туда приехал, мне показалось, что изучал до этого другую специальность. Люди выглядят по-другому, говорят на незнакомом тебе языке и болеют болезнями, о которых ты и не слышал или читал только в книгах. Например, серповидноклеточной анемии у нас нет, а там – обычное дело. Видел селезёнку огромных размеров.



Именно видел – её контур выпирал так, что пальпация была не нужна. Огромным гепатомегалиям я уже не удивляюсь. В первый раз в жизни увидел пациентку с идиопатической пурпурой, микрофиляриозом. Жили мы в частных домиках кампуса Университета Макерере. Купили местную литературу и читали, читали...» (Михаил Протопопов.)

«В России я не видела столбняка, а там наблюдала столбняк у взрослых и детей. Открытием для меня было то, что они не все умирают, даже не получив противостолбнячную сыворотку». (Майя Гольц, аспирант кафедры инфекционных болезней КГМУ.)

«Менингит. Месячный ребёнок. Выгнут дугой. Наталья Ньюби дала мне ребёнка, иглу от 5-кубового шприца и попросила взять спинную жидкость – никто из медперсонала не умеет этого делать. И ушла работать. А я раньше это делала только взрослым. Сестра как-то согнула ребёнка, я получила спинную жидкость, которая сфонтанировала на меня. Отнесла в лабораторию, спросила у Натальи, чем обусловлен менингит, она ответила: «Сифилис, ничего страшного». Стою, облитая этой жидкостью, растеряна. Наталья успокаивает – он так не передаётся. Но спустя 6 месяцев, уже в Казани всё-таки проверилась, всё нормально». (Илюза Ямалиева, ординатор 1-го года кафедры хирургических болезней КГМУ.)

«Видела классический приступ гидрофобии у ребёнка, очень много ВИЧ-инфицированных. Много удалось сделать руками – люмбальные, плевральные пункции. Пункции из глубоких вен, из бедренной – рутинный метод, брали каждый день.» (Майя Гольц.)

«Септические аборт – настоящая проблема для Уганды, так как аборт здесь нелегален, а о контрацепции просто никто не заботится. Женщины делают аборт сами – отсюда случаи перфорации и кровотечений, или обращаются в частные клиники. Большинство поступают в госпиталь очень поздно – если с кровотечением, то таким, что уже необходимо переливание крови, если пиосальпинкс, то такой, что уже развивается перитонит, если рак шейки матки, то мы видим уже исхудавшую женщину с метастазами в костях, отчего она не может ходить».

«После обеда доктор Агапе

предложил нам поассистировать на нескольких операциях. Каких? Самых распространённых в этой стране – обрезании! Вот уж не думала, что многие в этой операции видят наигуманнейшую цель предупреждения распространения СПИДа! Причём за это беднякам платят деньги (Америка спонсирует – по 45 тыс. шиллингов за операцию)».

«Сама оперировала трёх женщин, но каких! У одной из них была выраженная запущенная

опухоль шейного отдела спинного мозга, но для того, чтобы подтвердить диагноз и узнать, можно ли убрать опухоль хирургическим путём, нужна компьютерная томография, которая стоит около 100 долл. Таких денег у его бедной семьи нет. И теперь у мужчины только один исход... Американский невролог доктор Чин, осматривая этого пациента, расстроено сказал: «Удивительно, как по-разному оценивается жизнь человека в нашем мире. Моя страна тратит около миллиона долларов, чтобы перевести в медицинский центр на специальном самолёте каждого американского солдата, получившего ранение в Ираке, и вылечить его там. А в Уганде больному не могут сделать томографию мозга за 100 долл.» (Арсений Пичугин.)

«Иногда кажется, что по возвращении домой мне понадобится те же 6 недель для осознания всего, что я увидела, почувствовала и узнала здесь в Африке». (Алина Валева.)

Никто из них не уехал

«Террористы взорвали болельщиков в одном из спортивных баров Кампалы во время финальной игры Исландия – Голландия во время чемпионата мира по футболу, который впервые проходил в Африке и чем все африканцы страшно гордились. Жертвами двух взрывов стали более 80 человек. После теракта в понедельник нас не хотели пускать в больницу, которая была закрыта от внешних посетителей и студентов. Но мы настояли на том, чтобы войти. Я пошёл в своё отделение нейрохирургии,



едва жив после извлечения, воды мекониальные, густые. Вот уж не знаю, как и ребёнок, и женщина выжили после такого!» «Я впервые видела тройню, правда третий был уже мацерированный, больше похож на куклу. Но двое других – доношенные, здоровые малыши!» «Здесь женщины рожают вне госпиталя, многие могут поступить в сортировочное отделение уже во втором периоде родов, и ничего не остаётся, как принять у них роды прямо там, на кровати для осмотра (а однажды даже на полу!), после чего акушерки лишь протрут кровать ватой, и следующая женщина – добро пожаловать! Для тех, кто соберётся в это отделение, могу дать совет – учить английский, причём не только общераспространённые термины, но именно акушерские, такие как oligohydramnios, burden liquor, obstructing labour». (Жанна Завгороднева.)

«В неврологии лежит мужчина 33 лет с параличом верхних и нижних конечностей. Он мучается от пролежней и осложнений после СПИДа. Его жена не может за ним ухаживать, потому что дома её ждут двое маленьких детей. Других родственников у них нет. Врачи предполагают

где «пачками» лежали пациенты. Делал операции по удалению осколков, гематом. Все боялись повторного теракта, везде стояли армейские кордоны... нам предлагали уехать из Уганды. Многие иностранцы так и сделали, а все наши остались». «Единственными, кто пытался делать инъекции больным, были практиканты из России. Позиция европейского или американского студента – стоять и наблюдать. У них есть принцип – позаботиться в первую очередь о себе. Если ты не уверен, что для тебя это небезопасно, то не делай этого. Их так учат. И когда мы туда приехали, были инструктированы так же. Но нас воспитали немножко не так. Это их удивило. И когда был теракт, мы помогали – пациентов было много, врачей мало». (Михаил Протопопов.) (Руководители Университета Макерере и Йельского университета официально поблагодарили ректорат Казанского ГМУ за мужество, проявленное их врачами и студентами.)

Самое страшное место на Земле

«На берегу озера Виктория в потрясающе красивом месте на границе с Танзанией находится

рыбачья деревня Касенсеро. Оттуда по миру предположительно стала распространяться ВИЧ-инфекция. Когда там находишься, чувствуешь отчаяние и безысходность. В этой маленькой деревушке сошлись чуть ли не все несчастья земли – последствия войны и массовых переселений, нищета, проституция, болезни. По официальной статистике, в этой деревне более 75% ВИЧ-инфицированных, однако на деле больны практически все. Старых людей там нет, потому что люди не доживают до старости. Нас встретила толпа радостных детишек, кричащих нам: «Музунгу!» Больше половины этих детей сироты, большинство из них ВИЧ-инфицированные. Мне показали 5-летнюю девочку, которую заставляют заниматься проституцией, чтобы содержать семью. Всё это очень сложно уложить в голову. Этим людям искренне жалко ещё и потому, что, несмотря на все тяготы жизни, они остаются очень добрыми и гостеприимными. Мы разговаривали с работником «фельдшерского» пункта, он сказал, что последний отрицательный анализ на ВИЧ он видел год назад. У них каждый день может быть последний, так там живут – с чувством безысходности. Ловят рыбу, продают за бесценок, тратят на проститутку и выпивку. И так каждый день. Это замкнутый круг, из которого они не могут вырваться. Может, они и не знают, что можно жить по-другому. Один американский профессор нам рассказывал, что он не мог заставить себя выйти из машины, когда понял, что происходит в этой деревне». (Арсений Пичугин.)

* * *

«Говоря откровенно, до этой поездки у нас было лишь поверхностное представление о том, что происходит в странах «третьего мира». Кроме того, именно там намного глубже понимаешь, что значит быть врачом. Наблюдая за системой медицинской помощи в Уганде, мы ловили себя на той мысли, что в российском здравоохранении проблемы очень похожи. Многие спросят, зачем нужно ехать за тридевять земель, если во многих российских районах ситуация не намного лучше, зачем помогать другому народу, когда у своего не меньше проблем. Ответы на эти вопросы мы нашли в общении с врачами, студентами и ординаторами, которые съезжают в Африку из разных стран мира. Люди, которые едут туда, особенные – они образованные, умные и имеющие ясное понимание того, зачем они это делают. Их цель – не туризм, а желание помочь и изменить в лучшую сторону жизнь тех, у кого много проблем». (Арсений Пичугин.)

«Искреннее и огромное спасибо всем докторам доброго госпиталя Мулаго за их тяжёлый и неравный бой, где, объединившись, они способны на многое, где недостаток элементарного – лекарств, шприцев, растворов ещё сильнее спланивает их! Спасибо русским докторам Евгению и Наталье, посвятившим свою жизнь госпиталю Мулаго. Пусть и остальным так же повезёт, как нам этим летом с вами. Спасибо детям Кампалы, выбегающим из-за всех углов и поющим «Бай, мзунгу! Бай!» (Илюза Ямалиева.)

Подготовил
Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКАХ: обход в госпитале Мулаго; Михаил Протопопов осматривает пациента; мзунгу приехали!

Ариан Павлович Калинин – один из ярких представителей отечественной медицинской школы. Он – член-корреспондент РАМН, заслуженный деятель науки РФ. По его монографиям и руководствам учатся поколения российских врачей. 1 марта ему исполняется 87 лет. И этот день рождения для Ариана Павловича – особенный. С 3 марта он уходит с поста руководителя отделения хирургической эндокринологии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского и переходит на должность ведущего научного сотрудника. А руководство отделением передаёт своему ближайшему ученику Тимур Бритвину, доктору медицинских наук.

Ему трижды приходили письма от Американского биографического института, который предлагал включить его в список медиков, которые внесли значительный вклад в мировую медицинскую науку. Больше всего Калинин удивило, что в США хорошо знают о его вкладе в развитие хирургической эндокринологии и его труды. В нашей стране найдётся немного учёных-медиков, которым поступило столь лестное предложение. Но, поразмыслив, он его отклонил, посчитав, что согласие будет являться нескромным шагом. На симпозиуме же по хирургической эндокринологии в Казани его участники предложили и единогласно проголосовали – называть последующие симпозиумы, ставшие настоящей школой профессионального мастерства, «Калининскими чтениями». Хотя и от этого пожелания он отказывался, но так решили его ученики и последователи...

Эндокринологическая хирургия – его судьба

Ариан Павлович Калинин родом из города Ардатова Мордовской АССР. В день 70-летия ему присвоили звание почётного гражданина этого города. С детства Ариан Павлович обладал цепкой памятью. Всегда хорошо учился. С его способностями ему достаточно было прочитать текст один раз, чтобы быстро его запомнить. Школу окончил в 15 лет с аттестатом отличника. В этом возрасте поступил в Казанский государственный медицинский институт, который в 1947 г. окончил с красным дипломом. В 23 года защитил кандидатскую диссертацию, будучи ординатором одной из хирургических кафедр этого вуза. Дальше судьба распорядилась так, что он стал хирургом, преподавателем, учёным.

С 1950 по 1960 г. был ассистентом кафедры хирургии Казанского ГИДУВа. Именно здесь он начинает исследования в области клинической эндокринологии, опубликовав первые свои работы. Кстати, проходил специализацию по анестезиологии, реаниматологии, торакальной хирургии в клинике академика Е.Н.Мешалкина, в хирургических отделениях Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, работая в Казанском ГИДУВе. Как это принято говорить, он вышел из общей хирургии и гордится этим. В Казани его пестовал в специальности профессор И.Домрачев, ближайший ученик А.В.Вишневецкого. Также, работая в Казанском ГИДУВе, Калинин 3 месяца трудился в Институте физиологии АН СССР под руководством академика К.М.Быкова и профессора И.Т.Курчина. Своим же учителем в эндокринной хирургии Ариан Павлович считает профессора О.Николаева. В 1960-1967 гг. ему предложили должность старшего научного сотрудника хирургического отделения Всеобщего института экспериментальной эндокринологии и химии гормонов Минздрава СССР, куда в дальнейшем прошёл по всеобщему конкурсу и сразу занялся разработкой тогда малоизученной проблемы, которой была посвяще-

на его докторская диссертация – «Хирургическое лечение болезни Иценко – Кушинга» (1967). Ранее, в 1965-м году, он публикует в соавторстве первую в стране монографию «Феохромоцитому».

После защиты докторской диссертации с 1967 г. работает в МОНКИ. Сначала его избирают на должность старшего научного сотрудника хирургического отделения, затем – руководителя отделения хирургической эндокринологии отдела клинической хирургии, а с 1972 г. – руководителем «самостоятельного» отделения хирургической эндокринологии, на

учебных пособиях, пособиях для врачей, в сотнях статей. Всего А.Калининым опубликовано около 800 работ! Особое место в его трудах занимает 960-страничное первое отечественное руководство по хирургической эндокринологии и руководство (так же первое в отечественной литературе) «Методы визуализации околощитовидных желёз и паратиреоидная хирургия», которое издательством Springer было переиздано на английском языке. Многие коллеги автора этих строк своё первое знакомство с эндокринной хирургией начинали именно с прочтения

заведующий кафедрой хирургии № 1, декан лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, член-корреспондент РАМН, заслуженный деятель науки РФ И.Ярема. – Будучи высокообразованным в различных разделах этой междисциплинарной области медицины, Калинин на протяжении всей своей деятельности успешно исполняет все самые современные методы диагностики эндокринных заболеваний, требующие хирургического лечения. Это прослеживается в его много-

хирургия стала отвечать её современному состоянию, охватывать практически все разделы. Я на протяжении долгого времени слежу не только за научными работами, выполняемыми в отделении хирургической эндокринологии МОНКИ, но и за практической деятельностью этого отделения. В нём, кроме практического решения задач, определяются перспективные темы дальнейших целенаправленных исследований в этой отрасли медицинского знания».

При всём своём умении общаться с людьми, увлекать их решением общих задач, Ариан Павлович

Веки

«Калининские чтения»

Так хирурги-эндокринологи решили назвать свои ежегодные симпозиумы

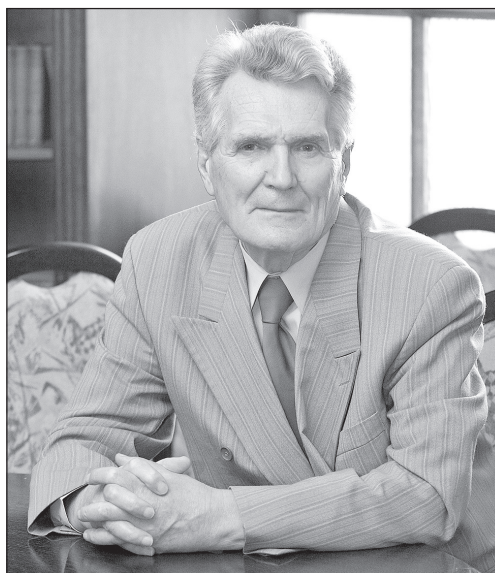
которое приказом Минздрава РФ возложены функции республиканского центра хирургической эндокринологии. Ариан Павлович был назначен председателем проблемной комиссии по эндокринологии. Всё это позволило ему установить тесные связи со многими хирургами из разных регионов СССР, которые хотели более углублённо заниматься хирургической эндокринологией. Так начала создаваться школа А.Калинина (из учеников и последователей), которая быстро укреплялась.

Её созданию способствовало проведение сначала всесоюзных, а потом всероссийских симпозиумов по хирургической эндокринологии. Всего их было проведено 23, 2 – всесоюзных (Иркутск, Харьков) и 18 всероссийских в различных городах нашей страны, 3 украинско-российских симпозиума. Все они были инициированы А.Калининым, где он являлся председателем, сопредседателем оргкомитетов, президентом всех симпозиумов. Они превратились в явление в эндокринологии. В товарищеской атмосфере обсуждались нередко сложные, спорные вопросы. Это притягивало, заставляло приезжать на них всё новых и новых хирургов-эндокринологов России. Симпозиумы вызвали интерес и у врачей других специальностей. Участники их иногда шутили: сформировалась большая семья Калинин.

В МОНКИ им. М.Ф.Владимирского Ариан Павлович состоялся как один из ведущих хирургов-эндокринологов. Когда он пришёл в этот институт, то подобное специализированное отделение здесь казалось далёкой мечтой. Даже приём больных с эндокринологическими заболеваниями вели терапевты.

Калинину предстояло наладить проведение гормональных исследований, без которых немыслима диагностика эндокринных заболеваний. При его непосредственном участии стали внедряться УЗИ, эндоскопия, компьютерная томография, ангиография в эндокринологии. Многие сделал Ариан Павлович для широкого применения плазмафереза, гемосорбции, УФО крови при лечении эндокринных заболеваний. Пройдёт немного времени, Калинин выполнит первые в МОНКИ операции на надпочечниках, околощитовидных железах, вилочковой железе, при гормонально активных опухолях поджелудочной железы, яичниках. Проведение симпозиумов, о которых много писала наша газета, способствовало росту авторитета МОНКИ в масштабе всей страны.

Опыт, накопленный в отделении хирургической эндокринологии МОНКИ, во многом освещён в написанных в соавторстве 22 монографиях и руководствах, 5 главах в других руководствах, обзорах, изданных отдельными книгами,



вышеназванных книг. Ариан Павлович всегда понимал значимость и необходимость обобщения накопленного опыта для практикующих врачей. Его умение анализировать, предлагать нестандартные решения позволило ему наладить тесное сотрудничество отделения с рядом хирургических клиник России и стран СНГ. Так в дальнейшем создавались авторские коллективы при написании руководств и монографий. Не случайно он является почётным профессором 12 медицинских вузов и НИИ, причём 4 – в странах СНГ.

Иначе и быть не могло. В отделе, возглавляемом Арианом Павловичем, выполнено большое количество операций на надпочечниках, околощитовидной железе. Первых – 1500, из которых около 400 проведены с использованием видеоэндоскопических доступов, около 100 – симультанные или комбинированные. Таким опытом обладает не каждая клиника мира. По поводу гиперпаратиреоза проведено около 700 операций. На щитовидной железе сделаны тысячи операций, 400-410 их делается ежегодно. В среднем здесь их проводится около 400-450, из которых более 100 – по поводу рака.

Созвездие Ариана

Всё сказанное притягивало к нему коллег. Без всякого преувеличения можно сказать, что столько учеников и последователей, сколько воспитал Ариан Павлович, посчастливилось иметь немногим. Под его руководством или при его научной консультации защищено 18 докторских и 37 кандидатских диссертаций.

В подтверждение всего сказанного можно привести высказывания известных врачей. Приведём два таких комментария.

«На протяжении многих лет, возглавляя отделение хирургической эндокринологии МОНКИ, Калинин внёс значительный вклад в быстро развивающуюся область медицины – хирургическую эндокринологию, и прежде всего в Подмоскowie, – говорит

численных выступлениях на ежегодных симпозиумах по хирургической эндокринологии, а также в диссертациях, выполненных под его руководством или при его научной консультации. Ученики А.Калинина заведуют кафедрами медицинских вузов, научными подразделениями НИИ. Перечисление всех его заслуг в развитии отечественной хирургической эндокринологии займёт слишком много места, да в этом и нет необходимости. Они хорошо известны тем, кто связан с этой областью медицины. Его авторитет в научном мире очень высок.

Тысячи пациентов проконсультированы и оперированы А.Калининым, виртуозная хирургическая техника которого хорошо известна. Он не просто уделяет большое внимание научной работе сотрудников, но и щедро передаёт им свой богатый практический опыт, обучая их хирургическому мастерству.

Без всякого преувеличения можно говорить о том, что с началом работы А.Калинина в МОНКИ началась новая эра в развитии хирургической эндокринологии в Подмоскowie. Она отражает изменения в представлениях о патогенезе эндокринных заболеваний, методах их диагностики и хирургического лечения. Калинин является камертоном развития хирургической эндокринологии».

Заведующий кафедрой эндокринологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова заслуженный врач РФ, профессор, заслуженный работник высшей школы РФ В.Потёмкин: «Говоря о вкладе А.Калинина в развитие хирургической эндокринологии, нельзя не сказать об общем его вкладе в современную, довольно сложную и многогранную эндокринологию. Ариан Павлович известен в нашей стране не только как выдающийся хирург-эндокринолог, но и как эндокринолог широкого профиля. Об этом свидетельствуют его многочисленные труды, среди которых только руководств и монографий – 22, освещающих с современных позиций многие аспекты эндокринных заболеваний. Они представляют одинаковый интерес как для хирургов-эндокринологов, так и для терапевтов-эндокринологов, а изданные пособия для врачей, в свою очередь, подчёркивают одинаковую заинтересованность тех и других».

Тем, кому хорошо известно состояние хирургической эндокринологии в Московской области до начала работы А.Калинина в МОНКИ, нетрудно увидеть рубеж между этими веками, эндокринная

всегда имел своё мнение. Сейчас в психологии появился такой термин «компетенция принятия решений». Имеется в виду, насколько человек способен высказать собственное мнение, убедить в своей правоте окружающих. Или, не обладая такими способностями, он с удовольствием перекладывает бремя принятия решения на кого-то другого. Для примера скажем, что был период, когда ведущие эндокринологи СССР выступали против понятия «диабетическая стопа». Они утверждали, что это пустая выдумка. Калинин всегда был сторонником другой точки зрения. Шло время, оно расставило всё по своим местам. На специализированных форумах никому и в голову не придёт усомниться теперь в необходимости термина «диабетическая стопа», более того, она стала одним из особых разделов диабетологии.

По своей натуре Ариан Павлович – трудолюбивый. Он не мыслит свою жизнь без написания статей, консультаций больных, разбора сложных клинических случаев. Не случайно его дочь Светлана, чтобы заставить отца регулярно выполнять прогулки, как-то принесла домой собаку с переломанной ногой. Сегодня в их семье живут уже две собаки и две кошки.

Когда автор этих строк побывал в прошлом году с Калинин в Запорожье на 3-м украинско-российском симпозиуме, то обратил внимание, с каким огромным уважением относятся врачи двух братских стран к мнению патриарха отечественной хирургической эндокринологии. Его слово не только было решающим в дискуссиях, многие хотели получить ответы на свои вопросы именно из его уст.

Сейчас наступило время создания симуляционных центров. В них хирурги осваивают азы целенаправленного мастерства, прежде чем брать в руки скальпель или управлять эндоскопической стойкой в настоящей операционной. Симпозиумы же стали своего рода теоретическим симуляционным центром. Ведь хирурги, прежде чем провести то или иное вмешательство, должны выбрать тактику, наметить алгоритм вмешательства. Предварительная «мозговая атака» – это тот же симуляционный тренажёр.

Счастливый учитель, воспитавший такое количество учеников и последователей. Это об Ариане Павловиче.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

НА СНИМКЕ: А.Калинин.
Фото Александра ХУДАСОВА.

Редакция «Медицинской газеты» поздравляет Ариана Павловича, нашего уважаемого автора, друга газеты с днём рождения и желает ему крепкого здоровья, хорошего, бодрого настроения. Пусть результат воспитания новых учеников и последователей, Ариан Павлович, соответствует вашим ожиданиям.

Профилактика

Под «прицелом» вируса кори

Хорошие новости в сфере здравоохранения нынче – большая редкость, а потому вдвойне приятно, когда приходится слышать от медиков о позитиве. Подводя итоги года с «невезучим» числом, Управление Роспотребнадзора по Омской области сообщило о положительном тренде: в 2013-м г. в Прииртышье не было зарегистрировано случаев заболевания корью.

Действительно, есть чему радоваться, если учесть, что в минувшем году в России случаи этого вирусного заболевания были зарегистрированы в 58 субъектах Федерации. Основной контингент заболевших – дети (около 45%), причём вирус одолевает в первую очередь тех, кто не привит против кори. Отсутствием прививок как раз и объясняют специалисты вспышки кори среди «странствующего» цыганского населения в Рязанской, Ярославской, Тульской, Калужской, Оренбургской, Саратовской, Нижегородской и других областях.

К «группе риска» эпидемиологи причисляют также лиц, которые отказываются

от профилактических прививок по религиозным убеждениям (такая вспышка кори была зафиксирована в Курской области), а ещё мигрантов из ближнего и дальнего зарубежья. Нередко именно гастарбайтеры «везут» вирус за Урал. Напомню, к слову, что завозной случай кори, наделавший много шума, был отмечен в Омской области в 2012 г. Разумеется, у не привитого ребёнка. Не допустить расползания инфекции тогда смогли оперативные и адекватные противоэпидемические мероприятия, в том числе и проведение профилактических прививок против кори всем, кто контактировал с заболевшим.

И всё же, несмотря на то, что в минувшем году корь в Прииртышье не смогла «прописаться», врачи-инфекционисты и эпидемиологи не расслабляются, а по-прежнему бдительно следят за ситуацией. Тем более что основания для беспокойства, как ни крути, есть.

Как сообщили в территориальном Управлении Роспотребнадзора, на начало 2014 г. в Омской области не привито против кори (не

имеют ни одной прививки) 1684 ребёнка старше 1 года и 9745 взрослых в возрасте до 35 лет. При этом львиная доля отказов (44% от общего числа) мотивируется религиозными соображениями. Другой «веской» причиной не делать прививку против кори «отказники» называют, как это ни парадоксально, негативную информацию о вакцинации в СМИ, таковых среди омичей 28%. И невдомёк родителям, которые так «заботятся» о своих чадах, что, отказываясь от прививок, они подвергают ребёнка куда большему риску.

Не болевшие корью и не привитые против неё остаются уязвимыми, находясь буквально «под прицелом» вируса в течение всей жизни, и могут заболеть коварным недугом в любом возрасте и на любой территории – как в родных пенатах, так и в зарубежных турне, где, к слову, эпидемиологическая обстановка из года в год ухудшается, в том же Таиланде и Турции, где так любят отдыхать россияне.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».
Омск.

Дежурный по номеру

Для коллег ценен личный опыт

География дежурств общественных редакторов «МГ» расширяется. Сегодня на связь с читателями выходит столица Ямало-Ненецкого автономного округа Салехард – единственный город в мире, расположенный на 66-й параллели, то есть непосредственно на Северном полярном круге. Несмотря на то что у города давняя история, именно в последнее время, в связи с развитием нефтегазового комплекса, он преобразился до неузнаваемости, а система здравоохранения не только приобрела современные черты, и заняла свою достойную нишу в рамках всей России.



– Выпуск получился достаточно разнообразным по тематической палитре. Место на первой полосе по праву занимает публикация о работе врача на минувшей Олимпиаде в Сочи. Перед нашими коллегами на Кубани стояла задача не из лёгких – обеспечить высший уровень оказания помощи спортсменам, больщикам, тем самым не подвести отечественную медицину. Сочи преобразился не только как спортивная столица, но и как известная российская здравница.

Актуален и достоин пристального внимания, на мой взгляд, материал об отпуске сильнодействующих и наркотических препаратов. Резонансная история с гибелью контр-адмирала запаса Вячеслава Антоненко не осталась без внимания Минздрава России. Судя по всему, в некоторых регионах есть проблемы с выпиской обезболивающих для тяжелобольных. Сейчас на общественное

обсуждение вынесен приказ, который предусматривает увеличение нормативов запаса наркотиков.

Хорошо поработал автор корреспонденции о лечении россиян за границей. Действительно, есть виды медицинской помощи, которые у нас не оказывают, поэтому наше головное ведомство предлагает новый формат взаимодействия с зарубежными клиниками. Однако наши сограждане порой недооценивают российскую медицину. У нас есть немало талантливых врачей, способных, как говорят, на чудо.

Яркими, живыми получились авторские публикации практикующих врачей. Нет ничего ценнее, чем личный опыт. А опыт, на котором могут учиться твои последователи, дороже во сто крат. Хочу отметить очень глубокое содержание текстов. Спасибо редколлегии за насыщенный выпуск газеты. Творческих успехов!

За рубежом

Починка миокарда

Народная мудрость гласит, что сердцу не прикажешь. Кардиологи и биологи понимают её как невозможность заставить сердечную мышцу излечивать саму себя. Врачебная мудрость говорит, что клетки сердечной мышцы – кардиомициты – перестают делиться вскоре после рождения.

Но это у млекопитающих, а у рыб и амфибий сердце регенерирует подобно той же печени, которая может восстанавливать до трети своей массы. Лишь в редчайших случаях онкологам приходится сталкиваться с опухолями сердца. Но это дало возможность получить культуры опухолевых клеток, в которых они пытались разгадать секреты надёжной блокировки деления кардиомицитов. Однако понадобилось два десятилетия напряжённых усилий учёных, занимавшихся стволовыми клетками, чтобы сформулировать понимание необходимости для развития неделящихся во взрослом организме клеток так называемой ниши. Последняя своими сигналами поддерживает самообновление относительно немногочисленных стволовых клеток, дающих достаточное для поддержания равновесия специализированное (дифференцированное) потомство. В качестве примера можно привести три подобные ниши: пупилла клеток в фолликуле волоса, субвентрикулярная зона в глубине мозга, в которой нервные стволовые клетки дают потомство, устремляющееся в кору, где образует нейрональные сети и участки в толще сердечной мышцы.

В них размножаются стволовые клетки, на поверхности которых обнаруживается белок-маркер (Scs – Stem cell angiogenic – стволовые клетки сосудообразующие). Стимулирование их приводит к образованию клеток эндотелия, гладкомышечных в их стенках и кардиомиоцитов. Всё это установили сотрудники Исследовательского института сердца и лёгких в Бад Наухайме (Германия), работавшие со своими коллегами из университетов Осаки (Япония) и Бостона (США). Стволовых клеток в сердечной мышце взрослой мыши чрезвычайно мало, поэтому обнаружить их по маркеру Scs весьма проблематично, что объясняет неудачи предшествующих исследований. Проблема усугубляется также и тем, что «эмбриональный» протеин исчезает с поверхности клеток, трансформирующихся в кардиомициты. Вот почему учёные вынуждены были получить генно-модифицированных мышей, стволовые клетки которых помимо Scs синтезировали и другие флюоресцирующие маркеры, которые сохраняли свечение даже после «угасания» белка стволовых клеток.

Экспериментальные воздействия на сердечную мышцу мышей имели разные последствия. Если учёные перекрывали с помощью баллона одну из венечных или коронарных артерий, питающих сердечную мышцу, имитируя тем самым инфаркт, то страдали в основном клетки эндотелия и гладкой мускулатуры. Поражение кардиомиоцитов вызывало в основном резкое повышение артериального давления, в результате чего нарушалось нормальное

снабжение миокарда клетками с маркером Scs. Подобное регенеративное замещение компенсаторного характера было продемонстрировано в сердце нормальных стареющих мышей. Авторы полагают, что им впервые удалось обнаружить источник вечной юности для сердец, или, выражаясь строгим научным языком, «ограниченного вклада клеточного потомства Scs в репарацию сердечной мышцы при патологических состояниях».

Немцы и их коллеги сознают, что они сделали лишь самый маленький шагок на долгом и трудном пути. В ходе клеточного мониторинга они определили, что за 1,5 года наблюдений регенерировали лишь 5% сердечных кардиомиоцитов, что очень долго и мало для людей, переживших или переживающих те или иные проблемы с сердцем. Обнадёживает тот факт, что у мышей с экспериментальными патологическими состояниями число новообразованных мышечных клеток утроилось. «Данные показывают, что в принципе сердце млекопитающего способно запустить регенерацию собственной мышцы и процесс её обновления, – сказал один из авторов статьи. – Целью дальнейших усилий является выявление путей ускорения и интенсификации этого благотворного процесса и тем самым укрепление сердца, его возможности самоизлечения».

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Stem Cell Reports.

Однако

Май – самый неблагоприятный месяц в году для зачатия ребёнка. У детей, зачатых в мае, риск родиться недоношенными выше средних показателей, что сказывается на их здоровье в течение всей жизни. При этом наилучшее с этой точки зрения время для зачатия – лето. Такие результаты были получены учёными из Принстонского университета в ходе масштабного исследования, призванного оценить корреляцию между сезонными колебаниями в здоровье детей при рождении и временем их зачатия.

Феномен мая

Ещё в начале 1930-х годов учёные обратили внимание на то, что дети, рождённые зимой, имеют больше шансов столкнуться с проблемами со здоровьем в последующей жизни, чем появившиеся на свет весной, летом или осенью. У них более медленное физическое и умственное развитие, чем у сверстников, а также в среднем меньше продолжительность жизни. Этот феномен обычно связывают с неблагоприятными условиями окружающей среды, ассоциированными с зимним временем года, в которых оказываются будущая мать и плод накануне рождения – вспышками инфекционных заболеваний, сложными погодными условиями, более высокими уровнями загрязнения воздуха, недостатком витамина D.

Подтверждение этим предположениям было получено и в ходе исследования, проведённого Джанет Карри и Ханнесом Швандтом. Авторы проанализировали статистические данные о почти 1,5 млн детей, родившихся в штатах Нью-Джерси, Нью-Йорк и Пенсильвания с 1994 по 2006 г. При этом для исключения влияния на результаты различия в социоэкономическом статусе родителей рассматривались только братья и сёстры, рождённые одной матерью.

Было установлено, наиболее неблагоприятное время года для зачатия в свете здоровья будущего ребёнка – период с января по

май, причём май – самый худший в этом отношении месяц. У детей, зачатых в мае и, соответственно, появившихся на свет зимой, шанс родиться раньше срока на 13% выше среднего, их гестационный период в среднем на неделю короче, чем у сверстников, зачатых в другие месяцы года. Недоношенность и, как следствие, низкий вес при рождении связаны с различными проблемами со здоровьем – ослабленной иммунной системой, сниженной остротой зрения и слуха, замедленным когнитивным развитием, что может сказаться на всей последующей жизни ребёнка.

При этом наилучшим временем года для зачатия оказалось лето. Женщины, зачавшие с июня по август, в среднем набирали больше веса за время беременности, уровень доношенных беременностей оказался выше, а вес рождённых в результате детей – на 8 г больше средних показателей.

Авторы полагают, что «феномен мая» связан с пиком эпидемии гриппа, приходящимся обычно на январь – февраль, как раз на последний триместр беременности зачавших в этом месяце. По их мнению, именно грипп влияет на средние показатели длительности гестации, что, подчёркивают авторы, ещё раз указывает на необходимость вакцинации беременных от этой инфекции.

Ирина АНДРЕЕВА.
По информации Science.

Взгляд

Рак пятится... вперёд

Онкобольных в мире станет больше

Миру грозит рост количества заболеваний раком, заявили исследователи из Всемирной организации здравоохранения, к 2035 г. ежегодно раком будут заболеть до 24 млн человек, однако эту цифру можно сократить вдвое, если употреблять меньше алкоголя и сахара.

ВОЗ считает, что возникла «реальная необходимость» обратить особое внимание на то, как можно предотвратить возникновение рака, в том числе посредством борьбы с курением, ожирением и пьянством. Уровень неосведомленности среди населения о том, какую роль играет правильное питание, вызывает тревогу. Ежегодно рак диагностируется у 14 млн человек, но, как предполагается, к 2025 г. эта цифра достигнет 19 млн в год, 22 млн к 2030 г. и 24 млн к 2035 г. Рост раковых заболеваний произойдет в основном за счёт жителей развивающихся стран.

Крис Уайлд, возглавляющий отдел Международного агентства по изучению рака ВОЗ (МАИР), считает: «Расходы на лечение онкологических заболеваний в мире растут, и не в последнюю очередь это вызвано старением людей и ростом численности населения. Затраты на лечение рака даже в богатых странах выходят из-под контроля».

Вирус папилломы человека является одним из главных факторов возникновения рака. Предполагается, что использование

специальных вакцин помогло бы уберечь сотни тысяч человек от онкологических заболеваний. В Британии вакцинацию против вируса папилломы человека производят всем девочкам в возрасте 12-13 лет, однако мальчикам таких прививок не делают.

Один из авторов исследования Бернард Стюарт из Университета Нового Южного Уэльса (Австралия) сказал, что причиной возникновения рака у многих людей являются их привычки. В качестве примера он привёл принятие солнечных ванн в Австралии, где некоторые «жарятся на солнце, пока не получат равномерный загар».

Стюарт отметил: «Что касается алкоголя, например, мы все знаем, на что способен человек под его воздействием, будь то аварии или конфликты, но существует ещё и аспект, связанный с онкологическими заболеваниями. Об этом не говорят, потому что связь не столь очевидна».

По его словам, это относится и к сахару, чрезмерное потребление которого может привести к ожирению, которое, в свою очередь, повышает риск заболевания раком.

Всемирный фонд по изучению онкологических заболеваний предлагает для профилактики возникновения рака употреблять в пищу как можно больше овощей, фруктов и продуктов из цельнозерновых злаков, предлагая сократить потребление алкоголя и красного мяса и полностью отказаться от переработанного мяса.

А как в России?

Ежегодно в России злокачественными опухолями заболе-

вают более 500 тыс. человек, не считая рака кожи.

Умирают от злокачественных опухолей около 300 тыс. человек ежегодно. На первом месте у мужчин рак лёгкого, у женщин – рак молочной железы. Смертность от всех форм рака в России снижается, но общая заболеваемость (рак лёгких, молочной железы, простаты, толстой и прямой кишки) растёт.

Смертность от рака лёгкого начала снижаться в середине 1990-х годов, но не потому, что начали лучше лечить или раньше диагностировать, а потому, что был понижен предельно допустимый уровень смол с 30 мг на сигарету в советское время до 15 мг в начале 1993 г. Сейчас этот показатель равен 13 мг на сигарету.

С раком молочной железы в России положение значительно хуже, чем на Западе, потому что мы диагностируем его на III-IV стадиях, а в США практически всегда – на самых ранних стадиях. И 5-летняя выживаемость при раке молочной железы там достигает 95%, в России – не более 60%.

Колоректальный рак: заболеваемость им на Западе, как и в России, растёт, но на Западе смертность снижается, а в России растёт пропорционально росту заболеваемости. Причина – у нас колоректальный рак выявляется на поздней стадии, хотя возможность для раннего выявления есть.

Если суммировать, то главные проблемы в России со злокачественными опухолями – поздняя диагностика и слабая первичная профилактика.

Исследования

Учёные сумели снизить содержание алкоголя в крови пьяных мышей, введя им в организм нанокапсулы с энзимами, участвующими в переработке спирта. Этот опыт продемонстрировал новаторскую технологию терапии, которая может иметь широкое медицинское применение.

и биомолекулярной технологии Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе Юньфэн Лу, проводивший это исследование вместе с профессором биохимии и молекулярной биологии Университета Южной Калифорнии Чэн Ци. Капсула стабилизирует белки и помогает им не разрушиться в организме.

Нанокапсулы отрезвляют пьяных мышей

Энзимы – это белки, которые служат катализаторами широкого спектра биологических процессов в организме, что делает их перспективными кандидатами на роль терапевтических средств. Многие важные биологические функции требуют совместной работы тщательно состыкованных групп разных энзимов. Нередко эта работа происходит внутри элементов клетки, называемых органеллами. Хотя исследователи годами старались разработать такие комплексы в лабораториях, поддерживать стабильность белков и контролировать их размеры и расположение оказалось очень сложно.

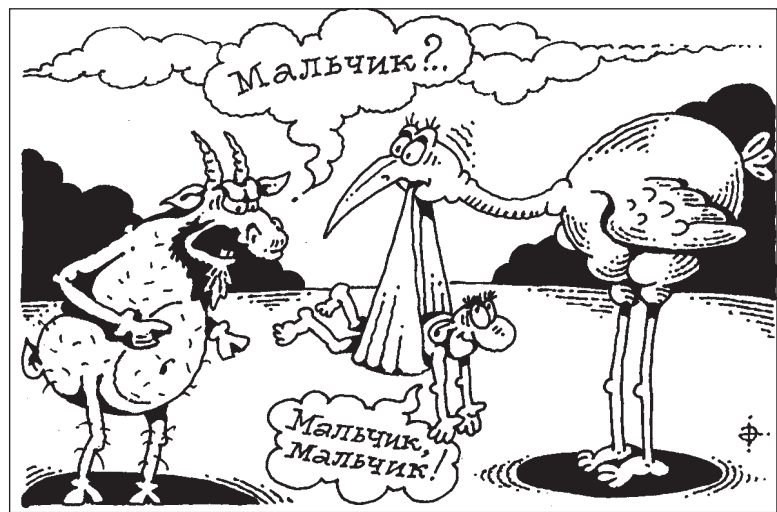
В рамках нового эксперимента ряд энзимов был помещён в наноразмерную капсулу. Получившийся энзимный комплекс, упакованный в нетоксичный полимер, – это «практически аналог органеллы», говорит профессор химической

Чтобы продемонстрировать эффективность метода, исследователи ввели в организм мышей капсулы с двумя энзимами. Один из них – оксидаза – образует пероксид водорода, поэтому он должен работать в сочетании с другим энзимом, разлагающим этот потенциально вредный побочный продукт. Учёные сообщают, что содержание алкоголя в крови получавших лечение мышей падало заметно быстрее, чем у контрольной группы.

По словам Лу, его исследования могут подготовить почву для создания нового класса лекарств, основанных на энзимах. В частности, он предвидит в будущем появление перорально принимаемого антидота к алкоголю или средства для профилактики опьянения. Алкоголь перерабатывается печенью, но это будет «как если бы у вас в желудке или в кишечнике появились миллионы перерабатывающих алкоголь клеток печени», объясняет он.

Осторожно!

Хочу мальчика



В последнее десятилетие в Британии имели место тысячи нелегальных абортов, жертвами которых стали эмбрионы женского пола. Об этом свидетельствует анализ данных переписи населения Англии и Уэльса.

В исследовании, проведённом статистиком Имперского колледжа Лондона, показаны отклонения в соотношении численности мальчиков и девочек в некоторых иммигрантских группах. Самым правдоподобным объяснением этому, по его мнению, являются аборты по половому признаку.

Подобный дисбаланс прослеживается у матерей родом из Пакистана, Бангладеш и Афганистана. Пары в некоторых группах иммигрантов готовы «согласиться» с первенцем-дочерью, но последующие беременности с плодом женского пола прерываются.

Другое исследование также определяло соотношение числен-

ности мальчиков и девочек среди вторых детей в семье. В семьях иммигрантов первого поколения с двумя детьми, по их логике, факт наличия старшей дочери значительно увеличивает шансы того, что второй ребёнок окажется мальчиком.

Эти открытия возобновили дебаты о том, следует ли разрешать на законном основании парам узнавать пол ребёнка после ультразвука на 13-й неделе.

Представитель Министерства здравоохранения Великобритании заявила: «Аборт на основании полового отбора противозаконен и абсолютно неприемлем. Мы продолжим отслеживать соотношение полов новорождённых и будем принимать во внимание новые исследования».

Подготовил Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам BBC, Proceedings of the National Academy of Sciences, Nature, The Times, Independent.

Ракурс

IQ в кошельке

Бедность губит мозг

Бедность оказывает на людей такое влияние, силу которого мы начинаем осознавать только сейчас. В результате нового провокационного исследования учёные обнаружили, что бедность ложится бременем на мозг человека.

Она отнимает у бедных людей столько умственной энергии (примерно 13 пунктов IQ), что у них остаётся слишком мало когнитивных ресурсов для того, чтобы преуспевать на работе, в образовании и воспитании детей. Такое состояние сравнимо с состоянием хронического недосыпания. Если детство прошло в бедности, это обязательно отразится во взрослой жизни человека. Учёные также считают, что негативное влияние бедности со временем накапливается. Если люди живут в нужде на протяжении многих лет или даже поколений, то её воздействие становится ещё более заметными.

В ходе нового долгосрочного исследования учёные из Иллинойского университета в

Чикаго, а также Мичиганского и Денверского университетов на протяжении длительного периода времени вели наблюдение за детьми с 9 лет и до момента достижения ими 24 лет. Это были 49 белых детей из семей с различным уровнем доходов. Дети из бедных семей испытывали на себе воздействие хронических источников стресса, таких как насилие и семейные неурядицы, а также неблагоприятные жилищные условия.

Те участники эксперимента, которые провели детство и юность в бедности, позже демонстрировали ослабление функций мозга. Эту особенность учёные могли в буквальном смысле увидеть в ходе функциональной МРТ, задача которой заключалась в исследовании функций миндалевидного тела и префронтальной коры. Эти два отдела мозга играют ключевую роль в том, как мы определяем для себя угрозу, контролируем свои эмоции и справляемся со стрессом. Дети, которые жили в бедности в возрасте 9 лет, в 24 года демонстрировали повышен-

ную активность миндалевидного тела и сниженную активность в префронтальной коре в ходе эксперимента, во время которого им показывали серии фотографий с изображениями негативных образов.

Подобные стрессогенные факторы, по мнению учёных, в состоянии помочь объяснить связь между доходным статусом в детстве и тем, насколько хорошо работает мозг человека во взрослом состоянии. Они пишут, что эта теория согласуется с идеей о том, что «опыт жизни в бедности в раннем возрасте прочно внедряется в организм человека, определяя траекторию его развития на протяжении всей жизни».

Коротко говоря, бедность мешает родителям выполнять разного рода обязанности, в том числе заботиться о своих детях. А те проблемы развития, с которыми дети сталкиваются в семьях, где взрослые постоянно живут в состоянии стресса, могут оказать серьёзное влияние на их здоровье и вообще дальнейшую жизнь.

«МГ» продолжает публиковать автобиографические очерки жителя немецкого Ганновера Якова Фарбера, известного организатора здравоохранения, хирурга, заслуженного врача РФ, писателя, журналиста и краеведа, основателя музея истории медицины в Тамбове и победителя Литературного конкурса им. М.А.Булгакова «МГ» 2011 г.

Действенные аргументы

Судя по всему, сельчане мне поверили: уже через несколько месяцев работы в тамбовской глубинке на приёмах стало значительно больше народу. Обращались жители не только Шехманского района, но и сопредельного Хворостянского Воронежской области (в начале 1954 г. этот район отошёл ко вновь образованной Липецкой области). На операциях я стал чувствовать себя гораздо увереннее, но одновременно появилось сомнение в правильности методик оперирования, ведь никто же меня не контролировал. Я был один и в конце концов стал понимать, что заочное самообразование для хирурга недопустимо.

С той поры начал обращаться в облздравотдел с просьбой направить меня на стажировку в областную больницу. Тогда такие курсы продолжались полгода, и столь продолжительная учёба, безусловно, помогла новичкам в хирургии встать на рельсы самостоятельности. Поначалу мне отказали в моей просьбе, мотивируя отказ отсутствием замены. Тогда я съездил в Тамбов и, добившись встречи с заведующим облздравотдела, сумел убедить его в необходимости повышения моей квалификации. Действенным аргументом послужило моё сообщение о том, что весной и осенью заполненные водой лога (глубокие овраги) перекрывают все дороги и подобраться к моему селу Бычок нет никакой возможности. Даже самолёт санавиации в случае острой необходимости не сможет приземлиться, ибо земля посадочной площадки превращается в кисель. Бычок становится настоящей островком, и такая изоляция продолжается до схода воды.

Наш заведующий внимательно выслушал меня и дал добро на моё усовершенствование.

Уроки Люцидарского

Мне очень повезло, что довелось встретиться с отличным хирургом, учеником знаменитого хирурга Ленинградской школы Ю.Ю.Джанелидзе, замечательным человеком Алексеем Ипполитовичем Люцидарским. В первый же день, сразу после обхода он собрал стажёров у себя в кабинете, в котором был накрыт стол, и за чашкой чая начался непринуждённый разговор, касающийся самых различных аспектов хирургии.

Первые вопросы, которые мне были заданы заведующим хирургическим отделением: каким узлом я связываю нити шёлка или кетгута во время операции? Я ответил: «Обычным, с двойным перехлёстом нитей».

— А сколько узлов можете сделать этим способом?
— Не более 30 в минуту.

— Да, это маловато, эдак вы поддержите на столе больного лишние 1,5-2 часа, ведь хирургия — это, главным образом, не разрезы, а шитьё, как у обыкновенных портных, — степенно произнёс Люцидарский. — Необходимо оперировать больных как можно быстрее, ибо держать больного на столе лишние минуты, да ещё под наркозом, — это значит подвергать его опасности обретения серьёзных осложнений. Разрезы делаются быстро — взмах скальпелем и ты уже в брюшной полости, а вот за счёт шитья и завязывания

узлов время операций можно существенно сократить. Я вас научу вязать узлы по Госсю, который при определённом навыке даст значительную экономию времени на операции. Кроме того, Госсю даёт возможность вязать узлы в глубине раны.

Когда он нам демонстрировал этот метод, его пальцы мелькали, как крылья бабочки, и в

мною соглашались. Всё началось с «мамаевого побища» — так называли радикальные операции при раке молочной железы. Любовь Алексеевна поставила меня на наркоз, а надо сказать, что этот вид обезболивания был точно таким, каким его предложил великий Пирогов ещё в середине XIX столетия. Это обшитый марлей и клеёной металлический каркас,

бездельничать» и начал готовить к работе. При этом поставил себе цель — добиться надёжного обезболивания при самом малом количестве эфира. Для меня решение этой задачи стало престижным делом, ведь когда я рассказывал о своём мизерном опыте наркотизатора в столичных клиниках, я назвал максимальную дозу эфира при самых больших

онкологическую больницу, а займусь пуском аппарата. Он стоял в кладовке у кастелянши, точно такой же «Макинтош», но уже побывавший в работе.

Старшая сестра мне рассказала о появлении наркозной техники в тамбовских больницах. В конце 1945 г. при расформировании госпиталей значительная часть медицинского оборудования бала

Далёкое — близкое

Как распаковывали «Макинтош»



итоге — 70 узлов в минуту. Затем Алексей Ипполитович приоткрыл ящик письменного стола, к чему-то там на дне прицепил нить и, не глядя, вязал в глубине очень прочные узлы. Мы, стажёры, сразу схватили шёлковые нити и стали тренироваться. В дальнейшем, я пользовался только узлом Госсю и обучил этой методике своих учеников.

Нежданная находка

В план 6-месячной специализации по хирургии входил одномесячный курс по онкологии. Возглавлял онкологический диспансер в то время Тихон Митрофанович Гроздов, руководитель, воплотивший в себе лучшие черты врача и российского интеллигента. Удивительно мягкий, добрый и скромный человек, а ведь в годы войны был главным хирургом всех эвакогоспиталей НКО по Тамбовской области, а после войны организовал первый онкологический диспансер и руководил им до последнего дня своей насыщенной трагическими событиями жизни. Дело в том, что отец Тихона Митрофановича, будучи священником церкви Крестовоздвиженского кладбища, был одновременно активным общественником. Именно по его инициативе при церкви было открыто первое в Тамбове училище для слепых детей. И несмотря на такую широкую благотворительность, его не обошла стороной карающая рука большевистского «правосудия». Тихон Митрофанович старался не говорить об этих страшных событиях, но, невольно порой, проскальзывали резкие высказывания, говорящие об его отличной ориентации в происходящих вокруг событиях.

Полной противоположностью Тихону Митрофановичу была заведующая хирургическим отделением Любовь Алексеевна Буковская, прекрасный хирург и диагност и вместе с тем человек с беспечными суждениями по любому вопросу. Однако мы с самого начала моей стажировки подружались, и я часто ассистировал ей на больших операциях. Когда же я впервые в области наладил в диспансере аппаратный общий наркоз, она стала в некоторых вопросах со

одеваемый на рот и нос, и на него сверху надо капать из флакона эфир. Сколько попадает этого наркотического средства внутрь маски, сказать трудно. Известно только, что в силу своих летучих свойств, эфир в значительных количествах успешно испаряется и распространяется в окружающем пространстве.

Уже прошло минут 20-25, израсходована почти половина флакона эфира, а больная не спит... Гром и молния, исходящие от оператора, вполне могли спровоцировать эфирный взрыв, но, слава Богу, всё обошлось, наконец-то больная уснула и операция началась. Она продолжалась около трёх часов. После операции в ординаторской состоялся такой диалог. Доктор Буковская спросила меня:

— Сколько эфира ушло на операцию?

— Начали четвёртый флакон.
— Это больше 300 грамм!!! Это же ужас!!!

— Так будет всегда, пока диспансер не купит наркозный аппарат. В московских клиниках с помощью маски Эсмарха никто наркоз не проводит, только с помощью наркозных аппаратов.

— Да, это прекрасно, но где его взять? Я знаю, что главный врач уже какой год хлопочет, чтобы получить наркозную технику, но всё бесполезно...

И вдруг присутствовавшая при нашем разговоре старшая медсестра Мария Яковлевна говорит:

— А какой-то аппарат уже много лет стоит внизу в кладовой? На него нет никакой документации, может быть, это и есть наркозный аппарат.

Я аж затрясся от нетерпения. Где ключ от подвала? Мы спустились туда со старшей сестрой и, когда разгребли завалы, обнаружили совершенно новый, обклеенный ещё заводской упаковочной бумагой американский наркозный аппарат «Макинтош». Я немного был знаком с подобной аппаратурой, более того, в клинике профессора Зайцева, в которой проходил субординатуру, мне доводилось с его помощью давать наркоз. Этот аппарат попал в диспансер при расформировании госпиталей в 1945 г. и простоял в подвале без дела 9 лет. Я сказал ему шёпотом: «Хватит

операциях, и она не превышала 100 г. К моему рассказу хирурги отнеслись с недоверием. Для достижения поставленной цели я решил использовать возможность американского аппарата — проводить наркоз по замкнутой системе, чтобы выдыхаемый больным воздух, насыщенный парами эфира, продолжал циркулировать в системе, а не выходил наружу. Конечно, в систему должен подаваться кислород, и, самое главное, нужно регенерировать выдыхаемый воздух, а для этого требовался гранулированный абсорбент. Где его достать? Аптечное управление никогда его не заказывало, обзвонил все заводы и тоже безрезультатно. Совершенно случайно узнал, что абсорбент может быть у лётчиков. Не без труда пробился к начальнику тыла училища лётчиков, полковнику (к сожалению, фамилию не запомнил), и он, выслушав меня, дал команду выделить для онкологического диспансера 20 кг абсорбента. Я не ожидал такой щедрости и был необыкновенно счастлив.

Наконец-то всё было готово, и тогда доктор Буковская назначила день операции и опять же по поводу рака молочной железы. Я ждал этого дня с нетерпением и, конечно, сильно волновался. Как пройдёт мой первый аппаратный наркоз? По правде сказать, волновались все. Главным врач за день до операции несколько раз подходил ко мне, интересовался, всё ли у меня есть для экстренной помощи в случае необходимости.

Но волнения наши были напрасны. Больная уснула на 7-й минуте, все системы «Макинтоша» работали безотказно. Любовь Алексеевна никак не хотела поверить в то, что больная так быстро уснула, и со скальпелем в руке, заглядывала за занавеску. Наконец, убедившись, что больная спит, начала операцию. Она продолжалась около 3 часов, и за всё время операции было израсходовано всего 45 г эфира. Когда я сказал об этом, Тихон Митрофанович взял флакон в руку, а второй рукой по-отечески меня обнял и сказал в мой адрес добрые слова. А доктор Буковская на всякий случай заглянула в ящик наркозного столика, по-видимому, решила проверить, нет ли там пустого флакона из-под эфира.

Звонок от Вамберского

Дальнейшее развитие событий происходило по сценарию, похожему на голливудский фильм, когда герой «наутро проснулся знаменитым». Нет, конечно, это шутка. Знаменитым я не стал, и более того, через пару дней меня вызвал к себе мой учитель — Алексей Ипполитович, и в присутствии ординаторов отчитал за то, что запустил первый наркозный аппарат не в хирургическом отделении, а в онкобольнице. Мои оправдания насчёт того, что я не знал о существовании аналогичного аппарата в отделении, в расчёт не принимались. Дело закончилось тем, что назавтра я не пойду в

передана гражданским больницам, причём передача шла в спешном порядке, или, вернее сказать, в спешном беспорядке, навалом. Передавалось всё: бельё, инструментарий, разная аппаратура, и в том числе наркозная, но ни к одному аппарату не было инструкции, и поэтому они вот уже 9 лет стоят без дела.

Мне инструкция не понадобилась, так как я уже набрался опыта при пуске наркозной техники в онкодиспансере. Уже через неделю в хирургии был применён наркоз с помощью аппарата. А ещё через неделю мне позвонил сам Владимир Фёдорович Вамберский и попросил зайти. Я уже догадался, зачем меня вызывает всеми почитаемый и обожаемый гинеколог, но всё же шёл к нему, изрядно волнуясь. Мне уже было известно, что точно такой же «Макинтош» стоит не распакованный в родильном отделении, и я отлично понимал, что давать наркоз совершенно здоровой женщине во время, можно сказать, физиологического акта — родов — это огромная ответственность. Боязнь передозировки заставила меня отказаться от закрытого способа и перейти на полузакрытый метод. Но к моей радости, наладка и пуск аппарата в родильном отделении прошли без каких-либо осложнений.

Табу на карьерный скачок

После моих «подвигов» по наладке наркозной техники мои друзья предрекали мне светлое будущее в стенах ставшей мне родной областной больницы. Но не тут-то было. Несмотря на то, что о моём оставлении в областной больнице хлопотал Люцидарский, а об оставлении в онкодиспансере — Гроздов, их старания положительного результата не дали. Я уже стал подумывать, что та самая «конъюнктура», которую предрекал мне профессор Зайцев, вновь стала доставать меня, но дело оказалось значительно проще.

Через год после стажировки мой друг первый секретарь райкома партии Александр Васильевич Поречин признался мне, что именно он задержал меня в селе Бычок, причём сделал это из самых добрых побуждений. Ему просто не хотелось расставаться со мной. Он, узнав от своего друга, работавшего в облсполкоме, о том, что меня пытаются оставить в областной больнице, поднял телефонную трубку и позвонил первому секретарю обкома партии А.М.Школьникову, а тот, в свою очередь, поручил своим помощникам позвонить заведующему облздравотделом В.Н.Фалину и запретить какие-либо перемещения молодого хирурга. Итак, на мой внеочередной «карьерный скачок» было наложено табу, и мне пришлось возвращаться восвояси в ставший уже родным Бычок.

НА СНИМКЕ: мой учитель Алексей Ипполитович Люцидарский.

Ладно скроенная, всегда нарядная поселковая красавица Мария по прозвищу Ягодка всегда привлекала внимание сильного пола. Много промелькнуло ухаживателей, но ни один не предложил руку и сердце. А те, кто готов был погреться у пышущей жаром Машеньки, ей не подходили, потому как в её представлении муж должен был круглосуточно работать, приносить много денег, не оставляя себе и копейки. Однако случай повернулся. Марии исполнилось тридцать. Она была в полном расцвете. Всегда одетая в соответствии с модой, хозяйственная, чистоплотная. Ну чем не невеста? Приглянулась она молодому трактористу Ивану Сергееву, жившему по соседству с тёткой. Весёлые заигрывания, любовные утехы, идеальная чистота в доме Марии прельщали парня. Безотцовщина и бедность испортили ему юность. В школе не доучился, вот и пошёл в ученики к трактористу. Ютился у тётки в каморке, питался как попало. А тут такая благодать!

Друзья говорили:

– Ты что, с ума спятил? Ей – тридцатник, а тебе – всего двадцать. Поиграешься, а ведь жизнь-то долгая-предолгая. Возьми в ум – что с ней будет годков через десять. Тебе только тридцать, а ей – на пятый десяток. Ты ещё молодец молодцом, а она уж в тётку превратится. Да и к характеру поприглядись: больно уж хитрая.

Советы и пересуды – дело одно, а жизнь – другое. Весна, кровь кипит, молодость играет. Ягодка приглашала то на чаёк, то на пироги. Не устоял парень – переехал и поселился у Марии. Та была счастлива. Нарядилась в самое модное, причёсывалась у лучшего в посёлке парикмахера... Но вместе с сожителем на людях показывалась редко. Видела, что он смущается. Приласкать Маша умела, и Иван тянулся к ней. Главой семьи, естественно, была она. Потихоньку, исподволь стала Маша приручать парня к хозяйству. Задумала построить в соседней деревне домик, и Ваня – вот он, как топор под лавкой. И вскоре дом для дачи построили. Иван не знал выходов, ездили к родителям жены в деревню косить сено, дрова заготавливать, пахать, окучивать. Мария старалась доказать, что всё у них ладно. Купит ему майку – не только всем расскажет, но и покажет. Купит себе дорогую шубу – всем объяснит, что Ваня подарил.

Прожили год, прожили пять. Мужики на работе спрашивают:

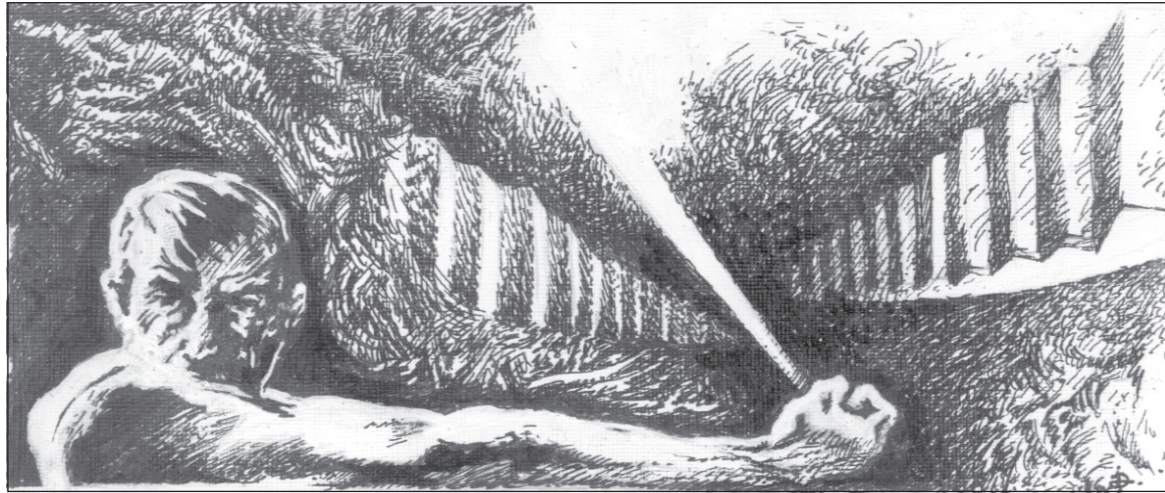
– Ну так что? Ты женился или нет?
– Видите – живу.
– А деньги-то все ей отдаёшь?
– Конечно, все. Ведь вместе живём.
– А ты хоть прописан у неё в квартире?
– Не знаю. Ничего не говорила.

Вместе с Ягодкой купили они «Жигули» и гараж, но он опять не хозяин был ни машине, ни гаражу. Мужики, узнав про это, сказали:

– Ты, парень, точно дурак, и башка у тебя дубовая. Не можешь

А ещё был случай

Ягодка



сообразить, что тебя облапошивают? Выпей для смелости и разберись со своей подружкой! Выпитое вино да скопившаяся в душе за многие годы сомнения, внушаемые доброжелателями, привели к скандалу. Маша выставила Ваню в чисто поле в чем был, несмотря на то, что была зима. Ушёл к тётке. Перезимовал там, а к весне Маша опять тут как тут.

– Ладно, Ваня, чего сердиться. Давай жить дружно.

Снова вместе, снова тепло, снова огороды – дачный да деревенский. Круговорот до глубокой осени. А зимой опять Иван не нужен. Так промелькнуло десять лет...

* * *

Только и осталось у Ивана, как он говаривал, «света в окошке», так это встречи с друзьями по субботам после бани. Мария с древней традицией вначале пыталась бороться, да потом отступила – и без того стал мужик, как оголённый нерв. Возвращался, наобшавшись с друзьями и облегчив душу, обычно за полночь, пьяным. Валился на диван в гостиной, не раздеваясь, в контакт с шумевшей сожительницей не вступая. Утром рано вставал, обливался в душе холодной водой и молча принимался за домашнюю работу.

Но в тот день всё сложилось по-другому. Мария, не видевшая мужской ласки недели две, встретила его в красном шёлковом кимоно. Едва Иван вошёл, распахнула халатик, под которым белело пышное тело, и двинулась навстречу сожителю. Иван глянул равнодушно на открывшиеся ему прелести, тихо обошёл свою Ягодку, и направился к любимому дивану. И тут Мария перешла на крик, огласивший все соседние участки.

– Нахлебник, пьяница, рожа опостылевшая! Уматывай к своей тётке и к собутыльникам своим, таким же бездельникам, как и ты!

Зашумела жгучая, незаслуженная обида в хмельной голове у мужика. Схватил Иван дрожащей

от гнева рукой кухонный нож со стола, который сам правил на прошлой неделе, и, не целясь, не понимая до конца, что творит, с единственной целью – прекратить эти вопли, с маху ударил сожительницу – один раз, другой... Та, зажав рукой раны, из которых сразу хлынула кровь, побежала к выходу из комнаты. Дикий, пронзительный вопль её полетел в открытое окно. Догнав её, Иван нанёс третий удар – в шею. Оружие попало в затылочную область. Иван почувствовал, что клинок хрустнул. Мария стала оседать, упав вперёд, в руке Ивана остался до боли сжатый нож с отломанным кончиком клинка. Мужчина инстинктивно подошёл к водопроводному крану, смыл кровь с рук и ножа, опустил его в карман... Дверь распахнулась от мощного удара ноги, Ивана охватил холодный октябрьский воздух. Словно очнувшись, оглянулся он на опостылевший дом, в который столько сил и времени вложил, на тело некогда любимой им женщины и обрёл прочь. Подумалось: «Оклемается, живучая, гадина...»

* * *

Тётке Ивана, Александре Петровне, в тот день нездоровилось. Последние годы вышло из-под контроля артериальное давление. Собиралась пообедать, да увидела, что от батона осталась только горбушка. Сил до магазина дойти не было, вот и решила попросить у родственников: «Авось, Ваня один дома, одолжит». Марию-то она недолюбливала. Поднялась на крыльцо, удивляясь распахнутой настежь двери. А войдя в дом, услышала слабый стон, взгляделась... и увидела крупное тело Марии, лежащее на полу. Из-под груди вытекала лужа крови... Как бы ни была напугана пожилая женщина, но позвонить в милицию и скорую помощь смогла.

* * *

У каждого эксперта есть чёткий стереотип – перед ответственным вскрытием (а к таковым

относятся в первую очередь убийства) детально знакомиться со всеми имеющимися данными: постановлением, протоколом осмотра места происшествия, оперативными данными. На этот раз случай был не богат обстоятельствами: убийца неизвестен, орудие травмы не найдено, мотивы преступления непонятны...

Я ещё раз перечитал протокол осмотра. Увы, документ этот составлялся без участия судебного медика, а потому был в части описания следов трупа слишком краток. Первоначально подозревавшийся в совершении преступления сожитель погибшей Иван Сергеев был отпущен после установления алиби – он находился у старухи-родственницы несколько часов до времени смерти женщины.

Завершив исследование грудной и брюшной полостей, я помрачнел – обе колото-резаные раны не повреждали внутренних органов. Раневой канал одной завершался в клетчатке средостения, другой прошёл по касательной и закончился в мощном слое подкожного жира на животе. Третья рана – в затылочной области – была мала, и её канал не проник в полость черепа. Отчего же наступила смерть?.. Ответа на главный вопрос не было. Решив сделать перерыв, я поднялся в кабинет эксперта, поручив санитару завершить техническую часть вскрытия черепа. Тут же по внутреннему телефону Петрович попросил меня спуститься назад в секционный зал.

– Тут в черепе сзади как будто что-то торчит...

Я склонился над секционным столом, вооружившись лупой. Скальпелем аккуратно отпрепарировал мягкие ткани в проекции раны. Прочно фиксированный в затылочной кости, виднелся... металлический фрагмент. Вынув улику, я тщательно осмотрел её под стереомикроскопом.

ОБ АВТОРЕ. Юрий Молин – профессор, заслуженный врач РФ, заместитель начальника по медицинской работе Бюро судебно-медицинской экспертизы. Член Союза писателей РФ. Победитель Литературного конкурса им. М.А.Булгакова «МГ» 2012 г.

Несомненно, это был отломок клинка ножа с остриём, длиной по выраженной обушковой части около 1 см. На части лезвия виднелась двусторонняя заточка. И так, с орудием травмы всё стало ясно – нож, скорее всего, кухонный. Ясно было и то, что удар в голову был последним – дефектным клинком, после отлома фрагмента, причинить имевшиеся другие повреждения было невозможно. После исследования головного мозга определена и причина смерти, столь необычная для ударов ножом в шею. Впоследствии я опубликовал этот случай в качестве экспертной казуистики. Это было массивное кровоизлияние под твёрдой мозговой оболочкой, вызвавшее сдавление и смещение головного мозга.

С чувством выполненного долга я заполнил свидетельство о смерти, направления на лабораторные исследования, упаковал отломок клинка для передачи следователю и отправился домой.

* * *

Работники уголовного розыска, как правило, инкогнито посещают похороны убитых при неизвестных обстоятельствах, внимательно наблюдая за печальной процедурой и поведением присутствующих на ней. Иногда это даёт возможность выйти на след преступника. Так было и на этот раз. Панихида в храме по убиенной рабе божьей Марии заканчивалась.

– Вечная память! – торжественно возгласил отец Алексей, двигаясь с кадилом в руке вокруг гроба. Присутствующие на отпевании стали подходить к усопшей для прощания. Приблизился к гробу и Иван, склонился над Марией... и вдруг со страшным криком выбежал из храма. Споткнулся на высоком крыльце и упал с него «мешком», как описывали потом эту сцену очевидцы. Следователя насторожило поведение Ивана. Последовал обыск в доме родственницы, где он опять поселился после случившегося, обнаруживший бесспорную улику – нож с отломанным кончиком клинка. Криминалисты доказали, что обнаруженный отломок и клинок составляли ранее единое целое, кровь в бороздке у рукоятки по группе соответствовала крови убитой.

Тётка Ивана, любившая племянника и жалевшая его, зналась, обливаясь слезами, что «взяла грех на душу», и дала ложные показания так, чтобы у него составилось алиби. Иван был осуждён за умышленное причинение тяжких телесных повреждений, повлёкших за собой смерть. Ряд обстоятельств суд счёл смягчающими, и срок оказался не очень большим.

Так завершилась эта печальная история, ставшая поучительной для меня и как специалиста и как молодого тогда человека.

Юрий МОЛИН.

С.-Петербург.

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



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.

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: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба);
inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 3010181040000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

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_vezda@mail.ru

Заказ № 646. 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.

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

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