

Медицинская

10 июня 2016 г.
пятница
№ 42 (7662)

Газета®

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

Тенденции

Непобедимый рак лёгкого?

Наши онкологи стремятся опровергнуть это мнение



Нынешний год объявлен в Красноярском крае годом борьбы с раком трахеи, бронхов и лёгкого. Инициатива принадлежит профессиональному онкологическому сообществу региона.

По словам главного врача Красноярского краевого клинического онкодиспансера Андрея Модестова, актуальность именно этой темы можно назвать чрезвычайной: так же, как в США и Японии, в Красноярском крае рак лёгкого – первое по частоте злокачественное новообразование и самая частая причина смерти от онкологических заболеваний.

В Красноярском онкодиспансере идёт очередная операция

В 2015 г. в регионе раком лёгкого заболели 1383 человека. На протяжении последних 10 лет в структуре общей онкологической заболеваемости на территории этого субъекта РФ отмечается постоянный рост патологии – с показателя 40 случаев на 100 тыс. населения в 2005 г. до 46 в 2015-м. Причём негативная по смыслу, но положительная по форме динамика характерна как для мужской, так и для женской части населения края. Смертность от злокачественных новообразований лёгкого выросла за 5 лет на 8%.

Одним словом, проблема архи-

сложная, и ей была посвящена Всероссийская научно-практическая конференция, которая прошла в Красноярске. Самое парадоксальное, что рост заболеваемости раком лёгкого абсолютно противоречит тем, якобы большим успехам антитабачной кампании, о которых победно рапортуют с самых высоких российских трибун. Не только красноярские, но и онкологи других российских территорий видят на примерах своих пациентов: связь болезни с курением по-прежнему высока.

(Окончание на стр. 2.)



Олег КИТ,
директор Ростовского
научно-исследовательского
онкологического института,
профессор:

В последние годы мы сделали мощный рывок в лечении колоректального рака.

Стр. 6

Евгений ШЛЯХТО,
вице-президент Национальной
медицинской палаты, академик РАН:

Стало очевидно, что те средства, которые вложены в систему здравоохранения, не дали ожидаемого результата.

Стр. 10



Евгений ШИЛОВ,
главный нефролог
Минздрава России, профессор:

К сожалению, российские терапевты почти не знают нефрологии.

Стр. 11

Перемены

ФАПов становится больше

Вскоре в одном из военных городков Омска и в одном из сёл Прииртышья будут открыты фельдшерско-акушерские пункты. Такое поручение губернатор Омской области Виктор Назаров дал региональному Министерству здравоохранения. Услугами этих медучреждений смогут воспользоваться почти 4 тыс. человек.

«В течение 2 лет в военном городке люди вынуждены были ездить за много километров в больницу. Это было очень неудобно. Потому было принято решение открыть в жилом доме на 1-м этаже фельдшерско-акушерский пункт, который будет обслуживать более 2 тыс. жителей. Среди них порядка 500 детей», – сообщила заместитель председателя правительства Омской области Татьяна Вижевитова в ходе совещания по проблемам фельдшерско-акушерских пунктов.

Раз в неделю будет организован «день здорового ребёнка» с выездом педиатра.

В течение 3 лет ФАП в посёлке Магистральный Омского района располагался в детском садике. Была необходимость переезда его в другое место. Сейчас по поручению губернатора найдено подходящее помещение, которое приобретено в собственность

муниципального района. В настоящее время идёт подготовка к проведению ремонтных работ. «Таким образом, решаются две проблемы. С одной стороны, для детского сада появится дополнительная группа после выезда ФАПа, с другой – мы откроем новый фельдшерско-акушерский пункт», – прокомментировала Т.Вижевитова.

На сегодняшний день в Омской области действуют 809 фельдшерско-акушерских пунктов. В них можно получить первичную медицинскую и стоматологическую помощь, консультацию специалистов, приобрести лекарственные препараты, медицинские изделия. Глава региона Виктор Назаров лично контролирует ситуацию с развитием фельдшерско-акушерских пунктов в Прииртышье.

«Совершенствование сельской медицины вопрос принципиальный. В отличие от многих регионов России, у нас полностью сохранена сеть фельдшерско-акушерских пунктов», – отметил он. Два года назад Омская область вошла в список 8 лучших в стране, выполнивших федеральную целевую программу по развитию села в части строительства фельдшерско-акушерских пунктов.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Инициатива

Полицейские поделились кровью

В преддверии Всемирного дня донора крови сотрудники спецподразделения ОМОН органов внутренних дел Еврейской автономной области и представители общественного совета при УМВД России по ЕАО приняли активное участие в мероприятиях по безвозмездной сдаче крови. Полицейские хорошо осознают важность донорства и уже не в первый раз приходят на помощь людям, которым для спасения требуется кровь.

В этот раз каждый сотрудник и представитель общественного совета при УМВД России по Еврейской автономной области, пожелавшие стать донором, после проведения экспресс-анализа сдали по 450 мл крови.

Полученный запас позволит создать необходимый резерв. По словам меди-

ков, полицейские в качестве доноров особенно ценятся. Они уделяют внимание своему здоровью, физической подготовке, соответственно, и показатели крови у них, как правило, очень хорошие.

Работа сотрудников полиции связана с оказанием помощи людям,

а сдача донорской крови ещё один шаг в реализации этой цели. Ежедневно кровь требуется пострадавшим в различных катастрофах, при проведении сложных операций, особенно нуждаются в переливании крови тяжелобольные дети.

Доноры в полицейских погонах надеются, что их участие в мероприятиях такого рода поможет спасти ещё немало человеческих жизней.

Николай РУДКОВСКИЙ.

МИА Сити!

Биробиджан.

Новости

Корреспондент «МГ»
в числе победителей конкурса!

В Ставропольской краевой организации Союза журналистов России подведены итоги ежегодного творческого конкурса имени Германа Лопатина за 2015 г. Специальным дипломом награждён Рубен Казарян – собственный корреспондент «Медицинской газеты» по Северо-Кавказскому федеральному округу за публикацию материала о подвиге невинномысского врача Марии Суховой «Это нужно не мёртвым, это нужно живым».

Мария Иосифовна Сухова во время Великой Отечественной войны была начальником госпиталя, который перед началом оккупации не успели эвакуировать в тыл. Она переписала истории болезни раненых красноармейцев, «превратив» их в местных жителей, получивших ранения при бомбёжке Невинномысска немецкой авиацией. Тем самым она спасла от верной гибели более 100 бойцов Красной армии. В послевоенные годы Мария Иосифовна приложила немало сил для организации здравоохранения в Невинномысске.

В 2010 г. Рубен Казарян также становился лауреатом конкурса имени Германа Лопатина за публикацию сборника эссе «Времена не выбирают».

Родион КРАЙНЕВ.

Ставропольский край.

Тромболизис — наше всё!

В Департаменте здравоохранения Томской области подвели итоги работы по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. По данным ведомства, в регионе данный показатель последовательно сдвигается в сторону улучшения на протяжении последних 5 лет: в 2011 г. он составлял 574 случая на 100 тыс. населения, в 2013-м – 520, в 2015 г. уже 507 случаев. Это ниже, чем в среднем по России (632) и Сибирскому федеральному округу (568).

Одна из причин положительной динамики, считают в Департаменте здравоохранения, в том, что врачи службы скорой помощи стали чаще проводить больным процедуру догоспитального тромболизиса. Если в 2014 г. по пути в больницу получили данный вид неотложной кардиологической помощи 158 томичей, то в минувшем году уже 192.

– В 2015 г. на закупку тромболитиков для томской «скорой» было израсходовано 14 млн руб., – говорит главный врач городской станции скорой медицинской помощи Николай Родионов.

Правда, сама статистика сердечных катастроф при этом не приводится, поэтому вычислить, какому проценту томских больных повезло получить догоспитальную тромболитическую терапию и благодаря ей выжить, невозможно.

Елена ЮРИНА.

Томск.

В Астрахани родился «богатырь»

В клиническом родильном доме Астрахани на свет появился мальчик весом 6970 г, ростом 70 см. Роды прошли успешно. Сегодня и мама, и малыш чувствуют себя хорошо. В семье 28-летней женщины это уже 4-й ребенок.

По статистике, появление таких детей-«богатырей» весом более 5 кг редкость – один на 1,5 тыс. По словам главного врача Татьяны Чикиной, это первый подобный случай в практике роддома: «У нас бывали случаи появления на свет крупных детей весом 5-6 кг, но такого крепыша не припомню. Маме была сделана операция кесарева сечения. Мальчик появился на свет здоровым».

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астраханская область.

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

Тенденции

Непобедимый рак лёгкого?

(Окончание.
Начало на стр. 1.)

Выступая перед участниками форума, министр здравоохранения Красноярского края Вадим Янин отметил: «Конечно, можно запретить курить везде, но найдутся способы обходить и нарушать закон. На мой взгляд, нужно в первую очередь обратить внимание на ещё не курящих школьников и убедить их, что начинать не стоит». Это – что касается профилактики рака лёгкого. Не остались без внимания и скрининговые программы, которые должны выявлять опухоли не в принципе, а именно на ранних стадиях и в группах высокого риска. Такие программы, по мнению Вадима Янина, нуждаются в большей эффективности, следовательно, их надо пересмотреть.

Собравшиеся на Енисее российские онкологи также обсудили вопросы правильной организации онкологической помощи, внедрения современных методов морфологической диагностики опухолей, а также тему реабилита-

ции онкологических больных после проведённого лечения.

Важной частью программы конференции стали мастер-классы специалистов Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина. Старший научный сотрудник торакального отделения Ариф Аллахвердиев, работая в операционной Красноярского краевого онкодиспансера, показал особенности выполнения видеоторакоскопической лобэктомии. А заместитель директора по научной работе НИИ клинической и экспериментальной радиологии Александр Петровский выполнил показательные операции отсроченной двухэтапной реконструкции молочной железы и расширенной секторальной резекции молочной железы с пластикой ореолярного комплекса. Как раз в этом году в Красноярском краевом онкодиспансере планируют начать выполнение реконструктивных операций на молочной железе.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

События

«Древо жизни» у стен
детской больницы

В Санкт-Петербурге установлен памятник врачам и медицинским сёстрам



Момент освящения памятника священнослужителями

Первый в Российской Федерации памятник детским медикам открыт на территории детской городской больницы № 19 им. К.А.Раухфуса – единственной многопрофильной клиники для обследования и лечения юных петербуржцев в историческом центре Северной столицы.

В композиции под названием «Древо жизни» легко угадывается дерево, на листьях которого изображены барельефы, отражающие разные временные пласты жизни лечебного учреждения. В том числе и конец XIX века, когда Детскую больницу принца Петра Ольденбургского называли лучшей не только в России, но и во всей Европе.

Идею создания и установки памятника как дань уважения врачам и их помощникам – медицинским сёстрам, посвятившим себя возвращению здоровья и спасению жизней маленьких пациентов, инициировал главный врач ДГБ № 19, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ Вячеслав Детков, а воплотил замысел в вырастившемся из металла член правления Союза архитекторов России Валерий Ким. Присутствовали помимо «отцов» скульптурной композиции на торжественном мероприятии вице-губернатор Санкт-Петербурга Ольга Казанская, медицинские работники, юные пациенты. Среди участников праздника находился и потомок дома Романовых Его императорское величество великий князь Георгий Михайлович.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото Сергея ИВЛЕВА.

Итоги и прогнозы

Заслуги обязывают

В Ульяновске прошла 51-я межрегиональная научно-практическая медицинская конференция «Год здравоохранения: перспективы развития отрасли». В ней приняли участие более тысячи медицинских работников, научных деятелей, главных врачей, сотрудников профильных учебных заведений и руководителей коммерческих структур, работающих в сфере здравоохранения России.

«2016 г. объявлен исполняющим обязанности главы региона Сергеем Морозовым Годом здравоохранения в Ульяновской области. Его основные направления ставят перед медицинской общественностью амбициозные задачи по внедрению современных методов управления здравоохранением, оказанию качественной медицинской помощи, развитию медицинского образования и науки. Это влечёт за собой и необходимость повышения квалификации медиков, оснащения лечебных учреждений современным оборудованием, внедрения в практику передовых технологий в диагностике и лечении заболеваний. Поэтому медики с нетерпением ждут этой ежегодной конференции. В нынешнем году организовано 25 секционных заседаний по различным аспектам оказания медицинской помощи. Все они отражают основные стратегические направления и приоритеты

отрасли, позволяют укрепить сотрудничество между государственным и частным секторами. Итогом работы конференции станут решения по дальнейшему развитию здравоохранения», – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Специалистам, работающим в учреждениях здравоохранения региона и внедрившим новые методы в практическую работу, министр вручил ведомственные награды.

«Во многом качество диагностики и лечения зависит от того оборудования, которое мы применяем. Я работаю в областном клиническом госпитале ветеранов войн с 2009 г. За последние несколько лет значительно улучшилось материально-техническое состояние учреждения, достаточно хорошо укомплектовано оно современной ультразвуковой аппаратурой, это позволяет нам повышать уровень оказываемой помощи», – отметил врач УЗИ отделения лучевой диагностики, кандидат медицинских наук областного клинического госпиталя ветеранов войн Максим Крестьянинов.

«Я работаю в медицине уже более 12 лет, оказываю хирургическую помощь. К нам поступает большое количество пациентов с тяжёлыми формами панкреатита. Благодаря поддержке своего научного руководителя мне удалось внедрить в практическую работу новый способ введения лекар-

ственных препаратов при оказании неотложной хирургической помощи данному контингенту больных. Он позволяет пациентам быстрее восстанавливаться. Отрадно, что наши заслуги ценит руководство не только нашего учреждения, но и области», – рассказал хирург областного клинического центра специализированных видов медицинской помощи им. Е.М.Чучалова кандидат медицинских наук Дамир Маракаев.

Во время работы конференции открылась выставка медицинского оборудования, фармацевтической продукции, современных медицинских технологий и изделий медицинского назначения. В частности, были представлены возможности санаторно-курортного лечения, лекарственные препараты, компьютерные передвижные диагностические комплексы, изделия медицинского назначения и физиотерапевтическое оборудование.

Кроме того, была организована работа «площадок здоровья», где участники конференции и все желающие смогли проконсультироваться со специалистами, выявить риски развития заболеваний, сделать экспресс-анализ крови, измерить артериальное давление, узнать о действующих в регионе профилактических проектах.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

События

Встреча с медицинской общественностью

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова посетила с рабочим визитом Забайкальский край. Она побывала в строящемся кардиоцентре, краевой детской больнице, а также встретилась с медиками региона в Читинской государственной медицинской академии.

В ходе своего выступления Вероника Скворцова рассказала собравшимся о важнейших тенденциях в развитии системы здравоохранения на территории Российской Федерации, в том числе перспективах медицинской профилактики.

«Популяционная медицинская профилактика направлена на формирование здорового образа жизни и включает мотивирование работодателей к охране здоровья работающих, создание условий и возможностей для здорового образа жизни», – отметила министр.

К важным нововведениям в отечественном здравоохранении министр отнесла внедрение системы управления качеством медицинской помощи. Более 1200 клинических рекомендаций разработаны главными внештатными специалистами Минздрава России вместе с ведущими экспертами из регионов. В их основу положены международные рекомендации Евросоюза, США, Австралии.

«В каждую клиническую рекомендацию закладываются критерии качества оказания медицинской помощи. Они отдельно издаются

нормативными актами, приказами и обязательны для учёта в работе, на каждое заболевание приходится около 10-12 таких критериев», – сказала министр.

Другим важным направлением деятельности Министрства здравоохранения РФ В.Скворцова назвала разработку геоинформационной карты страны. «На карте показаны все населённые пункты с численностью населения, нанесены дороги федерального и регионального значения, а также выделены лечебные учреждения первого, второго и третьего уровня, в том числе по отдельным профилям, что позволяет рассмотреть любой регион, в том числе и Забайкальский край, на предмет рисков не оказания медицинской помощи», – пояснила министр.

В продолжение своего выступления В.Скворцова рассказала о подготовке кадров и ближайших переменах в медицинском образовании. «С 2016 г. мы начинаем процесс аккредитации медицинских работников. Это процедура профессионального допуска к медицинской деятельности, которая уже 20 лет используется во всём мире», – сообщила министр.

В 2016 г. процедуру аккредитации пройдут выпускники по специальностям «фармация» и «стоматология», а со следующего года – выпускники всех медицинских факультетов.

Министр уточнила, что поэтапно, до 2025 г. все врачи должны пройти процедуру аккредитации, при этом

будут учитываться такие факторы, как профессиональный портфолио, отчёт о работе, практическая деятельность.

«Система аккредитации будет привязана к системе непрерывного медицинского образования, которую мы запустили 2 года назад. Сейчас уже работает интернет-портал, и со своего рабочего места каждый врач может туда войти и выбрать индивидуальную систему повышения квалификации», – сказала В.Скворцова.

Министр отметила, что в ближайшие 2 года будет завершена единая информационная кадровая система, при этом базовым условием для внедрения этой системы является информатизация здравоохранения. «На конец 2015 г. 57% рабочих мест врачей было полностью автоматизировано, а к концу 2016 г. мы должны достичь показателя в 70%», – подчеркнула В.Скворцова.

Далее Вероника Игоревна рассказала о процессе централизации закупок лекарственных средств в регионах. «Централизация закупок должна быть в каждом регионе страны, потому что нельзя отдавать на откуп отдельным главным врачам, отдельным медицинским учреждениям фактически покупке малыми партиями того или иного препарата, потому что это приводит к значительному повышению цены закупаемых препаратов», – сообщила она.

Соб. инф.

Чита.

Акценты

Президент РФ поручил Минздраву России рассмотреть вопрос передачи функций перевозок при оказании скорой медицинской помощи негосударственным компаниям. «Минздраву России совместно с Минэкономразвития России провести анализ бизнес-моделей аналогичных проектов по передаче функций по предоставлению транспортных и иных услуг при оказании скорой и неотложной медицинской помощи, реализуемых органами исполнительной власти субъектов РФ в сотрудничестве с негосударственными организациями», – говорится в перечне поручений Президента РФ.

Главное – повысить доступность скорой помощи

В связи с этим директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай обратил внимание на несколько принципиальных моментов.

– Министерство здравоохранения РФ исходит из того, что передавать каким-либо негосударственным организациям само оказание скорой медицинской помощи недопустимо, – поясняет он.

Одновременно с этим Минздрав России совместно с другими федеральными органами власти изучает опыт передачи исключительно транспортной функции на аутсорсинг. Такой опыт есть в целом ряде регионов. Он анализируется и обсуждается с экспертами. В случае если он будет признан эффективным, соответствующая модель может быть предложена регионам для внедрения. Однако ни о каком директивном разгосударствлении не может быть и речи.

По словам О.Салагая, Министерство здравоохранения РФ последовательно совершенствует подходы к организации скорой медицинской помощи. Главная задача – повысить её доступность для населения. Так, министерством был издан приказ № 132н от 27.02.2016 «О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения, исходя из потребностей населения». Согласно данному документу, размещение станций скорой медицинской помощи, а также иных структурных подразделений, оказывающих скорую медицинскую помощь, должно осуществляться с учётом времени доезда бригады скорой медицинской помощи до наиболее отдалённого населённого пункта обслуживаемой территории, не превышающем 20 минут с момента её вызова.

Алексей ПАПЫРИН, корр. МГ».

Из первых уст

Ограничения не планируются...

В связи с поступающими запросами относительно ограничения числа бесплатных вызовов скорой медицинской помощи до 4 в год на каждого гражданина Министерство здравоохранения РФ распространило следующий комментарий.

– Минздравом России не планируется вносить какие-либо изменения в действующее законодательство в части ограничения количества бесплатных вызовов скорой медицинской помощи, – подчёркивает директор Департа-

мента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай. – Более того, данная инициатива министерством в принципе не рассматривается в качестве возможного варианта улучшения деятельности службы скорой медицинской помощи.

В соответствии со статьёй 35 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравооу-

рания оказывается гражданам бесплатно.

Согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г., утверждённой постановлением Правительства РФ № 1382 от 19.12.2015, отказ в оказании медицинской помощи и взимание платы за её оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, не допускается.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Официально

Виновные должны строго наказываться!

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова дала поручение специалистам министерства подготовить предложения по корректировке законодательства, направленные на усиление ответственности за применение силы в отношении медицинского работника, находящегося при исполнении своих служебных обязанностей.

«Эти случаи вызывают возмущение и у меня лично и у всего

медицинского сообщества. Очень важно, чтобы виновные были наказаны. Но важно также предупредить такие случаи в будущем. Для этих целей необходимо, на наш взгляд, рассмотреть вопрос об усилении ответственности за подобные правонарушения», – сообщила министр.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

МИА Сити!

100 строк на размышление

Не так давно с моей хорошей знакомой, к стати нашей коллегой, произошёл случай, который заставил задуматься о том, к чему приводит наше безразличие, желание не вмешиваться в жизненные ситуации. Живёт она одна, в большой квартире, немолода, а точнее – человек «третьего возраста», и в полночь вызвала «скорую». Приехали быстро. Осмотрели и уговорили лечь в больницу.

Никогда, призналась она, не предполагала, что сегодня, когда наше здравоохранение ругают каждый кому не лень, в реанимационном отделении я почувствую себя в надёжных руках врача. Великолепное оборудование, идеальная чистота. Молодой хирург не отходил от меня всю ночь, постоянно приговаривая: «Не волнуйтесь, с вами всё будет хорошо. Мы сделали всё, как надо». Его уверенность, чёткие манипуляции действительно сыграли свою положительную роль, и на следующий

Равнодушие – это путь в никуда

день нашу пациентку перевели, но не в кардиологическое отделение, а в терапевтическое, которое находилось в другом здании.

Медицинская сестра встретила её с раздражением. Не поздоровалась, не помогла прилечь на кровать – всё же её привезли из реанимации. Любое слово было словно приказ (типа «дайте руку», «не дёргайтесь» и т.д.). Больная высказала своё недовольствие (к слову, человек она улыбчивый, мягкий) лечащему врачу, на что та ответила: «Других сотрудников у нас нет». И тут журналистское прошлое «взбунтовалось», чувство достоинства заставило отреагировать на ситуацию – она высказалась, сделала замечание персоналу и дала понять, что такое отношение к больным недопустимо. Палата притихла – что же будет?...

На следующее утро начался обход отделения. И вошедшие в палату заведующая отделением, лечащий врач, медсестра поздоровались со всеми, спросили, есть ли у кого какие-то претензии, что беспокоит больных, подошли к каждому с приветливыми улыбками, ободряли людей тёплыми словами. И после этого соседи по палате все как-то сблизились, заулыбались. И благодарили нашу коллегу за смелость. В глубине души та, с одной стороны, чувствуя себя вроде бы неловко, была удовлетворена: значит, не всё потеряно в наших душах. Перед выпиской она зашла к заведующей отделением попрощаться, поблагодарила за внимание к сделанным ею замечаниям, и они расстались почти друзьями.

Думаю, этот пример неуважительного отношения к пациентам

не единичный. Как часто ещё в наших лечебных учреждениях мы сталкиваемся с равнодушием, чёрствостью медицинского персонала. Да, нас у них много, зарплаты не у всех врачей, медсестёр высокие, а у каждого больного свой характер, да и претензий к докторам типа «вы должны», «вы обязаны» медики слышат нередко. Но такая у них профессия – помогать людям в самые тяжёлые моменты их жизни. А это значит уметь успокоить человека, сказать ему нужное слово поддержки. Для того с первых шагов учёбы в институтах, училищах, колледжах читают курс биоэтики, рассказывают о нравственных, этических проблемах, с которыми придётся сталкиваться всю профессиональную жизнь.

Ну а какова мораль данного жизненного эпизода? В том, что врачи, медсёстры, нянечки пре-

красно знают, как себя вести с больным, сомневаться не приходится. Уверена, что среди них большинство людей милосердных, сострадающих. Но и нам, пациентам, надо не проходить равнодушно мимо фактов неуважения к беспомощному и переживающему свою болезнь человеку. Сделать замечание, обратить внимание (особенно если ты пожилой пациент) на недостойное поведение персонала, в силах каждого из нас. Так давайте будем взаимовежливыми, гуманными, а когда и надо не молчунами, а требовательными гражданами. Давайте, спрашивая с других, спрашивать и с себя, скажем равнодушию «нет» и не будем мириться с неуважительным отношением друг к другу.

Валентина ЗАЙЦЕВА, редактор отдела здравоохранения «МГ».

Рейтинг по методике Bloomberg и его результаты обсуждались на 4-й Международной конференции «Оргздрав-2016. Эффективное управление медицинской организацией» и V съезде Российского общества по организации здравоохранения и общественному здоровью.

Конференция стала традиционным мероприятием в конце весны и, как всегда, собрала представительную аудиторию. Около 500 участников со всей России, а также из-за рубежа стали участниками форума. Руководители регионального здравоохранения, ведущие эксперты, врачи обменивались опытом с иностранными коллегами из США, Великобритании, Израиля, Чехии.

Специалисты Высшей школы организации и управления здравоохранением под руководством доктора медицинских наук Гузели Улумбековой составили рейтинг регионов России по эффективности систем здравоохранения. Его представили на пленарной сессии международной конференции «Оргздрав-2016». Анализ проводился по модифицированной методологии известного агентства Bloomberg. Результаты исследования оказались неожиданными. В РФ есть регионы, которые смогли за меньшие деньги, потраченные на здравоохранение, добиться лучших результатов по всем показателям здоровья населения.

В основе оригинальной методики агентства Bloomberg – оценка ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и финансирования здравоохранения, включая государственные и частные расходы. Финансирование здравоохранения оценивается в долларах на душу населения и в доле валового внутреннего продукта. В расчёт баллов берутся показатели определённого года и их динамика по сравнению с предыдущим периодом. Наибольший балл получают те, кто смог добиться высокой ОПЖ (лучших результатов) при небольших расходах на здравоохранение.

В рейтинг Bloomberg включаются 54 страны мира, которые имеют ОПЖ выше 70 лет и население более 5 млн человек. На первых местах по эффективности систем здравоохранения оказались Гонконг, Сингапур, Израиль, Испания.

Наша страна в этом рейтинге находится на 53-м месте из 54 стран. Её обогнали Болгария, республики Беларусь и Азербайджан. Такое неудовлетворительное положение в рейтинге связано с тем, что при небольших расходах на здравоохранение Россия имеет очень низкую ОПЖ – 70,9 года.

Для анализа эффективности систем здравоохранения регионов РФ методика была несколько модифицирована. Наряду с ОПЖ были использованы показатели государственного финансирования здравоохранения (ГФЗ) в приведённых ценах и валового регионального продукта (ВРП) на душу населения (как показатель, оценивающий уровень экономического раз-

того, при исследованиях брали в расчёт и специфику региона.

– В рейтинге учитывались конечные результаты – ожидаемая продолжительность жизни, государственные затраты на здравоохранение и уровень жизни населения. Показатели финансирования приводили к сопоставимым значениям, то есть учитывали районные коэффициенты, – пояснила Г.Улумбекова журналистам. И привела в пример Северо-Кавказский округ. По итогам рейтинга он оказался самым эффективным, и дело не столько в горном воздухе и особенностях жизненного уклада.



Гузель Улумбекова

Как регионам-передовикам удалось достичь результатов, как работать эффективно в современных далеко непростых условиях – об этом говорили на заседании Клуба министров, на которое пригласили руководителей регионального здравоохранения. Владимир Стародубов, вице-президент РАН, президент Общества организаторов здравоохранения назвал это заседание «школой передового опыта».

Мировым опытом в организации здравоохранения поделился и Оуэн Тревельян – создатель всемирно признанной образовательной программы для руководителей медицинских академических центров Гарвардской школы

Деловые встречи

Чья система лучше?

На этот вопрос искали ответ организаторы здравоохранения, собравшись на свой большой совет



В зале заседания

вития региона и жизни населения). Такая модификация связана с тем, что регионы РФ существенно различаются по уровню экономического развития, а объёмы государственного финансирования здравоохранения нормируются по подушевому принципу и большая их часть распределяется централизованно. Кроме

– Мы сравнили Северный Кавказ с бывшими мусульманскими республиками Советского Союза (Азербайджан, Узбекистан, Киргизия и др.), в которых аналогичная ситуация и с экологией, и с образом жизни, – пояснила она. – И по эффективности здравоохранения Северо-Кавказский федеральный округ всё равно

оказался лучшим. Это говорит о том, что финансовая поддержка федерального центра помогает им достигать успехов в здравоохранении.

В рейтинге по эффективности на 10 лучших местах кроме отдельных регионов Северо-Кавказского федерального округа оказались Республика Калмыкия и Ставропольский край (из ЮФО), Республика Мордовия и Кировская область (из ПФО).

Следует отметить, что Москва – один самых богатых субъектов страны – лишь на 21-м месте среди всех.

Результаты рейтинга говорят и о том, что у регионов РФ есть существенные резервы повышения эффективности, то есть улучшения показателей здоровья при имеющемся уровне государственного финансирования здравоохранения.

общественного здоровья. Он представил специальную методику case-study (от английского «case» – случай). Её суть заключается в том, что в процессе обучения управленцев используются реальные случаи из практики – побед и поражений руководителей медицинских учреждений. Высшая школа организации и управления здравоохранением взяла этот метод на вооружение. Сейчас, в том числе по рекомендациям Оуэна Тревельяна, готовятся отдельные образовательные программы для управленцев различного уровня: министров и их заместителей, руководителей многопрофильных учреждений и их заводов, для главных врачей специализированных лечебных учреждений.

Метод такого обучения уже оценили и руководители ЛПУ. В ходе школы главных врачей речь шла, в том числе, об инновациях. Как с их помощью повысить эффективность и сэкономить на расходах, рассказали представители иностранных компаний.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Итоги и прогнозы

Насколько доступна медицинская помощь?

В Министерстве здравоохранения и социального развития Республики Карелия состоялось очередное заседание рабочей группы по вопросам территориального планирования в сфере здравоохранения. Его провела первый заместитель министра Ольга Копышова.

Результатам наполнения Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения

РФ в части доступности медицинской помощи «Геопортал» (в Республике Карелия) было посвящено выступление ведущего специалиста отдела развития информационно-коммуникационных технологий и защиты информации Кристины Савинской.

«Геопортал» (как подраздел системы мониторинга показателей в сфере здравоохранения) создан для проведения анализа доступности медицинской помощи населению. Это карта, на которую нанесены все населённые пункты и ме-

дицинские объекты России, в том числе все центральные районные больницы, участковые больницы, врачебные амбулатории, домовые хозяйства Республики Карелия с указанием количества жителей каждого населённого пункта. Карта позволяет оценить доступность скорой и первичной медико-санитарной помощи, с тем, чтобы на основе межведомственного взаимодействия выработать решения по организации работы учреждений здравоохранения. С использованием данных разработан

план мероприятий («дорожная карта») по обеспечению доступности медицинской помощи населению, проживающему в населённых пунктах, находящихся вне зоны медицинского обслуживания.

В большинстве населённых пунктов Карелии определена шаговая (до 6 км) и транспортная (до 60 км) доступность медицинской помощи. Часть территорий попадают в зону недоступности помощи, например, населённые пункты, расположенные на островах, малонаселённые деревни, где

нет фельдшерско-акушерских пунктов, с количеством жителей от 2 до 50 человек.

В ходе заседания речь шла также о важности создания домовых хозяйств в деревнях с населением меньше 100 человек, особенностях работы скорой медицинской помощи в районах и привлечении в районную больницу медицинских специалистов.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Республика Карелия.

К 2050 г. мы должны расстаться с табаком. Госдума РФ уже приступила к разработке «Концепции 2050», задача которой – сделать к этому сроку Россию «абсолютно некурящей страной».

Так смело заявил в ходе специальной пресс-конференции по вопросам борьбы с курением табака и распространением табачной продукции член Комитета Госдумы РФ по безопасности и противодействию коррупции Дмитрий Носов. На разработку этой концепции, её детализацию и внедрение уйдёт несколько лет, полагает депутат. По его словам, схожие концепции приняты во многих странах мира. Например, Финляндия наметила, что к 2035 г. станет некурящей страной. Австралия и Шотландия движутся в том же направлении: к 2040-2045 гг. они планируют полностью освободиться от табакокурения, отметил Д.Носов.

Тем не менее он всё же признал, что стать полностью некурящей страной России вряд ли получится. «Полностью некурящая страна – это Бруней. Я там был. Но и там всё равно курят, прячась в подворотне. Но это один человек из десяти тысяч. Цена на табачные изделия там доходит до 160 долл. за пачку. Ввозить сигареты в страну запрещено. Хотя иностранцы всё равно контрабандно провозят табачные изделия», – рассказал депутат.

В целом проводимая сейчас в России политика по ограничению потребления табака эффективна, подчеркнули участники пресс-конференции. Консультироваться по вопросам борьбы с курением и перенимать ценный опыт к парламентариям приезжают даже представители властей самой курящей страны – Китая, что говорит о многом, уверяет Д.Носов. Курение сначала запретили на стадионах, в школах, вузах и больницах, на детских площадках и в самолётах. Также запретили рекламу и стимулирование продаж табака. Летом 2014 г. запретили курить в гостиницах, кафе и ресторанах, в поездах, на вокзалах и в аэропортах. Главным результатом принятого в 2013 г. федерального закона о защите от табачного дыма стало снижение распространённости курения на 6%.

Среди новых законодательных инициатив депутатов, направленных на «оздоровление нации», – стандартизация внешнего вида пачки сигарет, обязать производителей указывать состав табачной продукции и ввести специальные медицинские полисы для курильщиков.

«Уже отовсюду мы выдавили табачную мафию, табакобаронов, – так я их называю, – говорит

Здоровая жизнь

Некурящая страна...

И это не иллюзия, а реальный прогноз для России



Курить бросим – яд в сигарете!

Д.Носов. – И единственным полем битвы, где можно развернуться, остаются пачки. Поэтому они делают всякие заманушки: сигареты для девочек, красивые, заманивающие картинки, украшают пачки стразами и т.д.»

Красивые пачки, убеждены депутаты, привлекают внимание молодежи. Поэтому действенный выход из сложившейся ситуации они видят во вводе единого стандарта, согласно которому наименование бренда нельзя будет выделить особым шрифтом, картинка с изображением последствий курения займёт 65% площади упаковки, а её фон приобретёт «цвет табачного листа» – коричнево-зелёный. «У кого-то почему-то это вызывает неприятные ассоциации с какими-то другими вещами. Но мы здесь ни при чём, мы идём навстречу самим табачникам. Они же производят табачную продукцию, это их цвет», – поясняет Д.Носов.

С 15 мая на пространстве Таможенного союза вступил в силу новый технический регламент на табачную продукцию. Документ обязывает размещать «страшную картинку» на обеих сторонах пачки. Площадь изображения должна занимать половину поверхности. Напротив – размещение на упаковках сигарет информации, наводящей на ассоциации с аппетитными продуктами и лекарствами, запрещено. Кроме того, запрещаются «ложные» названия-характеристики – типа «мягкие», «крепкие», «ультратонкие», «экстра», а также

рекламные вкладыши внутри пачек. Важно, что действовать в полную силу директива начнёт только через полтора года – производителям табачной продукции предоставлено время для адаптации к новым правилам.

Депутат намерен внести поправки в антитабачный закон и обязать производителей указывать на упаковках состав продукции. Самых курильщиков он предлагает лишить некоторых преимуществ обязательного медицинского страхования. «Куришь, пьёшь – о'кей. Тогда у тебя страховка совершенно другая», – полагает Д.Носов. – Ты осознанно наносишь вред своему здоровью. Почему мы должны за тебя платить? Раз ты делаешь такой выбор, то должен знать: некоторые виды медицинского страхования для тебя будут недоступны».

В случае если законодательные новшества спровоцируют рост контрабанды, депутаты готовы ввести обязательную паспортную регистрацию табачной продукции – по аналогии с алкоголем. «Как мы знаем, на сегодняшний день любая бутылка алкогольной продукции регистрируется», – поясняет член Комитета Госдумы РФ по обороне Максим Шингаркин. – Точно так же мы вынуждены будем сделать с сигаретами, потому что сами табачники сегодня убеждают нас, что не соблюдается должным образом это правило. Значит, производители табачной продукции будут выпускать каждую пачку подконтрольную».

Отдельной статьёй депутаты выделяют исполнение антитабачного законодательства. В целях обеспечения полномасштабного контроля Д.Носов намерен обратиться в Следственный комитет РФ.

Особое внимание уделено электронным сигаретам и кальянам. Законопроект, который приравнивает устройства, позволяющие имитировать курение, к табачной продукции, уже подготовлен М.Шингаркиным. По словам парламентария, инициатива позволит запретить продажу подобных приспособлений детям, а также их использование в общественных местах и рекламе.

«Мы предложили пакет законопроектов о приведении имитационного табакокурения к нормам Закона о борьбе с табакокурением. То есть мы приравнивали электронные сигареты, кальяны к предметам, равным сигаретам», – рассказал автор инициативы.

Кроме того, предлагается увеличить акцизы на сигареты. «Пачка сигарет стоит копейки, – сокращается Д.Носов. – В ней якобы 20 г табака. Представляете, сколько это стоит на самом деле? Они получают несколько тысяч процентов прибыли». Согласно приведённым расчётам, после этого средняя розничная цена за пачку (сейчас она составляет 95 руб.) в 2017 г. должна вырасти до 127 руб., а в 2018-м – до 178 руб.

Цель же всех этих законодательных мер – оградить подрастающее поколение от пристрастия к табаку. «Главное в этих законах – не отучить от пагубной привычки сегодняшних курильщиков. Это, конечно, тоже важно. Но главное – сегодняшние подростки, – пояснил М.Шингаркин. – Дети не смогут купить пачки за те деньги, которые они будут стоить».

Тем не менее исполнительный директор Общероссийского движения за права курильщиков Андрей Лоскутов считает, что отечественная медицина пока не способна точно установить, что причиной того или иного заболевания является курение. «Там много-много факторов, которые складываются: и погода, и настроение, и наследственность, и чем болели вы в детстве, и т.д.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

События

Вице-президент Всероссийского общества гемофилии Надежда Архипова и заведующий отделением реконструктивно-восстановительной хирургии для больных гемофилией ГНЦ РАМН профессор Владимир Зоренко провели школу гемофилии в Махачкале.

Школа гемофилии в Махачкале

Она была предназначена для взрослых и детей

Такое мероприятие было организовано для взрослых и детей, столкнувшихся с гемофилией и болезнью Виллебранда. Как известно, единственным методом, позволяющим в данной ситуации избежать ранней инвалидности и угрозы жизни, является постоянное внутривенное введение отсутствующих в крови факторов свёртывания (заместительная терапия). Те, кто с этим столкнулся, зачастую нуждаются не только в консультациях медицинского характера, но и в человеческой поддержке, которую можно ощутить в обществе тех, кто страдает таким же недугом. Участниками мероприятия стали больные гемофилией и болезнью Виллебранда не только из Дагестана, но и соседней Чечни.

Ведущий специалист-эксперт Министерства здравоохранения РД Наида Муртазалиева, открывая школу, рассказала о том, что вопросы, связанные с этой болезнью, находятся на особом контроле регионального министерства. Она отметила также, что школа гемофилии – очень важный проект, поскольку больные могут предоставить всю необходимую информацию.

Во время проведения школы Н.Архипова рассказала о деятельности и задачах Всероссийского общества гемофилии, а также постаралась как можно подробнее остановиться на социальной поддержке, которая требуется людям, больным гемофилией. В.Зоренко в своём выступлении основной акцент сделал на операциях по эндопротезированию. С докладами также выступили специалисты республиканских больниц. Об опыте работы отделения гематологии Республиканской клинической больницы, лекарственном обеспечении, а также лабораторной диагностике рассказал врач-гематолог Гаджи Гусейнов.

Современные подходы в лечении гемофилии в своём докладе перечислила заведующая отделением онкогематологии Детской республиканской клинической больницы, главный детский гематолог Дагестана Индира Юнусова. По её словам, в нашей республике все дети, больные гемофилией, переведены на recombinantный препарат, исключая риск инфицирования гепатитами.

Ещё одним важным моментом школы стала лекция о правилах самостоятельного введения внутривенной инъекции, в рамках которой детям и их родителям наглядно объяснили все тонкости этой процедуры.

Зарина АГМАДОВА,
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

Кагры

Ярмарка вакансий для будущих медиков

На неё возлагаются большие надежды

При участии областного Комитета по здравоохранению в Волгоградском государственном медицинском университете прошла ярмарка вакансий для студентов-медиков, 800 из которых в этом году получат дипломы.

Это мероприятие стало уже традиционным для Волгоградского ГМУ, собрав будущих врачей и работодателей – руководителей государственных медицинских учреждений области и даже из других регионов. Поскольку спрос на врачей в нашем регионе постоянно растёт, то эта ярмарка вакансий даёт возможность каждому вы-

пускнику найти гарантированную работу.

Система областного здравоохранения укомплектована врачами только на 60%, и наиболее востребованы на данный момент участковые терапевты, педиатры, врачи узких специальностей, анестезиологи. В этой связи региональная власть и областной Комитет здравоохранения заинтересованы в установлении таких связей работодателей с будущими выпускниками.

– В наших медицинских учреждениях есть все возможности для самореализации молодых специалистов – это совмещение практической и научной деятельности и

повышения своей квалификации, – поясняет председатель областного Комитета здравоохранения Владимир Шкарин. – На данном этапе в медучреждениях нашей области трудятся порядка 9 тыс. врачей и 22,5 тыс. среднего медперсонала. Реализация программы развития здравоохранения региона до 2020 г. предусматривает организацию новых центров специализированной, высокотехнологической медицинской помощи, дальнейшее развитие получит реабилитация, восстановительное лечение и другие направления.

– Что касается кадрового дефицита в сельской местности, то региональные власти ведут ком-

плексную работу – это и поэтапное повышение зарплаты медикам, и расширение мер соцзащиты, – сказал далее В.Шкарин. – В этом году запланировано направить на работу в сельские районы нашей области 75 специалистов по программе «земский доктор» – договоры уже подписали 34 доктора. Работаем ещё в одном направлении – это программа «земский фельдшер» для медицинских работников среднего звена. На данный момент участники этого проекта успешно трудятся в 22 муниципальных образованиях нашего региона. В этом году число специалистов среднего звена увеличится вдвое и порядка 40 специалистов должны пополнить коллективы сельских ФАПов Волгоградской области.

– Так что ежегодные ярмарки вакансий для выпускников-медиков, – отметил он в заключение, – открывают широкие возможности для трудоустройства молодых специалистов и сокращения дефицита вакансий медицинских работников.

Александр КУЗНЕЦОВ,
соб. корр. «МГ».

Волгоград.

Ведущие онкологи России и Европы приняли участие в конференции «Dream team: вместе против рака прямой кишки». На неё съехались свыше 300 ведущих онкологов из России, Германии и Великобритании. Сегодня в этой сфере онкологии происходят революционные изменения и основная задача конференции – дать возможность её участникам поделиться опытом и лучшими практиками. Именно поэтому была организована прямая трансляция из операционных, в ходе которой участники могли обсуждать процесс в режиме реального времени.

– Мы очень гордимся, что именно наш институт стал научной площадкой и хирургической школой для ведущих колопроктологов страны, – отметил директор Ростовского научно-исследовательского онкологического института Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Олег Кит. – В последние годы мы сделали мощный рывок в лечении колоректального рака. За очень короткий период, в нашем институте полностью изменилась философия хирургии рака прямой кишки. Сегодня уже недостаточно только удалить опухоль, необходимо проводить органосохраняющие операции, обеспечить пациенту высокое качество жизни. Мы модернизировали работу патоморфологов, химиотерапевтов, радиологов и создали самое необходимое – мультидисциплинарную команду – Dream team.

В рамках конференции были проведены две лапароскопические операции по удалению рака прямой кишки. В двух операционных параллельно, используя разные технологии, оперировали две команды абдоминальных хирургов. В составе первой бригады

Проблемы и решения

Вместе против рака прямой кишки

Такое содружество приносит ощутимые результаты



В рамках конференции были проведены две лапароскопические операции

работала группа Российского общества колоректальных хирургов под руководством доктора медицинских наук, профессора Петра Царькова (Москва). В составе второй группы оперировала бригада абдоминального отделения № 2 Ростовского НИИ онкологии под руководством доктора медицинских наук, профессора Алексея Карачуна (Санкт-Петербург). – Ростовский онкоинститут славится своей школой и до-

стижениями, а конференция – это возможность обменяться знаниями, результатами исследований, поделиться практическим опытом с хирургами-колопроктологами, обсудить спорные вопросы, – говорит директор клиники колопроктологии и малоинвазивной хирургии, заведующий кафедрой колопроктологии и эндоскопической хирургии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, доктор меди-

цинских наук, профессор Пётр Царьков.

– Я сегодня работал не со своей командой, но я не чувствовал дискомфорта. Видно, что хирурги РНИОИ владеют лапароскопической техникой тотальной мезоректумэктомии, показали очень высокий уровень профессионализма. Это технология, которую следует применять только в крупных центрах, где уровень оснащения и квалификация врачей способны добиваться самых высоких результатов, – отметил заведующий хирургическим отделением абдоминальной онкологии ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Алексей Карачун.

В настоящее время в РНИОИ созданы все условия для получения высоких результатов лечения колоректального рака. Эффективная работа всего звена команды позволяет сохранить пациенту высокое качество жизни при выполнении радикальных и комбинированных операций. Активное использование малоинвазивных вмешательств, применение таргетных препаратов и индивидуальный подход к терапии – ключевые аспекты работы РНИОИ. Только в 2015 г. в институте получили лечение

2662 человека с колоректальным раком. В основном это жители Южного, Северо-Кавказского и Крымского федеральных округов.

– Сегодня мы активно оперируем лапароскопически, проводим большое количество комбинированных операций, фиксируем значительное снижение послеоперационных осложнений, наши пациенты быстро восстанавливаются, а главное – сохраняют высокое качество жизни. Раннее выявление по-прежнему является проблемой, которую обязательно нужно решать, чтобы результаты нашей работы были выше, – говорит заведующий абдоминальным отделением № 2 РНИОИ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Юрий Геворкян.

Огромный клинический опыт по лечению колоректального рака специалисты Ростовского онкоинститута отражают в научных исследованиях и регулярно представляют доклады на ведущих научных площадках мира, в том числе на конгрессах ESMO и ASCO.

Во время конференции «Dream team: вместе против рака прямой кишки» хирурги-онкологи, радиологи и химиотерапевты РНИОИ представили исследования о лечении рака. Кроме того, прозвучали доклады учёных из Краснодара, Рязани, Нижнего Новгорода, Воронежа, Казани, Санкт-Петербурга и Москвы.

Опыт в лечении рака прямой кишки поделились зарубежные учёные: Розль Хомпес (Великобритания) и Алекс Ульрих (Германия). Выступления российских и зарубежных колопроктологов сопровождались активными дискуссиями.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

Между нами, коллегами

Старость нас дома не застанет!

Ворчание бывалого доктора

Алексея Шимбарцекого – травматолога-ортопеда, доктора медицинских наук, заслуженного врача РФ – я знаю уже более полувека. Мы долго работали вместе в ГИТО, так назывался в 60-е годы Нижегородский институт травматологии и ортопедии.

Алексей Николаевич выделялся скромностью и интеллигентностью, любовью к музыке и знанием литературы, обязательностью, глубокой эрудицией и лёгкой рукой хирурга. С ним приятно было общаться и очень полезно для больных, да и меня, консультировать сложные наблюдения на стыке наших специальностей – травматологии и неврологии.

Алексей Николаевич много и удачно оперировал на конечностях. Но особый интерес проявил к повреждениям коленного сустава и ахиллова сухожилия. Он изобрёл свои способы лечения этой распространённой патологии и получил лучшие в мире результаты. Патенты, выданные А.Шимбарцекому, подтверждали мировую новизну методик, а опубликованные учёным-изобретателем монографии и статьи делали их доступными для широкого круга травматологов-ортопедов.

На девятом десятке Алексею Николаевичу предложили уволиться из института, хотя он продолжал быть одним из наиболее продуктивных сотрудников.

Пресловутое омоложение кадров – опасный и вредный жупел!

Без работы Алексей Николаевич, вовсе не старик по своим профессиональным возможностям, жить не мог. И его – такую величину – с радостью взяли в частную клинику, каких сейчас великое множество.

После моего отъезда в Москву в 80-е годы мы стали видеться реже, но дружбу поддерживали, делились новостями и порой посылали друг другу больных на лечение.

В этом году, когда нам обоим исполняется по 85 лет, мы встретились на майские праздники в Нижнем Новгороде. Мне довелось наблюдать Алексея Николаевича и на консультации.

В последнее время я разрабатываю этические проблемы в медицине, вскрываю её новые противоречия, порождённые технологическим бумом, ищу пути их разрешения. Угрозы массовой атрофии клинического мышления, гипоскиллии и дистанцизации доктора от больного становятся реалиями, обещающе-человечивыми медициной. Это приближение к катастрофе, и всем нам надо противостоять разрушительному процессу, превращающему врача в винтик медицинской машины.

Буквально с наслаждением я внимал расспросу и осмотру Алексеем Николаевичем больной. Без какой-либо помпы и позы он беседовал с пациенткой, уточняя

её болевые ограничения движений в коленном суставе. Тщательно пропальпировал его, а затем предложил сделать активные движения лёжа, сидя и при ходьбе. «В отличие от других органов и систем, при болезнях и травмах конечностей главным лекарством для излечения являются движения. Вам надо больше трудиться, делать упражнения и разрабатывать сустав, а не глотать лишь анальгетики. Купите беговые кроссовки с хорошей амортизацией ударных нагрузок и ходите, ходите, постепенно увеличивая расстояния. Через 2-3 недели вы не узнаете себя».

Всё сказанное и показанное Алексеем Николаевичем произвело сильное впечатление на пожилую женщину. А я ещё раз восхитился своим другом – чеховским идеалом врача. Для меня этот урок был очень кстати, ибо ещё раз подтверждал актуальность моих суждений. Мы разговорились с Алексеем Николаевичем. «Вы знаете, Леонид Болеславович, меня так огорчают современные врачи. Без снимка больных не принимают. Толком не расспрашивают. А если не могут разобраться, то прямо советуют: «Посмотрите, чем лечить, в Интернете». Можете себе представить плоды подобного самообслуживания? Вместо терпения в лечении соблазняют больных быстрым исцелением операцией. А результатами хирургического вмешательства совершенно не интересуются.

Только выкачивание денег из больных. Поэтому назначают то, что подороже. Например, весомые для кармана пациента и малоэффективные инъекции гормонов в сустав вместо того, чтобы показать комплекс упражнений для разработки подвижности.

Недавно на себе испытал «внимание» оперирующего хирурга. За 40 тыс. мне сменили хрусталик на левом глазу. После операции офтальмолог, кстати, заведующий отделением, ни разу меня не посмотрел. Когда я ему в очень мягкой форме об этом сказал, ответ был быстрым и ошеломившим меня: «Вот если бы возникло осложнение, тогда бы посмотрел». Больна наша медицина! Технологии её, увы, не излечат. У медицины должно быть человеческое лицо».

Я подумал: «А может быть дело просто в том, что мы с Алексеем Николаевичем слишком стары?» Вряд ли. Разве кто-нибудь отрицает колоссальные возможности современной медицины?! Но утрата врачевным сословием человеколюбия и верности долгу может оказаться разрушительной по отношению к главному герою нашего служения – больному!

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной
премии России.

НИИ нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.

Дословно

В здании столичного правительства состоялось заседание общественного совета Департамента здравоохранения Москвы, в ходе которого руководителем департамента Алексеем Хрипуном была представлена публичная декларация целей и задач, направления деятельности ведомства.

Привлекая общественность

В ходе заседания члены совета обсудили вопросы проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в нынешнем году, а также вопросы деятельности совета.

Участниками заседания было отмечено, что независимая оценка оказания услуг медицинскими организациями – это одна из форм общественного контроля условий оказания услуг медицинскими организациями, которая основывается на мнении пациентов. Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями предусматривает оценку условий оказания услуг по таким общим критериям, как: открытость и доступность информации о медицинской организации; комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления медицинской услуги; доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации; удовлетворённость оказанными услугами.

Общественным советом утверждён перечень медицинских организаций, в отношении которых в нынешнем году будет проведена независимая оценка качества оказания услуг.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

В Омской области завершена подготовка оздоровительных организаций к летнему сезону – 3-месячному периоду летних каникул школьников. Уже известно, сколько мальчишек и девчонок отдохнут и поправят здоровье грядущим летом – 76 тыс.

цели из бюджета области направлено 11 млн руб. Только после проведения этих работ организации получили разрешение на своё открытие. Полный список учреждений, которые будут принимать детей в этом году, утверждён и, как говорится, вступил в действие.

703 лагеря дневного пребывания детей и 40 палаточных лагерей. Для активной, творческой, одарённой молодёжи в 2016 г. запланировано проведение областных профильных смен. В ОмЦ «Химик» состоялся конкурс программ областных профильных смен, организованный

Профилактика

Готовы к летним каникулам

Оздоровительный сезон для ребятшек Омской области стартовал



Отдых плюс спорт равняется здоровью

В процесс подготовки входили ремонт помещений, обновление оборудования пищеблоков, жилых корпусов и медицинских пунктов. На эти

В прошлом году 789 организаций проводили оздоровительную кампанию для детей: 36 загородных лагерей, 10 санаторных лагерей и детских санаториев,

региональным Министерством по делам молодёжи, физической культуры и спорта совместно с Дирекцией программ в сфере оздоровления и отдыха несовершеннолетних. Компетентное жюри из 37 представленных программ отобрало 26, которые и будут реализованы в этом году.

Всего на отдых и оздоровление детей из областного бюджета в этом сезоне планируется направить более 368 млн руб. Отдохнут в оздоровительных лагерях за счёт средств областного бюджета дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, воспитанники детских домов, дети, помещённые в приюты, дети ветеранов и участников боевых действий, участников областных профильных смен. Для всех, кто выберет палаточный лагерь, отдых в течение 5 дней будет оплачен за счёт средств областного бюджета.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Тенденции

В лечебно-профилактических учреждениях Алтайского края продолжается процесс создания первичных организаций профессионального врачебного сообщества – Медицинской палаты (МедПАК).

неправильно», – подытожил президент МедПАК Яков Шойхет. – Замечания по каждой статье будут направлены в Москву для более детальной проработки».

Кроме того, совет обсудил введение отраслевых норм для

«Первички» Медпалаты прибавляются

Совет Медицинской палаты на недавнем заседании удовлетворил ходатайство о вступлении в свои ряды коллективов Шелаболихинской и Зональной центральных районных больниц. Таким образом, в составе Палаты уже 118 «первичек».

Сейчас в Алтайском крае проходит обсуждение проекта кодекса профессиональной этики работников системы здравоохранения РФ, совместная работа над которым ведётся Национальной медицинской палатой и Министерством здравоохранения РФ. В крае к рассмотрению проекта кодекса подключилось не только врачебное сообщество, но и Ассоциация среднего медицинского персонала. Некоторые положения этого документа вызвали непонимание и дискуссию на заседании совета палаты.

«Ряд пунктов могут вызвать неоднозначную трактовку, это

ряда специальностей, осуществляющих первичный приём. Речь идёт о временном интервале, который отводится на приём одного пациента кардиологом, эндокринологом и стоматологом-терапевтом. Палата в целом дала положительную оценку новым нормативам.

Сегодня Медицинская палата активно включилась в процесс развития саморегулирования профессиональной деятельности, её сфера постоянно расширяется. Для более эффективной работы принято решение о создании в составе совета МедПАК рабочих групп по ключевым направлениям, которые возглавят опытные медики, уважаемые в регионе специалисты.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Память

Автографы в награду

Уроки выдающегося офтальмолога

Уже в тринадцатый раз в Смоленском государственном медицинском университете состоялась научная студенческая конференция, посвящённая памяти выдающегося офтальмолога XX века Святослава Фёдорова.

Постоянный организатор этого форума – заведующий кафедрой глазных болезней Смоленского ГМУ, доктор медицинских наук, профессор Леонид Деев. По мнению Л.Деева, особенностью нынешней конференции является органичное сочетание докладов бывших выпускников университета, а ныне аспирантов МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, с сообщениями-разработками старшекурсников смоленского вуза, активных членов студенческого научного общества.

Жюри конференции отметило доклады аспирантов Артёма Третьякова, Максима Коломейцева, Марии Бурушенковой, Анны Власенко, студентов Анны Галеевой, Вероники Тютюкиной, Ирины Ваш, Ксении Ткачёвой, Константина Кузьмичёва, Анастасии Компаньева, Ксении Деменковой, Дарьи Зениной, Ангелины Ивановой.

Инициатива

На радость детям

В Приморском перинатальном центре открыли современную сенсорную комнату, предназначенную для малышей от полу-

годного человека – зрение, слух и тактильные ощущения. Ребёнок успокаивается, у него появляется ощущение защищённости. Вообще, все приспособления сенсорной комнаты предназначены для достижения релаксирующего эффекта. Дети от них в восторге. При этом мы обязательно обучаем мам и пап, как правильно себя вести со своими малышами.

В сенсорной комнате есть сухой бассейн, специальная дорожка с разными по структуре и наполнению ступеньками, лампа с меняющимся цветовым спектром, стенка с отодвигающимися досточками, замочками и узелками для развития мелкой моторики. И сегодня сюда уже пришли первые маленькие пациенты.

– Мы помещаем ребёнка в сухой бассейн, который представляет собой подобие ванны с шариками, он на них смотрит, перебирает пальчиками, – рассказывает Татьяна Курлеева, главный врач Приморского краевого перинатального центра. – При этом играет тихая приятная музыка, и нам удаётся задействовать три органа чувств ма-

Кстати, в перинатальном центре есть и специальные детские ванны «Сатурн», предназначенные для проведения лечебно-оздоровительных процедур малышам от 1 месяца жизни. Эти ванны позволяют им быть максимально приближенными к естественной материнской среде, благодаря чему они раньше начинают ходить и правильно двигаться.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Здоровая жизнь

Бросающих курить всё больше

В минувшем году отделения и кабинеты отказа от употребления табака посетили почти 10,5 тыс. южноуральцев. Отказались от курения, если верить опросу, 1,2 тыс. человек. При этом обследования во время диспансеризации показали, что курят более 66 тыс. жителей региона. Однако большинство курильщиков не признаются, что зависимы от никотина.

В то же время, согласно достоверным данным, в Челябинской области ведётся активная профилактическая работа, направленная на борьбу с употреблением табака. На базе центров здоровья и отделений медицинской профилактики в регионе функционирует 65 кабинетов отказа от курения, в которых организованы школы по борьбе с этим злом. Работа таких школ

направлена на преодоление никотиновой зависимости, оказание помощи тем, кто хочет бросить курить.

– Южный Урал – лидер по количеству кабинетов отказа от курения, если сравнивать с другими регионами страны, – подчеркнула главный специалист по профилактической медицине Минздрава Челябинской области Ольга Агеева. – Многие курильщики посещают соответствующие кабинеты, потому что им настоятельно посоветовали прийти туда после прохождения диспансеризации. Мы стараемся помочь каждому, кто к нам обратился. Если человеку не удастся бросить курить усилием воли, ему назначаются необходимые медицинские препараты.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.



Ирэн Фёдорова подписывает книги для читателей таланта выдающегося офтальмолога

В награду они получили не только почётные грамоты, но и книги о С.Н.Фёдорове с автографами Ирэн Фёдоровой, его жены, президента Фонда содействия развитию передовых медицинских технологий им. Святослава Фёдорова.

Участников конференции тепло приветствовал председатель Смоленской областной Думы Игорь Ляхов.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 39 (1978)

(Окончание.)

Начало в № 37-38 от 27.05.2016.)

В зависимости от регистрации признаков слабости синусового узла при холтеровском ЭКГ-мониторировании выделяют латентное (признаки СССУ не выявляются), интермиттирующее (признаки СССУ выявляются при снижении симпатического и возрастании парасимпатического тонуса, например в ночные часы) и манифестирующее течение (признаки СССУ выявляются при каждом суточном ЭКГ-мониторировании).

Синдром слабости синусового узла может протекать остро и хронически, с рецидивами. Острое течение синдрома слабости синусового узла часто наблюдается при инфаркте миокарда. Рецидивирующее течение СССУ может быть стабильным или медленно прогрессирующим.

По этиологическим факторам различают первичную и вторичную формы синдрома слабости синусового узла: первичная вызывается органическими поражениями синусно-предсердной зоны, вторичная – нарушением ее вегетативной регуляции.

Клинические проявления синдрома слабости синусового узла могут быть различными. На ранних стадиях течение заболевания может быть бессимптомным даже при наличии пауз более 4 секунд. При прогрессировании заболевания пациенты отмечают

достаточность. Обмороки кардиальной природы (синдром МАС) характеризуются отсутствием ауры, судорог (за исключением случаев затяжной асистолии).

Пациенты с маловыраженной симптоматикой могут жаловаться на чувство усталости, раздражительность, эмоциональную лабильность и забывчивость. У больных пожилого возраста может от-

те сердца. Ввиду гипоперфузии внутренних органов могут развиваться олигурия, острые язвы желудочно-кишечного тракта, усилятся симптомы перемежающейся хромоты, мышечной слабости.

39. Стрейн-синдром (синдром напряжения миокарда левого желудочка, СНМ-ЛЖ).

Электрокардиографическое понятие, включающее в себя депрессию сегмента ST, переходящую в отрицательный несимметричный зубец T, описан Rykert и Herburn в 1935 г. как признак гипертрофии ЛЖ, часто встречается при артериальной гипертензии, аортальном стенозе, митральной недостаточности. Пересмотр этой концепции, предпринятый в 1981 г. С. Veach и соавт., позволил предположить, что изменения реполяризации при гипер-

1. Признаки гипертрофии левого желудочка с вторичными изменениями миокарда в виде формирования косонисходящей депрессии ST и отрицательных асимметричных зубцов T в I, aVL, V₄-V₆.

2. Часто определяется блокада левой ножки пучка Гиса (рис. 37).

40. «Сэндвича» синдром

Описан Уайтом (White) в 1921 г. Разновидность желудочковой экстрасистолии: на ЭКГ регистрируется своеобразная группа из двух желудочковых комплексов, между которыми скрывается инвертированное P. Появление подобной картины обусловлено запоздалым ретроградным распространением желудочкового экстрасистолического импульса на предсердия. К моменту возбуждения предсердий миокард желудочков успевает выйти из экс-

Клинико-электрокардиографические синдромы

Формы и варианты течения синдрома слабости синусового узла

Латентная форма	Компенсированная форма	Декомпенсированная форма	Постоянная форма мерцательной аритмии (на фоне ранее диагностированного СССУ)
	Брадисистолический вариант	Брадисистолический вариант	Такисистолический вариант
	Брадитахисистолический вариант	Брадитахисистолический вариант	Брадисистолический вариант

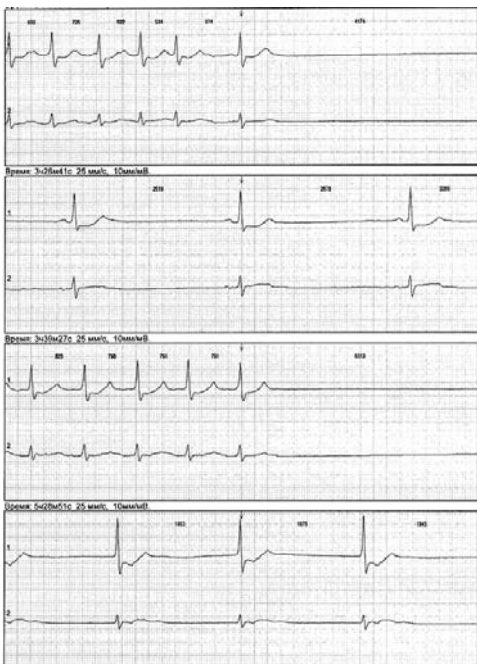


Рис. 34. ЭКГ при синдроме тахикардии. Мерцание предсердий. Пауза более 2 с (синдром тахикардии). Синусовая брадикардия, ЧСС – 23/мин. Мерцание предсердий, пауза более 2 с. Замещающий узловый ритм, ЧСС – 30/мин.

симптомы, связанные с брадикардией. К наиболее частым жалобам относят ощущение головокружения и резкой слабости, вплоть до обморочных состояний (синдром Морганьи – Адамса – Стокса, синдром МАС), загрудинную боль, обусловленную гипоперфузией миокарда, и одышку, обусловленную ограничением хронотропного резерва. В ряде случаев развивается хроническая сердечная не-

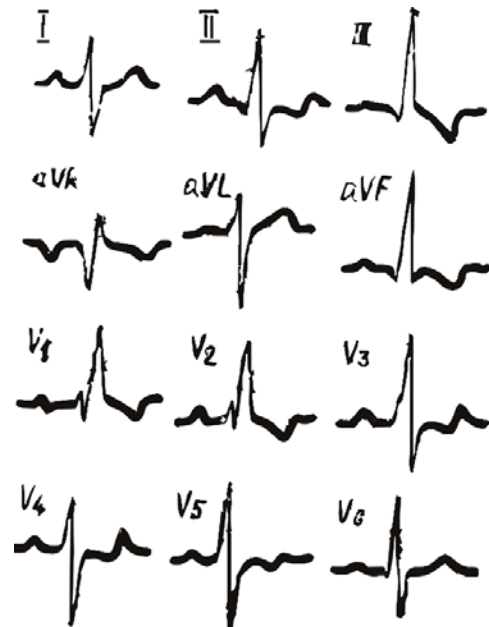


Рис. 36. ЭКГ при митральной недостаточности

мечаться снижение памяти и интеллекта. С прогрессированием заболевания и дальнейшим нарушением кровообращения церебральная симптоматика становится более выраженной.

Возможны похолодание и побледнение кожных покровов с резким падением АД, холодный пот. Обмороки могут провоцироваться кашлем, резким поворотом головы, ношением тесного воротничка. Заканчиваются обмороки самостоятельно, но при затяжном характере могут потребовать проведения реанимационных мероприятий.

Прогрессирование брадикардии может сопровождаться явлениями дис-

трофии левого желудочка (ГЛЖ) без признаков поражения коронарных артерий могут отличаться от подобных изменений при коронарной болезни сердца по нескольким признакам. Во-первых, по снижению точки J, во-вторых, по асимметрии зубца T с быстрым возвратом к базовой линии, в-третьих, по положительному конечному отклонению зубца T и, наконец, в-четвертых, отрицательному зубцу T в V₆, который больше 0,3 mV и больше, чем зубец T в V₄. Однако в клинической практике такая дифференциация признаков СНМ-ЛЖ вследствие его гипертрофии от изменений ST-T при коронарной болезни сердца чаще всего невозможна. Среди причин стрейн-синдрома выделяют уменьшение коронарного резерва, нарушения функции эндотелия коронарных сосудов, повышение внутриполостного давления, изменения направления токов в период восстановления трансмембранного потенциала.

Гипертрофия левого желудочка встречается при артериальной гипертензии, аортальных пороках сердца, при недостаточности митрального клапана, кардиосклерозе, при врожденных пороках сердца (рис. 35).

ЭКГ-признаки:

- $R_{V5} + V_6 > R_{V4}$
- $S_{V1} + R_{V5}$ (или R_{V6}) > 28 мм у лиц старше 30 лет или $S_{V1} + R_{V5}$ (или R_{V6}) > 30 мм у лиц моложе 30 лет.

При митральной недостаточности на ЭКГ регистрируются признаки гипертрофии, дилатации и перегрузки левых отделов сердца вследствие повышения объема проходящей через них крови:

ЭКГ-признаки:

- ЭКГ-маркеры увеличения левого предсердия (уширенный двугорбый зубец P – P-mitrale).

- Признаки гипертрофии левого желудочка, часто с нарушением процессов реполяризации гипертрофированного миокарда (косонисходящая депрессия ST и отрицательный асимметричный зубец T в I, aVL, V₄-V₆) (рис. 36).

Аортальный стеноз – наиболее патогномичным для данного порока сердца является гипертрофия и выраженная систолическая перегрузка левого желудочка, что находит отражение на ЭКГ:

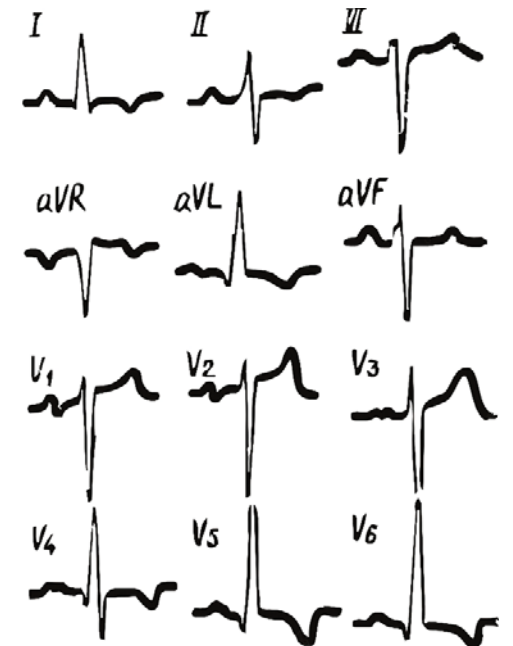


Рис. 37. ЭКГ при аортальном стенозе

трисистолического рефрактерного периода и отвечает повторным возбуждением на импульс, спускающийся из предсердий. В силу неодинаковых путей антидромного и ортодромного распространения импульсов, а также разной степени восстановления проводимости в отдельных волокнах проводящей системы и сократительного миокарда конфигурация обеих систол обычно совершенно различна.

41. Синдром tako-tsubo (стрессовая кардиомиопатия).

Возникает под воздействием сильного эмоционального стресса, чаще у пожилых женщин без значимого атеросклеротического поражения коронарных артерий. Поражение миокарда проявляется в снижении его сократительной способности, наиболее выраженной в апикальных отделах, где он становится «оглушенным».

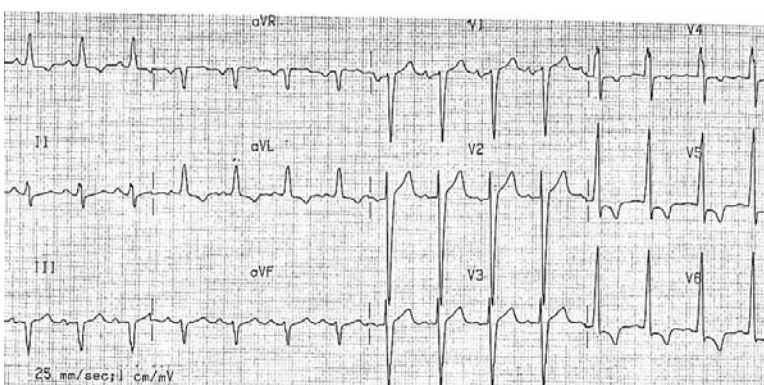


Рис. 35. ЭКГ при гипертрофии левого желудочка.
 $R_{V5, V6} > R_{V4}$, $S_{V1} + R_{V5} > 30$ мм

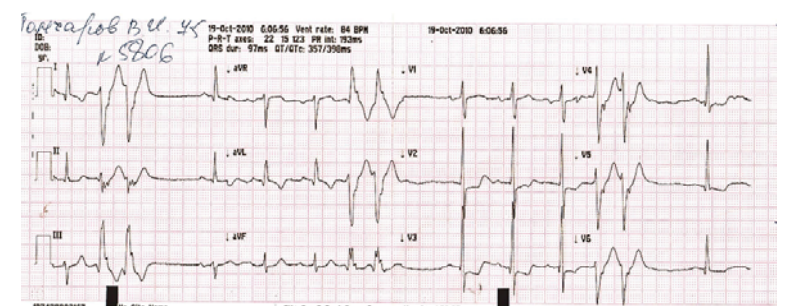


Рис. 38. ЭКГ при синдроме «сэндвича»

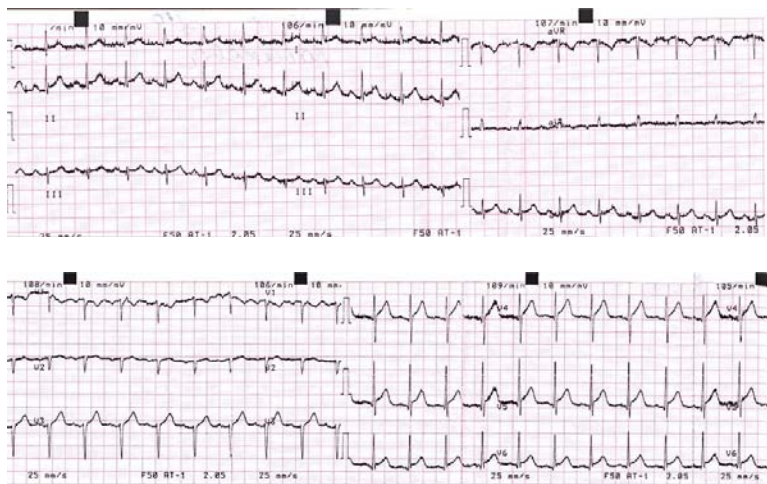


Рис. 39. ЭКГ при стрессовой кардиомиопатии зарегистрирована у пациентки 64 лет на высоте психоэмоционального стресса. Синусовая тахикардия, ЧСС-110/мин, элевация сегмента ST I, II, III, aVL, aVF, V₃-V₆

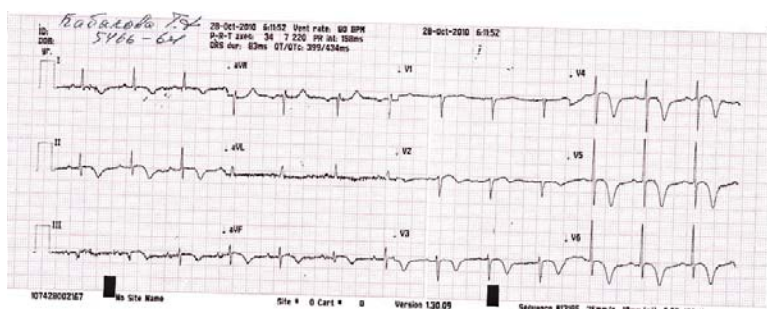


Рис. 40. ЭКГ при стрессовой кардиомиопатии зарегистрирована у пациентки 64 лет через 1 сутки после психоэмоционального стресса. Синусовый ритм, ЧСС-80/мин. Элевация сегмента ST II, III, aVF, формирование (-)T I, II, III, aVL, aVF, V₂-V₆

При ЭхоКГ обнаруживают гипокинез верхушечных сегментов и гиперкинез базальных сегментов левого желудочка.

В ЭКГ-картине стрессовой кардиомиопатии выделяют ряд стадий (рис. 39-41):

1. Элевация ST в большинстве отведений ЭКГ, отсутствие реципрокной депрессии ST.
2. Сегмент ST приближается к изолинии, зубец T сглаживается.
3. Зубец T становится отрицательным в большинстве отведений (кроме aVR, где он становится положительным).
4. Нормализация ЭКГ (сглаженные или

трикулярном ритме комплекс QRS уширен и деформирован и по форме похож на ЭКГ при блокаде ножки пучка Гиса. Желудочковый ритм правильный, редкий. Расстояния R-R одинаковые. Частота сокращений желудочков обычно составляет 40-60/мин. Желудочковый ритм при синдроме Фредерика может нарушаться желудочковыми экстрасистолами.

Синдром Фредерика – это сочетание полной поперечной блокады и мерцания или трепетания предсердий. При этом предсердная электрическая активность на ЭКГ будет характеризоваться волной f (при мерцании предсердий) или F (при трепетании предсердий), а желудочковая – узловым ритмом (не измененные комплексы QRS предсердного типа) или идиовентрикулярным ритмом (уширенные, деформированные комплексы QRS желудочкового типа) (рис. 42).

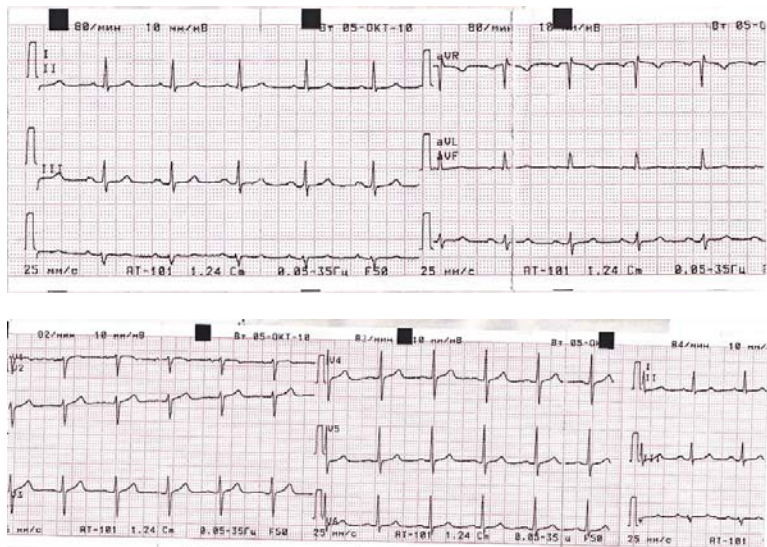


Рис. 41. ЭКГ при стрессовой кардиомиопатии зарегистрирована у пациентки 64 лет через 90 суток после психоэмоционального стресса. Синусовый ритм, ЧСС-78/мин. Вариант нормы

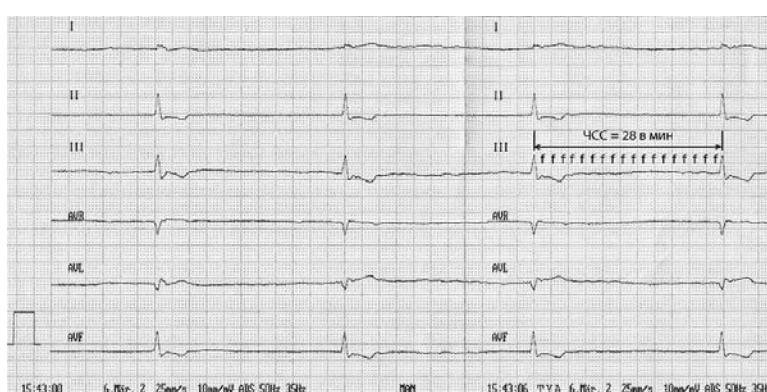


Рис. 42. ЭКГ при синдроме Фредерика. Разобщение электрической активности предсердий от желудочковой, вследствие прекращения АВ-проведения. В предсердиях: мерцание предсердий (изолиния отсутствует, вместо нее f-волна с ЧСС=300-350/мин), в желудочках: идиовентрикулярный ритм (регулярный ритм с комплексами QRS желудочкового типа, ЧСС – 27/мин.)

слабоотрицательные зубцы T могут сохраняться длительно).

42. Фредерика (Frederic) синдром (феномен Фредерика).

Сочетание полной поперечной блокады с мерцанием или трепетанием предсердий. На ЭКГ регистрируются не зубцы P, а волны трепетания (F) или мерцания (f) предсердий.

Мерцание и трепетание предсердий могут чередоваться. Импульсы из предсердий не проводятся к желудочкам.

Желудочки возбуждаются водителем ритма, расположенным в атриовентрикулярном соединении или в самих желудочках. Если возбуждение исходит из атриовентрикулярного соединения, то комплекс QRS не изменен.

При идиовентрикулярном ритме комплекс QRS уширен и деформирован и по форме похож на ЭКГ при блокаде ножки пучка Гиса. Желудочковый ритм правильный, редкий. Расстояния R-R одинаковые. Частота сокращений желудочков обычно составляет 40-60/мин. Желудочковый ритм при синдроме Фредерика может нарушаться желудочковыми экстрасистолами.

Синдром Фредерика – это сочетание полной поперечной блокады и мерцания или трепетания предсердий. При этом предсердная электрическая активность на ЭКГ будет характеризоваться волной f (при мерцании предсердий) или F (при трепетании предсердий), а желудочковая – узловым ритмом (не измененные комплексы QRS предсердного типа) или идиовентрикулярным ритмом (уширенные, деформированные комплексы QRS желудочкового типа) (рис. 42).

43. Экла (Eckl) феномен (синдром).

Фазовые влияния вагусной иннервации на локализацию источников импульсообразования: в начальной фазе воздействия парасимпатических влияний приводит к преимущественному торможению импульсации синусового узла, а вместе с этим к возможности проявления активности вторичных центров автоматизма (синусовый ритм сменяется узловыми). Распространение вагусного влияния на расположенные ниже участки проводящей системы

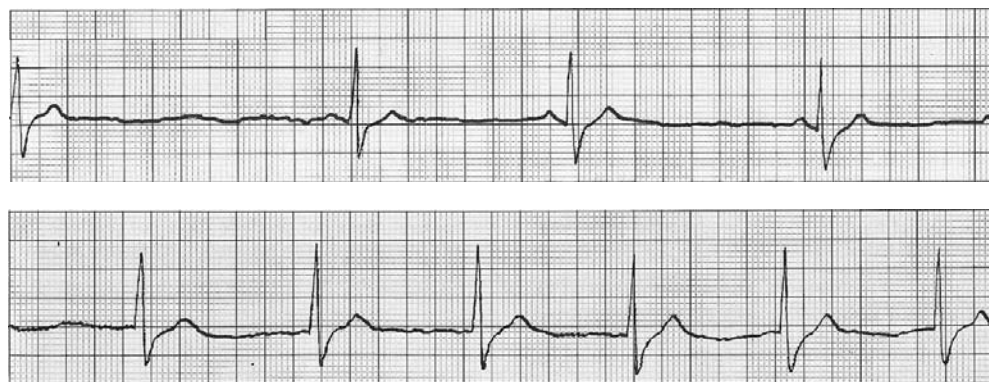


Рис. 43. ЭКГ при синдроме Экла. Чередование синусового и узлового ритма

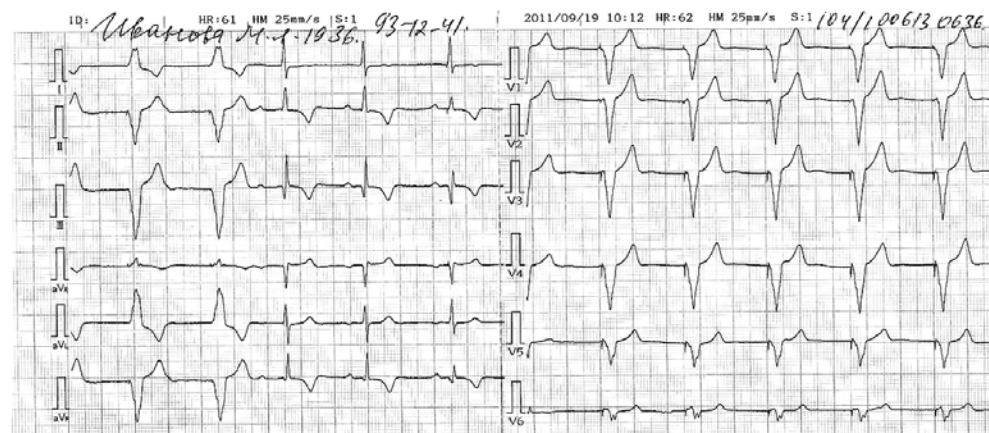


Рис. 44. ЭКГ при синдроме Шатерье. Базовый ритм, мерцание предсердий, ЧСС – 82/мин, единичные артификационные комплексы со стимуляцией правого желудочка (-)T II, III, aVF, V₄-V₆

восстанавливает соотношение между частотой импульсообразования в I и II центрах автоматизма, на ЭКГ отмечается восстановление синусового ритма (рис. 43).

Обратные соотношения наблюдаются в результате воздействия атропина. Небольшие дозы его, уменьшая интенсивность этого торможения и ограничивая этим его влияние на более чувствительный узел, приводят к проявлению узлового автоматизма. Большие дозы этого алкалоида полностью выключают влияние парасимпатической иннервации как на I, так и на II центр. В этих условиях вновь восстанавливаются нормальные соотношения частоты импульсообразования в них, а вместе с этим и доминантность синусового узла. Подобные фазовые изменения могут наблюдаться у спортсменов в условиях интенсивных физических нагрузок.

44. Шатерье синдром (syndrome Chatterjee, постстимуляционный синдром).

При длительной правожелудочковой стимуляции, во время синусовых (наджелудочковых) сокращений на ЭКГ в большинстве отведений регистрируются отрицательные зубцы T и, нередко, депрессия сегмента ST, этот ЭКГ-феномен называется «синдром Шатерье». Изменения реполяризации не связаны с ишемией миокарда. Постстимуляционные изменения ЭКГ объясняются электротоническими влияниями (рис. 44).

45. Эль-Шерифа (N. El-Sherif) синдром (пейсмекерная аллоритмия).

Аритмии, вызываемые кардиостимуляцией: чередование в определённой последовательности синусовых (суправентрикулярных) комплексов с искусственно вызванными желудочковыми комплексами. Пейсмекерная аллоритмия может быть только электрокардиографическим феноменом и никак не отражаться на состоянии больного, но может вызывать разнообразные жалобы, сходные с жалобами при экстрасистолии.

46. «Якоря» синдром.

Депрессия сегмента ST, как правило, менее 2 мм, выявляющаяся во многих отведениях, чаще в «правых» (II, III, aVF, V₁, V₂). Наиболее характерна косовосходящая депрессия ST (QRS в форме «якоря») на фоне синусовой тахикардии (рис. 45).

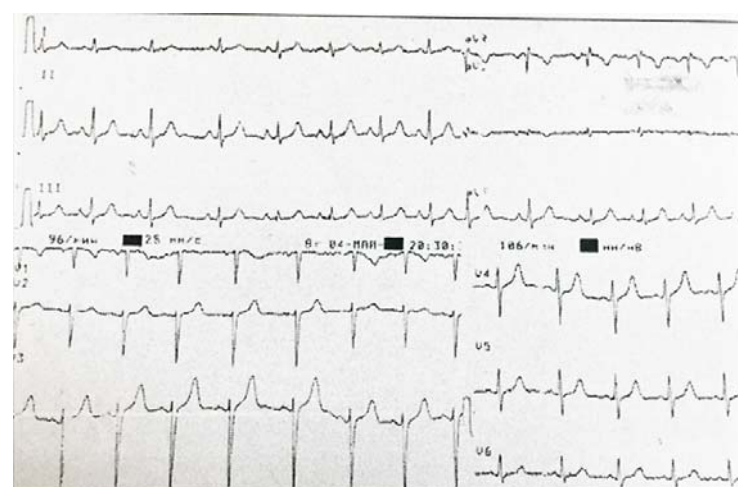


Рис. 45. ЭКГ при вегетососудистой дистонии. Синусовая (дыхательная) аритмия, тахикардия с ЧСС = 96/мин, формирование остроконечного зубца P и остроконечного положительного зубца T, наиболее выраженного в грудных отведениях

Заключение

В данной статье мы перечислили основные известные ЭКГ-феномены и клинико-электрокардиографические синдромы, описанные в отечественной и зарубежной литературе. Некоторые из них проявляются исключительно изменениями ЭКГ, без «привязки» к клинической картине, другие составляют единый клинико-инструментальный симптомомкомплекс, в котором изменения ЭКГ являются отображением патологических процессов, происходящих с пациентом и выявляемых клинически, либо, напротив, регистрируемая по ЭКГ патология миокарда и проведения по нему сердечного импульса диктует определённую клиническую симптоматику. Нами приведены как очень часто встречающиеся синдромы, так и крайне редко диагностируемая казуистическая патология. В обоих случаях их знание определяют эрудицию и широту кругозора врача-кардиолога, столь необходимые для адекватной и своевременной диагностики и лечения пациентов в условиях динамично развивающейся современной медицинской науки.

Владимир ЗАДИОНЧЕНКО,
доктор медицинских наук, профессор.

Гранд ШЕХЯН,
кандидат медицинских наук, доцент.

Алексей ШИКОТА,
кандидат медицинских наук, ассистент.

Анатолий ЯЛЫМОВ,
кандидат медицинских наук, ассистент.

Кафедра поликлинической терапии
Московского государственного медико-стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова.

Профессионально-общественная аккредитация образовательных программ является одним из новых направлений независимой оценки качества образования в Российской Федерации. И этот вопрос взят в работу Национальной медицинской палатой. Медицинское сообщество считает, что оценивать уровень выпускников и давать допуск для работы в профессии должно именно профессиональное сообщество, соответственно, и те программы, по которым учатся медицинские работники, нуждаются в признании профессионалов. О том, какая работа идёт в НМП в этой области, рассказывает её вице-президент академик РАН Евгений ШЛЯХТО.

– Почему вопрос профессиональной общественной аккредитации образовательных программ теперь находится в зоне внимания Национальной медицинской палаты?

– В последние годы стало очевидно, что те средства, которые были вложены в систему здравоохранения, не дали ожидаемого результата. В основном в силу того, что медицинское профессиональное сообщество оказалось не готово к тем вызовам, которые предлагает современная медицина. Стал очевиден дисбаланс в системе стандартизации и регламентации медицинского образования и медицинской деятельности. Мы столкнулись с ситуацией, когда у нас образованные отдельно, профессиональное сообщество тоже отдельно, а система профессионального независимого признания качества подготовки медицинских кадров отсутствует вовсе. А это – ключевой вопрос, с моей точки зрения. Причём в 2015 г. начались разговоры о том, что профессиональное признание будет касаться не только программ, но нужна и независимая оценка образовательных учреждений, которые реализуют эти программы.

– Вы обозначили проблему, а как можно её решить?

– Профессионально-общественная аккредитация образовательных программ тесно связана с развитием медицинских квалификаций. Нацмедпалата уже около года активно занимается этой проблемой, и мы совершенно точно понимаем, что нужно исходить из профессиональных стандартов. Без этих стандартов невозможно будет оценить уровень любого специалиста в здравоохранении. Нацмедпалата занимается

Наше интервью

Евгений ШЛЯХТО:

Система независимого признания качества подготовки кадров отсутствует



разработкой профессиональных стандартов и квалификационных категорий совместно с профессиональными организациями. Сначала палата совместно с медицинскими организациями разработала 4 профстандарта. В 2015 г. была проведена большая работа по подготовке ещё 10 профессиональных стандартов. В этом году планируется разработка уже 17 новых профессиональных стандартов, и для каждой специальности будут чёткие квалификационные категории. Впоследствии все федеральные государственные образовательные стандарты, по которым проводят обучение специалистов, должны быть актуализированы в соответствии с разрабатываемыми профессиональными стандартами. И вот уже на основе профессиональных стандартов можно говорить о требованиях к образовательным стандартам, и строить систему ведомственной и профессиональной общественной аккредитации. Как мы знаем, Национальная медицинская палата была наделена полномочиями Совета

по профессиональным квалификациям в здравоохранении при Президенте Российской Федерации. Именно этот совет и должен заниматься проблемой. Он должен проводить мониторинг соответствующего сегмента рынка медицинских услуг, потребности в медицинских квалификациях, разрабатывать и организовывать применение профстандартов, а также устанавливать требования для подтверждения медицинских квалификаций и контролировать их оценку. И конечно, организовывать и проводить профессионально-общественную аккредитацию образовательных программ.

И сегодня в рамках этого совета уже проделана масштабная работа. Разработаны все нормативные акты палаты, которые регламентируют проведение профессиональной общественной аккредитации образовательных программ: создано положение о центральном экспертном совете Национальной медицинской палаты (ЦЭС), положение о профессиональной общественной аккредитации. И что очень важно – разработано Положение о работе экспертов при проведении профессиональной общественной аккредитации. Были определены процедуры самой аккредитации, получения заключений и выдачи аккредитационных свидетельств.

– Расскажите о том, как будут отбираться эксперты для аккредитации программ, ведь на них ложится большая ответственность?

– Если эксперты будут подготовлены профессионалами своего дела, то, безусловно, будет доверие к их оценке. Это должен быть широкий круг экспертов, по разным направлениям. Мы уже начали такую работу в прошлом году. Сейчас уже есть определённый пул экспертов примерно по 20 направлениям. Безусловно, НМП несёт репутационную ответственность за качество экспертизы. Необходимо доверие к результатам экспертной деятельности со стороны органов власти, профессионального сообщества, руководителей образовательных организаций, работодателей. Сегодня прописан порядок движения от организации-заявителя в совет по квалификациям, затем в ЦЭС, где есть реестр экспертов. И мы готовы стартовать.

– В регионах есть главные специалисты по определённым дисциплинам, например по неврологии, есть общества и профессиональные ассоциации. Это по всем параметрам готовый пул экспертов. Целесообразно ли создание параллельной экспертной структуры в виде ЦЭС?

– Никто не собирается делать параллельный пул экспертов. В рамках Национальной медицинской палаты существует огромное количество профессиональных организаций. И внутри палаты профессионалы должны отвечать за свои направления. Нет необходимости создавать параллельный пул экспертов, но в каждой профессиональной ассоциации есть лидеры, лучшие специалисты. И именно они будут формировать этот пул экспертов для оценки образовательных программ.

– Как законодательно на сегодня урегулирован этот вопрос?

– В соответствии с действующими нормативными документами и проектом Закона «Об оценке профессиональной квалификации», который внесён Минтрудом России, процедура профессиональной общественной аккредитации отнесена к центрам оценки квалификации, которые функционируют в рамках каждого совета по профессиональной квалификации. Соответственно, в здравоохранении, как я уже говорил, эти функции возложены на НМП. Уже сегодня многие регионы выразили готовность открыть у себя центры оценки квалификации. Нас готовы поддержать Смоленская область, Северо-Западный федеральный округ, Сибирь. Именно такие центры должны взять на себя основные функции. Они займутся созданием профессиональных стандартов, отбором экспертов, формированием экспертных групп, подготовкой предложений по приведению федеральных государственных образовательных программ в соответствие с профессиональными стандартами, организацией профессионально-общественной аккредитации образовательных программ, определением порядка проведения профессиональных экзаменов. Это должны быть независимые самостоятельные юридические лица, которые будут функционировать вместе с крупными профессиональными объединениями. Подобные центры оценки квалификации уже действуют в некоторых других отраслях. И я думаю, что мы в рамках НМП создадим в некоторых регионах в рамках пилотных проектов такие центры и на их примере отточим все детали работы.

Беседу вёл
Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Праздники

Во Владивостоке в стенах Тихоокеанского государственного медицинского университета прошёл VII Дальневосточный творческий фестиваль студентов и молодёжи медицинских вузов «Город у моря».

Уже не первый год он имеет статус международного – мероприятие раскрывает творческий потенциал молодёжи, расширяя возможности для общения студентов и преподавателей вузов Дальнего Востока России, Китая, Японии, Кореи и других стран Азиатско-Тихоокеанского региона. VII фестиваль собрал более 300 участников и уже заработал право стать самым ярким студенческим событием нынешней весны. Он проводится каждый год, и тематика у него всегда разная. В этом году творческую программу решили посвятить Владивостоку. Отсюда и символическое название – «Город у моря».

Участники фестиваля состязались в конкурсах инструментального, вокального и хореографического мастерства, тещцов, театральных миниатюр, фотоконкурса и оригинального жанра.

По мнению вокалиста хора преподавателей ТГМУ, фестиваль – это отличный способ объединения молодёжи и преподавателей не

В городе у моря

Здесь не только учатся, но и активно творят

только на региональном, но и на международном уровне.

В концертном зале царил торжественная, и в то же время тёплая дружеская атмосфера, пропитанная духом моря – на центральной стене красовался широкий плакат с белым парусником, рядом – воздушные шары, собранные в форме морского прибора и причудливых рыб.

Открыли фестиваль участники вокального ансамбля «Примавера» и хор Учебно-военного центра ТГМУ. Вместе они исполнили неофициальный гимн Владивостока – композицию «Морская».

Продолжил концерт коллектив «Примавера», исполнив песню «Просторы Дальнего Востока». На этот раз участники ансамбля порадовали зрителей ещё и танцевальным номером. Девушки в матросской форме, даря присутствующим свои яркие улыбки, очаровали, наверное, каждого в зале.



На сцене – участники вокального ансамбля «Примавера» и хор Учебно-военного центра ТГМУ

Во второй части концерта – конкурсной – на сцене появилась ансамбль скрипачей ТГМУ «Вита». Музыканты исполнили «Танго» Кар-

лоса Гарделя. Во время исполнения в зале стояла полная тишина. Музыка по-настоящему заворожила зрителей. Следующей вышла

учащаяся ТГМУ Наталья ШарафANOVA, исполнив на фортепиано композицию Иоганна Себастьяна Баха, погрузив аудиторию в невесомую мелодичность инструментальной партии знаменитого немецкого композитора. Фестиваль продолжился, настраивая участников на соревновательный лад и даря предвкушение многих часов праздника, ярких выступлений и живого творческого общения.

Завершится фестиваль «Город у моря» награждением победителей, которых выбрали по 6 номинациям. Это конкурс для музыкантов-инструменталистов «Парус», вокальный конкурс «Жемчужина», лучшая хореографическая постановка. Для любителей рэпа и битбокса есть конкурс оригинального жанра «Волна», театралы соревновались в конкурсе миниатюр «Прибой». Была своя номинация и для студентов-фотографов: «Краски у моря». Студенты медицинских вузов в очередной раз доказали: врач – человек творческий, талантливый и одарённый всесторонне.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

– Евгений Михайлович, Всемирный день почки в нашей стране с каждым годом «отмечается» всё масштабнее. В связи с чем это происходит?

– За последние десятилетия почечная недостаточность приобрела масштабы пандемии. Довольно быстро стало ясно, что ХБП «поглощает» огромные ресурсы: не только человеческие, но и материальные. Именно в этой связи в США на исходе прошлого столетия была разработана программа, направленная на профилактику и выявление на максимально ранних этапах почечной патологии, получившая в кратчайшие сроки статус международной стратегии, целиком и полностью обоснованной с научной точки зрения. К сожалению, Россия подключилась к данной программе с опозданием.

Коварство почечной патологии заключается в том, что до терминальной её стадии доживают не более 5% пациентов. Более половины больных с ХБП погибают, что называется, «по дороге» – от инсультов и инфарктов, что, вследствие фиксации смерти по основной причине, уходит в «сосудистый» реестр умерших пациентов, тогда как главной проблемой в данной ситуации является отсутствие раннего выявления хронической почечной патологии, на мысль о которой врача наведут два простых показателя: уровень альбумина в моче и креатинина в крови. Так что выявить почечную патологию на ранних этапах своего развития весьма просто: достаточно диспансерного наблюдения за пациентом. «Большие дела» в медицине делаются на уровне первичного звена, однако наши терапевты почти не знают нефрологии, в то время как на Западе львиная доля нагрузки в плане профилактики и раннего выявления ХБП лежит именно на участках врачей, а не на нефролога, которые занимаются более «запущенными» пациентами.

Однако, с моей точки зрения, главной причиной нашего отставания от экономически развитых стран является не подготовка кадров, а скудное финансирование отрасли. 3,4% от нашего ВВП на здравоохранение – катастрофически мало. При таком финансировании очень трудно достичь каких-либо успехов на поприще оказания медицинской помощи населению. И нефрология здесь – не исключение.

– В одном из интервью вы заявили, что в нашей стране проблема хронической болезни почек недооценена. Вследствие чего это происходит?

– К сожалению, у нас нет официальной статистики распространённости нефрологических заболеваний. Общественное исследование на этот счёт в России провести нереально: российское здравоохранение децентрализовано. Это наша беда. Именно поэтому нам не удаётся реально воплощать решения федерального Минздрава в том или ином регионе, где очень многое решает местная власть. Особенно в плане финансирования отрасли.

Тем не менее в ряде регионов мы, совместно с другими специалистами, реализуем пилотные проекты по выявлению почечной патологии, и статистика получается более-менее достоверная, однако, подчеркну, до объективных показателей в целом по стране нам ещё далеко. Но замечу, что нынешняя политика Минздрава направлена на реальное улучшение качества медпомощи. Разработаны четкие критерии, с помощью которых надзорные органы и страховые компании могут оценивать эффективность оказания медпомощи куда более объективно, нежели было прежде – на основании клинических данных, а не ведения документации.

– Последние несколько лет в нашей стране всё больше появляется диализных центров. Насколько это позитивно?

– Перевод пациента на гемодиализ говорит о терминальной стадии почечной недостаточности, статистики по которой в нашей стране тоже нет. Прискорбно, но Россия, несмотря на рост «диализной сети», по уровню оснащённости такими центрами занимает одно из последних мест в мире. Это национальный позор. К счастью, в Минздраве об этом знают и предпринимают

на бюджет – затраты на диализ, лечение осложнённых заболеваний почек, реабилитацию таких больных и т.д. В результате была получена цифра 25% бюджета отечественного здравоохранения. Если мы на самом деле хотим снизить смертность населения, то необходимо



ги, эндокринологи, ревматологи, пульмонологи и т.д. Отрадно, что и здесь работают целевые программы.

– Востребована ли нефрология среди выпускников медвузов?

– К сожалению, нет. Причиной тому – банальное незнание этого раздела внутренней медицины. Дело в том, что нефрология на вузовском этапе образования преподаётся более чем формально и поверхностно в рамках кафедр пропедевтики внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии. 3 лекции, 2 семинара – и всё. При таком подходе к образованию сформировать интерес у молодого человека к нашей специальности, мягко говоря, весьма трудно. Кроме того, нефрология не относится к разряду «денежных» клинических специализаций. И сами больные – очень тяжёлые. Трудоёмкость – огромная, близкая к отделению интенсивной терапии. Наряду с этим у «почечных» пациентов высокая коморбидность. Очевидно, что «нефрологическая реальность» привлекает далеко не всех молодых специалистов.

– Как бы вы оценили уровень подготовки российских нефрологов с позиции главного специалиста Минздрава?

– Что касается «академической верхушки» – научно-педагогических кадров, то они ничем не уступают западным коллегам. То же самое можно сказать и о главных специалистах субъектов нашей страны. А вот с рядовыми нефрологами дела обстоят куда хуже – их профессиональная подготовка оставляет желать лучшего.

В этой связи я возлагаю большие надежды на новый формат прохождения подтверждения своей профпригодности – балльно-кредитную систему в рамках проекта по непрерывному медицинскому образованию. Если раньше этот процесс носил сугобо формальный характер, то теперь мы, в рамках образовательных мероприятий под эгидой Научного общества нефрологов России, по окончании того или иного форума проводим тестирование среди слушателей и только в случае успешного его прохождения выдаём сертификат с необходимым количеством зачётных единиц.

– Во многих клинических специальностях наблюдается следующая картина: главный специалист Минздрава и глава профессиональной ассоциации – разные люди. Не мешает ли эта «двуглавость» развитию той или иной специальности?

– Конечно, очень многое упирается в человеческий фактор. На примере нефрологии могу с уверенностью сказать, что никаких проблем в этой связи у нас не возникает. Мы с президентом общества нефрологов – единомышленники. Что касается других специальностей, то в этой связи возникает немало конфликтов, однако необходимо понимать, что профессиональное сообщество – общественная организация, и Минздрав не имеет юридического права назначать своего главного специалиста главой такого сообщества.

С моей точки зрения, главный специалист Минздрава одновременно должен быть и главой профессиональной ассоциации или, во всяком случае, отвечать за всё, что происходит в ней. На то он и главный специалист, чтобы уметь договариваться, находить общий язык с коллегами, идти на компромиссы, ставя задачи развития своего клинического направления превыше личных амбиций.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Беседы с главными специалистами

Недооценённая патология

Проблема заболеваний почек в нашей стране носит социальный характер

Когда речь идёт о наиболее коварных в плане летальности заболеваниях, то чаще всего в этом контексте упоминаются болезни сердца и сосудов, злокачественные новообразования, сахарный диабет 2-го типа, а также хроническая обструктивная болезнь лёгких. Этим проблемам посвящён ряд отраслевых мероприятий, где ведущие учёные-клиницисты, эпидемиологи и организаторы здравоохранения нашей страны обсуждают разработанные стратегии по снижению этих показателей общественного здоровья. Однако не только вышеперечисленные патологии порождают тревогу у медицинского сообщества: в спину лидерам дышит хроническая болезнь почек (ХБП) – комплекс нозологий, обобщающий ряд нефрологических патологий, лежащий, кстати говоря, в основе значительного числа летальных исходов вследствие онкологии, сердечно-сосудистых катастроф и осложнений диабета. Ситуа-

ция усугубляется ещё и тем, что в нашей стране нет однозначной и достоверной статистики «почечных» пациентов. Более того, многие из них состоят в реестре другой внутренней патологии.

«Медицинская газета» минувшей весной освещала не одно отраслевое мероприятие, посвящённое Всемирному дню почки. Тем не менее общего резюме по обозначенной проблематике на страницах «МГ» составлено не было. Именно в этой связи, выступая своего рода третейским судьёй, о наиболее актуальных проблемах нефрологии на современном этапе в интервью «МГ» рассказал заведующий кафедрой нефрологии и гемодиализа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, вице-президент Научного общества нефрологов России, главный нефролог Минздрава России, профессор Евгений ШИЛОВ.

всяческие попытки к улучшению ситуации – главным образом, за счёт государственно-частного партнёрства «на местах». При той мизерной части отечественного ВВП, отпущенного на здравоохранение, возведение центров гемодиализа исключительно за счёт государства было бы невозможной роскошью.

Необходимо понимать, что к профилактике почечных заболеваний диализные центры не имеют ни малейшего отношения. Их назначение – продлевать жизнь больных с терминальной стадией почечной недостаточности, что, учитывая нашу действительность, тоже позитивно, хотя, конечно же, мы не в состоянии обеспечить диализом всех, кто в нём нуждается. Так, в России обеспеченность населения диализными местами составляет 200 на миллион населения. Для сравнения, в странах Западной Европы аналогичный показатель составляет около 1000, в США – 1500, в Японии – 2400.

Что касается почечной трансплантации, то здесь тоже существует ряд проблем. Главной из них является несовершенство российского законодательства относительно донорства органов.

– Можно ли говорить о приличительном количестве больных ХБП в нашей стране, принимая во внимание отсутствие официальной статистики?

– По меньшей мере, это 10% от общего населения страны, что говорит о не только клиническом, но и социальном характере патологии. Пару лет назад, по косвенным показателям, мы посчитали общее «давление» ХБП

инвестировать в профилактику и раннюю диагностику ХБП. На Западе есть масса подтверждений того, что эффективная профилактика нефрологических патологий в разы предотвращает развитие инфарктов и инсультов у населения.

– Согласно официальной статистике, в нашей стране насчитывается 1,8 тыс. нефрологов. Достаточно ли такого количества специалистов для оказания эффективной помощи больным с ХБП?

– Разумеется, нет. Нефрологов мало во всём мире, а в России их катастрофически не хватает. Не знаю, откуда организаторы здравоохранения взяли такую цифру, но, по их «подсчётам», в нашей стране необходимо иметь одного нефролога на 50 тыс. населения. На практике такое воплотить практически нереально. Разве что в Москве. К примеру, в Хабаровском крае насчитывается один нефролог более чем на 200 тыс. населения этого субъекта РФ. Для примера, в США на 50 тыс. населения насчитывается 2,5 специалиста-нефролога.

Проблема дефицита отечественных специалистов в области почечной патологии заключается ещё и в том, что на обучение в ординатуре по нефрологии Минздравом выделяется очень мало бюджетных мест – 30 на всю страну ежегодно. Кроме того, обеспеченность нефрологами амбулаторного звена в целом по стране составляет 10%. К счастью, некоторые регионы, используя программу целевой подготовки кадров, посылают выпускников медвузов для прохождения ординатуры по нефрологии в нашей клинике.

– Какую роль играет общетерапевтическая подготовка в деятельности нефролога?

– Вне всякого сомнения – ведущую. В этом плане мне импонирует западная концепция подготовки кадров: 5 лет последипломного образования. 2 года – общетерапевтические вопросы и 3 года – погружение в ту или иную специализацию. Несовершенство нашей системы мы видим на примере молодых специалистов: большинство выпускников интернатуры по терапии последних лет, приходя к нам в ординатуру, были просто-напросто не подготовлены в общеклинических вопросах, без которых погружение в специализацию – бессмысленно.

Сейчас, как известно, обучение в интернатуре упразднилось, и я очень сомневаюсь, что 6 лет дипломного образования хватит для того чтобы самостоятельно работать в первичном звене. Необходимо отметить, что именно эффективно функционирующее первичное звено является залогом отраслевых успехов. Тем не менее я должен сказать, что у нас есть очень способная молодёжь. По моим наблюдениям за годы деканства на факультете усовершенствования врачей таких ребят около 10%. Хочется верить, что они в ближайшем будущем смогут изменить нынешнее положение дел в лучшую сторону.

Наряду с ординатурой у нас существуют курсы профессиональной переподготовки кадров, продолжающиеся в течение 4 месяцев. На подготовку по нефрологии имеют право все без исключения специалисты терапевтического профиля – сами терапевты, педиатры, кардиоло-

«Долгое и мучительное умирание» – такова, по мнению столичных врачей-иммунологов, сегодняшняя перспектива большей части детей, имеющих диагноз «первичный иммунодефицит» (ПИД). Вернее, тех из них, кому повезёт дожить до вступления во взрослую жизнь, когда первая же грядущая медико-социальная экспертиза постарается отказать больному в продлении инвалидности. Что повлечёт за собой невозможность бесплатного получения слишком дорогого для частных покупок жизненно-важного лекарства. И тогда – нескончаемые осложнения, делающие из этих людей тяжёлых инвалидов. Вплоть до летального исхода.

Возраст самого старшего из ныне живущих в России людей с первичным иммунодефицитом (из тех, о ком известно заведующей отделением иммунологии Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва доктору медицинских наук, профессору Анне Щербине) – немногим более 30 лет. Для того чтобы столько прожить, нужно иметь либо незначительные нарушения иммунных механизмов, позволяющие обходиться без ежемесячного внутривенного иммуноглобулина (таких больных около 10%), либо, напротив, до грядущих реформ успеть обзавестись такими заметными осложнениями, при которых снять официально инвалидность уже нереально.

Можно также «родиться в рубашке» и иметь возможность ежемесячно тратить на своё лечение порядка 100 тыс. руб. или же вовремя сделать трансплантацию стволовых клеток, что стоит около 10 млн руб. в России и от 250 тыс. евро за рубежом.

В связи с особенностями включения «в работу» некоторых компонентов иммунитета иногда первичные иммунодефициты бывают впервые выявлены в подростковом и даже во взрослом возрасте. Но благодаря существовавшему заблуждению, что ПИД – болезнь исключительно маленьких детей, проблема диагностирования среди взрослого населения стоит ещё острее.

Во всём мире врождёнными нарушениями иммунной системы, развивающимися вследствие различных генетических поломок, страдает 1 из 10 тыс. человек. При отсутствии лечения большинства из описанных 250 видов болезни развиваются тяжёлые хронические инфекции и воспалительные поражения органов и тканей. В России регистра ПИД нет. Профессор Щербина упоминает примерно о 1,5 тыс. пациентов. Около 600 человек из них должны ежемесячно получать внутривенно иммуноглобулин. Для этого им приходится на 3-4 дня ложиться

Ситуация

Дефицит иммунитета можно восполнить

Для этого нужна государственная помощь таким больным

в стационар, так как иначе оформить данную процедуру через ОМС не получается, хотя большинство родителей уже вскоре после постановки диагноза могут «прокапать» своего ребёнка

бесперебойное снабжение иммуноглобулином высокого качества: почему это пока не доходит до государственных чиновников?

Профессор подчёркивает также, что пациент, получающий

бабушек рождалось детей, все ли из них дожили до взрослого возраста, если нет, то отчего умирали? Особое внимание следует обратить на повторяющиеся случаи младенческих смертей в одном роду, причём самое настораживающее совпадение – это гибель нескольких малышей одного пола. Также много шансов генетических поломок в семьях с близкородственными браками. При таких семейных историях молодым парам ещё до рождения собственных детей стоит обсудить возможные риски с генетиком.

Специалистами составлен список из 12 настораживающих критериев. При наличии у пациента двух и более признаков из данного перечня необходима консультация иммунолога. Причём желательно в одном из специализирующихся на ПИД крупных медцентров, так как история изучения и помощи при иммунодефицитах в России пока слишком молода. Опытных российских специалистов можно пересчитать по пальцам. Заведующая отделением иммунологии ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва сталкивается с проблемами диагностики и лечения изо дня в день. Поэтому и знает, как ситуацию можно изменить к лучшему.

– Начнём с того, что в большинстве медицинских вузов страны не существует полноценного цикла клинической иммунологии, – говорит А.Щербина. – Студенты проходят базисную иммунологию на 1-2-м курсе в составе теоретического цикла. И всё! Необходима организация соответствующих клинических циклов, а также увеличение учебных часов на изучение первичных иммунодефицитов и составление новых экзаменационных тестов в ходе образования врачей, с вопросами про ПИД. Мы же получаем молодых специалистов с дипломами, где указана специальность по сертификату «аллергология-иммунология», а в реальности в большинстве циклов последиplomного образования вопросы ПИД занимали 1-2 часа...

Она обеспокоена также и отсутствием федеральных стандартов, а также стандартов ОМС

по большинству видов этого серьёзнейшего недуга, что приводит к невозможности, например, «закодировать» взрослого пациента по диагнозу ПИД, так как заболевание по имеющимся нормативам относится к группе болезней периода новорождённости.

Ни государство, ни страховые компании не оплачивают генетические исследования. Это ложится на плечи родителей, которые либо могут это себе позволить за счёт личных средств, либо обращаются за помощью в благотворительные фонды. Но это крохи.

В связи с отсутствием исследований и информированности по данному вопросу многие семьи не знают о наличии генетического дефекта; не знают, кто носитель заболевания, и рожают новых больных ПИД...

Что же касается лечения, то в мире для этого применяется генная терапия, за которой, по мнению медиков, будущее.

– Российские результаты трансплантации очень хорошие, сравнимые с зарубежными центрами, – говорит Анна Юрьевна. – Но, во-первых, не все иммунодефициты нуждаются в этом. Во-вторых, благо, что у нас есть доступ не только к российскому, но и к международному банку стволовых клеток. Но очередь на трансплантацию не маленькая, сегодня мы записываем нуждающихся в ней на август. Причина – отсутствие специалистов и условий.

Сейчас трансплантацию осуществляют только в 3-4 медцентрах России...

Поэтому А.Щербина убеждена: в стране назрела необходимость создания и государственного финансирования референсных центров генетической диагностики.

Ведь ранняя диагностика первичных иммунодефицитов и адекватная терапия позволяют предотвратить развитие необратимых нарушений, существенно улучшить качество жизни больных и изменить отношение к этим заболеваниям, как к неизлечимым и безнадёжным.

Жанна ДЫМОВА,
внест. корр. «МГ».

Москва.

Что должно насторожить?

Поводом для подозрения ПИД становится сочетание двух или более признаков из следующего списка:

1. Случай ПИД или ранних смертей от инфекций в одной семье.
2. 8 и более гнойных отитов в течение года.
3. 2 или более тяжёлых синусита за год.
4. 2 или более пневмонии в течение года.
5. Антибактериальная терапия, проводимая более 2 месяцев без эффекта.
6. Осложнения при проведении вакцинации ослабленными живыми вакцинами (БЦЖ, полиомиелит).
7. Нарушения переваривания в период грудного возраста, с хроническими поносами или без них.
8. Рецидивирующие глубокие абсцессы кожи и мягких тканей.
9. 2 или более генерализованные инфекции (менингит, остеомиелит, септический артрит, эмпиема плевры, сепсис).
10. Персистирующая кандидозная инфекция кожи и слизистых у детей старше 1 года.
11. Хроническая реакция трансплантат-против-хозяина (неясные эритемы у детей грудного возраста).
12. Тяжёлые инфекции, вызванные атипичными микроорганизмами (шейные лимфадениты, пневмоциста, плесневые грибки, атипичные микобактерии).

самостоятельно. Не говоря уже о медсестре процедурного кабинета поликлиники по месту жительства.

Следующий парадокс, шокирующий специалистов, – невозможность регулярного снабжения всех нуждающихся (а это 90% больных ПИД) современными качественными лекарственными препаратами.

– Лечить наших пациентов правильно – экономически выгодно для государственной казны, – убеждена Анна Щербина. – Те, кто начинает получать адекватную терапию в детском возрасте, потенциально могут дожить даже до пенсионного возраста, ведя вполне качественную жизнь: посещая обычный детский сад, школу, вуз, место работы. Внешне зачастую это совершенно обычные люди, с нормальным физическим и умственным развитием, но это если не допускать тяжёлых осложнений в виде хронических инфекций, серьёзных поражений органов, тканей и т.д. Лечение всевозможных осложнений куда дороже, чем

по инвалидности бесплатные медикаменты, никогда не знает, препарат чьего производства ему предложат в этом месяце.

– Если один из нескольких отечественных иммуноглобулинов, о которых мы знаем, что их качество оставляет желать лучшего из-за отсутствия должного вирусологического скрининга и особенностей производственного процесса, – то тут и начинается путь к тяжёлой инвалидизации, – сетует Анна Юрьевна. – Группа заболеваний, которыми занимается наше медучреждение, должна бы относиться к орфанным, со снабжением препаратами вне зависимости от статуса инвалидности.

Также серьёзную обеспокоенность иммунологов и генетиков вызывает отсутствие настороженности к людям, которым может быть поставлен диагноз ПИД, со стороны медработников первичного звена, особенно в отдалённых регионах страны. При подобном подозрении необходим тщательный сбор семейного анамнеза: сколько у

События

Учёные Новосибирского государственного университета и Государственного научного центра вирусологии и биотехнологий «Вектор» разработали тест для ПЦР-диагностики инфицирования риккетсиями.

Это стало возможным после того, как они провели исследование встречаемости и генетического разнообразия риккетсий – внутриклеточных паразитов, выявленных в клещах на территории России, и собрали уникальную коллекцию бактерий – более 4 тыс. видов, – которые встречаются в клещах

Мелкие и вредные

на территориях Томской, Новосибирской областей, республик Коми и Крым.

Как пояснили в НГУ, интерес к данной теме вызван тем, что риккетсии – одни из самых мелких и просто устроенных бактерий – способны расти и размножаться только внутри клетки-«хозяина», и этим свойством больше напоминают вирусы, нежели собственно

бактерии. Многие виды риккетсий вызывают серьёзные инфекционные заболевания человека.

– До открытия антибиотиков от сыпного тифа, вызываемого риккетсией Провачека, умерло людей не меньше, чем от чумы, холеры или оспы. Любые социальные потрясения в истории человечества сопровождалось резким снижением уровня гигиены, завшивленно-

стью и соответственно вспышками сыпного тифа, – рассказывает сотрудник кафедры молекулярной биологии НГУ Михаил Карташов. – В эру антибиотикотерапии и высокого уровня личной гигиены сыпной тиф уже не так актуален, и для науки гораздо интереснее стали риккетсии, которые передаются при укусе клещей.

Из давно известных медицине

клещевых инфекций – вирусный клещевой энцефалит и лайм-боррелиоз. Менее известные, но не менее значимые – эрлихиоз, анаплазмоз, кокциеллез. Перечень заболеваний, виновниками которых становятся клещи, постоянно растёт благодаря открытию новых возбудителей. Работа сибирских учёных стала серьёзным вкладом как в теорию, так и в практику диагностики клещевых инфекций.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Ракурс

Лекарственные препараты растительного происхождения на основе кирказона (группы многолетних трав и деревянистых лиан), которые применяются в традиционной китайской медицине, являются канцерогенными. Таковы результаты исследования американских учёных из Медицинского колледжа Бэйлора и Университета Стони-Брук.

ваются в организме и вызывают различные заболевания не сразу, а спустя длительное время. Эти растения используются в традиционной китайской медицине уже несколько тысяч лет. Только на Тайване за период 1997-2003 гг. такие препараты принимали около 8 млн человек.

По предварительной оценке учёных – фундаменталиста и клинициста – длительное употребление

Что характерно, крупнейшие азиатские страны – Китай и Индия – в 2014 г. уделяли особое внимание не только сектору классической медицины и фармации, но и не забывали о нетрадиционном сегменте. Так, например, в Китае производство лекарственных средств из рогов оленей и экстрактов растений поставлено на поток, и, по прогнозам аналитиков, к 2025 г. этот

Злокачественные травы

Авторы работы – профессор-иммунолог Бэйлоровского колледжа Дональд Маркус и профессор-фармаколог Университета Стоуни-Брук Артур Гроллман – провели метаанализ эпидемиологических исследований, в ходе которых была доказана канцерогенность растений рода кирказон (*Aristolochia*).

Они изучили медицинскую статистику Тайваня и Китая, где распространено употребление трав, содержащих аристаролохиновую кислоту, и пришли к выводу, что десятки миллионов жителей Тайваня и Китая имеют риск развития нефропатии. При этом токсичные и канцерогенные соединения, содержащиеся в лекарственных травах, накапли-

лекарств на основе кирказона или аристаролохии, которое до сих пор считалось безопасным, приводит к нефропатии, вызванной аристаролохиновой кислотой. «Это состояние ассоциируется с почечной недостаточностью, интерстициальным нефритом и может вызвать уротелиальный рак», – пояснили исследователи.

Кроме того, по данным учёных, многие традиционные лекарственные травы вызывают тяжёлые побочные эффекты, преимущественно в странах Азии и Африки, где их используют особенно широко. Однако статистика подобных случаев не ведётся, и эпидемиологические данные по ним отсутствуют.

сегмент в Китае вырастет до 125,5 млрд долл.

Кирказон ломоносовидный, известный также как лихорадочная трава или финовник, используется при лечении змеиных укусов, ран головы, бессонницы, запоров, патологий матки. В нашей стране постановлением главного государственного санитарного врача РФ Анны Поповой запрещены ввоз, изготовление и продажа биологически активных добавок, в состав которых входит кирказон, в том числе кирказон ломоносовидный.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По материалам EMBO Reports

Открытия, находки

«Супермикроб» обнаружен в США

Речь идёт об одной из разновидностей кишечной палочки, не поддающейся воздействию антибиотика колистина.

Найдена она была в организме 49-летней женщины в штате Пенсильвания. Американские официальные лица, занимающиеся вопросами медицины, утверждают, что сам по себе этот случай – не повод для паники. У данной пациентки болезнь поддаётся лечению с помощью других антибиотиков, но исследователи опасаются, что ген устойчивости к антибиотику, обнаруженный у данной бактерии, может распространиться на другие виды бактерий, уже невосприимчивые к другим антибиотикам.

Как говорят учёные, колистин – антибиотик последней

надежды для особо опасных типов «супермикробов», включая семейство бактерий, известных как устойчивые к карбапенемам энтеробактерии и именуемых специалистами «бактериологическим кошмаром». В некоторых случаях эти «супермикробы» убивают до половины заразившихся пациентов. Центры по контролю и профилактике заболеваний в США относят их к числу наиболее безотлагательных угроз в сфере здравоохранения.

Отчёт о случае, обнаруженном в Пенсильвании, опубликован в научном вестнике Американского микробиологического общества *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. Авторы утверждают, что их открытие «предвещает появление бактерий,

обладающих поистине тотальной устойчивостью к лекарственным препаратам».

Журнал *National Geographic* сообщил, что в Пенсильвании идентифицировать опасный микроорганизм сумели военные медики из армейского института им. Уолтера Рида благодаря имеющейся у них системе целенаправленного поиска подобных опасных микробов.

По данным издания, пациентка в предыдущие 5 месяцев не выезжала за пределы США, поэтому обнаруженная у неё бактерия с опасным геном устойчивости к колистину, скорее всего, американского происхождения.

Сообщается также, что тот же опасный ген впервые в США был обнаружен у бактерий в пробе мяса. Проба была ранее взята в свином кишечнике в ходе целенаправленных антибактериальных исследований. Официальное заявление Минсельхоза США должно последовать в ближайшее время.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам The Washington Post.

Исследования

Учёные из Университета Бриггсской Колумбии (Канада) доказали, что рассеянный склероз может быть вызван всего лишь одной генетической мутацией. Это редкое изменение в ДНК провоцирует развитие более разрушительной формы неврологического заболевания.

Мутация была обнаружена при изучении двух канадских семей, в которых несколько человек страдали быстрым прогрессирующим рассеянным склерозом. Обычные для заболевания симптомы оказываются более тяжёлыми, а сама болезнь не поддаётся эффективно-му лечению. По словам учёных, открытие опровергает мнение о том,

что никакие формы рассеянного склероза не наследуются.

Ген NR1H3, в котором найдена мутация, производит белок, известный как LXRA. Он регулирует активность других генов, которые контролируют процессы воспаления, препятствуя разрушению миелиновых оболочек у нейронов, или производят новый миелин для ремонта повреждений. Лишь одна замена нуклеотида в гене NR1H3 приводит к синтезу дефектного белка, который не может активировать необходимые гены.

Исследователи определили, что

мутация присутствует у одного из тысячи человек с рассеянным склерозом. Однако изучение биохимических путей, в которых играет роль повреждённый ген, может помочь понять причины других быстро прогрессирующих форм заболевания, которыми страдают 15% людей с рассеянным склерозом. Кроме того, существует ремиттирующая форма, при которой человеку становится то лучше, то хуже, однако и она постепенно становится прогрессирующей (вторично-прогрессирующая форма).

В клиниках и лабораториях

Генный «редактор»

Используя технологию генного редактирования, исследователи из Университета Темпла (Пенсильвания, США) впервые смогли вырезать фрагмент ДНК вируса иммунодефицита человека 1-го типа из генома клеток животного. Ранее их коллегам из медицинской школы Льюиса Катца (Университет Темпла) удалось *in vitro* удалить ВИЧ-1 из инфицированных клеток с помощью технологии генного редактирования CRISPR/Cas9, не повредив сами клетки. Теперь же учёные смогли таким же способом удалить геномный материал ВИЧ из клеток живых трансгенных крыс и мышей.

Результаты показали, что нужный фрагмент ДНК ВИЧ-1 был вырезан из генома в клетках всех тканей и органов, в том числе головного мозга, сердца, почек, печени, лёгких, селезёнки и клеток крови. Анализ присутствия вирусной РНК показал, что технология позволила значительно снизить число РНК ВИЧ-1 в клетках лимфоцитов, а также в лимфатических узлах.

В настоящее время лечение ВИЧ-инфекции сводится к применению комбинации методов антиретровирусной терапии, однако это не позволяет полностью устранить ВИЧ-1 из клеток. Когда пациент прекращает принимать антиретровирусные препараты, вирус снова начинает размножаться, и у пациента появляется риск развития СПИДа.

Вышеописанный эксперимент призван продемонстрировать возможность удаления ДНК ВИЧ, а потенциально – и вирусной РНК из клеток.

CRISPR-система (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic

Repeats) – своеобразная иммунная система бактерий. Когда бактерия встречается с вирусом, она копирует в свой геном часть ДНК этого вируса. Сохранённые данные позволяют бактерии создать РНК-зонд, который распознает вирусные гены и связывается с ними при повторной вирусной атаке. Для разрушения вирусной генетической информации используется белок Cas9. РНК-зонд подводит Cas9 к тому месту генома, которое необходимо отредактировать, и Cas9 вырезает вирусный геном.

Исследователи научились с помощью системы CRISPR/Cas9 заменять мутантные гены, ответственные за развитие целого ряда заболеваний. Более того, уже в будущем году крупная американская биотехнологическая компания собирается первой испытать технологию генного редактирования CRISPR.

Марк ВИНТЕР.

По информации Temple Health.

Новые подходы

Лёгкие на спирали

Сотрудники Питтсбургского университета предлагают имплантировать в лёгкие пациентов крошечные спирали. Это положительно повлияет на функцию лёгких и повысит качество жизни больных. При эмфиземе, форме хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), лёгкие расширяются. Это мешает людям глубоко дышать.

В исследовании приняли участие 315 человек из США и Европы. Более 75% добровольцев страдали от серьёзных симптомов и имели вид эмфиземы, не позволяющий сделать операцию или попробовать существующее экспериментальное лечение. У этих людей почти не было других вариантов, кроме пересадки лёгкого.

Участников разделили на группы. Добровольцы из обеих групп проходили обычное лечение, включавшее лекарства и лёгочную реабилитацию. Но участникам из второй группы в наиболее пострадавшие от заболевания доли

каждого лёгкого вставляли двусторонние спирали, улучшавшие эластические свойства лёгких. Они предотвращали коллапс дыхательных путей и позволяли людям делать более полный выдох. В начале исследования и спустя 12 месяцев специалисты оценивали, какое расстояние участники могли пройти за 6 минут.

У добровольцев со спиралями после лечения отмечались улучшения. За 6 минут они смогли пройти на 15 м больше по сравнению с другой группой. А 40% участников из группы со спиралью удалось пройти на 25 м больше. В группе без спирали подобные улучшения наблюдались всего у 27% добровольцев. Кроме того, форсированный выдох у участников со спиралью увеличился сильнее, чем у добровольцев без спирали. Также у добровольцев со спиралью на 32% повысилось качество жизни.

Олег КАРПОВ.

По материалам The Financial Express.

Рассеянный склероз: шаг за шагом

Как известно, рассеянный склероз представляет собой аутоиммунное заболевание. Оно возникает, когда иммунная система начинает атаковать миелиновую оболочку, изолирующую нейроны и обеспечивающую быструю передачу электрических сигналов. При повреждении миелиновых оболочек связи между мозгом и другими частями тела нарушаются, что приводит к ухудшению зрения, мышечной слабости, трудностям в координации движения, а также когнитивным расстройствам.

Впрочем, учёные признают, что наличие мутации – ещё не приговор. «Эта мутация ставит людей на край пропасти – но должно быть ещё что-то, что непосредственно запускает механизм болезни», – комментирует ведущий автор исследования. Генетики полагают, что их открытие позволит существенно продвинуться на пути изучения рассеянного склероза.

Игорь МЕЩЕРСКИЙ.

По материалам журнала *Neuron*.

Чем ближе срок, поставленный Верховным судом Канады перед властями страны для принятия законодательства об эвтаназии (см. «МГ» № 11 от 17.02.2016 – «За кем последнее слово?»), тем неопределеннее его перспективы. Не исключено, что «день икс» снова перенесут. Столь сильные в обществе разногласия, вынуждающие политиков ещё и ещё раз взвешивать все суждения на этот счёт и в пылу полемики прибегать чуть ли не к потасовкам.

Телеэкраны и Интернет обошли кадры: премьер-министр Джастин Трюдо, рванувшись с места в палате общин к скамьям оппозиции, толкает её лидеров, требующих продлить дебаты по «биллю о смерти», внесённому его командой. Правда, темпераментный премьер тут же принёс публичные извинения за выходку, что, впрочем, не упростило ситуации с законопроектом.

Камнем преткновения стал сам исходный постулат, допускающий оказание врачебного содействия в добровольном уходе из жизни только больным в необратимой стадии и старше 18 лет, для которых ускоренная кончина предпочтительнее продолжения страданий, и при этом состоятельным в психическом отношении. Иными словами, тем, кто уже при смерти, но ещё в сознании. Казалось, авторы законопроекта от либеральной партии, сформировавшей правительство после прошлогодней победы на выборах, заняли более чем взвешенную и осторожную позицию, гарантирующую его прохождение в обеих палатах.

Проблема так щекотлива и многопланова, что, возможно, пре-

Острая тема

«Билль о смерти» даёт осечку

В Канаде ставят под вопрос законопроект об эвтаназии

нее правительство консерваторов сознательно отступило от её решения в 2015 г. Как выразилась либеральный депутат Феломена Тасси, «помимо фундаментальных прав и свобод личности, речь идёт о людях, испытывающих невыносимые физические муки, и долгие оказать им последнюю возможную помощь. Но при этом никак нельзя не учитывать вопросы этического, морального и религиозного толка. Равно как и бюджетные соображения в связи с общим постарением населения и ростом расходов на его медицинское обслуживание».

Тем неожиданнее оказалось неприятие предложенной формулировки закона со стороны оппонентов, выступающих за более расширительный подход. Причём не только в нижней палате. Накануне апелляционный суд провинции Альберта отверг концепцию закона как нарушающую рамки, установленные Верховным судом, который по существу играет в стране роль конституционного. В решении, вынесенном последним в феврале 2015 г., не предусмотрено каких-либо ограничений

относительно того, каким именно категориям можно пользоваться правом на эвтаназию. Являясь поправкой к конституции, это решение превалирует над законом, призванным лишь формализовать порядок её исполнения.

Более того, судьи допустили прямое действие поправки, открыв возможность для безнадёжно больных прибегать к ней ещё до принятия регламента, который детально описывал бы процедуру легальной эвтаназии для медиков. Не говоря уже о том, что власти Квебека в автономном порядке узаконили эвтаназию на его территории.

Критический настрой многих соотечественников, юристов, судей и коллег из нижней палаты не остался незамеченным сенаторами. Даже если партии Трюдо удастся продать билль через парламент, представляется сомнительным, что он пройдёт в сенате, где её назначенцы в меньшинстве и к тому же голосуют вполне независимо.

– Я признателен за своё движение, но ничего не должен

правительству, – заявил один из таких назначенцев Эндрю Пратт. – В нынешнем виде законопроект фактически лишает немалое число людей фундаментального права на медицинскую помощь при добровольном уходе в мир иной, жёстко ограничивая круг допущенных к ней.

Ему вторит коллега Франсес Ланкин, считающая, что необходимо как минимум предусмотреть возможность прибегать к эвтаназии для людей с неуклонно прогрессирующими умственными заболеваниями и исключить пункт, предписывающий её применение только после того, как скорое наступление фатального исхода болезни уже признано неминуемым.

В случае отклонения поправок в парламенте и непринятия федерального закона в установленном срок возникнет опасный юридический вакуум, предупреждает правительство.

– Обстановка неопределённости создаст значительные риски двойного рода, – считает министр здравоохранения Джейн Филпотт. – У нас просто не будет надёжных

инструментов правовой защиты как смертельно больных, так и обслуживающих их медработников.

С другой стороны, это усугубит самотёк и разноречивость в регулировании ситуации на свой манер в отдельных провинциях по примеру Квебека, предостерегает министерство юстиции. В некоторых уже приняты ещё более строгие протоколы по эвтаназии, чем предложенные правительством. В других, напротив, для её проведения достаточно лишь заключения двух врачей и согласия на неё, подтверждённого свидетелями.

– В целом в нашей среде царит нервозность, – констатирует вице-президент Канадской медицинской ассоциации Джефф Блэкмер, отвечающий за соблюдение стандартов профессиональной этики. – Это только естественно с учётом огромного правового поля, остающегося незаполненным.

Что, впрочем, не смущает отдельных врачей. Например, Элен Виб из Ванкувера, которая стала первым специалистом, осуществившим эвтаназию, сославшись на прошлогодний вердикт Верховного суда.

– В моей клинике на очереди уже несколько пациентов, – говорит она. – Все прошли финальное обследование, необходимое документирование и 2-недельный период ожидания в соответствии с требованиями региональной коллегии врачей и хирургов. Ряд моих коллег в Британской Колумбии и других провинциях так же готовятся к этому.

Том ЗАЙЦЕВ,
соб. корр. «МГ».

Нью-Йорк.

Ну и ну!

Эдит Шипперс, руководитель Министерства здравоохранения Нидерландов, объявила, что сейчас в её ведомстве рассматривается возможность «при строгих условиях и ограничениях» разрешить выращивание человеческих эмбрионов для научных изысканий. Зародыши будут исследоваться в условиях лабораторий в течение 14 дней после оплодотворения.

теми эмбрионами, которые оказались «лишними» при проведении процедуры ЭКО.

В заявлении Минздрава Нидерландов сказано, что действующие законы создают препятствия для исследований, которые могли бы помочь в лечении болезней как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе, включая те заболевания, которые влияют на организм на клеточном уровне.

зародыш уже может считаться будущей личностью, а не набором клеток.

Примечательно, что лишь совсем недавно, весной нынешнего года, людям удалось вырастить эмбрионы в лабораторных условиях до этого срока, после чего научные работники вынуждены были прекратить эксперимент именно из-за «правила 14 дней». Ранее зародыши так долго в

Инвестиция в будущее

Целью научных изысканий с использованием эмбрионов будет изучение бесплодия, генетически обусловленных и врождённых патологий, техник искусственного воспроизведения. Э.Шипперс дополнила, что все это будет делаться для того, чтобы дать людям возможность иметь детей в целом и здоровых детей в частности, в том числе людям, ставшим стерильными из-за раковых заболеваний. Правительство страны собирается внести поправки в действующее законодательство, которое сейчас разрешает эксперименты только с

Министр здравоохранения ещё раз подчеркнула, что ограничения будут очень жёсткими, в том числе беспрекословно будет соблюдаться «правило 14 дней».

«Правило 14 дней» в эмбриологии впервые было предложено в 1984 г., а 6 лет спустя утверждено законом Великобритании. До достижения эмбрионом 14 дней нельзя сказать, какие его клетки станут собственно человеком, какие – плацентой, и не разделится ли он надвое. Учёные и теологи считают, что 14 дней – это определённая черта, перейдя которую,

лабораториях не выживали. Сейчас некоторые учёные просят пересмотреть «правило 14 дней», увеличив срок, в течение которого можно изучать человеческие эмбрионы, до 21 дня. По мнению научных работников, это поможет в исследованиях причин ранних выкидышей, а также прольёт свет на то, каким образом ещё можно использовать стволовые клетки для лечения болезней.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению The Guardian.

Точка зрения

Пенный напиток может снизить риск развития сердечно-сосудистых недугов. Об этом говорят итальянские исследователи. Те проанализировали более 1500 изысканий и установили, что употребление до двух маленьких банок пива (по 330 мл) в день не только не вредит здоровью, но и снижает риск болезней сердца и сосудов почти на четверть.

Средиземноморский неврологический институт в Поццилли считает, что алкоголь и ряд других компонентов пива стоят за по-

Пивка – для рывка?

зитивными эффектами. Учёные говорят: большинство женщин могут выпивать маленькую банку пива в день, а большинство мужчин – две банки, не опасаясь получить деменцию, рак или другие распространённые недуги.

Исключение – люди с высоким риском рака, связанного с употреблением спиртного, или с высоким риском развития зависимости. Остальные же могут ощутить по-

зитивный эффект пива, богатого фенольными соединениями. Эти соединения обладают антиоксидантными и противовоспалительными свойствами. В теории пиво даже способно защитить тело от вирусов. А ещё в нём есть минеральные вещества, включая калий, железо и кальций.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам The Australian.

Исследования

Говорите, но осторожно



Разговоры о том, что мобильные телефоны могут стать причиной развития рака головного мозга, ведутся довольно давно.

Однако результаты исследования, проведённого учёными из Сиднейского университета (Австралия) свидетельствуют о том, что распространение мобильных телефонов в Австралии в течение последних 30 лет не привело к увеличению числа случаев рака мозга. Авторы проанализировали заболеваемость раком головного мозга среди австралийцев в период с 1982 по 2013 г., а после этого сопоставили данные с частотой использования мобильных телефонов жителями Австралии.

Заболеваемость различными формами рака головного мозга среди женщин в целом за время наблюдения не менялась. Учёные отмечают, что у мужчин старше 70 лет опухоли головного мозга действительно стали возникать

чаще, но рост заболеваемости начался в ту пору, когда мобильных телефонов ещё не существовало. Австралия – не первая страна, где было проведено такое исследование. Сходные результаты были получены и в экспериментах, проведённых учёными из Новой Зеландии, Великобритании, США, Норвегии, Швеции и других стран.

С другой стороны, мобильные телефоны нельзя считать абсолютно безопасными устройствами. Ранее уже было показано, что они негативно влияют на качество спермы. Именно поэтому врачи не рекомендуют мужчинам носить мобильный телефон в кармане брюк.

А ВОЗ отмечает, что Международное агентство по изучению рака признало электромагнитные поля, создаваемые мобильными телефонами, возможными канцерогенами для людей.

Валентин СТАРОСТИН.

По информации ibtimes.com.au

Давний автор «Медицинской газеты», судебно-медицинский эксперт из города Владимира Марк Фурман недавно отметил 80-летний юбилей. Вот уже более 50 лет он успешно совмещает работу в своей профессии с литературной деятельностью. М.Фурман – член Союза журналистов и Союза писателей РФ, автор 17 книг, ряд его материалов печатался в центральных и владимирских изданиях. В 2004 г. М. Фурман стал лауреатом литературного конкурса «Медицинской газеты» имени М.А.Булгакова.

Сегодня читателям «МГ» предлагается материал доктора Фурмана об одном из аспектов творчества Антона Павловича Чехова.

Читать Чехова – большое наслаждение, для врача – двойное удовольствие. И неожиданно я сделал для себя маленькое, весьма приятное открытие: оказалось, что в ряде своих произведений Антон Павлович чисто профессионально, со знанием дела писал как о тонкостях юриспруденции, так и о такой специфичной и узкой науке, как судебная медицина. Во многих его рассказах увлечённость столь редкой профессией видна, как принято говорить, невооружённым глазом.

В широко известной новелле «Шведская спичка» поражает точное и достоверное описание места происшествия, которое бы сделало честь любому следователю и эксперту. Впрочем, с задачами лиц, ведущих расследование на месте происшествия, многие хорошо знакомы. Редкий детектив или приключенческий кинофильм отказывается от соблазна живописно описать этот вид работы органов правосудия. Вот как это делает Чехов.

«Чубиков (следователь. – **М.Ф.**), его помощник Дюковский и становой открыли дверь и нерешительно, один за другим вошли в спальню. Их глазам представилось следующее зрелище. У единственного окна стояла большая деревянная кровать с огромной пуховой периной. На измятой перине лежало скомканное измятое одеяло. Подушка в ситцевой наволочке, тоже сильно помятая, валялась на полу...

– На полу ничего особенного не заметно, – сказал Дюковский. – Ни пятен, ни царапин. Нашёл одну только обгоревшую шведскую спичку. Вот она! Насколько я помню, Марк Иваныч не курил; в общежитии же он употреблял серные спички, отнюдь же не шведские. Эта спичка может служить уликой...»

Вот и молодой помощник опытного следователя «юноша Дюковский», как пишет о нём Чехов, когда дело заходит в тупик, пытается вникнуть в суть случившегося. В конце концов все становится на свои места. По найденной редкой спичке следствие выходит на Ольгу Петровну – жену станového пристава. Именно она обронула её в доме предполагаемой жертвы – таинственно исчезнувшего оставшего гвардии корнета Марка Ивановича Клязуова, который предполагался убитым, а на самом деле прятался в бане становых.

Антон Павлович, по его собственным словам, считал «Шведскую спичку» пародией

на уголовные рассказы. О детективных произведениях такого рода он писал: «Наши газеты разделяются на два лагеря: одни из них пугают публику передовыми статьями, другие – романами... Читаешь, и оторопь берет. Убийства, людоедство, миллионные проигрыши, привидения, лжеграфы, развалины замков, совы, скелеты, сомнамбулы и... черт знает, чего только нет в этих раздражениях пленной и хмельной мысли!»

В 1884 г. было напечатано крупное произведение Чехова, сюжет которого связан с рас-

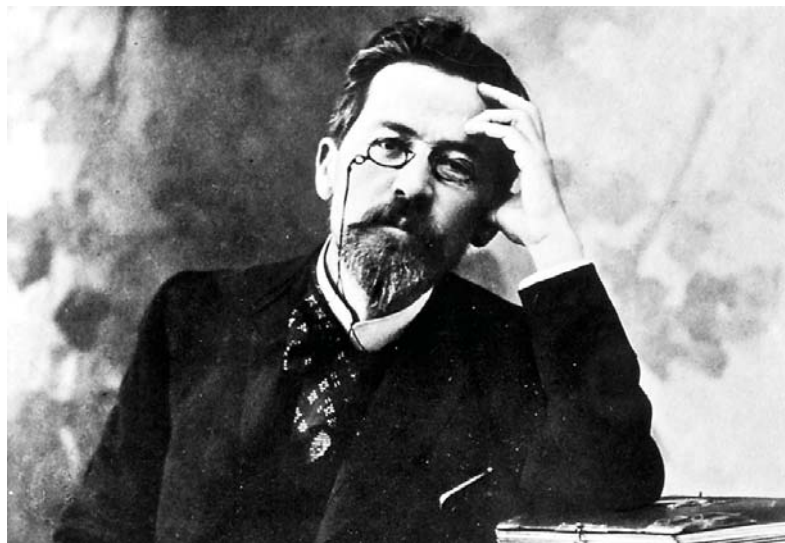
верситета, и после 5 лет напращённой учёбы начинает работать земским врачом в Чикинской и Звенигородской больницах. Он ведёт приём больных, выезжает на вызовы в близлежащие села, по предложениям полиции участвует в судебно-медицинских вскрытиях. По собственному признанию Антона Павловича, времени для занятий литературой остаётся очень мало.

В письме редактору журнала «Осколки» Н.А.Лейкину, где часто печатался Чехов, он пишет: «...Сейчас я приехал с судеб-

Далёкое – близкое

Новый взгляд на Чехова

Увлечённость врача и писателя судебной медициной приятно удивляет...



следованием нераскрытого убийства – «Драма на охоте». Не касаясь мотивов и деталей происшествия, хочу обратить внимание на мастерское описание Чеховым, на уровне судебной медицины того времени, данных исследования тела покойной – главной героини романа, молодой красивой женщины Ольги Урбениной.

«Судебно-медицинское вскрытие, произведённое в моём присутствии земским врачом на другой день после смерти Ольги, дало в конечном результате очень длинный протокол, который привожу здесь в общих чертах. ...Врачи, насколько помню, дали приблизительно такое заключение: смерть произошла от малокровия, которое последовало от значительной потери крови; потеря крови объясняется присутствием на правой стороне груди зияющей раны; рану головы следует отнести к тяжким повреждениям, а рану груди к безусловно смертельному; последнюю следует признать за непосредственную причину смерти; рана головы нанесена тупым орудием, а рана груди – режущим, и притом, вероятно, обоюдоострым; покушения на оскорбление женской чести, вероятно, не было».

Литературная критика последних лет относит этот роман к вполне реалистическим произведениям. Думается, эта точка зрения обоснована. Достаточно сопоставить некоторые факты из биографии писателя с моментом появления «Драмы на охоте».

Весной 1884 г. Антон Павлович успешно сдвёл выпускные экзамены на медицинском факультете Московского уни-

но-медицинского вскрытия, бывшего в 10 верстах от Воскресенска. Вскрывал я вместе с судебным врачом на поле под зеленью молодого дуба, на просёлочной дороге».

Подтверждением увлечённости Чехова служат и строки из книги В.А.Гиляровского «Друзья и встречи». В диалоге между двумя писателями есть такие строки: «Полицейская Москва меня признаёт за доктора, а не за писателя, значит, я доктор. Во «Всей Москве» (справочное издание. – **М.Ф.**) напечатано: «Чехов Антон Павлович. Малая Дмитровка. Дом Пешкова. Практикующий врач». Так и написано: не писатель, а врач, – значит, верь!»

В воспоминаниях брата писателя М.П.Чехова упоминается полицейский врач (вероятно, судмедэксперт по теперешним понятиям) Дмитрий Кувшинников: «В доме Дмитрия Павловича собиралось всегда много гостей, были вхожи туда и мы, Чеховы». По мнению автора, именно Д.Кувшинников явился прототипом доктора Дымова в широко известном рассказе «Попрыгунья». О дружбе Чехова с полицейским врачом говорит и такой факт: когда Антон Павлович уезжал на Сахалин, среди нескольких провожающих на вокзал пришёл и Д.Кувшинников с супругой.

Об уже упомянутом звенигородском периоде жизни писателя М.Чехов пишет следующее: «В середине лета 1884 г. брат Антон, прихватив с собой меня, отправился в Звенигород уже в качестве заведующего тамошней больницей на время отпуска её врача С.П.Успенского. Звенигородские впечатления дали Чехову тему для рассказов

«Мёртвое тело», «На вскрытии», «Сирена».

Небольшую новеллу «Следователь», опубликованную в 1887 г., А.П.Чехов начинает с совместной поездки врача и представителя правосудия по рабочим делам: «Уездный врач и судебный следователь ехали в один хороший весенний полдень на вскрытие. Следователь, мужчина лет тридцати пяти, задумчиво глядел на лошадей и говорил: «В природе есть много загадочного и тёмного. Например, я знаю одну интеллигентную даму, которая предсказала

М.П.Чехова. Так он приоткрывает занавес над историей создания, пожалуй, самой бессмертной чеховской драмы: «Я не знаю в точности, откуда у брата Антона появился сюжет для его «Чайки», но вот известные мне детали. Где-то в чьей-то богатой усадьбе жил на даче Левитан. Он завёл там сложный роман, в результате которого ему нужно было застрелиться или инсценировать самоубийство. Он стрелял себе в голову, но неудачно: пуля прошла через кожные покровы, не задев черепа. Встревоженные героини

себе смерть и умерла без всякой видимой причины именно в назначенный ей день. Сказала, что умрёт тогда-то, и умерла.

«Нет действия без причины, – сказал доктор. – Есть смерть, значит, есть и причина». В дальнейшем происходит беседа между попутчиками, в ходе которой опытный врач подтверждает свой тезис о причинности смерти. Им высказывается мысль, что «дама», как оказалось, жена следователя, умерла от отравления, вероятно, на почве самоубийства.

Почти аналогично предыдущему начинается более поздний чеховский рассказ «По делам службы» (1899): «Исполняющий должность судебного следователя и уездный врач ехали на вскрытие в село Сырню, тут же, в земской избе, по случайности, находился и труп земского страхового агента Лесницкого, который три дня назад приехал в Сырню и, расположившись в земской избе, застрелился совершенно неожиданно для всех».

Факт самоубийства – случай, в общем-то, исключительный, используется писателем для дум над острыми социальными вопросами, волнующими русское общество, соотнося их с молодёжными проблемами. Ещё ранее в письме Д.В.Григоровичу Чехов называет причины, по его мнению, влияющие на частые самоубийства молодёжи: «... Необъятная равнина, суровый климат, серый суровый народ со своей тяжёлой, холодной историей, татарщина, чиновничество, бедность, невежество, сырость столиц, славянская апатия и проч.»

Любопытен взгляд известного советского писателя Юрия Олеши на концовку пьес Чехова. В статье «Заметки драматурга» Ю.Олеша пишет: «Меня интересует вопрос о физическом уничтожении персонажей в пьесах. Например, пьесы Чехова. Чехов не представлял себе пьесы без выстрела. В водевиле «Медведь» дело вертится вокруг пистолетов. И даже в известном определении законов драмы Чехов не мог обойтись без огнестрельного оружия: «Если ружье висит в первом акте, то в последнем оно должно выстрелить». Иванов стреляет в себя, Войничский в Серебрякова, Треплев в себя. В «Трёх сёстрах» – дуэль...»

Подтверждают мнение Ю.Олеши уже упомянутые воспомина-

романа срочно телеграфировали писателю, чтобы он немедленно же ехал лечить Левитана. Брат Антон нехотя собрался и поехал. По возвращении оттуда он сообщил, что его встретил Левитан с чёрной повязкой на голове, затем он взял ружье и вышел к озеру. Возвратился он к своей даме с бедной, ни к чему убитой им чайкой, которую и бросил к её ногам. Эти два мотива выведены Чеховым в пьесе «Чайка».

Удачным примером того, как знание медицины помогает в литературном труде, может служить творчество одного из основоположников детективного жанра в мировой литературе, врача по профессии А. Конан Дойля. Доктор Джозеф Белл, профессор госпиталя в Эдинбурге, был одним из учителей Конан Дойля, который в юные годы, как и молодой Чехов, окончил медицинский факультет университета. Профессор был выдающейся личностью, он многие годы сотрудничал с местной полицией, помогая ей в расследовании преступлений. Уже после того, как писатель стал знаменит, Джозеф Белл «подбрасывал» ему сюжеты для новых произведений из своей богатой практики. Понятно, я не провожу прямой аналогии между А.П.Чеховым и А. Конан Дойлем, слишком разнятся их творчество, но общей гранью соприкосновения стало медицинское образование, получившее отражение в ряде произведений столь разных по стилю и жанрам писателей.

И все же в плане сочетания литературной, медицинской и общественной деятельности на протяжении всей жизни в созвездии громких имён пример А.П.Чехова представляется исключительным и неповторимым. Медицина – наиболее гуманная из всех человеческих профессий, до конца дней «не отпускала» для чистого творчества великого писателя. Список произведений Антона Павловича, в которых он глубоко профессионально затрагивает вопросы юридической практики и судебной медицины, можно продолжить. Лично мне кажется, что в этом плане лаборатория писателя, ещё хранящая немало тайн, ждёт серьёзного и углублённого исследования.

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

Владимир.

Однажды мне «посчастливилось» лечить известную в наших краях личность – пенсионерку Веронику Васильевну Пирсову. Эта пожилая дама, имеющая огромный букет самых разнообразных заболеваний, продолжительное время в буквальном смысле жила в нашей больнице. С соответствующими ветеранскими документами, парой юбилейных медалей на жилетке и потрёпанной фотографией, на которой ей удалось увековечить себя в девятом ряду четырнадцатой слева среди толпы людей, выстроившихся возле легендарного маршала Рокоссовского, Пирсова регулярно и успешно штурмовала кабинеты поликлиник и также регулярно госпитализировалась в стационары.

Весь персонал больницы знал её в лицо. В кабинеты администрации она входила без очереди и приглашения, как самое высокое начальство. Никто доподлинно не знал, с какой прутью и упорством в ранней юности, согласно её же рассказам, Пирсова в штыковую была в брянских лесах ненавистных фашистов, но кабинеты и ординаторские местных врачей она брала мастерски.

Схема визита Пирсовой в больницу всегда была одинакова. С раннего утра она вызывала скорую помощь. Когда дежурный фельдшер входил в знакомую до оскомины квартиру, Вероника Васильевна была уже при параде. Она традиционно лежала на застеленной пледом кровати, в выходном костюме, уличных сапогах и при ордене. В левой руке был костыль, в правой – упомянутая фотокарточка. Рядом с кроватью стройным рядом красовались полиэтиленовые туки с одеждой, тапками, лекарствами и всем необходимым.

На этот раз «посчастливилось» нам – поликлинический доктор вручил талон на госпитализацию в отделение сосудистой хирургии для прохождения курса консервативной терапии. Веронику Васильевну определили в двухместную палату. Начался увлекательный калейдоскоп обследований, консультаций и лечебных процедур. В палату приходилось заходить по 15-20 раз за день, поэтому уже к третьему дню пребывания Пирсовой в стационаре я буквально наизусть знал всю её военную биографию, по именам запомнил всех сослуживцев и почти выучил перечень заболеваний. Потеряли покой и дежурные доктора отделения. Пирсова страдала бессонницей, поэтому вызывала медсестёр и врачей по несколько раз за ночь. Её фирменное «меня мучает шумище в голове» стало притчей во языцех. После того, как некоторые сотрудники перестали реагировать на выкрутасы капризной старушки, она прибежала к крайним мерам – ложилась на пол и начинала неистово кричать. Естественно, сбегалась вся дежурная смена. И так каждую ночь.

Видя моё вынужденное положение, коллеги, с одной стороны, сочувствовали, а с другой – бесконечно подтрунивали надо мной.

– Ну, ничего-ничего, зато опыту наберётся – на всю жизнь с лихвой хватит. После этого тебе

никакой делирий будет нипочём, – язвил старший ординатор отделения.

– Не дрейфь! Помучаешься ещё неделку, а потом тебя отблагодарят. Сразу видно – бабуля культурная, в долгу не останется, – вторил ему другой доктор.

– Ага, сейчас! Культурная она, – эмоционально реагировал я. – Если даже она мне конфеточку единственную задумает подарить, ни за что не возьму! Она по-

Я махнул рукой и направился ей на встречу. Весь коллектив отделения выстроился, как на площади в базарный день.

– Вероника Васильевна, куда вы направляетесь? Я же сказал, что вам надо лежать, а не бродить по коридорам, – вежливо проговорил я, приблизившись к Пирсовой.

Она тут же узнала меня и вытянула вперёд руку с банкнотой.

– Это ещё что такое?! Ну-ка

прощание с «любимой» пациенткой, я торопился оформить ей выписной эпикриз. Но тут дверь ординаторской открылась, и в кабинет вошла Вероника Васильевна. Все присутствующие замерли в ожидании.

– Милый мой доктор, – ласково проговорила Пирсова. – Мне нужно с вами поговорить наедине.

– Вероника Васильевна, я сейчас занят вашей выпиской. Мне некогда, – тяжело выдохнул я.

А ещё был случай

Благодарность или взятка?

Из цикла рассказов «Вместо таблетки...»



том в правительство напишет, что я у неё квартиру отжать пытался!

Как в курьёзном кино, после этих слов в дежурку ворхнула весёлая и озорная медсестра Наташа.

– Доктор, идите в шестую палату, там вас мадам Пирсова требует, – проговорила Наташа.

– Опять? Я там был 20 минут назад – ноги эластичным бинтом в третий раз перебинтовывал.

– Ну не знаю. Требует и всё тут. Из коридора послышался голос другой медсестры:

– Поздно! Гора сама идёт к Магомеду. Батюшки, да ещё и с презентом...

Любопытные доктора вслед за мной высунулись из кабинета. По коридору раскачиваясь, как маятник, то влево, то вправо, буквально плыла Вероника Васильевна. Оглядываясь по сторонам и щурясь в большие круглые очки, будто бы вокруг было темно, она пыталась разглядеть мой силуэт. В левой руке она тащила за собой костыль, а в правой, о боже, держала, как флажок Олимпиады, тысячерулёвую банкноту.

– Ну вот, дождался! Я ж говорил, что культурная старушка, – хлопал по плечу меня всё тот же коллега.

спрячьте в карман, – строго проговорил я и отвёл её руку в сторону.

– Эх, слабак! Не выдержал удара судьбы, – послышалась разочарованная реплика доктора, и толпа наблюдателей дружно захохотала.

Пирсова вновь вытянула вперёд купюру и звонко зарокотала:

– Доктор, у меня сейчас ухудшение внизу началось. Зуд какой-то неприятный. Такое уже бывало раньше... Наверное, мой геморрой опять обострился. Я вас хотела попросить в аптеку сходить, свечей мне купить. Вот и деньги приготовила...

Свидетели происходящего буквально взорвались от смеха и скрылись в дежурной комнате. Весёлый хохот долгие не унимался за закрытой дверью.

С этого дня доктора откровенно издевались надо мной – предлагали то сходить за памперсами для лежачей пациентки, то мусор вынести, то санкомнату помыть. Мол, такие ответственные занятия можно поручить исключительно надёжному и проверенному человеку, то бишь мне. Я ждал дня выписки Пирсовой, как самый важный праздник в году.

Предвкушая долгожданное

– Мне очень надо! Это, так сказать, интимный вопрос...

Коллеги начали тихонько давиться от смеха и довольно переглядывались.

– Вероника Васильевна, идите в палату, через пару минут я к вам подойду, и мы пообщаемся, – раздражённо ответил я. – И помните, никаких подарков мне не нужно!

Доктора наперебой принялись меня поздравлять и подтрунивать, мол, качественно поработал, заслужил вознаграждение. Я, не желая терпеть эти издевательства, поспешил выйти из ординаторской.

– Милый доктор, – всё также ласково начала разговор пациентка и встала с кровати прямо напротив меня. – Я так довольна вашей заботой и вниманием ко мне, что решила вас отблагодарить...

– Категорически нет! Я ничего не приму от вас! Это лишнее, Вероника Васильевна! – начал я отмахиваться от неё.

– А я настаиваю! Одну минуточку... Куда это я заснула-то?..

Пирсова принялась суетливо шарить рукой по карманам пиджака, вытаскивая на кровать всё, что в них находилось, – ключи,

какие-то обрывки бумаг, монеты, скрепки, гвозди и много всего ещё. Наконец, дойдя до содержимого внутреннего нагрудного кармана, она что-то нащупала и довольно выдохнула:

– Ага, вот сюда положила!..

Она вытащила прямоугольный плоский свёрток. «О боже, деньги! Этого ещё не хватало!!!» – с ужасом подумал я.

– Вы что, с ума сошли! Не возму, даже не уговаривайте!

– Да вы погодите, доктор. Вы ж это меня потом всю жизнь вспоминать и благодарить будете.

Вероника Васильевна дрожащими руками принялась разворачивать свёрток. И когда она закончила это делать, передо мной оказалась целая газетная полоса, в которую ничего не было завернуто.

– Милый доктор, – протянула мне помятый листок Пирсова. – Это моя статья в местной газете. Я же всю жизнь занималась сельским хозяйством, агрономом я. Здесь я написала, как правильно нужно выращивать огурцы. Это мой личный проверенный годами способ. Я его хранила много лет и решила всё же поделиться с людьми. Вам вот и хочу подарить эту статью. Попробуйте выращивать огурцы по моему методу, не пожелаете!

Я расхохотался в голос, поблагодарил пациентку за «драгоценный» презент и отправился дописывать эпикриз. В ординаторской продолжались жаркие споры по поводу моего подарка. Коллеги делали ставки и бурно обсуждали условия пари.

– Ну что? Сколько? Тысяча или больше? – кинулись ко мне доктора, когда я довольный вернулся на своё рабочее место.

– Не скажу! Это мой секрет! – торжественно отвечал я.

– Так не честно! Общественность должна знать! – давили на меня коллеги.

– Не скажу и всё! Я с вами, паразитами, больше не разговариваю! Достали ваши приколы! – продолжал принципиальничать я.

Но им настолько было любопытно, что они пообещали прекратить всяческие издевательства в мой адрес и обязались бесплатно отработать за меня пару ближайших дежурств. Так что я всё-таки раскрыл карты и продемонстрировал им таинственный подарок.

Когда я показал им газетную вырезку, сначала разразился коллективный гомерический хохот, а потом разочарованные вздохи – никому из спорщиков так и не удалось сорвать заветный куш: ни один из вариантов ожидаемого ими подарка так и не подтвердился. Так что в выигрыше оказался я.

Единственным вопросом мучает меня до сих пор – как расценить дарение Вероники Пирсовой – как благодарность или всё-таки, как взятку? По данному поводу в Уголовном кодексе, увы, ничего не сказано...

Максим СТРАХОВ,
сосудистый хирург,
флеболог,
член Союза российских писателей.

Тверь.

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

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

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – В. ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
 Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
 Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
 Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
 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/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225,
 БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

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

Заказ № 16-05-00298
 Тираж 28 973 экз.
 Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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