

Медицинская

6 мая 2015 г.
среда
№ 32 (7554)

Газета®

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

События

Достоверно, полно — экспертно

Таково предназначение судебно-медицинской службы



Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики», прошедшая на днях в Москве, рассмотрела наиболее значимые проблемы в этой области.

Организаторами столь важного мероприятия выступили Министерство здравоохранения Московской области, Бюро судебно-медицинской экспертизы, Ассоциация судебно-медицинских экспертов, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова. Оно прошло в актовом зале Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского. В работе форума приняли участие

Галина Уткина (справа) награждает Владимира Клевню почетной грамотой Московской областной думы

более 500 судебных медиков, в том числе зарубежных специалистов. К обсуждению заявленных вопросов подключились также представители различных структур – министерств здравоохранения РФ и Московской области, Прокуратуры, Главного следственного управления Следственного комитета РФ, Главного управления МВД России, Управления Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Управления МЧС России, муниципалитетов региона.

– Коллеги, вам как специалистам хорошо известно, что предотвращение хотя бы одной смерти на каждом участке позволило бы сохранить 30

тыс. жизней, – говорится в обращении к участникам конференции министра здравоохранения Московской области Нины Суслоновой. – Сейчас, когда развёрнута реставрация вертикально интегрированной медицинской системы, нам очень важно каждое звено. Роль судебно-медицинской службы в программах, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи населению, становится одной из ключевых. Ваши знания – это тот профессиональный ресурс, который Министерство здравоохранения намерено использовать на общую пользу.

(Окончание на стр. 11.)

Эхо трагедии

Министр навестила пострадавших

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова посетила Московский НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, в который были госпитализированы студенты, пострадавшие во время ночного пожара в общежитии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова. Большинство пострадавших – из Малайзии, 33 человека.

Вместе с министром и директором НИИ скорой помощи Анзором Хубутией в ожоговый центр института прибыл также посол Малайзии Зайнол Абиндин Бин Омар.

Как сообщила В.Скворцова, Минздрав России провёл консилиумы по состоянию пострадавших в результате пожара.

«Пациентов осматривали и консультировали ведущие специалисты – офтальмологи, лор-врачи, – сказала министр. – На данный момент число пострадавших составило 43 человека, 36 из которых госпитализированы, остальные получили помощь амбулаторно. Все пострадавшие – иностранцы. Среди травм, полученных

студентами, – ожоги кожи и дыхательных путей, у многих наблюдаются признаки отравления угарным газом».

Отвечая на вопросы журналистов, министр прокомментировала, что вся помощь оказывается бесплатно, среди пострадавших, кроме малазийцев, – граждане Сьерра-Леоне, Ганы, Руанды, Шри-Ланки, Таджикистана и Туркменистана.

По итогам встречи посол Малайзии выразил искреннюю благодарность министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой за оказываемую гражданам Малайзии помощь.

Соб. инф.



Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ:

Повышение эффективности работы инфраструктуры здравоохранения привело к экономии более 4 млрд руб.

Стр. 4

Ирина ВАСИЛЬЕВА,
главный фтизиатр
Минздрава России,
профессор:

Хотелось бы, чтобы нашу страну не ассоциировали с рассадником туберкулёза в мире.

Стр. 5



Ильдар ХАЙРУЛЛИН,
главный врач Больницы скорой
медицинской помощи
Набережных Челнов,
кандидат медицинских наук:

Любое изменение устоявшихся правил вызывает сопротивление у всех работников, кого эти изменения касаются.

Стр. 6–7

Перспективы

Как и планировалось

ФМБА России намерено восстановить сокращённую на 1,74 млрд руб. сумму бюджетных ассигнований на строительство НИИ пульмонологии. Авторы соответствующего проекта распоряжения считают, что только в таком случае удастся своевременно завершить строительство и ввести новое здание в эксплуатацию.

Так, в соответствии с постановлением Правительства РФ № 1220 от 30.12.2011 «Об осуществлении бюджетных инвестиций в проектирование, строительство и техническое оснащение здания ФГБУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии» ФМБА» в 2012 г. начато строительство нового здания НИИ на базе Федерального научно-клинического центра ФМБА стоимостью 4,8 млрд руб. Планировалось, что новое здание будет введено в эксплуатацию уже в 2016 г. Одна-

ко в 2012-2013 гг. было принято решение о корректировке проектной документации. На строительство головного пульмонологического медучреждения только на 2014 г. в федеральном бюджете было предусмотрено 2,6 млрд руб.

Из-за отсутствия положительного заключения государственной экспертизы в 2014 г. в полном объёме реализовать бюджет не удалось. ФМБА направило в Минфин России предложение перераспределить бюджетные ассигнования на сумму 1,74 млрд руб. Фонду содействия реформированию ЖКХ при условии возврата средств в полном объёме в 2015 г. Однако в соответствии с распоряжением Правительства РФ № 2240-р от 08.11.2014 бюджетные ассигнования в размере 1,74 млрд руб. были перераспределены в антикризисный фонд без восстановления в нынешнем году.

Яков ЯНОВСКИЙ,
МИА Сито!

АРЕНДА

МЕДИЦИНСКОЙ АППАРАТУРЫ И ТЕХНИКИ



МЕДИЦИНСКАЯ МЕТРОЛОГИЯ

+7-495-609-66-89 | Info@medmetr.ru

Новости

Доступная среда в больницах

Сразу 3 поликлиники в городе Мыски Кемеровской области были оборудованы телескопическими пандусами. А у входа в эти медучреждения появились кнопки вызова медперсонала: прибывшие на приём инвалиды-колясочники теперь могут позвонить сотруднику ЛПУ, и он поможет им попасть в больницу.

Для удобства пациентов с ограниченными возможностями кабинеты приёма организовали на первых этажах поликлиник. А туалеты в этих зданиях оснащены специальными поручнями.

До конца года администрация города планирует расширить дверные проёмы всех туалетных комнат в лечебном корпусе № 1 местной ЦГБ и оснастить их дополнительным оборудованием. На следующий год намечена реконструкция центрального входа в стоматологическую поликлинику города.

Валентина АКИМОВА.

Кемеровская область.

Кардиоклуб для врачей

В окружном кардиологическом диспансере «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» в Сургуте состоялось очередное заседание научно-интерактивного кардиоклуба. В нём приняли участие 45 специалистов из медицинских организаций города и Сургутского района: кардиологи, анестезиологи-реаниматологи, ординаторы и интерны.

Темой обсуждения стала рациональная антигипертензивная терапия как основа для снижения сердечно-сосудистого риска.

С информационным сообщением выступила заведующая отделением медицинской реабилитации, кардиолог, кандидат медицинских наук Сабина Мамедова. Она рассказала об особенностях применения лекарственных препаратов при артериальной гипертензии, представила результаты международных исследований.

Распространённость данного заболевания в России составляет более 40%. В связи с этим вопросы рационального лечения больных с этим диагнозом являются особенно актуальными, поскольку пациенты этой группы риска нуждаются не только в снижении артериального давления, но и в значительной мере в сокращении числа сердечно-сосудистых осложнений.

Клинический разбор темы «Пациенты высокого сердечно-сосудистого риска» провела кардиолог кандидат медицинских наук Елена Милованова. На примере конкретных случаев из практики она рассказала об опыте назначения специалистами кардиодиспансера новых антигипертензивных препаратов, на фоне приёма которых у пациентов наблюдалась положительная динамика.

Организация работы кардиоклуба показала, что создание подобной площадки для обмена опытом является эффективным инструментом профессионального развития врачей, что, безусловно, способствует повышению качества оказываемой медицинской помощи.

Елена ЛЬВОВА.

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

Сердечные встречи

«Сердце врача – детям» – так называется проект, который студенты Центра инновационных образовательных программ «Медицина будущего» Первого МГМУ им. И.М.Сеченова сделали доброй традицией своего факультета. Недавно они в очередной раз открыли свой «ящик добра», который постоянно пополняется подарками от студентов факультета, и отправились в Царицыно в специальный (коррекционный) детский дом № 18 для детей-сирот с отклонениями в развитии. Но дело, конечно же, не только в подарках. Самое главное – это общение, столь необходимое детям, которые понимают во время таких встреч, что они не одиноки. Сладкие призы, мягкие игрушки и сумки с символикой Первого Меда получили все дети.

Идея проекта принадлежит заместителю директора центра Светлане Полонской – неременной участнице всех акций. «Наш факультет, – рассказала она, – готовит будущих врачей-исследователей. Но ведь студент – это не только будущий медик, занимающейся учебной и научной работой, он должен быть и социально активным человеком. Конечно же, мы и дальше будем продолжать наш проект и расширять связи с детскими домами. В ближайших планах – поездка в детский дом в Коломне. А к ребятам из Царицыно мы обязательно приедем ещё раз со спектаклем-сказкой для маленьких воспитанников в исполнении студентов».

Лана АСРИЯНЦ.

Москва.

Сигареты поменяли на апельсины

В Дальнереченске Приморского края провели общегородской праздник. В его подготовке приняли участие сотрудники Дальнереченской больницы, администрация городского округа, работники культурного центра, молодые волонтеры.

В городском центре культуры «Восток» врачи развернули консультационный пункт центра здоровья, где можно было узнать о факторах риска по сердечно-сосудистым заболеваниям, заполнив анкету и пройдя измерение основных жизненных показателей.

Неравнодушная молодёжь города приняла участие в оздоровительной зарядке, активных играх. Также на улице горожане могли обменять пачку своих сигарет на апельсины. В помещении муниципального центра госуслуг на всех мониторах показывали ролики с призывами бросить курить, рассказывающие о том, как здорово быть здоровым.

Николай ИГНАТОВ.

Приморский край.

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

Образование

В РНИМУ им. Н.И.Пирогова
сдача тестов IMAT
прибавит баллы к ЕГЭ
Новации приёма «Абитуриент-2015»

22-25 июня 2015 г. (точная дата и время будут размещены на сайте в отдельном объявлении) во второй раз в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова пройдёт сдача разработанного в Кембриджском университете экзамена для отбора абитуриентов в медицинские университеты Европы. Напомним, что осенью прошлого года первые российские студенты, прошедшие тест IMAT (International Medical Admission Test), показали столь высокие результаты, что заняли лидирующие позиции среди всех европейских абитуриентов.

В приёмную кампанию этого года будет внедрён ряд новаций. В основе этих изменений лежит Федеральный закон № 273-ФЗ от 29.12.2012 (п. 7 ст. 69) «Об образовании в Российской Федерации» и приказ Минобрнауки России № 839 от 28.07.2014 «Об утверждении Порядка приёма на обучение по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры на 2015/2016 учебный год», который даёт право поступающим представить сведения о своих индивидуальных достижениях, и тот факт, что 31 июля 2014 г. РНИМУ им. Н.И.Пирогова стал международным вузом на основе включения теста IMAT.

Около 30 университетов Европы принимают студентов по результатам IMAT. Тест IMAT выявляет знания по общим предметам – биологии, физике, химии, математике – и содержит 23 вопроса на логику, формирующую клиническое мышление. Кроме того, тест даёт возможность проверить абитуриентов на быстроту реакции и способность оценивать ситуацию. Всего в нём 60 вопросов, время сдачи экзамена составляет 100 минут. Тест сдаётся 2 раза в год – в июне и сентябре одновременно по всем университетам Европы, где используется подобная система отбора.

Как для бюджетного, так и для коммерческого набора проходные баллы ЕГЭ в РНИМУ им. Н.И.Пирогова останутся в 2015 г. высокими (химия – 60, биология – 55, русский – 50). Однако вуз принял ряд новаций в пользу абитуриентов и студентов.



По программе двух дипломов обучаются (слева направо): Анастасия Кубай, Анна Сихарулидзе, Дмитрий Бессмертный, Николай Карнев, Людмила Некрасова, Джульетта Бадаляя

В рамках приказа Минобрнауки России № 839 от 28.07.2014 учёным советом РНИМУ им. Н.И.Пирогова принято решение, что успешная сдача на добровольной основе теста IMAT даст возможность абитуриентам, поступающим на бюджетную или внебюджетную форму обучения, заработать дополнительные баллы, которые позволят увеличить итоговую сумму баллов, полученную абитуриентом после сдачи ЕГЭ.

Иными словами, согласно положению об индивидуальных достижениях, успешная сдача теста IMAT прибавит к итоговой сумме ЕГЭ 10 баллов. Кроме того, отличный аттестат добавит «в копилку» абитуриента ещё 5 баллов, медаль Олимпийских игр и непрофильных олимпиад – 3 балла, значок ГТО – 2 балла.

Согласно регламенту, разработанному в Кембридже, тестирование по IMAT может проводиться как в июне, так и в сентябре календарного года. Успешная сдача теста в июне гарантирует абитуриенту дополнительные баллы к ЕГЭ.

Решением учёного совета РНИМУ им. Н.И.Пирогова для лиц, ставших

студентами бюджетной формы обучения и успешно сдавших в июне или сентябре IMAT, в период первого года обучения предусмотрена повышенная стипендия. А для студентов, поступивших на внебюджетную форму обучения, которые успешно сдали IMAT, будет предоставлена скидка 25%. При этом если эти студенты являются бывшими лицеистами, которые, по правилам университета, и так получают скидку в размере 10%, то общая сумма оплаты первого года обучения снизится на 35%.

Абитуриенты ближнего и дальнего зарубежья, успешно сдавшие IMAT в июне или сентябре, получат дополнительно 10 баллов к суммарной экзаменационной оценке и 25%-ную скидку на первый год обучения.

Информация касательно точной даты и времени проведения тестирования в июне 2015 г. вскоре будет размещена на официальном сайте РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Следите за обновлениями.

Анастасия СИНЕВА.

Фото Марии ФЁДОРОВОЙ.

Новые издания

Кровавые шаги к Победе

В год празднования 70-й годовщины Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. полноценным ответом на запросы читательской аудитории стала новая книга «Жертвы народов. Битва экономик Советского Союза и Германии». Автор – доктор технических наук, профессор Булат Нигматулин в доступной, структурированной форме изложил сбалансированные данные, сопроводив их анализом и выводами.

Книга состоит из двух частей. В первой идёт речь о человеческих потерях военнотрудовых и гражданского населения в годы

войны с 1941 по 1945 г. Во второй сравниваются системы управления экономикой двух стран, наглядно представляются макроэкономические показатели, включая производство вооружения, оценивается вклад союзников.

Системный анализ статистических данных позволил автору по-новому сформулировать ответ на вопрос: как и почему мы победили?

Для того чтобы одержать победу в Великой Отечественной войне, руководству Советского Союза пришлось провести полную мобилизацию производственных и трудовых ресурсов в стране и создать сверхэффективную систему управления экономикой.

В результате в период 1941-1944 г. удалось произвести почти в 2 раза больше основных видов вооружений и боеприпасов, чем в Германии, а в 1942 г. – самым тяжёлым для Советского Союза – в 3 раза больше.

На советских заводах каждое второе рабочее место занимали женщины, тогда как в Германии доля женщин на производстве не превышала 30%. Ещё одна деталь – в советском тылу рядом со взрослыми работало около миллиона подростков 14-17 лет.

В истории нашей страны есть Великая Победа, демонстрирующая не только мужество и отвагу воинов, сплочённость народа. Мы победили нацистскую Германию благодаря мобилизации всех сил и эффективному управлению экономикой.

Соб. инф.

Официально

Импортозамещение получает поддержку

Министерство промышленности и торговли РФ рассчитало бюджет реализации отраслевых планов по импортозамещению критических видов продукции по гражданским отраслям обрабатывающей промышленности – 1,5 трлн руб.: 1,265 трлн частных инвестиций и 235 млрд – государственных.

В докладе министерства говорится, что до 2020 г. в России будет создано производство не менее 800 изделий и товаров, которые помогут снизить влияние западных санкций на российскую экономику. «Импортозамещение подразумевает создание новых производств и

технологий, они создаются за счёт собственных и заёмных средств инвесторов, объём которых предусматривается до 1,265 трлн руб. Что касается госучастия, то его мы оцениваем в 235 млрд руб. – итого 1,5 трлн руб. Одна из ведущих ролей в этих процессах отведена Фонду развития промышленности. Кроме того, будет оказываться регулятивная господдержка», – рассказал первый заместитель министра промышленности и торговли Глеб Никитин.

На данный момент в правительстве уже есть 18 утверждённых Минпромторгом отраслевых планов, которые включают 2059 проектов в следующих отраслях: лёгкая,

авиационная, лесная, химическая, радиоэлектронная, автомобильная промышленность, транспортное, сельскохозяйственное и лесное машиностроение, строительно-дорожная, коммунальная и наземная аэродромная техника, машиностроение для пищевой и перерабатывающей промышленности, фармацевтическая, медицинская промышленность, тяжёлое машиностроение, энергетическое, нефтегазовое машиностроение, станкостроение, металлургия и судостроение.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сито!

Москва.

В центре внимания

Госдума: опыт успешен

В Госдуме РФ состоялись парламентские слушания на тему: «Правоприменительная практика работы автономных медицинских организаций в здравоохранении. Проблемы и перспективы», организованные Комитетом по охране здоровья. Такой статус получили уже более 600 медицинских учреждений.

Заместитель председателя комитета Сергей Дорощев признался, что когда принимался Закон «Об автономных учреждениях», у многих были сомнения по поводу возможности применения этой формы к организациям здравоохранения. В настоящее время автономных учреждений в российском здравоохранении более 600, и это не так уж мало.

Полученные комитетом сведения позволяют назвать опыт внедрения автономных учреждений в медицине успешным. Более того, по мнению С. Дорощева, именно эта организационно-правовая форма

в настоящее время наиболее оптимальна для медицины, так как позволит сочетать требования рыночных механизмов и социальные обязательства.

Председатель Комитета по охране здоровья Сергей Калашников уверен, что все организационно-правовые формы имеют право на жизнь, но при этом необходимо жёстко определить различия между ними, особенности их функционирования, а главное – определить нишу, которую каждая из них будет занимать. Не менее важно определить обязательства медицинских учреждений по вопросу оказания ими качественной и доступной медицинской помощи.

По мнению директора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Владимира Стародубова, деятельность в качестве автономного учреждения требует тщательного планирования и медицинской, и финансово-хозяйственной деятельности. Форма такого учреждения даёт опреде-

лённые упрощения, но это лишь незначительное «ослабление цепи». Необходимо, уверен В. Стародубов, двигаться дальше, к различным формам государственно-частного партнёрства.

Несомненным положительным эффектом перехода в статус автономной организации выступавшие называли упрощение процедуры закупок. Это, по их мнению, имеет особое значение для медицинского учреждения, например, если осуществить закупку необходимо оперативно во время эпидемии или иных экстремальных ситуаций. Другим положительным результатом называли возможность поддерживать высокий уровень заработной платы. Распространена практика оказания медицинской помощи по госзаказу и в рамках системы обязательного медицинского страхования на оборудовании, приобретённом за счёт поступлений от платных услуг.

Валентин МАЛОВ.
МИА Сито!

Криминал

И снова — взятка

Чуть более 3 лет придётся провести в местах лишения свободы бывшему врачу по общей гигиене отдела обеспечения санитарного надзора Центра гигиены и эпидемиологии в Архангельской области.

Этот гражданин признан виновным по двум эпизодам получения взятки от владельцев грузовых судов, осуществлявших перевозки в Арктической зоне РФ.

При получении очередной взятки в размере 40 тыс. руб. подозреваемый был задержан сотрудниками

регионального Управления ФСБ. Деньги предназначались за подмену образцов питьевой и технической воды, направляемых на исследование для определения соответствия санитарным нормам.

Суд, надо заметить, учёл, что обвиняемый признал свою вину и вынес не самый суровый приговор, предусматриваемый законодательством.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Сито!

Архангельск.

Ну и ну!

Чтобы веселее дежурилось



Медсестра и санитарка Медвежьегорской центральной районной больницы, что в Республике Карелия, потеряли работу за пьяные выходы на рабочем месте. Об этом сообщает агентство «РК пресс».

Сотрудники медицинского учреждения несли дежурство в отделении реанимации и интенсивной терапии (!), находясь в состоянии алкогольного опьянения,

По словам свидетельницы, дочери одного из пациентов, который находился в тяжёлом состоянии в отделении интенсивной терапии, одна из сотрудниц крепко спала на диване, а её коллега каталась по полу, не отдавая отчёта в своих действиях.

Руководство больницы незамедлительно отстранило их от работы. На следующий день главный врач подписал приказ об их увольнении.

Ян РИЦКИЙ.
МИА Сито!

Медвежьегорск.

Подписка-2015

Продолжается подписная кампания



Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на второе полугодие 2015 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2015».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;

32289 – на полугодие.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110** или по электронной почте: **mg-podpiska@mail.ru**.

Справки по телефонам: **8-495-608-7439**,

681-3596, 8-916-271-0813.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте **www.mgzt.ru**

Выписывайте и читайте «Медицинскую» газету! Будет больше подписчиков – значит, громче будет звучать ваш голос в аудитории медицинского сообщества, мы вместе сможем не только лучше разбираться в сугубо медицинских, врачебных вопросах, но и веселее заявить о том, что для вас важно. Успехов – и до встреч на страницах старейшей врачебной газеты России!

Министерство связи		АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ									
<p>Медицинская газета</p>		(индекс издания)									
		Количество комплектов									
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)				(адрес)							
Кому											
		ДОСТАВочНАЯ КАРТОЧКА									
		на газету									
ПВ		место		ли-тер						(индекс издания)	
		Медицинская газета									
Стоимость		подписки		руб. коп.		количество комплектов					
		пере-адресовки		руб. коп.							
				на 2015 год по месяцам							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)				(адрес)							
Кому											

Итоговая коллегия Минздрава России началась с выступления вице-премьера Правительства РФ Ольги Голодец, которая дала оценку сделанному отрасли в 2014 г. Неожиданные изменения в экономической «повестке дня» повлияли и на здравоохранение, но принципиальное направление движения удалось сохранить.

– Минздрав России в целом выполнил свои задачи, намеченные на 2014 г., – заявила Ольга Голодец. – Средняя продолжительность жизни россиян впервые превысила 70 лет. Основными приоритетами текущего года остаётся дальнейшее снижение смертности, ранняя диагностика заболеваний, особенно сердечно-сосудистых и онкологических. Кроме того, медикам предстоит ещё серьёзно работать над культурой отношения к пациентам. Помочь решить эту проблему должен этический кодекс медицинского работника, который планируется принять в текущем году.

Как считает Ольга Голодец, к позитивным итогам следует отнести и тот факт, что в 2014 г. Россия попала в международный рейтинг Bloomberg. Как известно, в него входят страны, которые перешагивают порог в 70 лет по показателю продолжительности жизни населения.

– Мы закончили год с ещё большей цифрой – почти 71 год (70,97), это огромное достижение, – подчеркнула вице-премьер. – С другой стороны, наша страна заняла в рейтинге эффективности систем здравоохранения последнее место из 51 возможного.

В своём интервью «Медицинской газете» министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова уже поделилась оценками работы отрасли в прошлом году, подкрепив свои выводы конкретными цифрами (см. «МГ» № 27 от 15.04.2015). Поэтому в её выступлении на итоговой коллегии мы остановимся только на моментах, которые «не вошли» в ту публикацию.

– «Дорожные карты» развития отрасли, включающие основные показатели эффективности, учитывающие региональные особенности и смертности, а также другие демографические, социально-экономические и климато-географические особенности, составлены в каждой территории, – сказала Вероника Скворцова. – Повышение эффективности работы инфраструктуры здравоохранения привело к экономии более 4 млрд руб., которые были направлены на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и другие нужды.

Министр подчеркнула, что сокращение коечного фонда – не самоцель. Все структурные преобразования в здравоохранении направлены, прежде всего, на повышение доступности и качества медицинской помощи, в том числе и за счёт сокращения неэффективных затрат. Общие объёмы медицинской помощи населению не сокращаются, а доля наиболее эффективных современных медицинских технологий в них значительно нарастает.

Важно, чтобы шаги по инфраструктурной оптимизации отрасли были тщательно продуманными и профессиональными, разъяснёнными и населению и медицинскому сообществу.

По состоянию на 1 января 2015 г. в медицинских организациях субъектов РФ работало 526,4 тыс. врачей и почти 1 млн 221,7 тыс. медицинских работников со средним профессиональным образованием.

В центре внимания

Отвечая на вызовы времени

Каким был для российской медицины 2014-й? Об этом и перспективах здравоохранения шла речь на итоговой коллегии Минздрава России



Выступает Вероника Скворцова

В 2014 г. Минздравом России разработаны базовые профессиональные стандарты по 8 основным направлениям подготовки врачей, на основе которых с 2016 г. будет осуществляться поэтапный переход к принципиально новой системе допуска к медицинской деятельности – аккредитации специалистов.

Для достижения практико-ориентированности проведены корректировки более 190 типовых образовательных программ по всем медицинским дисциплинам. Разработаны 94 федеральных государственных образовательных стандарта для обучения в ординатуре и основные образовательные программы для них. В подведомственных учреждениях создано более 70 симуляционных тренинговых центров. А всего за прошлый год по программам повышения квалификации подготовлено около 200 тыс. врачей.

Минздравом совместно с Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов и профессиональным сообществом начата реализация Концепции непрерывного медицинского и фармацевтического образования. В 12 регионах страны стартовал пилотный проект по дистанционному образованию участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики с использованием системы зачётных кредитов. В проекте принимают участие 16 образовательных и научных организаций Минздрава, 11 медицинских профессиональных некоммерческих организаций и более 500 медицинских специалистов.

В рамках реализации Послания Президента РФ с 1 сентября 2015 г. система непрерывного профессионального образования специалистов будет дополнена внедрением «образовательного сертификата», позволяющего каждому врачу выстраивать индивидуальную образовательную траекторию и самостоятельно определять медицинские образовательные или научные учре-

ждения для бесплатного прохождения образовательных программ, стажировок и тренингов. Финансирование будет осуществляться из специально сформированного в системе ОМС резерва за счёт перераспределения 50% средств, полученных страховыми медицинскими организациями по результатам контрольных мероприятий.

Важнейшим направлением совместной работы Минздрава России с регионами является информатизация здравоохранения. По данным на 1 января 2015 г., в федеральном сервисе «Интегрированная электронная медицинская карта» зарегистрированы свыше 3 тыс. медицинских организаций Российской Федерации (более 30%), где фиксируются медицинские записи по 15,8 млн пациентов. Это позволяет медицинским организациям вести учёт размещённых, отклонённых, отменённых и реализованных вызовов, при необходимости направлять пациентов в другую медицинскую организацию для прохождения дополнительных специализированных обследований, осуществления прогнозирования количества посещений и выстраивать расписания врачей.

Развитие федеральной системы «Интегрированная электронная медицинская карта» даёт возможность реализовать функциональные возможности передачи и централизованной обработки результатов лабораторных и других диагностических исследований, фиксации и хранения протоколов, а также двустороннего автоматического наполнения нозологических регистров.

К федеральному сервису «Федеральная электронная регистра-тура» за прошедший год подключено более 2 тыс. медицинских организаций, передающих в систему расписания работы 51 тыс. врачей, ежегодно обслуживающих 31 млн заявок на приём к врачу и вызовов врача на дом.

Получила развитие и Федеральная электронная медицинская библиотека, которая была дополнена электронным каталогом «Российская медицина», включающим весь отечествен-

новационного развития, внедрения принципов трансляционной медицины, системы быстрого внедрения результатов научных разработок в практическое здравоохранение.

Как и на прошлой коллегии, своим мнением о ситуации в здравоохранении поделились лидеры четырёх политических партий, представленных в Государственной думе РФ. Лидер «Справедливой России» Сергей Миронов поблагодарил министерство за чёткую работу с обращениями депутатов. Заместитель председателя Госдумы Сергей Железняк обещал поддержку со стороны законодателей инициативам штаба отрасли. Председатель ЛДПР Владимир Жириновский, как всегда, заставил зал «оживиться». Его шутки и критика касались в основном работы СМИ. Он считает, что из-за показа по телевидению всякой чернухи и происходит такое большое количество инфарктов и инсультов в нашей стране. Предложение одно – запретить. И показывать по каналам только добрые и патриотические фильмы. Лидер КПРФ Геннадий Зюганов рассказал, что накануне итоговой коллегии Минздрава он обсуждал с премьер-министром предстоящий отчёт правительства в Государственной думе. По словам Геннадия Зюганова, нынешний отчёт носит принципиальный характер.

– Он будет проходить на фоне урезания бюджета по всем статьям, особенно здравоохранения, образования и культуры, – подчеркнул Геннадий Андреевич. – Но без этих четырёх сфер невозможно ни выбраться из кризиса, ни обеспечить элементарную стабильность. Ибо сейчас каждый второй работающий гражданин получает среднюю зарплату 15 тыс. руб. и ниже. А если учесть, что эти деньги обесценились вдвое, прожить на 7-8 тыс. в нынешних условиях для многих проблематично. Поэтому мы настаивали и будем настаивать на том, чтобы максимально поддержать здравоохранение.

Завершить рассказ о коллегии, наверное, лучше на оптимистической ноте. Так, по данным доклада Минздрава России, за период с 2008 г. по 2014 г. отмечено постепенное снижение оценочного показателя среднедушевого потребления алкогольной продукции в пересчёте на абсолютный алкоголь, в 2008 г. он составлял 16,2 л на душу населения в год, в 2013 г. – 11,87 л (план – 12,5), в 2014 г. – по предварительным данным, 11,78 л (план – 12,0). То есть сторонников трезвого и здорового образа жизни в нашей стране всё-таки становится больше. Профилактические программы нужно продолжать реализовывать, несмотря на трудности в экономике...

Фото

Александра ХУДАСОВА.



Перед началом заседания – всегда интересно почитать свежий номер «МГ»

ный запас фонда Центральной медицинской библиотеки (более 500 тыс. библиографических записей).

Создана учебная электронная библиотека по 36 медицинским дисциплинам (более 3 тыс. цифровых полнотекстовых документов).

Совместно с Фондом социального страхования, Астраханской и Белгородской областями Минздрав начал реализацию пилотного проекта по переводу в электронный вид листка нетрудоспособности.

С Москвой и Тюменской областью проработан пилотный проект по реализации электронных рецептов на лекарства.

В течение года, совместно с 22 регионами, осуществлялись мероприятия по оснащению станций и центров скорой медицинской помощи современными автоматизированными системами обмена информацией, обработки вызовов и управления мобильными бригадами с использованием аппаратуры спутниковой навигации ГЛОНАСС.

Вероника Скворцова считает, что эффективное здравоохранение в современных условиях возможно только на основе ин-

Проблема туберкулёза в нашей стране по-прежнему сохраняет свою остроту. Несмотря на некоторые позитивные перемены, в мировом масштабе мы отнюдь не в фаворитах эффективного обуздания этой большой беды медико-социального характера. Следует учесть, что в конце прошлого столетия на первый план вышли новые смертоносные угрозы – туберкулёз с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ и ШЛУ) возбудителя и туберкулёз, сочетанный с ВИЧ-инфекцией. Ныне они стали суровой реальностью, масштабы которой продолжают шириться.

Время – это не некая застывшая субстанция, оно меняется, как и наш мир. Вместе с ним меняемся и развиваемся мы. Во фтизиатрии многое преобразуется. Для современных учёных и практиков стало очевидным, что в текущей напряжённой эпидемиологической ситуации необходима актуализация задач, которые позволят снизить бремя туберкулёза. Об этом, а также о наиболее актуальных проблемах, волнующих фтизиатрическое сообщество, – предлагаемая беседа с главным фтизиатром Минздрава России, руководителем отдела фтизиатрии Центрального научно-исследовательского института туберкулёза, доктором медицинских наук, профессором Ириной ВАСИЛЬЕВОЙ.



– Ирина Анатольевна, на днях в Минздраве России прошло совещание по актуальным вопросам организации оказания противотуберкулёзной медицинской помощи. Это свидетельство того, что высшее медицинское ведомство страны считает проблему одной из наиболее значимых?

– Несомненно. Проблема туберкулёза выдвинута в ранг проблем государственной важности, поэтому Минздрав России постоянно держит её в зоне особого внимания. Например, 20 октября 2014 г. министр здравоохранения РФ В.Скворцова провела коллегию, где был представлен проект стратегии развития фтизиатрической службы России на период до 2020 г. На 67-й Всемирной ассамблее ВОЗ в мае 2014 г. принята резолюция, к которой присоединилась и наша страна, где поставлена амбициозная задача к 2050 г. обеспечить элиминацию туберкулёза в мире. Поставленная задача нашла своё отражение и в числе приоритетов государственной программы развития здравоохранения РФ. Это побуждает нас намечать более амбициозные планы.

На недавно прошедшем заседании профильной комиссии по специальности «фтизиатрия» при главном фтизиатре МЗ РФ я представила одобренную Минздравом России типовую региональную программу борьбы с туберкулёзом, которая включает в себя все звенья проблемы, начиная от профилактики и выявления заболевания в общей лечебной сети и заканчивая санаторно-курортным лечением. В документе определены амбициозные целевые индикаторы, к которым мы должны стремиться. Они направлены на улучшение эпидемиологических показателей и повышение эффективности лечения, а она у нас пока недостаточна высока. Также частью программы стал разработанный Минздравом по поручению Правительства РФ типовой план снижения смертности от 7 социально значимых заболеваний, в частности туберкулёза. На основании типового плана в субъектах разработаны региональные, реализация которых будет отслеживаться в онлайн-режиме. Особо отмечена важность комплексного, межведомственного подхода в обуздании инфекции.

И вот – очередное расширенное совещание в Минздраве России. К стати, во всех этих заседаниях участвовали ведущие специалисты в области фтизиатрии, пульмонологии, торакальной хирургии, инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИДа, лабораторной диагностики, руководители противотуберкулёзных медицинских организаций, представители заинтересованных федеральных органов исполнительной власти и т.д.

В ходе последнего обсуждения эксперты приняли решение о необходимости активного внедрения современных подходов в диагностике и лечении туберкулёза, предусмотренных методическими рекомендациями по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания. Замечу, что это решение принято подавляющим большинством присутствующих. По результатам совещания решено также создать экспертную группу, одна из задач которой – выработать предложения по оптимизации существующих нормативно-правовых актов и организационно-методической базы.

Из первых уст

Вместе снизим бремя туберкулёза

К единству – на основе доказательной медицины

Кроме того, перед профессиональным сообществом поставлена задача достижения консенсуса по всем аспектам организации помощи больным туберкулёзом в Российской Федерации.

Конструктивный подход позитивно сказывается на результатах нашей работы. Благодаря реализации комплекса федеральных и региональных программ нам удалось остановить распространение туберкулёзной инфекции и придать существенный импульс темпам снижения и заболеваемости от туберкулёза. По итогам прошлого года (по сравнению с 2013 г.) заболеваемость снизилась на 5,5%, смертность – на 11,7%. Это достаточно внушительный шаг вперёд. Но мы хотим ускорить эти темпы, чтобы процесс шёл более поступательно и активно. К сожалению, Россия до сих пор входит в список стран с высоким бременем туберкулёза. Хотелось бы, чтобы мы покинули этот список и нашу страну не ассоциировали с рассадником туберкулёза в мире, особенно МЛУ-ТБ.

Минздравом России совместно с институтом главных внештатных специалистов, профессиональным сообществом предпринимаются серьёзные усилия по совершенствованию системы оказания помощи больным туберкулёзом.

– **Насколько своевременной стала разработка федеральных клинических рекомендаций и утверждённых приказом Минздрава России № 951 методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания?**

– Фтизиатрическая общественность давно задалась нормативного документа, который бы определял новые подходы к выявлению, диагностике и лечению туберкулёза. Существующий на протяжении 12 лет приказ № 109 от 21.03.2003 «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации» в своё время сыграл огромную положительную роль, но на сегодня прежние подходы к диагностике и лечению явно устарели и не отвечают современным требованиям.

Российское общество фтизиатров (РОФ) выполнило работу в соответствии с ФЗ-323, предусматривающим, что рекомендации разрабатываются профессиональными сообществами. Первые клинические рекомендации были утверждены РОФ ещё в конце 2013 г. В 2014 г. разработано и утверждено 6 клинических протоколов. Не все пока опубликованы, но все внесены в электронную базу федеральной электронной библиотеки Минздрава России. 3 из них утверждены в первой половине 2014 г., размещены на сайте министерства и

рекомендованы для использования фтизиатрами.

Параллельно мы осуществляли выполнение распоряжения Правительства РФ от 2013 г. о разработке методических рекомендаций по выявлению и диагностике туберкулёза. Оно было также своевременным, ведь для всех очевидно, что назрела необходимость отмены приказа № 109 (кстати, замечу, что вскоре он будет отменён). И в конце 2014 г. распоряжение было выполнено. Методические рекомендации по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания, утверждённые приказом МЗ РФ № 951 от 29.12.2014, разработаны на основе клинических протоколов по диагностике и лечению туберкулёза РОФ, в том числе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, а также туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. В них предусмотрен принцип индивидуализованного подхода при составлении режима лечения, предложен конкретный алгоритм назначения противотуберкулёзных препаратов. По этим рекомендациям страна жила в течение года, и никакие отрицательных откликов не отмечалось.

Федеральные клинические рекомендации широко обсуждались в профессиональном сообществе. К стати, авторами их являются свыше 40 ведущих специалистов по фтизиатрии, микробиологии, инфекционным болезням. При подготовке приказа привлекались специалисты из всех 5 научно-исследовательских институтов туберкулёза и фтизиопульмонологии. Считаю важным и необходимым подчеркнуть, что в рекомендации, утверждённые Минздравом, включены только те, в достоверности которых есть полная уверенность с позиции принципов доказательной медицины. Хочу отметить также, что клинические рекомендации на стадии их разработки РОФ рецензировались экспертами Европейского бюро ВОЗ и получили одобрение. Причём наши национальные клинические рекомендации не копируют международные руководства и рекомендации ВОЗ, а развивают их. К стати, подходы РФ к составлению режимов химиотерапии туберкулёза берут на вооружение в странах СНГ.

– **Некоторые оппоненты считают, что в предложенных схемах лечения предпочтением отдаётся дорогостоящим препаратам зарубежного производства, которые в придачу к тому токсичны и небезопасны для жизни и здоровья пациентов.**

– Любые изменения схемы химиотерапии должны быть научно обоснованы и доказаны. Это доказательство осуществляется в результате длительных многоцентровых клинических исследований,

которые имеют несколько фаз. В частности, на разработку одного препарата требуется не менее 10 лет. А с момента создания новой кандидатной молекулы до внедрения в практику – ещё больше времени. На клинические испытания препарата затрачивается, как правило, около 5-7 лет, с тем чтобы оценить его эффективность и безопасность.

Включение в режимы лечения одного из противотуберкулёзных препаратов, вокруг которого возникли вопросы, основано как раз на данных международных многоцентровых клинических исследований, соответствующих стандартам GCP. В них участвовали 3 российских центра по клиническим испы-

ствиям не допускается с дорогостоящим фторхинолоном.

Что касается безопасности, действительно, при проведении клинических исследований в группе, где применялся этот препарат, отмечено больше смертельных случаев. Однако международная экспертиза по анализу причин летальных исходов установила, что ни один из них не связан с приёмом этого лекарства. Отмечены, например, случаи гибели пациентов от прогрессирующего туберкулёза, поскольку в группу отбирались наиболее тяжёлые больные, гибель в автокатастрофе, от алкогольного отравления и т.д. Но это никак не связано с развитием побочных реакций на препарат.

Поэтому утверждаю: всё, что отражено в приказе, прошло тщательную экспертизу и имеет доказательную базу. А если какой-то препарат не включили, значит, нет полной уверенности в его безопасности или эффективности. Но, конечно, мы ждём отечественных разработок. Нам нужны инновационные препараты, как, например, ещё один препарат, вокруг которого ломаются копыта, в том числе на страницах «МГ». Его клинические испытания, которые проводились в нашей стране, были краткосрочными, с недостаточно корректно сформированными группами. И даже небольшое исследование показало, что побочных реакций в группе применявших этот препарат гораздо больше. 17% больных были исключены из исследования вследствие развития побочных реакций и невозможности продолжения лечения. В то же время результаты исследования in vitro показывают, что препарат действительно убивает микобактерию туберкулёза. Но на многие вопросы ответов сегодня нет. Пока у нас нет научно доказанных данных, что препарат безопасен, будем ждать результатов продолжающегося исследования.

– **То есть вы готовы учитывать предложения ваших оппонентов?**

– Мы сторонники консенсуса, но не сторонники соглашательства. Если пойдём на поводу у оппонентов, это наихудшим образом отразится на здоровье наших сограждан, и наши строго доказанные, аргументированные алгоритмы лечения «поломаются». Такой «консенсус» будет обеспечен, однако туберкулёз с лекарственной устойчивостью продолжит нарастать! Единство следует находить в подходах к принятию решения о научной доказательности того или иного метода лечения или диагностики. Но с этим, к сожалению, у нас беда, порой многие критики даже не представляют, как это должно происходить. Поэтому просто соглашаться, «дружить» с оппонентами – это неконструктивный подход, чреватый далекими и негативными последствиями в отношении распространения неконтролируемой инфекции.

В предыдущие десятилетия в стране произошло накопление форм туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью. Сегодня с помощью новых методов диагностики мы научились более активно выявлять их. Поэтому нарастание таких случаев связано в том числе и с этим. Возможно, сказались и неправильная тактика ведения пациентов в прошлые годы. Несогласованность в подходах к лечению сыграла свою негативную роль, потому что в ряде регионов придерживались одних рекомендаций, в других – иных, которые разрабатывались кафедрами на местном уровне. Этого быть не должно в отношении такой опасной инфекции, как туберкулёз. Чтобы её контролировать, должен быть единый подход во всех вопросах – профилактики, выявления, диагностики, лечения и контроля за распространением заболевания. Только тогда мы можем рассчитывать на обуздание инфекции. Мы обязаны постоянно осознавать всю степень своей ответственности перед пациентами и обществом в целом. Главное – всегда помнить об основном постулате врача: не навреди!

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

На сегодняшний день наиболее сложной проблемой при внедрении системы менеджмента качества в работу государственных медицинских учреждений является сопротивление персонала. Учитывая, какой мощный прорыв в этом направлении сделала Больница скорой медицинской помощи Набережных Челнов Республики Татарстан, корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наиля САФИНА обратилась к её главному врачу кандидату медицинских наук Ильдару ХАЙРУЛЛИНУ с просьбой поделиться своими знаниями и опытом.

– Ильдар Индусович, вы часто поднимаете с самых высоких трибун проблему сопротивления персонала при внедрении системы менеджмента качества в работу крупных многопрофильных стационаров. Так что же такое сопротивление персонала и почему оно возникает?

– Под сопротивлением персонала понимаются любые поступки работников, направленные на дискредитацию, задержку или противодействие организационным изменениям. Сразу оговорюсь, что есть много определений организационных изменений. Мне ближе понятие, подразумевающее формирование нового организационного устройства, адекватного характеру изменений внешней среды. Уже по опыту своего коллектива знаю, что любое изменение устоявшихся правил вызывает сопротивление у всех работников, кого эти изменения касаются. В данном случае важно понимать, что это есть не что иное, как закономерная реакция любого коллектива и любого сотрудника. Наивно надеяться, что запланированные руководством крупномасштабные организационные изменения пройдут гладко и не вызовут явного или скрытого сопротивления. Основными причинами сопротивления являются неопределённость происходящих перемен, неопределённость будущего для сотрудника и неопределённость будущего для всего коллектива. При этом возникает ощущение потерь, и это понятно, потому что в любом случае сотрудник или коллектив как-то уже устоялись и сработались в прежней системе управления. И, конечно же, убеждение, что перемены ничего хорошего не принесут, всегда превалирует. По большому счёту сотрудники стремятся к стабильности, устав от постоянных перемен.

– Вероятно, люди забывают, что чем больше перемен, тем неизменнее существующий порядок, или другими словами – хочешь стабильности, меняй что-то?

– Вполне согласен. Но не надо забывать, что сопротивление зависит от характера и степени перемен, а также от того, как они проводятся. Мощное сопротивление вспыхивает в тех случаях, когда перемены радикальны и решительны, внезапны и неожиданны. Это во-первых. А второе – перемены оказывают неблагоприятное воздействие на вовлекаемых в них людей, которые в этом случае считают себя пострадавшими. Третье – причины проведения перемен чётко не сформулированы. И четвёртое – предыдущие перемены не принесли нужных результатов. В связи с этим задача руководства заключается в необходимости заблаговременного, постепенного и запланированного про-

Ориентиры

Преодолевая сопротивление

По мнению главного врача БСМП Набережных Челнов Ильдара Хайруллина, только так можно внедрить систему менеджмента качества в медицинские учреждения



ли какая-то их классификация?

– Да, безусловно, есть. В принципе они делятся на логическую и эмоциональные сферы сопротивления. И конечно же, сопротивление бывает скрытым и открытым. Наиболее удобными для управления, диалога и возникновения партнёрских отношений являются открытая и логическая формы сопротивления сотрудников. В данном случае на первом месте преобладает рационализация, и сопротивление носит больше логическую на-

правленность – это когда, например, сотрудники апеллируют сложностью реализуемого проекта, отсутствием полноценного ресурсного обеспечения и законодательной базы. Самой серьёзной и сложной является форма скрытого эмоционального сопротивления, характеризующаяся неопределённостью, подпольным течением или даже «партизанщиной». Проявляется в виде феномена выученной беспомощности, когда полностью отсутствуют инициатива, хоть какие-то элементы диалога и на каждый тезис выдвигается некий контраргумент типа «это мы не можем», «это невозможно», «раньше так не было», «у нас опыта нет» и т.д. и т.п. Это и есть так называемый феномен выученной беспомощности. Затем появляются скрытые тайные неформальные фракции со своими интригами, объединяемые терминами «сопротивление курилок» или «позиция умного пескаря».

– Это знакомо – когда на собраниях в открытом диалоге вроде бы все «за», а, выходя из зала совещания, высказываются обратное. Так?

– Примерно так. Есть и промежуточные варианты. Это – эмоционально открытая форма сопротивления в виде возмущения, открытого саботажа, протеста, готовности коллектива поддержать критику в адрес руководителя и компрометация руководителя на личных основаниях. И следующий вариант – скрытая логическая форма, под которой подразумевается избегание. В данном случае преобладают скрытые формы инструментального сопротивления, создание технических

сбоев, непредставление вовремя нужной информации, ссылка на выявляющиеся всё новые и новые трудности, скрытая критика нововведений, углубление, затягивание времени... Существуют так называемые этапы сопротивления, причём как в виде неинформированного оптимизма, так и в виде пессимизма. Сопротивление неинформированного оптимизма бывает при позитивном отношении к переменам. Его стадии: первая – это неинформированный оптимизм, второе – это информированный пессимизм, третья – решимость и преданность. Дальше идёт стадия робкого реализма, затем информированного оптимизма и стабильной работы. В случае негативного отношения к проводимым изменениям эмоциональная шкала немножко другая и складывается из некоего шока, затем активного отрицания, отказа от продолжения перемен, затем некая депрессия и смирение с проводимыми переменами, затем проверка проводимых перемен на адекватность, а затем принятие этих перемен и некая стабильная работа.

– Получается, что сопротивление есть не что иное, как следствие непрофессиональных действий руководителя?

– Да, я считаю, что сопротивление персонала возникает при проведении организационных изменений только как следствие непродуманных действий руководителя организации в отношении своих сотрудников. Во многом уровень сопротивления определяется уровнем управленческих компетенций руководителя. Высокий уровень сопротивления в коллективе, прежде всего, связан с низким уровнем эмоционального интеллекта у руководителя, то есть он не учитывает уровень корпоративной культуры, структуры ценностей коллектива и каждого отдельного сотрудника. Помимо этого, низкому уровню управленческой культуры соответствует очень скудный управленческий инструментарий, который в основном заключается в том, чтобы наказать, отругать, покриковать и т.д. По большому счёту связано это с тем, что, как правило, руководитель оторван от рядовых сотрудников, от конкретных людей, работающих в его организации. Иногда руководитель даже не представляет, какие ценности преобладают у каких-то отдельных сотрудников, либо вообще в отделениях и подразделениях. И они совсем могут не совпадать с ценностями самого руководителя.

– А можете ли вы на конкретных примерах БСМП охарактеризовать работу руководства, администрации по проведению организационных изменений? Тем более что мы знаем, что за последние годы

в БСМП внедрялись очень многие различные инновации, начиная от реконструкции БСМП в крупный высокотехнологичный медицинский центр и заканчивая внедрением системы менеджмента качества ISO и EFQM, а сейчас вы идёте по пути аккредитации по JCI.

– Да, безусловно при проведении организационных изменений мы не имели право не учитывать настроение наших сотрудников, их потребности, желания и ценности. В связи с этим на протяжении последних нескольких лет мы регулярно проводим анкетирование нашего персонала и исследуем те факторы в их работе, которые, по их мнению, для них наиболее ценны. После собеседования с нашими сотрудниками мы выделили 10 основных факторов, которые важны для наших врачей и медицинских сестёр. Это – условия труда, информированность в работе, стратегия, политика компании, вовлечённость и инициативность, оплата труда, карьера и обучение, управление изменениями, взаимоотношения с коллегами, взаимоотношения с руководителем и работа в команде. На основании этих 10 критериев мы провели анкетирование отдельно в администрациях, среди заведующих отделениями, старших медицинских сестёр, среди врачей и медицинских сестёр. Цифры получились очень интересные. Если на первый взгляд, исходя из стандартной точки зрения, вопросы оплаты труда должны были занять самое первое место и уйти далеко вперёд, то наша гипотеза не подтвердилась. На первом месте у наших сотрудников в структуре ценностей стоят взаимоотношения с коллегами, а оплата труда занимает только второе место. На третьем месте находятся условия труда. Дальше последовательно с учётом градации ценности распределились следующим образом: взаимоотношения с руководителем, работа в команде, карьера и обучение, информированность, вовлечённость и инициативность, стратегия и политика компании, управление изменениями.

В разных группах структура ценностей была немножко разная. Если среди администрации первые пять мест последовательно заняли взаимоотношения с руководителем, взаимоотношения с коллегами, оплата труда, работа в команде, условия труда, то, например, среди заведующих отделениями на первом месте стояла работа в команде, затем оплата труда, взаимоотношения с руководителем, взаимоотношения с коллегами и условия труда. У врачей вопросы оплаты труда заняли первое место. Таким образом, в рейтинг факторов ожидания сотрудников БСМП первые пять мест заняли взаимоотношения с коллегами, оплата труда, взаимоотношения с руководителем, условия труда и работа в команде. Последние два поделили стратегия и политика компании, управление изменениями. После этого, зная структуру ценностей, мы провели исследование по уровню удовлетворённости этих факторов, и у нас получились очень интересные цифры. На первом месте стоит стратегия и политика компании, то есть наши сотрудники хорошо оповещены, хорошо информированы в этих вопросах. На втором месте – взаимоотношения с коллегами, это для нас тоже очень приятно, то есть уровень удовлетворённости по данному критерию очень высокий. Далее идут вза-

имоотношения с руководителем, на четвёртом месте – условия труда, на пятом – информированность. Девятое место – это увлечённость и инициативность и десятое – оплата труда, то есть уровень удовлетворённости оплатой труда занял последнее место.

– Каковы управленческие инструменты преодоления сопротивления персоналом?

– Прежде всего мы должны чётко понимать структуру ценностей, структуру ожиданий наших сотрудников, и в этой связи хорошим подспорьем может служить банальная пирамида Маслоу, где отражаются структура потребностей, начиная от физиологической и заканчивая потребностью самореализации и в творчестве. Помимо этого необходимо знать, что на сегодняшний день имеется пять различных видов мотивации. К сожалению, все знают только о финансовой мотивации. Однако управленец должен понимать, что помимо базовой финансовой существуют и ещё другие виды мотивации. Например, процессная мотивация возникает, когда процесс деятельности подразделения или деятельности сотрудника максимально организованы, и он не тратит дополнительно физических и эмоциональных усилий для того, чтобы его функциональные обязанности выполнялись в полной мере. Он просто честно и качественно делает свою работу. Следующая мотивация – это командная, когда сотруднику приятно находиться в том подразделении в окружении коллег, когда в коллективе сформировалась приятная доброжелательная обстановка. Далее идёт мотивация признания, когда учреждение или подразделение признаёт статус и значимость сотрудника для коллектива. И следующая мотивация – это мотивация достижения, когда помимо рутинной работы сотрудник может ставить творческие и профессиональные цели, достигать их благодаря помощи и поддержке коллектива и сотрудников.

Следующей группой инструментов преодоления сопротивления персонала являются принципы проектного менеджмента, что означает определение чётких целей и задач реализуемого планируемого проекта, формирование рабочей группы и проектного офиса. На первом этапе формируется ядро единомышленников, которые прорабатывают все детали будущего проекта. Затем планируются этапы проекта, формируются план-график сроков, инвестиций, ресурсов, ответственных и заинтересованных лиц, подразделений. Далее прорабатывается риск-менеджмент, то есть просчитываются существующие угрозы и заранее прорабатываются методы профилактики этих угроз. Далее идут рутинность и вовлечённость персонала и руководства. После того как решение принято и озвучено на общем собрании коллектива, считается, что проект начал свою реализацию. Это должна быть монотонная рутинная этапная работа при вовлечении персонала, и здесь понятно лидерство руководства. Желательно, чтобы существовала некая этапность реализованного проекта. По мере реализации каждого из этих этапов всё-таки должно происходить какое-то промежуточное подведение итогов, награждение лучших, какие-то поздравления, то есть в любом случае люди должны видеть, что мы двигаемся от этапа к этапу. Так называется принцип

маленьких побед. Инструментами преодоления сопротивления, помимо этого, являются образование и полноценная передача информации, то есть людям надо рассказывать о реализуемом проекте, убеждать их. Надо вовлекать их в обсуждение всех возможных способов и вариантов реализации проекта. Далее – поддержка и вопросы переговоров. Помимо этого даже могут использоваться вопросы кооптации, то есть когда наиболее рьяного сотрудника, который сопротивляется проводимым переменам, делают ответственным за решение какого-то круга вопросов в рамках реализуемого проекта. Далее идёт маневрирование, и самая крайняя степень сопротивления, самая энергозатратная – это принуждение.

– А можно ли вообще проводить профилактику сопротивления?

– Конечно, лучше заниматься профилактикой осложнений, чем их лечением. Я считаю, что на первом месте должно быть вовлечение персонала в реализацию его желаний, в решение его проблем, то есть любое организационное изменение, любой организационный проект должны вызреть в коллективе, и по большому счёту это должна быть инициатива самих сотрудников. Привлечённый проект извне, неродной, чужой, вызывает наиболее рьяное сопротивление. Следующий метод профилактики – вовлечённость и лидерство руководства, то есть руководитель должен чётко ответить на ряд вопросов: зачем нам это надо, что при этом получит каждый из сотрудников? В рамках ближнего круга взаимоотношения каждого сотрудника или подразделения люди должны видеть, что проводимые перемены комфортны и позитивны. Надо учитывать мотивацию каждого сотрудника, структуру ценностей сотрудников и подразделений, ориентироваться на базовые ценности, которые признаются всеми сотрудниками.

Цели должны быть понятными, достижимыми и зафиксированными. Как их добиться? Опять же повторяюсь – это должен быть принцип долгого и детального планирования и быстрой успешной реализации, а также разный уровень администрирования на разных этапах проекта. Первый этап проекта требует достаточно серьёзного администрирования, вовлечения руководителя, отслеживания всех нюансов реализованного проекта. На более зрелых стадиях, когда вовлечённость персонала достаточно максимальна и когда маховик перемен уже набрал обороты, уровень администрирования должен снижаться, и ответственность за реализацию этого проекта уже переходит к руководителям подразделений, сотрудникам, а задача руководителя сводится только к контролю за проводимыми изменениями. И конечно же, не надо забывать о позитивной обратной связи, принципе маленьких побед, благодарности сотрудникам подразделений, которые активно участвовали в проводимых переменных. Людей надо хвалить и благодарить!

– Ильядар Индусович, редакция «МГ» тоже благодарит вас за новизну поднимаемых вами проблем на страницах нашего издания.

Набережные Челны.

Перемены

Размышления о будущем

Представители Содружества молодых врачей заглядывают в завтрашний день медицины

Медицина – это одна из самых динамично развивающихся наук. Каждый год издаётся сотни тысяч новых статей, посвящённых разным её аспектам. Ежегодный объём новой информации превышает миллионы страниц. Невольно задаёшь себе вопрос: как же обычному врачу за всем этим уследить? Тут же рождается логичный ответ: никак, это невозможно!

Невозможно... Ужасное слово, с которым медицина борется изо дня в день. Разве можно было всего пару веков назад предположить, что инфекционные заболевания перестанут быть главной проблемой, что человек научится заглядывать внутрь организма без его повреждения, что люди станут пересаживать целые органы и после этого всего через несколько дней возвращаться к повседневной жизни?..

Так, может, всё же возможно?

Содружество молодых врачей провело «круглый стол», на котором молодые коллеги и приглашённые эксперты в области информатики и IT-технологий, в том числе идеолог и разработчик медицинской информационной системы Валерий Богомолов, поразмышляли, какой должна быть медицина в ближайшем будущем. Основным лейтмотивом встречи стала тема систематизации и эффективного использования научной и практической информации, ведь именно это тормозит резкое развитие современной науки.

Мы живём в удивительное время: развитие электроники и коммуникаций позволяет делать за секунды то, что раньше занимало часы и дни. Возможности визуализации и обработки информации изменили как работу, так и стиль жизни. Информационные технологии, смартфоны, планшеты уверенно ворвались во все сферы жизни. На очереди – медицина!

Активно развиваются телемедицина и дистанционное обучение – это одни из приоритетных направлений, заявленных в Стратегии развития отечественного здравоохранения до 2030 г. Открывается доступ к электронным библиотекам. Кажется, это уверенный шаг в будущее. Уверенный, но всё же шаг. Но ведь можно рассчитывать на прорыв!

Представьте на минуту (как это сделали коллеги на «круглом столе») информационную систему, которая объединит все имеющиеся знания по медицине. Систему, которая с каждым днём будет совершенствоваться, основываясь на новых открытиях. Синхронизация этой системы позволит любому врачу держать руку на пульсе событий... Представили? А теперь представьте, как благодаря специальным программам облегчится жизнь и повысится эффективность врачебной деятельности!

При современных темпах развития электроники совсем скоро персональные устройства, позволяющие следить за физиологическими функциями организма, станут доступными для большинства населения. Эти гаджеты будут постоянно передавать информацию о состоянии здоровья и давать соответствующие подсказки: когда обратиться к врачу, напоминать о назначенном лечении. Врач же сможет в режиме реального времени узнавать о состоянии здоровья пациентов.

Благодаря специальным приложениям по сбору анамнеза даже при первом визите пациента врач не тратит время на полный сбор анамнеза, а уточняет только то, что сочтёт нужным. Промежуточный, так же как и выписной эпикризы фактически делаются в автоматическом режиме, обеспечивая образцовую преемственность. Пациенту

не надо каждый раз тратить часы, рассказывая свой анамнез – вся информация автоматически обновляется, благодаря компьютерам можно в любой момент узнать всё, что было с человеком: чем болел, как реагировал на терапию, какие побочные действия отмечались, на что аллергия и т.д.

Сейчас сложно представить экономический эффект от внедрения подобных систем, но то, что он будет ошеломляющим, – не стоит сомневаться.

Живая беседа, получившаяся на «круглом столе», не оставила сомнений – развитие современной медицины немислимо без внедрения и развития информационных систем, помогающих в лечебно-диагностическом процессе. Обобщая предложения, мы уже сегодня можем поделить основными требованиями к идеальной системе: объединяет в общепринятом формате все имеющиеся знания по медицине, совершенствуется в режиме on line (24 часа в сутки), открыта для доступа из любой точки мира; имеет удобные интерфейсы для ввода инструментальных данных по данным лабораторной диагностики, синхронизацию с медицинскими приборами (смартфоны, планшеты и т.д.), прямую и обратную связь с экспертным сообществом, систему оценки принимаемых решений и рекомендаций.

Звучит несколько нереально, учитывая громадный объём информации, но этот разговор имеет абсолютно чёткое практическое применение, как утверждает В.Богомолов. То, что работа над систематизацией медицинской информации ведётся в разных странах – ни для кого не секрет, однако ноу-хау отечественных учёных – в особом подходе, который сможет оперативно и эффективно запустить информационную систему. Возможно, внедрение этой системы перевернёт взгляды на лечебно-диагностический процесс, да и отразится на других аспектах врачебной деятельности.

Один из важнейших аспектов, на котором отразится внедрение информационной системы, – это образование врача. Система не только сможет предоставить актуальную информацию в удобном виде, но и высвободит время для самостоятельного непрерывного образования – в полном соответствии с Концепцией непрерывного медицинского и фармацевтического образования, разработанной Минздравом России. Информационная система избавит врача от важнейшей проблемы – рутинной, зачастую неврачебной работы.

В российской системе здравоохранения врач делает много рутинной немедицинской работы, что значительно снижает эффек-

тивность и повышает затратно-ность всей системы. В последние годы высшее руководство отрасли ведёт активную работу по снижению непрофильной работы врачей: выписыванию справок и т.п. Уже в этом году врачи первичного звена здравоохранения должны почувствовать снижение «бумажной нагрузки». Это, безусловно, правильный вектор, но, по-моему, этого недостаточно. Нужно менять концепцию: врачи должны заниматься исключительно врачебной работой, всё, что могут сделать менее квалифицированные сотрудники, должно быть передано от врачей. Но мы же живём в XXI веке – большую часть работы можно поручить компьютеру...

Представьте, что к врачу записывается незнакомый пациент. Пока он направляется к доктору, врач уже прочитал имеющийся эпикриз, анамнез жизни и заболевания, подготовился к осмотру пациента. На приёме доктор выполняет исключительно врачебную работу: уточняет некоторые вопросы, проводит физикальный осмотр, делает необходимые назначения. Внедрение специальных компьютерных приложений позволяет результаты проведённого осмотра вносить в базу данных «за несколько кликов». При этом система помогает выбрать наиболее вероятный диагноз и провести качественную дифференциальную диагностику на основе самых современных знаний. Далее пациент получает необходимое лечение, а медицинские приборы в режиме реального времени контролируют состояние организма и передают информацию на компьютер, планшет или смартфон врача. Врач контролирует все изменения: благодаря системе ему доступны статистика изменений, а если что-то идёт не так, ему сразу же приходит сообщение...

Работа врача становится рациональнее: он может посвятить себя именно медицине, лечению и профилактике заболеваний. Высвобождается время и для повышения уровня своих знаний, остаётся, что немаловажно, время, и для себя – приди домой, доктор может с «чистой совестью» посвятить время семье.

В глобальном масштабе повышается экономическая эффективность системы здравоохранения, что позитивно отражается на лечебно-диагностическом процессе, диагностике заболеваний, врачебной преемственности, профилактической деятельности, которую также можно проводить благодаря внедрению информационной системы...

Похоже на фантастику? Но это не фантастика! Как заверили приглашённые эксперты, работа по созданию информационной системы ведётся уже давно, и результаты не заставят долго ждать. Более того, эта система в ближайшее время войдёт в стадию практической реализации, о чём молодых врачей обещали своевременно оповестить. Что ж, остаётся надеяться, что мысли, высказанные на «круглом столе», получат практическую реализацию, а невероятный объём медицинской информации не станет преградой для суперпрограммы.

Илья ИЛЬИНЦЕВ,
генеральный директор
Содружества молодых врачей.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 29 (1881)

Болезнь Бурневилля – Прингла (туберозный склероз) является гетерогенным, генетически детерминированным заболеванием, характеризуется гиперплазией производных экто- и мезодермы, поражением кожи, нервной системы, наличием доброкачественных опухолей (гамартом) в различных органах.

В 1880 г. описание болезни опубликовано Д.М.Бурневиллем и в 1890 г. Дж.Дж. Принглом. Болезнь Бурневилля – Прингла наследуется по аутосомно-доминантному типу, отличается варьирующей экспрессивностью и неполной пенетрантностью. Развитие болезни определяется сцеплением с локусами 9q34 (первого типа – TSC1), 16q23 – 16p13.3 (второго типа – TSC2).

Имеются данные о наличии мутации гена на 12-й хромосоме. Предполагается, что гамартин (кодируется TSC1) является белком, подавляющим рост опухолей, а туберин (кодируется TSC2) регулирует эндоцитоз. Возможен дефект в системе репарации ДНК, о чём свидетельствует повышенная чувствительность клеток к ионизирующей радиации. В 50-75% случаев заболевание может быть обусловлено новыми мутациями. Частота болезни Бурневилля – Прингла составляет 1 на 30 тыс. населения. Распространённость среди новорождённых варьирует до 5-7 на 100 тыс.

Клинические симптомы болезни появляются в первые годы жизни, но могут существовать с рождения. Процесс постепенно прогрессирует, особенно в период полового созревания. Кожа поражена в 96% случаев. Кожные проявления представлены ангиофиброзами и фиброматозными очагами на лице, околоногтевыми фибромами, шагреневыми бляшками, гипомеланотическими пятнами, пигментными пятнами цвета «кофе с молоком».

В ангиофиброзах наблюдается разрастание соединительной ткани, пролиферация мелких сосудов, преимущественно капиллярного типа, расширение их просветов. Соединительнотканые невусы представлены коллагеномами. Эпителий обычно без особенностей, но может быть изменён по типу эпидермального невуса. Дерма утолщена за счёт гипертрофированных коллагеновых волокон. В 1998 г. были приняты диагностические критерии заболевания (см. табл.).

По приведённым диагностическим критериям несомненный **диагноз** болезни Бурневилля – Прингла ставится в случае двух или одного первичного признака и двух вторичных признаков. Возможный диагноз: один первичный признак и один вторичный признак. Предположительный диагноз: или один первичный признак, или два (и более) вторичных признака.

Гипопигментированные пятна на коже существуют с рождения или появляются в грудном возрасте и являются одним из наиболее частых кожных проявлений болезни. На первом году жизни их находят у 80% больных, на втором – у 100%. С возрастом наблюдается тенденция к увеличению их числа. Гипопигментные пятна при этом заболевании локализуются преимущественно на туловище и

ягодицах. Характерной их особенностью является асимметричность расположения. Отмечена вариабельность числа, размера и формы пятен.

Наиболее характерные из них имеют очертания листа, заострённые с одной стороны и закруглённые с другой, бледно-

сероатой или молочно-белой окраски. На светлой коже их видно только с помощью лампы Вуда. С течением времени пятна могут медленно репигментироваться.

Диагностическое значение имеют только множественные элементы, особенно при сочетании их с эпилептиформными припадками. С младенчества могут выявляться белые пряди волос, ресниц и бровей, которые, как и гипопигментные пятна, являются характерным признаком болезни Бурневилля – Прингла.

Наряду с гипопигментными пятнами в 15,4% случаев встречаются пигментные пятна цвета кофе с молоком и не отличаются от таковой у здоровых лиц, но наличие их в сочетании с другими симптомами помогает в постановке диагноза.

В 47–90% случаев наблюдаются ангиофибромы, являющиеся облигатным признаком болезни Бурневилля – Прингла. Ангиофибромы на первом году жизни появляются только у 20% больных, к 3 годам – у 50%, располагаются, как правило, симметрично на крыльях носа, в носогубных складках и на подбородке. Они представляют собой мелкие полушаровидные плотноватые опухолевидные элементы величиной 1-5 мм телесного, желтовато-красного или красновато-коричневатого цвета. Их поверхность блестящая, гладкая, но может быть веррукозной, покрытой телеангиэктазиями (см. фото).

В области кожи лба, волосистой части головы, щёк наблюдающиеся крупные опухолевидные фиброматозные очаги также являются облигатным признаком заболевания и встречаются у 25% больных. Фиброматозные очаги могут быть как одиночными, так и множественными, имеют вариабельную окраску – от цвета нормальной кожи до светло-коричневого, несколько выступают над окружающей кожей, мягкой или плотноватой консистенции. Они часто появляются уже на первом году жизни и являются одним из первых клинических симптомов заболевания. Фиброзные бляшки чаще всего локализуются на лбу. Размеры и число их могут варьировать.

Мягкие фибромы встречаются у 30% больных, представляют собой множественные или единичные мягкие образования на ножках, мешотчатой формы, растущие на шее, туловище и конечностях. Другой вариант мягких фибром представляет собой множественные, несколько приподнятые над поверхностью кожи (и такого же цвета) мелкие образования, размером меньше 0,3 см в диаметре, располагающиеся на туловище и шее и напоминающие гусиную кожу.

Часто встречаются подногтевые и околоногтевые фибромы (опухоль Кенена), гипертрофические изменения дёсен. Околоногтевые фибромы, являющиеся об-

поверхностью типа «лимонной корки». Участки «шагреневой кожи» наблюдаются преимущественно в пояснично-крестцовой области, имеют вид плоских, слегка возвышающихся очагов, располагающихся преимущественно в люмбосакральной области, цвета нормальной кожи или слабо пигментированные.

При болезни Бурневилля – Прингла встречаются разнообразные системные изменения организма. Неврологические симптомы могут быть самыми первыми признаками болезни, внезапно проявляющимися на фоне внешнего здоровья и благополучия у ребёнка без заметных дисплазий и нарушений развития. Воз-

Болезнь Бурневилля – Прингла



Болезнь Бурневилля – Прингла: ангиофибромы в области крыльев носа



Болезнь Бурневилля – Прингла: ангиофиброма в области подбородка

лигатным признаком болезни Бурневилля – Прингла, представляют собой тусклые, красные либо мясного цвета папулы или узлы, растущие от ногтевого ложа или вокруг ногтевой пластинки. Опухоль Кенена появляется в позднем детском возрасте и встречается в 17-52% случаев. В большинстве случаев околоногтевые фибромы появляются на втором десятилетии жизни. Наиболее часто они локализуются на ногах. Размер их варьирует от 1 мм до 1 см в диаметре. Гистологически опухоль Кенена представляет собой соединительнотканые невусы. В большинстве случаев «шагреневая кожа» появляется на втором десятилетии жизни. Шагреневидные бляшки могут быть как единичными, так и множественными, от мелкого размера до 10 и более см в диаметре, с пористой

никают они в возрасте 3-4 месяцев в виде судорожных приступов. Поражения нервной системы являются доминирующими в клинической картине болезни. Наиболее характерны судорожные пароксизмы, умственная отсталость, нарушения поведения, изменения в цикле «сон – бодрствование».

Судорожные пароксизмы – один из наиболее значимых симптомов болезни Бурневилля – Прингла – наблюдаются у 80-92% больных и чаще всего являются манифестным симптомом заболевания. Первые приступы бывают общими тоническими, затем они становятся полиморфными (общие, фокальные, большие, малые, кивки, закатывание глаз, замирания, судороги). Частые припадки в основном наблюдаются до 6-7-летнего возраста, а затем они могут пройти. У ряда больных приступы продолжают и в более старшем возрасте. У некоторых они имеют тяжёлое течение, может развиваться эпилептический статус с

Диагностические критерии болезни Бурневилля – Прингла

Первичные признаки	Вторичные признаки
Ангиофибромы лица, фиброзные бляшки на лбу	Многочисленные углубления в эмали зубов
Нетравматические околоногтевые фибромы	Гамартоматозные ректальные полипы*
Гипопигментные пятна (больше трёх)	Костные кисты**
Участок «шагреневой кожи»	Миграционные тракты в белом веществе головного мозга
Множественные гамартумы сетчатки	Фибромы дёсен
Корковые туберы	Гамартумы внутренних органов
Субэпидимальные узлы	Ахроматический участок сетчатой оболочки глаза
Гигантоклеточная астроцитома	Гипопигментные пятна «конфетти» на коже
Рабдомиомы сердца множественные или одиночные	Множественные кисты почек*
Лимфангиомиоматоз лёгких	
Множественные ангиомиолипиды почек	

Примечание.

* Требуется гистологическое подтверждение.

** Достаточно рентгенологического подтверждения.

летальным исходом. Чем раньше начинается эпилепсия, тем тяжелее умственная отсталость.

Эпилептические пароксизмы нередко резистентны к противосудорожной терапии, могут приводить к развитию нарушенного интеллекта и поведения и являются одной из главных причин инвалидности у детей с болезнью Бурневилля – Прингла. Среди факторов, детерминирующих резистентность к противосудорожной терапии, наибольшее значение имеют: дебют в возрасте до 1 года, наличие нескольких типов приступов, высокая частота приступов, изменение характера приступов с течением заболевания.

Наиболее типичными поражениями головного мозга являются корковые туберы, субэпендимальные узлы и аномалии белого вещества мозга. Кальцификация туберов отмечается в 54% случаев и увеличивается с возрастом больных. Большую значимость в верификации туберов при обследовании больных имеет магнитно-резонансная томография, которая позволяет визуализировать туберы в 95% случаев.

Субэпендимальные узлы встречаются в 95% случаев и выявляются как при компьютерном томографическом, так и при МРТ-исследованиях мозга. Субэпендимальные узлы в большинстве случаев множественные, прилегающие друг к другу. Локализуются, как правило, в стенках боковых желудочков, реже – в стенках III и IV желудочков мозга. Субэпендимальные узлы нередко трансформируются в гигантоклеточную астроцитому и выявляются у 10-15% больных.

Субэпендимальные гигантоклеточные астроцитомы манифестируют обычно между 5 и 10 годами жизни (средний возраст в момент выявления опухоли – 13 лет), как правило, имеют тенденцию к росту и всегда локализируются у межжелудочкового отверстия. У 10% больных описаны поражения мозжечка.

Среди более редких неврологических симптомов встречаются центральные спастические параличи, пирамидные и экстрапирамидные симптомы, при росте опухоли в полость желудочков – внутренняя гидроцефалия. Могут быть обнаружены застойные соски зрительных нервов, их атрофия, в редких случаях – эндокринные расстройства в виде аденогенитального синдрома, нарушения со стороны черепно-мозговых нервов. В редких случаях наблюдаются спонгиозы, развивающиеся из очага болезни Бурневилля – Прингла, с соответствующей симптоматикой опухоли.

Развитие умственной отсталости замечается позже появления судорожного синдрома и регистрируется примерно у 49% больных, постепенно усугубляется вследствие деструкции мозга, поражённого бо-

лезно, и может достигать степени глубокой имбецильности. Отстаёт психическое развитие, разрушаются моторные навыки, нарушается речь. К пубертатному периоду нарушение интеллекта может достигать степени идиотии. Д.М.Бурневиллем описание этой болезни было опубликовано под названием «Вклад в изучение идиотии».

Однако при нерезко выраженном деструктивном процессе клинические проявления не столь тяжелы, эволютивная динамика развития нервной системы в известной степени перекрывает патологический процесс, и к психиатру этих детей приводят с олигофреническим интеллектуальным недоразвитием.

Интеллектуальный дефект может резко углубляться при развитии психотических нарушений. Наблюдаются шизофреноподобные психозы со страхами, манией преследования, аномалии поведения с психопатическими чертами, изменениями личности по ограниченному типу с вязкостью, не критичностью, назойливостью.

Даже при лёгких формах слабоумия, когда дефект нарастает медленно, годами, приходится помнить о том, что это заболевание имеет прогрессирующее течение и, следовательно, неблагоприятный прогноз. Однако у 30% больных не отмечают слабоумия. Но статистика не точна, так как приводятся данные по регистрации обратившихся больных.

Нередко при поражении глаз выявляют застойные сосочки, иногда атрофию зрительных нервов. При офтальмоскопическом обследовании более чем у 50% больных наблюдается патогномоничная картина ретиальной фактомы.

Эти невоидные образования бывают трёх типов. При первом, наиболее распространённом варианте, гамартомы имеют нежную, относительно плоскую и гладкую поверхность, оранжево-розовый цвет, округлую или овальную форму, локализируются преимущественно в поверхностных слоях сетчатки.

При втором – гамартомы имеют узловатый вид и напоминают туютовую ягоду. Они белого цвета, кальцифицированные, светонепроницаемые. При третьем варианте гамартомы сочетают в себе признаки первых двух. Они имеют округлую форму с узловатым и кальцифицированным центром и полупрозрачной, гладкой периферией оранжево-розового цвета. Такие проявления имеют важное диагностическое значение из-за характерного вида.

У некоторых больных это может быть одним из единственных проявлений болезни. Значительно реже регистрируются другие изменения органа зрения: хориоретинит, зоны депигментации, врождённая катаракта, врождённая слепота. Встречаются также соединительнотканые узелки на конъюнктиве. Клинические проявления

гамартом наблюдаются крайне редко. Основным симптомом является прогрессирующее снижение зрения.

Опухоли во внутренних органах у многих больных не вызывают клинических симптомов, но часто обнаруживаются на аутопсии, особенно опухоли почек. Полагают, что опухоли почек выявляются у 40-50% больных. Это множественные билатеральные мелкие гамартомы из соединительнотканых волокон, жировой ткани, эпителия. Иногда встречаются крупные опухоли почек.

Изменения сердечно-сосудистой системы при болезни Бурневилля – Прингла проявляются развитием рабдомиома, которые нередко служат первым клиническим признаком болезни наряду с гипопигментными пятнами. В 1863 г. Реклингхаузен описал сочетание поражения мозга с рабдомиома. Рабдомиомы встречаются в 30-60% случаев и выявляются чаще у лиц мужского пола (соотношение 2 : 1).

Наиболее высокая частота рабдомиома сердца наблюдается у новорождённых и детей грудного возраста. Рабдомиомы сердца, как правило, быстро увеличиваются во время второй половины беременности, в основном достигают максимальных величин к моменту рождения, а затем постепенно уменьшаются в размерах. Большинство рабдомиома исчезает бесследно. Спонтанная регрессия рабдомиома может быть у детей младше 6 лет. После 6 лет опухоли обычно не исчезают, однако могут несколько уменьшаться в размере. Регресс опухолей может наблюдаться как в размере, так и в их числе.

Не являются большой редкостью и поражения лёгких в виде фиброзных опухолей, фибролейомиома, кистозных образований, интерстициального фиброза. У больных возникают приступы диспноэ, возвратный спонтанный пневмоторакс, кровохарканье, лёгочная недостаточность. Описываются опухоли поджелудочной железы, печени, мочевого пузыря, желудочно-кишечного тракта и других органов. На слизистых оболочках встречаются фибромы десны, языка, глотки, гортани.

Дифференциальная диагностика. Гипопигментированные пятна следует дифференцировать с очаговой формой витилиго, анемическим невусом, отрубевидным лишайём, беспигментным невусом, послевоспалительной гипопигментацией. Ангиофиброму следует дифференцировать с трихолеммой, сиригомой, внутридермальным невоклеточным невусом. Опухоль Кенена следует дифференцировать с простыми бородавками.

При диагностике кожных поражений не требуется дополнительных параклинических исследований, если больной обращается с псевдоадаменами и другими типичными хорошо видимыми поражениями. Они настолько патогномоничны, что

в рамках рутинной диагностики обычно нет необходимости прибегать к патоморфологическому исследованию. Но в то же время, зная о широком спектре проявления болезни Бурневилля – Прингла, нельзя останавливаться только на уровне дерматологической диагностики. Больного необходимо направить к психиатру, невропатологу, окулисту, терапевту, хирургу.

Необходимо сделать электрокардиограмму, рентгенографию грудной клетки, черепа, кистей и стоп, электроэнцефалографию, КТ, МРТ, анализ мочи (гематурия при поражении почек). Может возникнуть потребность в осмотре кожи лампой Вуда при предположении о слабых проявлениях у родственников больных неясных белых пятен. Можно сделать и патоморфологическое исследование белых пятен, если кожная симптоматика представлена только ахроматическими поражениями. Лампу Вуда целесообразно использовать также при обследовании детей, родившихся от родителей, больных болезнью Бурневилля – Прингла. Это исследование особенно важно в том возрасте, когда ещё типичные псевдоадамены отсутствуют (до 3-5 лет). При тяжёлой форме заболевания 30% больных не доживают до 5 лет; 50-75% умирают в детском и подростковом возрасте. Нередки злокачественные глиомы. Обязательно следует проводить медико-генетическое консультирование.

При лечении наиболее крупные элементы удаляют электрокоагуляцией, криодеструкцией, лазерным излучением. Наблюдается уменьшение размеров ангиофиброма от тигазона (по 1 мг на кг массы тела). Может быть полезна дермабразия, которую следует проводить после стабилизации процесса. Длительно назначают антиконвульсивные препараты (дифенин и др.), периодически – средства, снижающие внутричерепное давление, нормализующие сердечный ритм при рабдомиома сердца. Терапия выбора при опухолях головного мозга – хирургическое удаление. С целью пренатальной диагностики может быть использована эхокардиография для выявления у плода рабдомиома сердца.

Прогноз для выздоровления неблагоприятный. При тяжёлых системных изменениях высока летальность в детском и молодом возрасте от эпилептического статуса, сердечной, почечной или лёгочной недостаточности. Выраженность кожных изменений не влияет на риск вовлечения в процесс внутренних органов.

Луиза ЮСУПОВА,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Кафедра дерматовенерологии
и косметологии Казанской
государственной медицинской академии.**

(Окончание. Начало в № 31 от 29.04.2015.)

Субарахноидальные, базальные пространства, конвекситальные борозды расширены, симметричные. Ствол мозга и мозжечок обычной формы, положения и размеров, структура его однородная. Боковые цистерны моста не сужены. Краниовертебральный переход без особенностей. Турецкое седло обычной формы, размеров. Структура и положение гипофиза обычные. Параселлярные пространства без особенностей. Глазные яблоки обычной формы, симметричные, ретроорбитальная клетчатка без особенностей, патологических изменений глазных мышц не обнаружено, зрительный нерв не утолщён, однородной структуры. Пирамиды височных костей симметричные, однородной структуры. Визуализирующиеся черепные нервы (2-я, 5-я, 8-я пары) без особенностей. Пневматизация околоносовых пазух и целостность стенок околоносовых пазух, ячеек сосцевидного отростка на уровне исследования не нарушены. Артерии головного мозга: каротидная система – внутричерепная часть правой и левой внутренних сонных артерий расположена обычно, нормального строения, магистральные ветви от правой и левой внутренних сонных артерий отходят типично. Вариант развития Виллизиева круга – не визуализируется МР-сигнал от кровотока по задним соединительным артериям. Виллизиев круг разомкнут. Вертебробазиллярная система: интракраниальные и экстракраниальные отделы правой позвоночной артерии симметрич-

Ишемический инсульт

ны. Базилярная артерия без особенностей. Заключение: очаг ишемических изменений левой теменной области на фоне очаговых и атрофических изменений вещества головного мозга, вариант развития Виллизиева круга.

Эхокардиография от 29.09.2014. Снижена сократимость миокарда. Умеренная гипертрофия стенок левого желудочка. Диастолическая дисфункция обоих желудочков. Расширены оба предсердия. Умеренная лёгочная гипертензия. Атеросклероз аорты, уплотнение клапанных структур сердца, по-видимому, атеросклеротического генеза. Умеренная митральная и трикуспидальная недостаточность.

ЭКГ от 28.09.2014. Синусовая брадикардия, 50 в 1 минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца. Гипертрофия левого желудочка.

Рентгенография обзорная грудной клетки от 28.09.2014. Лёгочный рисунок усилен по всем лёгочным полям. Корни лёгких бесструктурные. Тень сердца расширена в поперечнике. Дуга аорты уплотнена.

Общий анализ крови:
От 28.09.2014 – гемоглобин 149 г/л, эритроциты $5,04 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,8, гематокрит 43,5%, лейкоциты $5,7 \times 10^9/л$, тромбоциты $184 \times 10^9/л$, лейкоформула: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 61%, лимфо-

циты – 29%, моноциты – 8%, СОЭ 12 мм/ч. От 12.10.2014 – гемоглобин 158 г/л, эритроциты $5,25 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,8, гематокрит 45,9%, лейкоциты $6,2 \times 10^9/л$, тромбоциты $233 \times 10^9/л$, лейкоформула: палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 54%, лимфоциты – 30%, моноциты – 9%, эозинофилы – 5%, СОЭ 10 мм/ч.

Общий анализ мочи:
От 28.09.2014 – удельный вес 1015, белок отрицательный, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпителий 1-2 в поле зрения.
От 12.10.2014 – удельный вес 1010, белок отрицательный, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эпителий 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови:
От 28.09.2014 – АЛТ – 19 ед., АСТ – 26 ед., билирубин – 14,5 мкмоль/л, ХС – 4,3 ммоль/л, креатинин – 97 мкмоль/л, сахар – 6,05 ммоль/л, мочевины – 4,39 ммоль/л, K^+ – 4,9 ммоль/л, Na^+ – 139,0 ммоль/л.
От 12.10.2014 – АЛТ – 17 ед., АСТ – 19 ед., билирубин – 11,6 мкмоль/л, ХС – 3,65 ммоль/л, креатинин – 87,9 мкмоль/л, сахар – 4,87 ммоль/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, K^+ – 3,8 ммоль/л, Na^+ – 138,7 ммоль/л.

Коагулограмма:
От 28.09.2014 – АЧТВ 26,3 с, протромбиновый индекс 106%, фибриноген 3,2 г/л, МНО 1,048.
От 12.10.2014 – АЧТВ 26,4 с, протром-

биновый индекс 103%, фибриноген 4,09 г/л, МНО 1,067.

Диагноз:
Ишемический инсульт, атеротромботический тип, в бассейне левой средней мозговой артерии в форме умеренного правостороннего гемипареза, правосторонней гемигипестезии. ИБС: стенокардия напряжения ФК 2. Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4. ХСН 1. ФК 2. Атеросклероз брахиоцефальных артерий: стеноз подключичной артерии справа до 30%, общей сонной артерии – до 30% справа, до 40-45% слева, внутренней сонной артерии – до 40% справа, до 50-55% слева.

Проведено стандартное лечение ишемического атеротромботического инсульта со значительным улучшением (магния сульфат, калия хлорид, церекард, аскорбиновая кислота, лазикс, спазмалгин, зналаприл, аспирин, клопидогрель, эксфорж, аторвастатин, актовегин).

Пациент переведён в отделение сосудистой хирургии для оперативного лечения с целью профилактики повторных ишемических инсультов.

Ирина СУЛТАНОВА,
докцент,
кандидат медицинских наук,
Казанская государственная
медицинская академия.

Онкологические заболевания столь распространены, что могут встретиться у больных, госпитализированных совсем по другому поводу. Остановимся на такой распространённой патологии, как онкологические заболевания желудка с метастазированием, которая порой остаётся незамеченной при поступлении больного с другим диагнозом.

Немного о постороннем

Рак желудка — это злокачественная опухоль, растущая из эпителиальных клеток слизистой оболочки. Опухоль может возникнуть в различных отделах: в верхнем, где желудок соединяется с пищеводом, в основной части (теле) желудка или в нижней, где он переходит в двенадцатиперстную кишку. В России эта патология занимает второе место по частоте среди злокачественных опухолей. На 100 тыс. здоровых людей приходится 36 больных, в Японии — 75, в Скандинавии, Чили, Бразилии и Колумбии — 40-50. Риск заболеть раком желудка как у мужчин, так и у женщин после 50 лет велик, однако у представителей сильного пола эта вероятность в 2 раза выше.

Рак желудка дебютирует следующими симптомами: боли в верхних отделах живота, появление тошноты и рвоты, отрыжки, тяжести в желудке, изжоги, сложности с глотанием. Затем присоединяются и симптомы онкологических заболеваний: анемия, слабость, потеря веса, утомляемость, вялость, отсутствие аппетита, непереносимость определённой пищи. Частота метастазов при раке желудка в различные органы определяется по следующей нисходящей: в лимфатические узлы — 72%, печень — 42%, лёгкие — 40%, мышцы — 17%, мозг — 12%.

Известны пути метастазирования:

- по лимфатическому коллектору регионально и отдалённо;
- по кровеносному руслу — в лёгкие, кости, почки, мозг, кожу, селезёнку;
- инфильтрация или прорастание опухоли желудка в близлежащие ткани.

На рисунке изображены пути метастазирования опухолей по кровеносному руслу.

Основной метод лечения — хирургический, заключающийся в выполнении гастрэктомии или резекции. В ряде случаев помимо желудка удаляют селезёнку, часть печени или поражённого кишечника. После операции могут быть назначены химиотерапия или лучевая терапия.

Но всегда ли врач, впервые встречаясь с пациентом, внимательно относится к его полному обследованию?

Профессиональный взгляд

Что скрывается порой за травмой

Клинический разбор

А бывает и так

Вспоминается недавний случай из практики: больная Т., 73 лет 19.01.2015 поступила в реанимационное отделение ЦРБ г. Одинцово после травмы с диагнозом: двусторонний травматический перелом нижней челюсти в области угла справа со смещением отломков. Сотрясение головного мозга, ушибленные раны лица, дисциркуляторная энцефалопатия 2-й степени в стадии декомпенсации. Также налицо вестибулоатактический синдром, когнитивные нарушения. У пострадавшей гипертоническая болезнь 2-й степени, риск 3-й, церебральный атеросклероз, ИБС, а также атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты и коронарных артерий нк 1 фк. После стабилизации больной в реанимационном отделении она была переведена в отделение челюстно-лицевой хирургии и подготовлена к операции.

20.01.2015 выполнена операция по срочным показаниям — репозиция и остеосинтез нижней челюсти. Ближайший послеоперационный период (3 суток) протекал без каких-либо осложнений.

На 4-е сутки появились неврологические симптомы и подозрение на острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в левой гемисфере неизвестной давности. Проконсультирована неврологом,

терапевтом. Назначена корректирующая терапия.

25.01.2015 — состояние больной несколько ухудшилось, расценено как тяжёлое. Появилась симптоматика острого нарушения мозгового кровообращения. Беспokoила головная боль, отмечались нарушения речи. Больная не ориентировалась во времени и пространстве. Проводится консилиум врачей с целью определения дальнейшей тактики лечения.

Второе место в структуре смертности занимают новообразования. В 2014 г. от них умерло 293,6 тыс. человек, или 201,1 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2013 г. смертность снизилась совсем незначительно — на 0,2%. По сути — та же самая картина, что и годом ранее.

Тройку лидеров замыкают так называемые внешние причины смерти, от которых в прошлом

году погибли 173,5 тыс. человек (или 118,8 на 100 тыс. населения). Снижение по сравнению с позапрошлым годом составило 0,6%. Иными словами — без какого бы то ни было прогресса.

На четвёртом месте расположилась заболеваемость пищеварительной системы — 96,6 тыс. умерших (или 66,1 на 100 тыс. населения) с ростом по сравнению к 2013 г. на 8,4%.

Далее идут болезни органов дыхания — 77,5 тыс. умерших, что на 6,2% больше, чем в позапрошлом году. Показательно, что в структуре смертности от болезней органов

мозга — очаговые изменения вещества головного мозга левой гемисферы приняты за мелкий геморрагический очаг в стадии обратного развития (МЕТАСТАЗ!). Неврологический поиск по изменённому алгоритму.

2. Возможно, большая предьявляла жалобы на боли в животе, на которые, по всей видимости, не обращалось должного внимания. Проводилось лечение челюстно-лицевой патологии, а рак желудка с метастазами не диагностировали.

Неоднократно врачи консультировались с неврологом, корригируя терапию.

3.02.2015 состояние больной ухудшилось и расценено уже как тяжёлое. Уровень сознания — кома 1. Такое состояние сохранялось на протяжении чуть более 2 недель.

22.02.2015 состояние пострадавшей резко ухудшилось. Артериальное давление и пульс не определялись. Дыхание отсутствовало. Дежурный хирург незамедлительно приступил к реанимационным мероприятиям. Реанимация в полном объёме без результата, и в 22.45 констатирована биологическая смерть.

Что просмотрели врачи

На вскрытии у больной диагностирован рак кардиального отдела желудка с метастазами в обе доли печени, лёгкие, канкротная пневмония, метастазы в головном мозгу.

Ошибки, допущенные диагностами и клиницистами:

1. Трактовка компьютерной томограммы головного

Выводы:

1. Возникает вопрос — изменился бы прогноз у больной с такой тяжёлой сопутствующей патологией, если бы за время нахождения в стационаре был диагностирован рак желудка? Маловероятно. После вскрытия патологоанатомически диагностирована IV стадия раковой болезни с множественными метастазами, в том числе и в головной мозг, и, соответственно, осложнённым течением, что и привело к возникновению полиорганной недостаточности и смерти.

2. Заикленность узких специалистов на своей патологии. Отсутствие клинического мышления в силу загруженности, недостатка диагностической базы или ещё каких-либо причин, определяющих тактику лечения для каждого больного. А ведь симптомы метастазов в головной мозг были налицо: снижение координации, неуклюжесть, падения, изменения в ощущении поверхности тела, головная боль, тошнота, рвота, эмоциональные изменения, анизокория.

3. Врачи не учли такие симптомы, как общая слабость, трудности речи, необъяснимая лихорадка, потеря памяти, рассудительности.

Конечно, им следовало провести обследование, необходимые при таком заболевании, как рак желудка:

- общий анализ крови и биохимическое исследование;
- проверить кровь на онкомаркеры;
- гастроскопия с биопсией участка изменённой ткани;
- УЗИ органов брюшной полости (наличие или отсутствие метастазов, мультифокальное поражение!).

В данном конкретном случае было также необходимо:

- рентгенологическое исследование лёгких и желудочно-кишечного тракта;
- КТ возможных органов метастазирования;
- осмотр врачами-специалистами.

В связи с нашим конкретным случаем хочется ещё раз напомнить, что онкоосмотр с целью профилактики заболевания после 40 лет строго обязателен для всех категорий граждан. Но разговор не только о наших пациентах, но и о врачах. Их задача — своевременно направлять пациентов для исследования: 1 раз в год общеклинического, биохимии анализа крови и рентген лёгких; 1 раз в год на УЗИ органов брюшной полости; 1 раз в год на гастроскопию; 1 раз в 2 года на колоноскопию.

Эдуард НАУМЕНКО,
хирург ГКБ им. С.П.Боткина,
Москва.

Халик МУСТАФИН,
патологоанатом ЦРБ г. Одинцово,
Московская область.

Статистика

Согласно данным Росстата, общая смертность в 2014 г. в стране составила 1310,5 человека на 100 тыс. населения (в абсолютных величинах — 1,91 млн человек), или 99,9% по отношению к аналогичному показателю 2013 г. Наибольший «прогресс» смертности наблюдается среди так называемых прочих болезней.

Совершенно неудивительно и прогнозируемо, что в структуре смертности лидируют заболевания сердечно-сосудистой системы. От них в 2014 г. умерли 954,5 тыс. человек, или 653,7 на 100 тыс. населения (в 2013 г. аналогичный показатель составил 1,01 млн человек). Снижение смертности в 2014 г. по сравнению с 2013-м составило 6,6%. Пусть слегка, но позитивно. Что характерно, в ушедшем году на 8,8% снизилась смертность от гипертонической болезни и на

И прочая, прочая...

С цифрами не поспоришь

7,4% — от ишемической болезни сердца, а число умерших от инфаркта миокарда осталось практически неизменным — снизилось на каких-то 0,2%.

Второе место в структуре смертности занимают новообразования. В 2014 г. от них умерло 293,6 тыс. человек, или 201,1 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2013 г. смертность снизилась совсем незначительно — на 0,2%. По сути — та же самая картина, что и годом ранее.

Тройку лидеров замыкают так называемые внешние причины смерти, от которых в прошлом

году погибли 173,5 тыс. человек (или 118,8 на 100 тыс. населения). Снижение по сравнению с позапрошлым годом составило 0,6%. Иными словами — без какого бы то ни было прогресса.

На четвёртом месте расположилась заболеваемость пищеварительной системы — 96,6 тыс. умерших (или 66,1 на 100 тыс. населения) с ростом по сравнению к 2013 г. на 8,4%.

Далее идут болезни органов дыхания — 77,5 тыс. умерших, что на 6,2% больше, чем в позапрошлом году. Показательно, что в структуре смертности от болезней органов

дыхания на 25% снизилось число летальных исходов от гриппа и других вирусных респираторных инфекций, а вот смертность от пневмоний выросла на 2,7%.

Примечательно, что наибольший рост — 24,2% демонстрирует графа «прочие болезни». От них в 2014 г. умерли 286,7 тыс. человек (или 196,3 летального исхода на 100 тыс. населения), что сравнимо с числом умерших от злокачественных новообразований. Собственно говоря, именно эта графа занимает «почётное» третье место в структуре смертности россиян и демонстрирует при этом существенный рост.

Росстат опубликовал также данные о смертности за январь — февраль текущего года. За этот период в России умерли 331,5 тыс. человек, что на 2,1% больше, чем за тот же период 2014 г. Наибольший прирост в смертности отмечается от болезней органов дыхания — 18,4%, далее идут болезни органов пищеварения с ростом в 6,1% и болезни системы кровообращения — 2,6%. Смертность от новообразований тоже увеличилась — на 1,7%.

Существенное снижение смертности за 2 прошедших месяца нынешнего года отмечено от внешних причин смерти — на 7,2%, в том числе смертность от всех видов транспортных несчастных случаев снизилась на 8,9%, случайных отравлений алкоголем — на 7,2%, самоубийств — на 7,6%, а от убийств — на 10,9%.

Марк ВИНТЕР,
МИА Сити!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

В круг задач судебно-медицинской службы в числе других входит формирование достоверной статистической отчётности по причинам смерти. Уже разработаны меры, которые могут внести весомый вклад в снижение смертности от 8 основных причин. Выбранные индикаторы оцифрованы для каждого региона, а внутри каждого доведены до медицинских организаций первичного звена. На конференции обязательно пройдёт обмен наблюдениями, новыми идеями и концепциями – всеми достижениями в теоретической и практической деятельности. И это, несомненно, внесёт серьёзный вклад в развитие института судебно-медицинских экспертов и шире – в программу реформирования системы отечественного здравоохранения.

Председатель Комитета Московской областной думы по охране здоровья Галина Уткина признала, что есть ещё много моментов в судебно-медицинской практике, которые не урегулированы законодательством, подчеркнув при этом огромную значимость службы – именно труд медицинских экспертов позволяет расставить точки над «i» в выяснении причин смерти людей, скончавшихся при тех или иных обстоятельствах. Галина Уткина подтвердила, что в парламенте Подмосковья прекрасно знают о том, что работа судебных медиков часто связана с вредными факторами и что сегодня у подразделений бюро СМЭ есть проблемы с помещениями и оборудованием.

С основным докладом на конференции выступил начальник Бюро СМЭ, главный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава Московской области, профессор Владимир Клевно. В частности, он отметил, что дефицит необходимых бюро помещений будет ликвидирован за счёт возведения 2,5 тыс. м² площади в Пушкино и Орехово-Зуево, с использованием механизмов государственно-частного партнёрства. А на средства областного бюджета предполагается провести строительство зданий в Химках и Сергиевом Посаде.

В.Клевно подчеркнул, что работа судебных экспертов на новом уровне уже позволила раскрыть 12% преступлений, которые были приостановлены в уголовном производстве, в их число входят и те, которые произошли 6-8 лет назад. Новые возможности в проведении экспертиз напрямую связаны с оснащением бюро современной аппаратурой и повышением квалификации специалистов. Сегодняшний большой акцент делается на молекулярно-генетических экспертизах. Они позволяют устанавливать улики даже в тех случаях, когда в распоряжении исследователя имеются ничтожно малые частицы материала. Всё это вносит заметный вклад в снижение уровня преступности в Подмосковье, заключил начальник Бюро СМЭ.

В.Клевно привёл данные и по количеству вскрытий, связанных с основными причинами смерти, обозначенными в Указе Президента РФ № 598 от 07.05.2012 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». Сбор этой информации имеет огромную практическую ценность, поэтому ежегодно бюро выпускает специальный отчёт, позволяющий увидеть общую ситуацию в регионе. В частности, в этом году была выпущена брошюра «Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2014 г. Ежегодный доклад», в которой дан анализ судебно-медицинских экспертиз по материалам дел с решением вопросов о правильности оказания медицинской помощи. Работа вообрала в себя данные статистического наблюдения за учётом дефектов, в том числе и оказания помощи детям. Мониторинг за отчётный период сопоставлен с данными предшествующего времени (за последние 10 лет). А это позволяет наблюдать динамику анализируемых показателей, тенденции и тренды. Есть и сведения по медицинским организациям

различных форм собственности, расположенным в муниципальных образованиях Подмосковья. Эти материалы направлены руководству Минздрава области, их получили и участники конференции. Хочется верить, с учётом данного мониторинга, в дальнейшем будут приниматься управленческие и научно-методические решения, сфокусированные на улучшении качества оказания медицинской помощи населению области.

Завершая доклад, начальник Бюро СМЭ отметил сокращение сроков проведения судебно-медицинских экспертиз. Профессор Клевно связал это не только с

но большое число людей живёт в одиночестве – социальные связи здесь не слишком крепкие. И обычно первыми об их смерти узнают соседи – недели через 2, почувствовав гнилостный запах и вызвав полицию. В результате судебным медикам приходится устанавливать причину смерти, когда сделать это ещё можно, но уже трудно. По этическим соображениям никто не ставит перед немецкими коллегами задачу: умири, но установи диагноз...

Когда эксперты не уверены в своей правоте, они смело пишут, что причина неизвестна. Каждый судебный медик в Германии сам решает, выполнять или нет для

Поднималась и такая проблема – химико-аналитические, химикотоксикологические исследования лучше выполняют специалисты, получившие специальное образование в области химии или фармации. Но последние указы Минздрава России диктуют другой подход: этим должны заниматься лица с врачебным образованием. На самом деле, чтобы работать на сложнейшем аналитическом оборудовании, нужно понимать суть процессов. Специалисты же химики незаслуженно переведены в категорию медицинских техников, лаборантов. А это отражается на уровне оплаты их труда. В то же

поставленной задачи. Нередко исследование начинается с того, что сначала создаются условия для его проведения. Это значит, эксперт должен прекрасно владеть и цифровой микроскопией, и паяльником, и микродрелью, ему надо уметь рисовать и владеть разными компьютерными программами. Криминалист должен обладать познаниями в различных науках: физике, химии, механике, биологии, баллистике, антропологии... это перечисление можно продолжить и дальше. То есть медицинский эксперт-криминалист – настоящий исследователь, каждый раз решающий новую задачу.

* * *

Конференция судебных медиков была аккредитована как учебное мероприятие в координационном совете при Минздраве России. Её решением все участники получили по 12 зачётных единиц, а специалисты-химики – даже 15.

– Как известно, с 2016 г. обязательная сертификация специалистов отменяется, – уточнил Владимир Клевно, – государственная поддержка последипломного образования приобретает другие формы. Он напомнил, что ежегодно врач должен набирать не менее 50 зачётных единиц, чтобы за 5 лет их накопилось не менее 250. Это станет необходимым условием для возможности продолжать профессиональную деятельность. Каждому врачу потребуется подтвердить свою активность в повышении квалификации зачётными единицами (кредитами). Кредиты могут быть получены врачом, принимающим участие в работе аккредитованных профессиональных форумов.

Кстати, Ассоциация судебных медицинских экспертов будет принимать участие в проведении аккредитации, заметил её президент профессор Клевно (следует отметить: в дни работы конференции прошёл её съезд, и сегодня численность Ассоциации СМЭ насчитывает более 300 человек). Профессор с сожалением признал острую нехватку молодых, настоящих квалифицированных кадров судебно-медицинского профиля, что считает хотя и серьёзной проблемой, но решаемой при условии заинтересованного участия областного Министерства здравоохранения.

– Сегодня у нас есть всё для того, чтобы организовать проведение полноценного курса обучения специалистов по всем судебно-медицинским направлениям, – утверждает профессор Клевно, – отличная современная база, превосходные наставники из числа практикующих экспертов, видные учёные – авторы эффективных методик преподавания. В ходе коллегиального общения мы получили подтверждение: усиливать учебную платформу остро необходимо! С одной стороны, новое поколение судебно-медицинских экспертов должно воспитываться по-новому – на практике и с учётом передовых методов. А с другой – специалисты со стажем должны иметь возможность постоянно расширять свой научный кругозор. Такой подход будет способствовать развитию общего экспертного потенциала всего нашего профессионального сообщества.

В завершение главный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава Московской области сказал:

– Обмен новыми знаниями и опытом – именно такова цель научно-практических конференций. Хочу выразить признательность своим отечественным и зарубежным коллегам за большой труд, предваривший их участие в этом международном форуме, и, разумеется, за активное в нём участие.

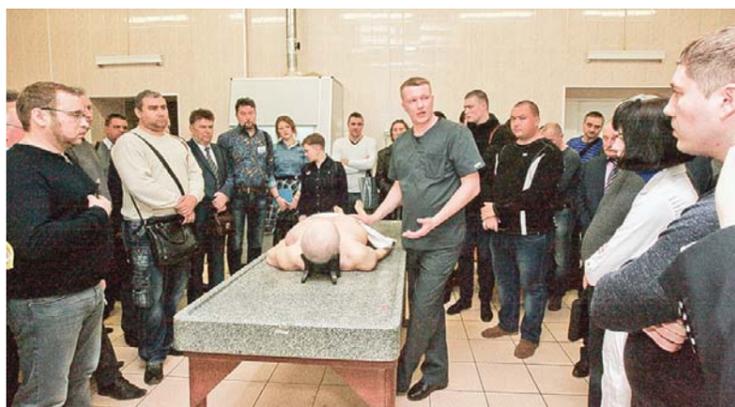
Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

События

Достоверно, полно – экспертно



Мастер-класс по танатологии

возможностью использования высокотехнологичных методов и оборудования, но и с внедрением эффективных управленческих схем.

Интересным было выступление представителя Института судебной и социальной медицины Берлина, доктора медицины ФРГ Эдвина Эрлиха об организации судебно-медицинской экспертизы в Германии, касающееся процессуальных, организационных и методических основ. Эрлих является учеником В.Клевно и в своё время защитил кандидатскую диссертацию в России.

Немецкий гость побывал в лабораториях Бюро судебной медицины Московской области и сравнил, как работают медики в нашей стране и в Германии. Он подчеркнул, что токсикологическая и гистологическая лаборатории располагают тем же оборудованием, каким пользуются коллеги в Европе. По его словам, он высоко ценит уровень квалификации российских специалистов и удивлён масштабом проведения экспертиз.

В Германии нет обязательного требования вскрытия трупов с признаками насильственной смерти. Соответственно нет «фабрики вскрытий». Решение, вскрывать или нет, принимает следователь или представитель прокуратуры. В обязательном порядке это делается только в отношении тех, кто был повешен. Что касается погибших в ДТП или упавших с высоты, то предписания провести вскрытие поступают редко.

В бюро, где работает доктор Эрлих, за год проводится 2 тыс. вскрытий и осматривается 12 тыс. трупов в крематориях. В среднем каждый судебный медик этого учреждения вскрывает по 132 тела в год. Как показывает анализ, насильственная смерть фиксируется в 42% случаев, убийства – в 30%, в 28% – причина смерти не устанавливается. Почему такой большой процент «занимает» третья группа? Дело в том, что 29% поступивших на исследование трупов являются гнилостно-изменёнными. Как говорят немцы, Берлин – город одиночек. В мегаполисе достаточ-

уточнения заключения гистологического или токсикологического исследование. И проводит его самостоятельно. Но каждое такое действие заканчивается счётом, который, по нашим меркам, трансформируется в совсем иной уровень оплаты труда.

...Темы докладов на пленарных заседаниях охватывали целый комплекс масштабных проблем, которые требовали коллегиально обсуждения, их трудно даже просто перечислить. Ограничимся главными темами: «Непрерывное медицинское образование судебно-медицинских экспертов»; «Эффективное управление государственным судебно-экспертным учреждением»; «Научно-методическое обеспечение судебно-экспертной деятельности».

Для более глубокого анализа узкоспециальных тем были созданы 4 секции, первая из которых рассматривала вопросы танатологии, гистологии, биохимии и определения вреда здоровью. А также экспертизу дефектов оказания медицинской помощи.

Внимание второй было сфокусировано на темах, касающихся судебно-химических и химикотоксикологических методов исследования.

– Первый раз проходила отдельная секция по судебно-химическим и химико-токсикологическим исследованиям, – поясняет заведующая судебно-химическим отделом Бюро СМЭ Московской области Наталья Крупина. – Мы работали 2 дня (было заслушано 22 доклада), а третий день был посвящён мастер-классам по применяемым методам. Рассматривались вопросы преаналитических этапов судебно-химической экспертизы, касающиеся биологических веществ и аутопсийных объектов. Прозвучал интересный обзорный доклад по величинам пороговых концентраций в судебно-химическом и химико-токсикологическом анализе. Целый ряд выступлений касался выявления и определения токсикологически важных веществ, в том числе и новых синтетических, дизайнерских наркотиков.

время молодым врачам приходится серьёзно повышать свою квалификацию, прежде чем они станут специалистами с большой буквы.

Очень многое изменилось в современных технологиях идентификации личности. Тема эта достаточно специфична. Одним из сопредседателей этой секции стал профессор Павел Иванов – крупнейший специалист в области молекулярно-генетической индивидуализации человека, судебно-медицинской идентификации личности и установления биологического родства.

Медико-криминалистические методы исследования рассматривали участники другой секции. Здесь в фокусе внимания были вопросы судебно-портретной экспертизы, огнестрельной травмы, повреждений острыми и тупыми орудиями, спектральные исследования. Своё отражение они нашли в докладах Н.Романько, Ю.Безпалого, Э.Мусина, А.Зинина, С.Леонова (Москва), В.Филиппова (Оренбург), Д.Карпова (Тюмень), А.Никифорова (Симферополь), И.Бобрецова (Ярославль) и др. Историко-проблемный доклад «Судебная археология и судебная медицина: прошлое, настоящее, будущее» был сделан судебным медиком А.Абрамовым и сотрудником Института археологии РАН Т.Шведчиковой. Затем участники секции по инициативе руководителя медико-криминалистического отдела Московского областного бюро Ю.Безпалого ознакомились с оснащением этого подразделения. По всем признакам оно соответствует мировым стандартам, что позволяет в реальности применять высокие технологии в экспертной практике.

Характерный штрих – заседания проходили в непринуждённой, дружественной атмосфере. Ведь медицинская криминалистика во всей структуре судебной медицины – не самое крупное подразделение. Можно сказать, что все знают профессиональные качества друг друга. Объединяет криминалистов и имя их учителя Сергея Абрамова, на циклы которого приезжали в своё время учиться специалисты со всей России. 5 лет назад Сергея Сергеевича не стало, а в этом году ему исполнилось бы 75 лет. Его вспоминали, о нём говорили тёплые слова, его имя по-прежнему дорого медицинским криминалистам всей страны.

– У нас особая специальность, – говорит заместитель начальника Бюро СМЭ по экспертной работе Наталья Романько. – С каждым годом появляется новая аппаратура, которая должна делать труд эксперта более унифицированным и лёгким. Не всегда это можно сказать о криминалистике: чем больше аппаратуры, тем зачастую более трудоёмкой оказывается работа эксперта в процессе решения

Правительство намерено перестроить экономическую модель развития и перейти на импортозамещение в стратегически важных отраслях, используя внутренние источники роста. Фармпромышленность, к счастью, имеет небольшую фору в этом вопросе, поскольку задачи по импортозамещению были сформулированы для неё ещё несколько лет назад.

За последние несколько лет на территории Российской Федерации открыто много крупных предприятий, модернизированы существующие мощности, сообщил заместитель директора Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России Дмитрий Колобов, выступая на конференции в Москве. По оценке Минпромторга, общий объём инвестиций превысил 100 млрд руб. Сформированы многие ключевые технологии для производства как синтетических, так и биотехнологических лекарственных средств. Имеющихся производственных мощностей достаточно для обеспечения всей потребности в жизненно необходимых и важнейших лекарственных средствах. В качестве примера успешной работы Д. Колобов привёл опыт российских производителей, а также деятельность многих иностранных компаний, которые уже открыли и открывают свои производства в России.

— Теперь, с нашей точки зрения, на первый план работ по импортозамещению выходят вопросы регулирования, а именно — формирование благоприятных условий для производителей, расположенных на территории Российской Федерации, по сравнению с компаниями, просто импортирующими продукцию, — подчеркнул представитель Минпромторга. — Ведётся большая работа в подкомиссии при вице-премьере Ольге Голодец по вопросам обращения лекарственных средств. Мы очень надеемся, что те меры и инициативы, которые там выработаются, примут реальные очертания в ближайшее время.

Он напомнил, что в соответствии с антикризисным планом правительства Минпромторгом России разработаны и к 1 апреля утверждены планы по импортозамещению во всех отраслях промышленности. Фармацевтическая промышленность также включена в этот перечень. Многие российские предприятия, регионы, институты развития приняли участие в разработке этого плана, и все пожелания и возможности

Анализ и прогнозы

Таблетка ОТ ЗАВИСИМОСТИ

Тезис импортозамещения в России становится глобальным



производителей в нём учтены.

Ключевой стратегемой плана станет формирование отраслевого баланса спроса и предложения по продукции с учётом импорта и экспорта, отметил Д. Колобов. В завершающей стадии находится работа с субъектами Российской Федерации по уточнению потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях на период до 2020 г., и параллельно ведётся работа с отечественными производителями по возможностям их производства. «Там, где мы увидим превышение производственных возможностей над потребностью, подразумевается, что будет функционировать механизм «третий лишний». Соответствующий проект постановления находится на согласовании и утверждении в Правительстве РФ. Там же, где мы видим отсутствие возможности производства по тем или иным причинам, мы планируем через механизмы поддержки стимулировать и привлекать как российских, так и иностранных производителей к организации производства необходимого ле-

карственного средства на территории России». Здесь будут задействованы такие инструменты, как субсидии, долгосрочные контракты и прочее.

Уже сейчас 413 препаратов из списка ЖНВЛП (всего их более 600) производятся в виде готовой лекарственной формы в России, и эта работа будет продолжена.

Среди принятых антикризисных мер Д. Колобов также назвал возможность получения предприятиями субсидий для возмещения части затрат на уплату процентов по кредитам, привлекаемым для пополнения оборотных средств. Многие российские фармацевтические производства включены в перечень возможных получателей такой субсидии. С 2015 г. начал функционировать Фонд развития промышленности, в который поступило уже более 600 заявок от различных предприятий на финансирование научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ на заёмной основе.

— Мы понимаем, что импортозамещение только в части готовой лекарственной фор-

мы — это ещё не всё. Поэтому министерство подготовило предложения по внесению изменений в Государственную программу развития фармацевтической и медицинской промышленности в части формирования механизма предоставления субсидий предприятиям-производителям на организацию производства субстанций лекарственных средств, — отметил заместитель директора департамента.

Также подготовлены изменения в госпрограмму по субсидированию проведения клинических исследований лекарственных средств. Преимущество будет отдаваться тем из них, которые находятся на заключительных стадиях, дабы ускорить выведение на рынок российских инновационных разработок. Общий объём субсидий на ближайшие два года составит более 3 млрд руб.

Но наука не стоит на месте. Мировые фармкомпании идут вперёд и разрабатывают новые лекарства. Через несколько лет эти лекарства станут теми «блокбастерами», которые будут успешно продаваться и на территории Российской Федерации. Поэтому Минпромторг России инициировал также программу по целевой разработке препаратов по тем терапевтическим мишеням и терапевтическим направлениям, которые сейчас находятся в работе в высокой степени готовности (на поздних или средних стадиях клинических исследований) у ведущих фармкомпаний.

— Мы активно привлекаем к этой деятельности наши научные учреждения и производителей, разработчиков лекарственных средств, чтобы через несколько лет иметь конкурентоспособные продукты в тех же терапевтических областях, в которых работают наши конкуренты, — подчеркнул Д. Колобов.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Перспективы

Пациенты с множественной миеломой, гемофилией и болезнью Гоше ожидают поступления в региональные аптеки 6 дополнительных льготных лекарственных средств для терапии этих тяжёлых заболеваний. После проведения аукционов препараты будут внедрены в широкую клиническую практику, что позволит обеспечить нуждающихся инновационным лечением, а значит, существенно продлить жизнь тысяч больных и улучшить её качество.

Новые надежды

Препараты из расширенного списка «7 нозологий» в ближайшее время будут доступны широкому кругу пациентов

Обновлённые перечни лекарственных средств начали действовать в России 1 марта 2015 г. В частности, в список лекарств, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей (программа «7 нозологий») было включено 4 препарата для лечения гемофилии, 1 — для лечения болезни Гоше, а также 1 препарат второй линии терапии множественной миеломы.

Расширение перечня федеральной программы было высоко оценено не только медицинскими работниками, которые отметили беспрецедентную прозрачность и эффективность процедуры, но и теми, кого это решение непосредственно затрагивает, — пациентами и членами их семей. Лариса Деметьева из Смоленска, страдающая множественной миеломой с 2002 г. и перенёсшая за это время большое количество различных курсов химиотерапии, трансплантацию костного мозга, выражает признательность всем, от кого зависело принятие этого решения: «Теперь я смогу спокойно продолжить рекомендованное мне современное лечение. Благодаря этому лечению я смогу жить, работать и растить дочь». Ежедневно в адрес районных гематологов, местных и федеральных органов здравоохранения, Правительства РФ приходят благодарственные письма от пациентов, для которых расширение перечней означает надежду на победу над болезнью.

— До принятия этого жизненно важного для пациентов решения многие из них были вынуждены обращаться в прокуратуру и судебные органы для защиты своего права на льготное обеспечение, а в некоторых случаях, даже имея на руках судебное решение, пациенты не могли добиться предоставления препарата, — рассказывает Оксана Чурун, председатель Межрегиональной общественной организации «Мост милосердия». — Поэтому мы особенно признательны Министерству здравоохранения и Правительству РФ за пересмотр перечней. Этот шаг даёт возможность многим больным с жизнеугрожающими заболеваниями с уверенностью смотреть в завтрашний день. Сегодня мы вместе с пациентами с нетерпением ожидаем исполнения этого решения в ближайшее время.

Анна КРАСАВКИНА.

Начало

Союз с фармакопеей

Рабочая группа, сформированная при коллегии Евразийской экономической комиссии, завершила разработку Концепции гармонизации государственных фармакопей государств — членов Евразийского экономического союза (ЕАЭС) и Порядка деятельности Фармакопейного комитета ЕАЭС.

Эти документы необходимы для обеспечения формирования общего рынка лекарственных средств, который в соответствии с Договором о ЕАЭС и Соглашением о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза начнёт функционировать с 1 января 2016 г.

На базе Фармакопейного комитета ЕАЭС будет организована работа по формированию Фармакопейного Союза. Порядок деятельности Фармакопейного комитета регламентирует вопросы его формирования и разработки фарма-

копейных статей (монографий) Фармакопей ЕАЭС. Фармакопея Союза будет утверждаться решением коллегии комиссии.

Концепция гармонизации фармакопей носит программно-стратегический характер, определяя общее направление и принцип разработки Фармакопей ЕАЭС на основе гармонизации существующих в государствах Союза фармакопей.

Как сообщал ранее начальник отдела координации формирования общих рынков лекарственных средств и медицинской техники Департамента технического регулирования и аккредитации Евразийской экономической комиссии Дмитрий Щёкин, обращение лекарственных средств, зарегистрированных национальными органами до 1 января 2016 г., будет допускаться ещё 10 лет. В течение этого переходного периода все досье на препараты должны быть унифицированы в соответствии с правилами ЕАЭС.

Ирина АНДРЕЕВА.

Изъять!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения сообщает о поступлении информации о выявлении лекарственных препаратов, качество которых не отвечает установленным требованиям в ходе проведения государственного контроля качества лекарственных средств:

— дротаверин, таблетки 40 мг 100 шт., флаконы полимерные (1), пачки картонные, производства ЗАО «Фармпроект», Россия, показатель «описание» — серии 120514;

— перекись водорода, раствор для местного и наружного применения 3% 100 мл, флаконы тёмного стекла, производства ООО «Гиппократ», Россия, показатель «количественное определение» — серии 05102013;

— доксициклин, капсулы 100 мг 10 шт., контурные ячейковые упаковки (2), пачки картонные, производства РУП «Белмедпрепараты», Республика Беларусь, показатель «упаковка» — серии 060114;

— калпол, суспензия для приёма внутрь 120 мг/5 мл, флаконы 100 мл № 1, ложки мерные № 1, пачки картонные, производства «Аспен Бад Олдесло ГмбХ», Германия, показатель «количественное определение» — серий 3D003, 3A001;

— метамизол натрия, субстанция-порошок для производства стерильных и нестерильных лекарственных форм, производства «Шандонг Ксинхуа Фармасьютикал Ко., Лтд», Китай, показатель «количественное определение» — серии 12102269.

Территориальным органам Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации обеспечить контроль за изъятием и уничтожением в установленном порядке указанных партий лекарственных средств.

Росздравнадзор предлагает субъектам обращения лекарственных средств, медицинским организациям провести проверку наличия указанных серий лекарственных средств, о результатах которой проинформировать территориальный орган Росздравнадзора.

Перспективы

Роботы в «белых халатах»

Агрегаты не так безупречны, но всё же эффективнее

Роботизация медицины – во многом уже свершившийся факт, особенно если говорить о здравоохранении таких стран, как США и Япония. Виртуальные системы принимают участие в диагностике (и ошибаются, согласно данным исследования учёных из Университета Индианы, на 42% меньше обычных врачей), помогают принимать решения врачам-радиологам и анестезиологам.

Надёжные помощники

Роботы – медицинские сёстры умеют расспросить больного о его проблемах едва ли не лучше, чем медсёстры реальные, искусственные помощники ухаживают за пожилыми людьми, помогают пациентам восстанавливаться психологически.

Хирургическая система Da Vinci уже стала привычной в операционных всего мира. Этот четырёхрукий автомат был одобрен для клинического применения ещё в 2000 г. Область его использования очень широка: гинекология, урология, общая хирургия, кардиология, операции на мозге, пересадка органов. Если в 2005 г. всего 1% всех операций по гистерэктомии производился в США с помощью Da Vinci, то сегодня – уже 30%. Одна из первых малоинвазивных операций простатэктомии была выполнена с помощью хирургического робота в 2000 г., в 2005-м таких операций делалось уже 23%, а нынче – 83.

Однако...

Суд идёт

По данным Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA), с начала эксплуатации робота в 2000 г. на его счету 85 смертных случаев и 245 серьёзных осложнений. Полный список жалоб составляет 4600, и это не учитывая случаев, когда послеоперационные осложнения не были серьёзными, и пациенты не стали обращаться в FDA. В 2011–2013 гг. «против роботов» было заведено минимум 10 судебных дел.

В прошлом году FDA обратилось к хирургам, оперирующим с помощью Da Vinci, с просьбой поучаствовать в добровольном



Рыка Da Vinci

опросе и рассказать, какие осложнения случались в их практике. Как оказалось, большинство из них – это ожоги и повреждения, связанные с высокой температурой. О небезопасности проведения гинекологических операций с помощью Da Vinci рассказывает юрист и практикующий гинеколог из Алабамы Франсуа Бладо: «Манипулятор может задеть жизненно важные сосуды, искрящий инструмент может оставить ожог на другом органе, и это проявится только позже».

В расследовании, проведённом CNBC, упоминается история пациентки 24 лет. После обычной гистерэктомии она стала жаловаться на сильное кровотечение и была вынуждена вернуться в госпиталь. Через неделю она умерла.

Другой пациентке повезло больше. Ей была сделана операция по удалению миомы матки, и осложнения проявились сразу. У пациентки начались сильные боли в области кишечника, и её пришлось оперировать вновь, чтобы найти причину. В итоге хирурги определили, что во время гинекологической операции на Da Vinci произошла перфорация кишечника. Также известен случай, когда пациентке во время рутинной гистерэктомии повредили мочеточники: у этой женщины отказали почки, и её чудом спасли.

С проблемами при использовании Da Vinci столкнулись не только в США. Как говорят в организации

Danish Health and Medicines Authority, Министерство здравоохранения Дании вскоре после введения Da Vinci в строй приостановило роботические хирургические системы в 5 госпиталях на несколько недель, так как в университетской больнице Одензе врачи нашли микроскопические царапины на хирургических инструментах аппарата. Возникло подозрение, что автомат в этом и других госпиталях не обеспечивает 100%-ную стерильность.

Несмотря на эти проблемы, у многих пациентов Da Vinci пользуется большой популярностью: в очереди к роботу приходится ждать 6-8 недель, в то время как пойти на открытую радикальную операцию можно без ожидания. Может быть, стоит уволить всех хирургов и заменить их на роботов? Об этом говорить рано: опыт использования автоматической хирургической системы в настоящее время недостаточно велик. Во-вторых, Da Vinci здесь используется пока в основном для гинекологических и урологических операций – это не столь большой сегмент в хирургии.

...и роботы идут

Хотя за почти 15 лет использования система Da Vinci прошла неплохую обкатку и заняла значительную долю рынка, вскоре у неё могут появиться достойные конкуренты. Профессор Арианна Менчиаси из Института BioRobotics в Скуола Супериоре (Италия) Анна Менчиаси считает, что Da Vinci отнюдь не решил все проблемы в абдоминальной хирургии. Профессор и её коллеги разработали альтернативную роботическую систему Single-port laparoscopy (SPL), которая дешевле, меньше размером и требует для проведения операции всего одного 3-миллиметрового разреза, в то время как Da Vinci нуждается минимум в четырёх – 3 для манипуляторов и 1 для видеокамеры. Новая система,

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» приглашает на постоянную работу врачей следующих специальностей:

- ♦ врача общей практики
- ♦ терапевта участкового для работы в сельской местности
- ♦ ортодонта
- ♦ акушера-гинеколога (стационар)
- ♦ уролога
- ♦ неонатолога
- ♦ кардиолога
- ♦ анестезиолога-реаниматолога
- ♦ врача по спортивной медицине.

Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.

Контактный телефон для справок **(34675) 34-120**. Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу **8 (34675) 31-573** или по адресу:

г. Советский, ул. Киевская, 33, ХМАО – Югра 628240.

E-mail: sovhospital@mail.ru

включающая только 2 манипулятора, была пока апробирована на свиньях в Германии, где велись совместные исследования с партнёром по проекту.

Ещё один робот-хирург был сконструирован в этом году в технологическом институте Эйндховена в Нидерландах. Автомат нового поколения в 5 раз точнее руки обычного врача, что очень важно, например, в реконструкционной хирургии, когда речь идёт о восстановлении кровеносных сосудов или нервных волокон при пластике кисти руки или пересадке кожи. Система умеет учитывать неверные микродвижения оператора и сглаживать вибрации: уже в 2015 г. робот будет проходить клинические испытания в академическом госпитале Маастрихта.

Новые технологии проникают в операционные не только в виде роботов-хирургов. В последние годы в помощь врачам возникают уникальные системы визуализации, которые помогают заранее спланировать сложную операцию. Так, Тошио Фукуда, один из пионеров микророботических систем из Университета Нагоя, создал пока единственный в мире реальный симулятор – копию тела пациента в 3D для планирования неинвазивных операций на сердечнососудистой системе. Пациент заранее проходит компьютерную томографию, после чего лаборатория профессора Фукуда разработывает модель его сердечнососудистой системы. Модель печатается на 3D-принтере, вместо крови закачивается специальная жидкость, и хирург может готовиться к сложной операции, не рискуя здоровьем пациента.

Использование искусственного интеллекта в медицине всё ещё дело будущего, но информационные системы помогают врачам уже давно – с начала 90-х годов, когда в США появились алгоритмы для считывания результатов теста на рак шейки мат-

ки. Работа по анализу сканов клеток рутинная: около 90% пациенток, проходящих ежегодный контроль, здоровы. Но для неё раньше требовались сразу 2 врача: после того как один анализировал результат теста, тот же материал проверял второй медик. Сегодня такой контроль осуществляет программа ImageChecker, которая способна проверять сканы не только анализов на рак шейки матки, но и при маммограммах, диагностике рака прямой кишки, биопсиях простаты и молочных желёз.

А куда айболитов?

Технологический прогресс неизбежно приводит к вопросу: останется ли в медицине место для врачей и какой будет их роль? Медики, исключая неумех, смотря в будущее на удивление спокойно. При использовании роботов, диагностических компьютерных программ медицинская помощь станет лучше, однако пациенту важно и участие, сочувствие, сострадание. К тому же высокие технологии всегда будут нуждаться в человеке, контролирующем систему. Но не все врачи переживут эту технологическую революцию. Выживут только самые высокопрофессиональные.

Будущее медицины сегодня рисуется так: диагностировать пациентов будут системы искусственного интеллекта, они же подскажут оптимальное лечение. Врачу остаётся только сделать пациенту инъекцию с соответствующим образом подобранными микророботами. И всё же выздоровление будет зависеть не только от безупречно подобранной терапии, но и от врачебной эмпатии – умения найти контакт с пациентом и внушить ему надежду на благополучный исход.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам **BMJ** и **Lancet**.

Деньги

Состоятельные иностранцы отчасти способствуют подавлению рецессии на лондонском рынке платных медицинских услуг. Так, зарубежные граждане приносят около четверти выручки частным медучреждениям Лондона. В ряде лечебных организаций эта доля доходит до 40%.

Согласно оценке экспертов, ежегодный прирост рынка платных медицинских услуг в Лондоне в течение последних 10 лет составляет 9%. В 2015 г. общая выручка может достичь 1,5 млрд

Зарубежные вливания в отрасль

фунтов стерлингов (2,2 млрд долл.). Предстоящий подъём рынка объясняется интересом зарубежных пациентов к дорогостоящей и сложной терапии, которую предоставляют частные лондонские клиники.

Также состоятельных больных привлекают максимально комфортные условия размещения и услуги переводчиков. Многие ближневосточные страны

оплачивают своим гражданам лечение за рубежом в случае, если необходимые операции невозможно получить на родине. Наибольший приток пациентов в частные клиники Лондона наблюдается из России, ОАЭ, Катара и Кувейта. Ежегодно число иностранцев растёт на 5-10%.

Стоимость предоставляемых услуг также увеличивается: операции по пересадке костного

мозга или эндопротезирование тазобедренного сустава оцениваются в 90-130 тыс. фунтов стерлингов. В результате за сутки обслуживания одного пациента больницы Лондона получают порядка 3,5-4 тыс. британских денег. По сравнению с лечебными учреждениями в других частях Великобритании лондонские клиники находятся под меньшим давлением На-

циональной системы здравоохранения, которая выступает за проведение низкомаржинального лечения.

Что же до нашей страны, то, по данным Счётной палаты РФ, в 2014 г. объём платных медицинских услуг в России увеличился на 20%.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению **Financial Times**.

Диета

Сладкая правда

Врачи начинают антисахарную кампанию

Группа известных врачей из США, Великобритании и Канады объявила войну сахару. Создана организация Action on Sugar, цель которой – предостеречь население об опасности высокого содержания сахара в пищевых продуктах, так как добавка сахара иногда не афишируется производителями.

«Сахар – это табак нашего времени» – утверждают врачи, как и то, что уменьшение скрытых добавок к пищевым продуктам поможет остановить эпидемию ожирения. По мнению ведущих врачей, эпидемию возможно остановить или даже обратить вспять уже через 5 лет.

Медиков вдохновляет успех сходной кампании в отношении соли. С 2001 по 2011 г. потребление соли снизилось на 15%, и благодаря этому смертность от инсультов и инфарктов сократилась минимум на 6 тыс. в год. Было сэкономлено 1,5 млрд фунтов стерлингов. Эксперты подтверждают: если крупные производители уменьшат содержание сахара в своей продукции на 20-30%, эпидемия ожирения перестанет нарастать.

Между тем сладкая еда и напитки особенно опасны для детей. «Циничная индустрия, которую интересует нажива, а не здоровье людей, повсюду навязывает сладкие напитки и фастфуд неосведомлённым родителям и детям», – отмечает эпидемиолог Саймон Кейпуэлл. По оценкам этого эксперта, эпидемия ожирения обходит Великобританию более чем в 5 млрд фунтов в год, без малого две трети взрослых и более четверти детей в Англии имеют лишний вес.

Специалисты по ожирению рату-

ют за снижение содержания сахара в продовольствии на 30%. Врачи уверяют, что массовый потребитель не ощутит этого снижения, но количество потребляемых калорий уменьшится (на 100 ккал в день, если постепенно снизить содержание сахара на 20-30%).

Пищевая индустрия спорит с экспертами. «Сахар, как и любое другое питательное вещество, которое потребляется в рамках разнообразного и сбалансированного рациона, не вызывает ожирения. Для проблемы ожирения не существует простого или единственного решения», – заявила Food and Drink Federation. Содержание сахара указано на этикетках, добавили производители. Кардиолог Асим Малхорта возражает: «У сахарных

добавок нет питательной ценности, организм вообще не нуждается в добавочном сахаре».

Врачей тревожит «необъявленное присутствие» сахара в пищевых продуктах: например, в 330-граммовой банке «кока-колы» – 9 чайных ложек сахара, в одном из полуфабрикатов Sharwood (курица с рисом в сладко-кислом соусе) – 6, в банке томатного супа Heinz – 4.

Когда 3-летний ребёнок будит ночью мать, дико вращая глазами и щёлкая языком, требуя фруктовый сок, это похоже на наркотическую ломку, считают эксперты. «Какой же это печальный момент в жизни родителей, когда они осознают, что вырастили наркомана!» – говорят они.

Кстати

Гарвардский микробиолог Льюис Кентли, один из ведущих исследователей рака, опубликовал статью под названием «Ф» значит «фруктоза» и «толстый» («F» stands for fructose and fat). Теперь он сам избегает фруктозы (кроме той, что содержится во фруктах) и пытается найти хлопья для завтрака, где сахар не занимал бы второе место в списке ингредиентов.

Новость, что ВОЗ собирается снизить рекомендуемый уровень потребления сахара с 10 до 5 чайных ложек в день, обрадовала противников сладостей. Но навязать эту норму маленьким детям, которые уже привыкли к сладкому, оказалось не так просто.

Современный стиль питания – это сплошное объедание сахаром. Таково мнение английских исследователей. В 1704 г. британцы потребляли 1,8 кг сахара в год на человека, а сегодня 0,7 кг – в неделю. «Если ты делаешь сэндвич с курятиной, учти, что сахар содержится в жареной курочке из Tesco и цельнозерновом хлебе Novis, а если пойдёшь в ресторан, шеф-повар насыплет сахару чуть ли не во все блюда», – предостерегают они.

У новых выводов ВОЗ есть и политический аспект. Некоторые учёные находят прямую связь между сахаром и раком или болезнью Альцгеймера. Раньше так считало меньшинство, но появляется всё больше доказательств в пользу этой точки зрения.

Выводы

Довольны ли вы жизнью?

От этого зависит, как вы принимаете решения

Психологи пришли к выводу, что по манере принятия решений людей можно разделить на две категории. «Максималисты» стараются не спешить и рассмотреть широкий спектр вариантов, прежде чем сделать выбор. «Достаточники» склонны незамедлительно останавливаться на варианте, отвечающем минимальным критериям.

«Максималисты» хотят иметь всё самое лучшее. «Достаточники» хотят иметь то, что достаточно хорошо», – говорит Барри Шварц, преподающий психологию в колледже Суортмор (Пенсильвания), автор книги «Парадокс выбора». Шварц разработал тест, который поможет узнать, «максималист» вы или «достаточник». Большинство людей – что-то среднее между первым и вторым, отмечает автор. Человек может принимать одни решения как «максималист», а другие – на манер «достаточника».

Шварц и его коллеги проследили за судьбой 548 студентов выпускного курса, искавших работу. Оказалось, что «максималисты» нашли более перспективную работу. Их зарплата на стартовом

уровне была в среднем на 20% выше, чем у «достаточников», но сами они были меньше довольны своими рабочими местами.

Чем старше человек, тем меньше вероятность, что он максималист. Шварц также даёт совет парам, которые должны принять общее решение: в большинстве случаев пусть выбирает тот, кто больше всего переживает за результат. Если «максималист» парализован нерешительностью, пусть выбирает «достаточник». В любом случае супругам следует обсудить решение и совместно отобрать самые желательные варианты.

А ты кто такой?

Поставьте себе оценку – от 1 до 7 баллов – в зависимости от того, в какой мере вы согласны с утверждениями. Чем выше балл, тем ближе вы к образу максималиста, и наоборот.

1. Даже если моя нынешняя работа меня вполне устраивает, я поступаю благодарно, подыскивая что-нибудь получше.
2. Слушая радио, я часто переключаюсь на другие станции – вдруг там передают что-то поинтереснее?
3. Когда я смотрю телевизор, часто переключаю каналы, даже

если пытаюсь смотреть конкретную передачу.

4. Отношения – всё равно что одежда: надо много перемерить, прежде чем найдёшь свой идеал.

5. Мне нелегко выбирать подарки в магазине.

6. В видеопрокате всегда мучаюсь: не могу выбрать самый лучший фильм.

7. В магазине мне нелегко найти одежду, которая мне понастоящему нравится.

8. Обожаю списки лучших фильмов, лучших спортсменов и т.п.

9. Писать, даже обычное дружеское письмо, – нелёгкая работа: правильные слова подобрать так трудно.

10. «Любить – так королеву, воровать – так миллион».

11. Оказавшись перед выбором, я пытаюсь вообразить все варианты, даже те, которые в данный момент недоступны.

12. Часто фантазирую о жизни, очень непохожей на ту, которой я живу сейчас.

13. В любом деле я ставлю перед собой самую высокую планку.

При любом результате не расстраивайтесь. Жизнь учит нас, что всякий результат – это почти всегда достаточно хороший, поясняет Шварц.

Однако

В 2010 г. финские водолазы подняли в районе Аландских островов 168 бутылок шампанского Veuve Clicquot – «Вдова Клико». Считается, что затонувший 170 лет назад груз направлялся в Санкт-Петербург. Не так давно, через четыре года, группа исследователей под руководством профессора Филиппа Жанде из Университета Реймса провела «химический и сенсорный анализ» напитка. Инициаторами стали наследники бизнеса той самой вдовы Клико.

Столь долгое послевкусие

Анализ «Вдовы Клико» со дна Балтийского моря

Учёных (среди которых были и медики) интересовало присутствие в нём необычных химических соединений, а также те процессы, которые происходили в вине за долгие годы, пока бутылки находились в холоде и темноте на дне моря. Профессор Жанде и его коллеги использовали разные типы химического анализа для сравнения состава шампанского «Вдова Клико» с затонувшего корабля и вина, недавно выпущенного тем же производителем.

Оказалось, что это шампанское в целом сохранило свои вкусовые качества, хотя на современный вкус оно не выдерживает сравнения с лучшими марками аналогичных вин. Оно содержит меньше алкоголя, вероятно, в силу более холодного климата в Европе в XIX веке и, соответственно, меньшего содержания сахара в винограде. В нём сильнее ощущается содержание сернистых соединений из-за применения медного купороса в качестве фунгицида.

Исследователи обнаружили в вине необычно высокое содержание сахара – выше, чем в большинстве современных десертных

вин, – и следы мышьяка. «Углекислого газа в напитке осталось меньше чем 2 г на литр. Если сравнить с привычным нам шампанским, уровень CO₂ в бутылке там составляет приблизительно 10-11 г на литр», – сказал профессор Жанде.

По его словам, насладиться запахом и вкусом вина ему не удалось из-за крошечного количества напитка, которое было предоставлено для анализа. «Однако это было прекрасно – просто попробовать эту «каплю», – говорит он.

Жаль, что авторы исследования не удосужились поинтересоваться мнением о вкусовых качествах антикварного шампанского у водолазов, извлёкших бутылки на поверхность. Те-то отведали его много больше специалистов – аж две бутылки! Говорят, случайно на палубе «самораскупорились», и ничего другого не оставалось, как дегустировать. В целом оно понравилось, хотя ожидали, что оно превратилось в уксус. Но про химический и сенсорный состав молчат. Не распробовали?

Несколько найденных бутылок были проданы на аукционе ещё в 2011 г. за десятки тысяч евро.

Ну и ну!

Свободу Геркулесу



Суд в США временно признал за двумя шимпанзе по кличке Геркулес и Лио, находящимися в исследовательской лаборатории фармацевтической компании, право на habeas corpus – право арестованного быть доставленным в суд для пересмотра решения о мере наказания. До сих пор этим правом пользовались исключительно люди.

Согласно принципу habeas corpus, власти – в данном случае исследовательский институт – должны продемонстрировать, что содержание человека (в данном случае шимпанзе) соответствует

закону. Судебный процесс инициировала организация защиты животных Nonhuman Rights Project (NhRP), которая требует, чтобы шимпанзе были вызволены из неволи и переселены в приют для приматов во Флориде.

Адвокаты должны убедительно доказать необходимость продолжения заключения обоих шимпанзе в университетской исследовательской лаборатории. Если им не удастся этого сделать, суд, возможно, даст обезьянкам свободу. Это, в свою очередь, может привести к освобождению огромного числа животных из американских лабораторий.

Подготовил Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам Independent, PNAS, The Wall Street Journal.

Живая история

Семь десятилетий отделяют нас от той даты, когда отгремели последние залпы гигантских сражений и знамя Победы было водружено над рейхстагом. Зарубцевались тяжёлые раны на теле земли, но никогда из памяти народной не изгладятся те страшные утренние часы 22 июня 1941 г., когда гитлеровский фашизм приступил к осуществлению своей чудовищной цели.

Все мысли бывших фронтовиков, доживших до наших дней, – а их, к большому сожалению, с каждым днём остаётся всё меньше – снова и снова возвращаются к тем незабываемым 1418 героическим дням войны, каждый из которых залит кровью наших солдат, полон невиданного труда и нечеловеческих усилий тех, кто ковал эту Победу в тылу.

Готовятся к юбилею и наши ветераны – защитники Сталинграда. Во всех учебных заведениях города-героя Волгограда и области проходят встречи с ветеранами Великой Отечественной войны, проводятся уроки мужества в школах. Ветераны рассказывают подрастающему поколению, как они рвались добровольцами на фронт, иногда прибавляя к своему возрасту годик-другой. Рассказывают о жестоких боях за наш город, о пленении фельдмаршала Паулюса, как было тяжело на Курской дуге и других плацдармах, как ходили в штыковые атаки. Рассказывают о том, что вера в нашу Победу придавала силы для разгрома врага.

– Наш коллектив Волгоградского клинического госпиталя ветеранов войн тоже готовится достойно встретить великий праздник, – рассказывает начальник госпиталя Олег Кириллов. – В феврале этого года в актовом зале у нас развернулась выставка картин волгоградской художницы Ирины Тур под символическим названием «Мир вашему дому». На своих полотнах она представила и весенний Волгоград с цветущей сиренью, и жизненный уклад казаков.

Большой интерес у пациентов госпиталя – наших ветеранов, вызывая написанные маслом портреты земляков – ветеранов

Приказ: к юбилею Победы – быть в строю

Общение с ветеранами обогатило души молодых



Идёт закладка Сада Победы

Великой Отечественной войны, среди которых кавалер пяти орденов Красной Звезды Василий Силантьев, Герой Советского Союза Михаил Теплов и другие. С помощью музея-панорамы «Сталинградская битва» в холле актового зала воссоздан ин-

терьер вагона-теплушки военного периода. В нём есть и солдатский сундучок, и ящики от боеприпасов, и солдатская кружка. Рядом под стеклом находятся фотопортреты ветеранов Сталинградской битвы, копии исторических документов Верховного главнокомандующего.

– Посмотришь на всё это, – говорят ветераны, – и в сознании всплывают эпизоды своей молодости на войне, столько лет прошло, а кажется, это было совсем недавно.

– В канун 9 Мая, – продолжает Олег Кириллов, – мы планируем

открыть на территории госпиталя памятный знак врачам, принимавшим участие в Сталинградской битве, которые в тяжелейших условиях военного времени сумели вернуть в строй почти 90% раненых.

– Очень важным событием последних дней, – продолжил он далее, – была акция закладки на прилегающей к госпиталю территории «Сада Победы». В посадке около 200 саженцев туи, можжевельника, боярышника, сирени, рябины приняли участие волонтеры – студенты волгоградских вузов, школьники и, конечно, наши уважаемые ветераны. Во время этого мероприятия было много общения, приподнятого настроения и фотографий с ветеранами. После в холле актового зала за дружеским чаепитием ветераны опять много общались с подрастающим поколением, и такое событие надолго запомнится молодым участникам.

– Мы закладываем «Сад Победы» в год 70-летия Великой Победы и 70-летия образования госпиталя, – отметил в заключение председатель городского совета ветеранов и председатель общественного совета госпиталя Александр Струков. – Такие акции, я уверен, имеют большое значение для воспитания молодёжи – школьники и студенты совместно с ветеранами делают наш город красивее.

Александр КУЗНЕЦОВ,
соб. корр. «МГ».
Фото автора.

Грани

Вспоминая дни Великой Отечественной войны и участие в ней медицинских работников, мы, как правило, говорим о врачах и медицинских сёстрах. Но есть ещё одна категория медицинских работников – военные санитарки. В юбилейные годы Победы нам следует вспомнить этих военных тружениц, которым выпала тяжёлая доля, такая же, как и врачам и медсёстрам, – отступать и наступать, быть под обстрелом и бомбёжками, да и самим получать ранения. Но именно они первыми принимали в свои руки искалеченных ранами людей в беспомощном состоянии и обращались с ними, как с малыми детьми. Это больше чем просто тяжело.

Пусть это маленькое воспоминание о них будет запоздалой благодарностью от тех, кто прошёл через их руки.

Годы бегут быстро, но в памяти они оставляют свой след. Порой это впечатанные в память трагические дни войны, которые коснулись каждого из нас, а порой это обыденные события жизни, не оставляющие следа.

Говорят, время лечит. Но это не так. Время не лечит, оно залечивает. Так и память. Всё, что было, помнится, но всё это спрятано на дне твоей памяти. Порой достаточно одного слова, чтобы всколыхнуть её, и всплывёт на поверхность всё то, что было с тобой, и вернёшься ты в свои молодые трагические годы, хотя обратной дороги туда нет.

В военной повести В.Астафьева «Звездапад» есть щемящие память

Родненькие

С благодарностью всем военным медикам

строки о тех, кто переживал написанное им. В этих строках описана и госпитальная жизнь, и чистая юношеская любовь, и трагическое расставание двух любящих сердец. Это не может не тронуть. И в моей жизни были и война, и госпиталь, правда, без истории военной любви и расставания.

Тронуло меня и разбудило память совсем другое. Одно слово этой повести – «родненький», с которым сердобольные медики обращались к тяжелораненым.

Я слышал это слово, обращённое и ко мне, и к другим тяжело пострадавшим в боях. Услышишь ли его в нашей постоянно торопящейся суматошной жизни? Но во время войны оно приобретало совершенно другой смысл. В нём было и чувство сострадания, которое давало тебе, помощнику в результате тяжёлого ранения, ощущение родного дома, которого ты давно не видел, и казалось тебе, что произносит это жалостливое слово твоя мать. А произносила его чаще всего пожилая женщина, которая видела-перевидела и не таких, как ты, раненых, да и у самой наверняка было какое-нибудь

горе, ведь у кого его не было во время войны.

Кто думал тогда о том, кем были эти женщины для нас, молодых. Все они были в белых халатах, а видели мы в них надежду: теперь всё уже будет хорошо. А работа у них была не сказать тяжёлой, а неподъёмной. Раненый солдат прямо с передовой попадает в санбат, затем в полевой госпиталь, а уж потом в стационарный госпиталь. Всё зависит от тяжести ранения. Солдата нужно раздеть, отмыть от фронтовой грязи и запёкшейся крови, да так, чтобы не повредить раны, подготовить к операционному столу. Вот этим и занимаются сердобольные санитарки. От них ты и услышишь впервые слово «родненький». А ты ещё молодой и стесняешься себя раздетого, здоровой рукой пытаешься закрыть то место, которое ты ещё никому не показывал. Но у этих простых женщин хватало такта сделать вид, что они этого не замечают, и они молча заканчивали свою работу. А как они вдвоём положили тебя – лежачего раненого – в ванну, а потом вытащили из неё?! Это вопрос из личного опыта.

Но «родненьким» для медсестёр теперь уже будешь ты. Это категория ангелов-хранителей. И будет это до тех пор, пока ты не перестанешь быть тяжёлым больным. А что, разве мы, хотя этого и не говорили, не считали всех медиков «родненькими»?

Слово «родненький» исчезает из нашей речи. Оно несёт в себе не только радость, но и печаль. Сейчас его разве что можно услышать в далёких сёлах, на погостах, когда провожают в последний путь. Уходит «родненький» – уходит и прожитая жизнь, и прожитая любовь.

Слово «родненький» случайно возникло в калейдоскопе моей памяти и заставило вспомнить всё. Мы, кто прошёл через руки этих санитарок и медсестёр, помним их, хотя лица и имена стёрлись из памяти. Проведя в госпитале несколько месяцев, и я, и другие тяжелораненные уже по-семейному называли всех медсестёр по именам.

Госпитальные хирурги – это отдельная статья. Именно они порой из изувеченного тела восстанавливали человека, их работа оставалась «за кадром». В операционную

раненых привозили и быстро освобождали место следующему. В такой ситуации не важно кто ты, главное – что и как сделать. Может быть, кто-нибудь знает и помнит имя хирурга, который помог ему остаться в живых, а многим и вернуться вновь в строй. Но что касается меня, то я был в руках не одного хирурга, но не видел их лиц и не знал их имён.

Помню лицо только одного врача. После многочисленных осколочных ранений от головы до ног, ожога лица и ранения глаза я не мог видеть несколько дней. Впервые увидел свет уже в стационарном госпитале на перевязке. И в этом свете было лицо хирурга – монголоидного типа. Мне кажется, если бы вернуть то время, я узнал бы его. Это именно он удалил из моего глаза три маленьких осколка. (Но, как оказалось, был и четвёртый, который дал о себе знать спустя 36 лет и который удалили уже в институте, где я тогда работал. Война оставляет после себя долгую память.)

И врачи, и медсёстры, и санитарки в невероятных условиях войны делали своё благо профессиональное дело, не забывая о милосердии. Именно благодаря им многие из нас смогли вновь вернуться на фронт. Вернулся и я.

Так кто же для кого, на самом деле, был «родненьким»?

Вадим ЦУМАН,
гвардии младший сержант,
инвалид Отечественной войны
(военные награды – орден
Отечественной войны I степени,
две медали «За отвагу»
и ещё 14 медалей),
хирург, заслуженный врач РФ.

А ещё был случай

Меня, 7-летнего, вывезли из блокадного Ленинграда в 1942 г. Находясь в эвакуации в Кировской области, в 1944 г. я заболел малярией и оказался в сельской больнице в 4-местной палате. То ли больных не было, то ли болезнь заразная, но лежал я один. Ухаживала за мной нянечка, она всегда была со мной, бодрствовал я или только просыпался.

Как протекает малярия? Неожиданно тебе становится холодно. Нянечка подтыкает одеяло со всех сторон – лежишь, как кокон. Холод усиливается. Тогда она берёт одеяла с каждой из трёх кроватей и укутывает меня. Это не помогает. Я весь дрожу. Нянечка начинает последовательно снимать с кроватей подушки. Гора из подушек и одеял надо мною растёт, но и это не даёт результата – озноб продолжается. В дело идут матрасы. Когда на меня ложится первый – я ещё чувствую, но где-то между вторым и третьим тёплая волна со стороны ног начинает надвигаться на меня, и я отключаюсь от реального мира.

Не знаю, сколько часов, дней, ночей я в забытии... и вот я просыпаюсь. Весь мокрый от пота, задыхаюсь от тяжести, согревавшей меня. Нянечка разбирает сложенные горкой подушки, матрасы и одеяла, обтирает меня, меняет «ночнушку», подтягивает к изголовью кровати, усаживает, подложив мне под спину подушку.

Потом я высовываю язык, и она кладёт на него таблетку хинина (ощутить, что это за горечь, можно, если пожевать стебелёк полыни). Запиваю лекарство кружкой молока, которая дрожит в моих руках.

Не знаю, что я делал до следующего приступа, но врачи констатировали, что я «таю».

Но, как воины Ленинградского фронта и ленинградцы не сдали город, так и врачи маленькой сельской больницы не могли «сдать» ленинградца. И, как на фронте, когда нет сил сражаться, кончились патроны и снаряды, бойцы, не желая

Малярия



сдаваться, вызывают огонь на себя. Сродни такому проявлению мужества поступили и мои врачи. Как огонь на себя, был вызван военврач с фронта. А это был 1944 год. Страшный год. Бои гремели от Чёрного моря до Балтийского. Десять сталинских ударов. И первым был освобождён от блокады Ленинград. Рисковали врачи? Да, рисковали. Представьте себе, если бы военспец сказал: «Лечение неправильное!» И им бы пришлось отвечать по законам военного времени. Но они пошли на этот шаг!

И вот однажды, когда я был в сознании, за дверью палаты послышалось приглушённое многоголосье. Вошёл высокий военный, как говорится «косая сажень в плечах», остановился в 2-3 шагах от меня. Разгля-

дываю его во все глаза. Одет «по-сталински»: высокие чёрные сапоги, брюки-галифе, китель. Халат на плотной фигуре не сходится. Справа видны ордена, ордена, ордена, слева – медали, медали, медали, они колыхнутся, переливаются, заворачивают.

За спиной военврача в тричетыре ряда фронтом ко мне по всей длине палаты выстроилась вся больничная рать. В последнем ряду, чуть левее головы военврача вижу бледное лицо моей нянечки.

У кровати со стороны моих ног вижу кусочек белого халата, как косой парус, и гиб слоёв бумаг, типа книжки, вероятно, это была история моей болезни в руках лечащего врача.

Звучит приглушённый голос. Книжка дрожит. Вот он замол-

кает, и устанавливается такая тишина, что если бы пролетела муха, это было бы воспринято, наверное, как старт реактивного самолёта.

Томительная пауза. И вот военврач произносит: «Помочь мы ему не в силах. Он спасётся сам,

когда вернётся в собственное болото».

Что было дальше, не помню. Первая послевоенная зима 1945-1946 гг. Мы с мамой возвращаемся из эвакуации в Ленинград. В Вологде у меня снова приступ малярии. Стационарный врач осматривает меня прямо в вагоне и говорит моей маме, глядя на меня: «Вы его не довозёте. Надо срочно поместить мальчика в больницу!»

Слышу мамин ответ: «Будь что будет, он поедет со мной!» и подписывает отказ от госпитализации.

Это был мой последний приступ малярии.

Валентин КУЗЬМИНСКИЙ,
ветеран Великой
Отечественной войны.

Санкт-Петербург.

Сокровенное

Максим СТРАХОВ

Расслышать счастье

Мне не найти пространство слов, не уловить в полёте точность... Как неустанный птицелов силков испытываю прочность, пытаюсь в просини небес, в движенье белых каруселей, держа мечту наперевес, вдохнуть дыхание апреля. Унять непрожитость пути... И расстоянья невозможность в словах и отзвуках возрастить, чтоб стих пролился осторожно... Пусть растечётся ширию ручьём, прозрачной истины причастья, чтоб мы единожды вдвоём смогли расслышать наше счастье...

* * *

В подвалах людского горя, в проулаках чужой беды нет смысла в бездарном споре, настроенном на лады каких-то отдельно взятых, в пример возведённых нам, как правда шальных десятых, как исповедь анаграмм, в которых читай другое, в которых иной подтекст, где станет герой изгоем, где завтра – под шифром пехт. Искать в разудалой злости останки надежды на... Не стоит. Оставьте. Бросьте. Распроданная война. Уплачены гонорары. Исчерпан давно аванс... И воют опять радары. Пылают в ночи гектары. И залповые удары забрали последний шанс...

* * *

Прокрался в утреннюю хмарь пугливый луч весенней страсти, не вопрошая календарь и не вникая белой власти... Шмыгнул в позёмку стылой мглы и продрожал случайным звоном по дну озёрной пиалы, по кромке ветхого понтона... И, отразившись в свете полунемного межсезонья, блеснул в душевной пустоте стихами на моей ладони...

ОБ АВТОРЕ. Максим Страхов, сердечно-сосудистый хирург, член Союза российских писателей и Союза журналистов России, автор 4 книг, лауреат литературной премии им. М.А.Булгакова «МГ» в 2010 г. Живёт и работает в Твери.

Венг. физик				... нова, да в подоле дыра		Город, Псков. обл.	СКАНВОРД										Н. Кински, фильм				Анти-депрессант		Родственник куницы
	Англ. полярник	Отрешённость	Урон				Форма безнал. расчётов								Глава аргонатов	Врач ... Аддисон	Мусул. правитель		Обувь из лыка		Река, Кения		
				Жук	Бунин, рассказ	Окси-метазолин		Хвойное дерево	Турнепс	Святая ...			Съедобные клубни			Англ. единица массы							
	Противоопухолевое	Араб. историк и географ	Македонский							Соль щавелевой кислоты									Однажды				
			Порт на Дону	Потом (прост.)		Также	Ткань с рубчиками					Сколия			Город, Томская обл.								
	Писательница ... Украинка	Повесть И. Крылова						Худож. речь		"Золотой ..." Д. Лондон	Деньги, Киргизия	Румынская флейта	Наследственность						Нем. грузовик				
				Каркас				Член религ. ложи															
	Толстый малыш	Итал. фармаколог						Колочая самка		Япон. писательница													
Автор Валерий Шаршуков	Монтан			Франц. живописец				Снежный гриф															

Э К Е Т Ч П А Р Н А С А Н
 М А Н Н А И Я Т И К Е Б А Н А Е Т
 Е Ц Д И Б А З О Л Л С С П И Н А
 Д Р Е Й К Е В Я Р Ц Е В О С Т О И Т У Б А
 О Ф А Н Т У А Н У Щ У К А Е Д У Б Л Е Т
 К Р А П О Э Э Д А Л К А Р Д А Н Я К И
 С Л О С А Д А Л А Г К О Т
 Б И О Л О Г Т Ы Л А Г А М И
 Т А В А Л Ь И Т Р Н О Н

Ответы на сканворд, опубликованный в № 31 от 29.04.2015.