

Медицинская

24 октября 2014 г.
пятница
№ 80 (7505)

Газета®

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

В центре внимания

В повестке встречи — здоровье народа

Об этом шла беседа Владимира Путина и Вероники Скворцовой



О деятельности Минздрава России, итогах работы за истекший период 2014 г. информировала в ходе рабочей встречи Президента РФ Владимира Путина министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. Отдельно обсуждалось формирование бюджета сферы здравоохранения на 2015-2016 гг.

«У нас полностью сбалансирован бюджет на 2015 г. и практически полностью на 2016 г., — заверила Президента В.Скворцова. — Увеличивается финансирование Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи более чем на 306 млрд руб., это 18%, и подушевой финансовый норматив на каждого гражданина страны — на 15,4%, а в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования — более чем на 18%.

У нас есть, таким образом, все ресурсы для того, чтобы выпол-

нить задачи, поставленные в Государственной программе развития здравоохранения, и выполнить поручения, связанные с увеличением объёма высокотехнологичной медицинской помощи. Мы уже на сегодняшний день увеличили число граждан, получающих такую помощь, по сравнению с прошлым годом, на 32 тыс. На будущий год мы выйдем на 650 тыс., год назад это было всего 506 тыс. И в 2016 г., так, как вы и поручали, мы выйдем на 750 тыс. граждан, увеличив объём в 1,5 раза от базы 2013 г.

Параллельно у нас есть ресурсы для того, чтобы выполнить указы по повышению заработной платы медицинских работников. Уже по результатам первого полугодия текущего года у нас средняя зарплата врачей возросла до 45 тыс. руб., это примерно 143% от средней по экономике, по среднему медицинскому персоналу — 26 тыс. руб.,

это примерно 83% от средней по экономике.

Что для нас очень важно — существенно уменьшилась вариативность заработных плат у специалистов одного профиля, занимающих схожую должность.

Хотелось бы также отметить, что во всех регионах страны существенно уменьшилось отклонение от нормативной стоимости той или иной медицинской услуги. Это, собственно, является результатом достаточно напряжённой двухгодичной работы».

«Имеется в виду стоимость для ОМС?» — поинтересовался В.Путин.

«Да, — ответила В.Скворцова. — Если в 2011 г. у нас в 34 регионах отмечалось отклонение от норматива оплаты более 50% и в 33 регионах — от 20 до 50%, то в этом году не осталось ни одного региона, где бы отклонение превышало 50%».

(Окончание на стр. 3.)

Дежурный по номеру: Виктор ПОЛЯКОВ

Основатель кардиохирургического центра Самарского областного клинического кардиологического диспансера, профессор кафедры кардиологии и кардиохирургии Института последипломного образования Самарского ГМУ, почётный гражданин Самары, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ.

Стр. 13.



Проекты

Если ребёнок тяжело болен

Усилить социальную защищённость родителей тяжелобольных детей позволит закон, предусматривающий выплату таким родителям пособия по временной нетрудоспособности на 3 года дольше — до 18-летнего возраста их ребёнка. Законопроект одобрен комиссией Правительства РФ по законопроектной деятельности и после рассмотрения кабинетом министров будет направлен в Госдуму РФ.

Разработанный во исполнение поручения Президента России № Пр-1464 от 21.06.2014 (подпункт «б» пункта 1) Минтрудом России законопроект позволит в случае его принятия сохранить, прежде всего для работающих женщин, возможность трудовой деятельности при необходимости ухода за тяжелобольным ребёнком (детьми-инвалидами; ВИЧ-инфицированными; с заболеваниями, связанными с поствакцинальным осложнением; при злокачественных образованиях).

Действующим сейчас Федеральным законом «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» установлены особые гарантии по выплате пособия по временной нетрудоспособности застрахованным в случае ухода в период лечения тяжелобольного ребёнка в

амбулаторных или стационарных условиях в возрасте до 15 лет.

А одобренный правительственной комиссией законопроект «О внесении изменений в статьи 6 и 7 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статью 21 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» предусматривает увеличение срока выплаты пособий по временной нетрудоспособности застрахованным до 18-летнего возраста. То есть врач получит право выписывать родителям таких детей «больничный» на 3 года дольше, что позволит обеспечить необходимый уход за ними.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Ситуация

Отвести угрозу

Усиление санитарно-карантинного контроля на границе — лишь один из основных вопросов, обсуждавшихся на совещании по ситуации и мерам, принимаемым в связи с эпидемией лихорадки Эбола в Западной Африке, которое провёл в подмосковных Горках председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

Для выявления вируса в российских аэропортах дополнительно установят специальное оборудование, сообщила

пресс-служба Правительства РФ. Кроме того, отметили здесь, на совещании рассмотрены организация и медицинские методы борьбы с распространением лихорадки, подготовка кадров медработников, разработка вакцин и средств экстренной профилактики лихорадки Эбола.

В совещании приняли участие заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, министр здравоохранения РФ Вероника

Скворцова, руководитель Роспотребнадзора Анна Попова и заместитель руководителя аппарата Правительства РФ Нелли Найговзина.

Глава Роспотребнадзора доложила председателю правительства о работе российской специализированной противоэпидемической бригады в Гвинее, которая была направлена в эту страну в августе.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

СЕГОДНЯ В «МГ»

Есть вопрос эксперта по преобразованию московского здравоохранения. Будет ли ответ?

Стр. 5

Уникальный пилотный проект «Детская хирургия» в Первом Меде

Стр. 10

Георгий Таварткиладзе — о реализации программы кохлеарной имплантации

Стр. 11

Почему врачи не боролись за жизнь М.Лермонтова?

Стр. 14-15

Новости

Призыв к трезвой жизни

Муниципальное автономное учреждение «Зеленодольский центр по оказанию помощи лицам в состоянии тяжёлого опьянения» создано на территории Зеленодольской ЦРБ. Об этом сообщила пресс-служба Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

Нужно отметить, что данное учреждение – первое в республике, появившееся после массового закрытия вытрезвителей в России в 2011 г. В Минздраве республики сообщили, что «центр вытрезвления» представляет собой здание, на строительство которого потрачено около 5 млн руб. из средств муниципального бюджета.

Также стоит напомнить, что в рамках борьбы с алкогольной зависимостью группа депутатов Госдумы РФ готовит законопроект о размещении на алкогольной продукции пугающих изображений, предупреждающих о вреде чрезмерного употребления спиртного.

Народные избранники считают, что такой метод показал свою эффективность в случае с табачной продукцией и может быть весьма полезен в борьбе с алкоголизмом.

Валентин СТАРОСТИН.

Казань.

Человеку необходимо просто выговориться

Накануне Всемирного дня психического здоровья глава Республики Хакасия Виктор Зимин утвердил в должности нового главного врача Республиканского клинического психоневрологического диспансера. Им стал Александр Гладун.

Вновь назначенный руководитель РКПНД считает, что необходимо уделять особое внимание организации специализированной помощи людям с непсихотическими расстройствами и профилактике суицидов. В Хакасии, по данным Министерства здравоохранения республики, ежегодно погибают в результате самоубийств около 200 человек. Причём в большинстве это жители сельской местности.

Весной 2014 г. на базе психоневрологического диспансера открыто антикризисное отделение для оказания помощи людям, которые находятся в состоянии острого стресса или страдают от депрессии. Здесь организованы бесплатный консультативный приём психолога и работа «телефона доверия».

Услуга заочной консультации, по мнению Александра Гладуна, оказалась высоковостребована: на «телефон доверия» поступает в месяц в среднем 250 звонков. Среди звонивших есть и те, кому приходят суицидальные мысли. Благодаря работе антикризисного центра количество случаев суицида в текущем году уже сократилось на 29%.

Следующая задача диспансера – приблизить антикризисную психологическую помощь к жителям села, а именно открыть в районах республики специализированные консультативные кабинеты.

Елена БУШ.

Абакан.

Отнюдь не слабые слабоалкогольные...

В городе Жуковский прошла Московская областная научно-практическая конференция, посвящённая Всемирному дню трезвости и борьбы с алкоголизмом. Конференцию организовали Минздрав Московской области, областной Центр медицинской профилактики, отдел по здравоохранению администрации Жуковского. В этом году особое внимание уделено злоупотреблению пивом и слабоалкогольными напитками.

Перед участниками конференции выступили заместитель главного врача городской клинической больницы Жуковского С.Антипенков и заместитель главного врача Московского областного центра медицинской профилактики Ю.Шалагин. Также в работе конференции приняли участие заместитель главного врача Московского областного наркологического диспансера А.Дмитриев, главный нарколог городского округа Жуковский А.Скляренко и другие.

В прозвучавших на конференции докладах наркологов речь шла о ситуации с алкоголизмом в Подмоскovie и Жуковском, о профилактике потребления алкоголя среди подростков. Сопредседатель молодёжной организации «Молодёжь за трезвую столицу» Е.Чернов говорил о тех мифах, которые окружают алкоголь и провоцируют легкомысленное отношение к нему.

Благочинный Жуковского церковного округа, настоятель храма Святого великомученика и целителя Пантелеимона, протоиерей Н.Струков рассказал о помощи людям, страдающим алкоголизмом, достигшим вследствие своего пагубного пристрастия дна общества.

Надо отметить, что конференция вызвала большой интерес не только у медицинских работников, в зале было много учащих образовательных учреждений городского округа Жуковский.

Максим ОВЧАРЕНКО,
врач-методист филиала по медицинской профилактике
клинического центра восстановительной медицины и реабилитации
Московской области.

Жуковский.

Необычные метеоусловия

Москвичи упорно жалуются на сильный запах гари, несмотря на осадки и холодную погоду. В воздухе в 20-х числах октября нет дыма. И тем не менее странный запах не исчезает и не выветривается. А с жалобами на ухудшение состояния здоровья в поликлиники обратились в этот период жители разных районов столицы – проживающие около метро «Сокол», «ВДНХ», «Коньково», «Университет». Соответственно эти непонятные явления происходят в центре города, на востоке и западе, и даже в метро.

Однако пресс-служба МЧС по Москве заявляет, что превышения оксида углерода в атмосфере не зафиксировано. При этом в ведомстве признали, что сильный запах гари чувствовался в столице 10 октября и несколько последующих дней. Сотрудники МЧС полагают, что причинами необычного запаха стали плановые сжигания сухой древесины, что необходимо для борьбы с вредными насекомыми.

Пётр ЛИСКИН.

Москва.

Сообщения подготовлены корреспондентами
«Медицинской газеты» и Медицинского
информационного агентства «МГ» Cito!

Наши коллеги

Своя жизненная дорога

В эти дни юбилей отмечает Ибрагим Магомедович Ибрагимов – один из заслуженных руководителей здравоохранения Дагестана

Сегодня Ибрагимов возглавляет Республиканский медицинский центр, главным подразделением которого является Республиканский клинический госпиталь ветеранов (РКГВ). Это лечебное учреждение можно без преувеличения назвать образцово-показательным в горной республике. Здесь трудятся 724 медицинских работника, из них 170 врачей и 256 человек среднего медицинского персонала. Квалификация сотрудников позволяет госпиталю завоёвывать призовые места в различных всероссийских конкурсах. Грамоты и дипломы – это тоже свидетельства того, как много сделал для дагестанского здравоохранения Ибрагим Магомедович.

Долгострой длиной в 11 лет!

Утром в консультативной поликлинике РКГВ всегда много пациентов. Приехавшие из районов больные, как правило, люди в возрасте. Их направили сюда на госпитализацию как в клинику, имеющую огромный опыт лечения пожилых. Но возможности у неё ограничены. Госпиталь имеет всего 240 коек, а потому не может принять всех на стационарное лечение. Возникают жалобы, уходящие в различные инстанции. Одну из них получил и глава Республики Дагестан Рамазан Абдулатипов. Он решил лично разобраться, почему нельзя взять на лечение большее число больных. Своим внезапным появлением в клинике Рамазан Гаджимурадович произвёл чуть ли не переполох. Он пообщался с людьми в очереди. После откровенного разговора Абдулатипов направился к руководителю госпиталя. Но пришёл не с выговором, а с подарком – томиком любимого поэта Расула Гамзатова. Для непосвящённых уточним, что Абдулатипов начинал свою трудовую деятельность фельдшером



К каждому ветерану нужен особый подход, слева – Ибрагим Ибрагимов

в Тляратинском районе, где главным врачом ЦРБ был Ибрагим Магомедович, ставший настоящим наставником для начинающего медика.

Прошло много лет. И вот они идут вместе по этажам госпиталя. Кое-где койки стоят прямо в коридорах и холлах. Рамазан Гаджимурадович недоволен этим и поэтому задаёт конкретный вопрос: что нужно сделать, чтобы такого больше не было?

Ибрагим Магомедович без промедления поясняет, что 11 лет назад во дворе госпиталя начали возводить пристройку, точнее – целый корпус на 100 коек. Но за это время строители так и не смогли «подняться» выше фундамента.

– А если достроить этот корпус, то хватит места всем нуждающимся в госпитализации, – уверен Ибрагимов.

(Окончание на стр. 6-7)

Акции

Тюбик пасты — в подарок

Стоматологическая поликлиника № 1 Нальчика провела среди 1-х классов средней школы № 31 профилактическую акцию «Пять ключей». Врачи-стоматологи с помощью игры разъяснили детям, как надо правильно ухаживать за зубами, чтобы избежать кариеса и сохранить их здоровыми до преклонного возраста. Каждый ребёнок получил в подарок тюбик зубной пасты и щётку.

Как рассказал главный врач этого лечебного учреждения Мурат Шарибов, подобная акция – одна из целого ряда профилактических мероприятий, которые молодые стоматологи поликлиники проводят в этой школе второй год. «Мы попытались изменить отношение детей к собственному здоровью. Первый опрос показал, что дети зачастую не имеют представления об элементарных правилах ухода за зубами, а родители не придают этому значения, пока не начнутся серьёзные



проблемы. Между тем уже в средних классах у школьников кариесом поражено сразу несколько коренных зубов, а в 15 некоторым приходится ставить коронки. Мы стали проводить уроки здоровья, рассказывали детям и родителям о болезнях, факторах риска, оказывающих разрушительное действие на зубную эмаль: сладости, курение, отсутствие ухода. Руководство школы поддержало нашу инициативу, очень помогли учителя физической культуры, которые объясняли детям на каждом уроке, что у здорового человека должны быть здоровые зубы. Но это не всё. Всех детей, у которых в начале года были выявлены заболевания зубов, наши стоматологи пролечили и проконсультировали. Новый учебный год снова начали с профосмотров и намерены продолжить работу в данном направлении!»

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Нальчик.

В центре внимания

В повестке встречи — здоровье народа

(Окончание. Начало на стр. 1.)

«Проблемы на сегодняшний день сохраняются и связаны, прежде всего, с необходимостью совершенствования вертикали управления отраслью. За последние 3 месяца мы в каждом федеральном округе провели встречи с региональными министрами и вице-губернаторами по социальным вопросам для того, чтобы предпринять вместе шаги к настраиванию вертикали управления. Сейчас в каждое юридическое лицо (медицинскую организацию) внедряем специально подготовленного человека с финансово-экономическим образованием, который проходит подготовку по единой программе, сдаёт экзамен и защищает диплом по управлению конкретной медицинской организацией, для того, чтобы уйти от самостийности на местах.

Кроме того, видоизменяем методику формирования фонда оплаты труда на местах и закупочную политику, поскольку в искажениях закупочной политики, особенно это касается лекарств и реактивов для лабораторных исследований, мы видим очень большой ресурс для повышения эффективности системы. В ряде регионов это позволит нам высвободить дополнительно около 25% средств, которые могут быть направлены на развитие технологий, повышение заработных плат, на все потребности отрасли».

Главу государства интересовал также такой, по его словам, «традиционный, тем не менее один из ключевых вопросов», как демография.

«К счастью, у нас хорошее поступательное движение, — заметила руководитель Минздрава. — Мы подвели итоги вместе с Росстатом по результатам 8 месяцев. У нас родилось на 14 тыс. новорожденных больше, чем в прошлом году за аналогичный период, умерло на 11 тыс. человек меньше, чем в прошлом году, и мы достигли прироста населения 19 тыс. человек, тогда как в прошлом году у нас была за 8 месяцев убыль на 6,6 тыс.

Особенно радует то, что уже сейчас увеличилась продолжительность жизни практически на год (0,8 года) и составила по результатам 8 месяцев 71,6, а была 70,8. Женщины перешли границу 77 лет, у них продолжительность жизни составила 77,2, у мужчин она ниже — 65,6.

Вместе с Росстатом мы провели декомпенсационный анализ, чтобы посмотреть, какие факторы в большей степени влияют на продолжительность жизни нашего населения. У мужчин на первое место вышли внешние причины, связанные, прежде всего, с употреблением алкоголя и теми несчастными случаями, которые сопряжены с принятием алкоголя. У женщин первое место разделили внешние причины и сосудистые поражения мозга — инсульты.

У нас существенно снизилась младенческая смертность, на 8,5% по сравнению с прошлым годом, и она достигла своего исторического минимума — 7,5 промилле. Фактически за два года мы нивелировали тот временный подъём, который

был связан с переходом на международные критерии. По прогнозам ВОЗ, мы должны были ещё несколько лет идти на повышенных цифрах, но всё, больше этого подъёма нет.

У нас хорошие результаты — снижение по всем основным причинам смерти: по сосудистой патологии смертность снизилась на 12%, при дорожно-транспортных происшествиях — на 10%, на 20% — при туберкулёзе. Только при онкологических заболеваниях — на 1%. Для снижения онкологической смертности необходимо раннее выявление заболевания. Поэтому здесь снижение смертности просто несколько отсрочено, и мы надемся, что с учётом того, что мы выстроили сейчас ранний скрининг в рамках диспансеризации, через полтора, два, три года дойдут эти результаты, и смертность начнёт более серьёзно снижаться».

«Внимание к этим проблемам надо всё равно держать на самом высоком уровне и постоянно отслеживать все эти процессы, влиять на них, тем более что инструменты сейчас у вас есть, — полагает Президент России. — Ещё рассчитываю на то, что и бюджетный процесс завершится так, как сейчас вы сказали, потому что здоровье наших людей — одна из главных задач государства в целом. Поэтому я очень рассчитываю на эффективную работу всей системы».

Отчёт подготовил
Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Официально

Каким будет инновационное развитие?

— В Минздраве России разработана программа научно-инновационных исследований, в её составе — 14 платформ по основным направлениям здравоохранения, — заявил на «круглом столе» в рамках московского международного форума «Открытые инновации» заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой. — При министерстве также сформирован учёный совет, в который входят ведущие научные и медицинские специалисты, он рассматривает основные направления развития всей отрасли.

В рамках вышеназванной программы в Минздраве России с 2012 г. развивается единая информационная система здравоохранения. Проект остаётся одним из самых масштабных в мире и ориентирован на три целевые аудитории — на граждан, врачей и представителей органов управления в сфере здравоохранения.

Кроме того, в рамках инновационного развития министерство формирует крупные научно-образовательные центры, обладающие мощным фондом и научным потенциалом, а также ресурсами к его применению. Такие центры имеют возможность для проведения современных научных исследований, ориентированных на текущие потребности здравоохранения, отметил С.Краевой. Заместитель министра также подчеркнул важность двустороннего общения с участниками рынка для развития всей отрасли.

Одной из инновационных программ, разрабатываемых Минздравом России, является программа «Активное долголетие». Директор Департамента инновационного развития и научного проектирования Минздрава России Андрей Васильев провёл секцию «Искусство быть молодым — прорывные технологии долголетия», участники которой рассказали о новых технологиях, помогающих продлить активность человека в пожилом возрасте, предотвратить заболевания и увеличить продолжительность жизни.

Кроме того, для решения этих задач Минздрав России занимается нормотворческой деятельностью по созданию условий для внедрения передовых достижений науки в практическое здравоохранение. Андрей Васильев особо отметил значимость законопроекта «О биомедицинских клеточных технологиях», который придаст новый импульс развитию отечественных разработок и ускорит их доступность для российских пациентов. Данная работа направлена на то, чтобы российские ведущие научные и научно-практические центры имели конкретные возможности для разработки и внедрения новых методов лечения.

Советник министра Игорь Ланской акцентировал внимание слушателей на важности оперативной и доступной диагностики для раннего выявления и предотвращения заболеваний. Он рассказал, что Минздрав России проводит широкомасштабную диспансеризацию населения, которая уже доказала

свою эффективность, особенно при выявлении сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний — основных причин смертности как среди россиян, так и среди населения других стран мира.

Эксперты отметили необходимость повышения ответственности самого пациента. Позднее обращение пациента к врачу влечёт к развитию серьёзных заболеваний, лечение которых впоследствии приводит к потере качества жизни пациента, рискам в лечении, а также к увеличению его стоимости.

«Конечно, сегодняшняя ситуация в медицине характеризуется бурным развитием персонализированной медицины, развитием информационных технологий, молекулярной и клеточной медицины. Но, к сожалению, те огромные достижения, которые есть в области фундаментальных исследований, ещё не привели к значительным изменениям в клинической практике. Эта ситуация сегодня рассматривается как кризис трудности трансляции всего нового, что есть в науке, в клиническую практику, образование и подготовку кадров. Нужно менять парадигму, подход к проведению исследований и лечению пациента, и это уже осуществляется в настоящее время», — рассказал директор Федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова Евгений Шляхто.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

ПОЗДРАВЛЯЕМ!

25 октября 2014 г. отмечает 70-летний юбилей главный врач СПб ГАУЗ санатория «Белые ночи» Александр БОЙКОВ, заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, действительный член Петровской академии наук и искусств, Национальной академии туризма, вице-председатель медицинской комиссии Всемирной федерации бальнеологии и климатологии.



Уважаемый Александр Николаевич!

Примите искренние поздравления с юбилеем. Полвека Вы отдали служению отечественной медицине, пройдя славный путь от студента медицинского училища до многолетнего руководителя ведущего санаторно-курортного учреждения России — санатория «Белые ночи», который Вы возглавляете с 1987 г. За эти годы в знаменитом медицинском центре восстановили здоровье более 150 тыс. пациентов, среди которых граждане 70 государств, ведущие деятели отечественной культуры и науки: Д.Лихачёв, М.Дудин, Б.Пиотровский, Н.Бехтерева, С.Фёдоров, Е.Чазов, М.Ростропович, Р.Щедрин, Г.Товстоногов, Г.Вишневская, М.Плисецкая, Д.Гранин, многие известные всему миру люди.

Уникальна коллекция Ваших государственных наград, которую открывает орден Трудового Красного Знамени, а завершает орден «За заслуги перед Отечеством» IV степени. Являясь членом Всемирного клуба петербуржцев, Вы многое делаете как общественный деятель и благотворитель. «Медицинская газета» многократно посвящала свои страницы работе руководимого Вами коллектива.

Гордимся многолетними традициями сотрудничества кафедр университета и санатория. Врачи здравницы всегда были образцовыми курсантами ЛенГИДУВа, СПбМАПО, СЗГМУ, а преподаватели — Вашими послушными пациентами.

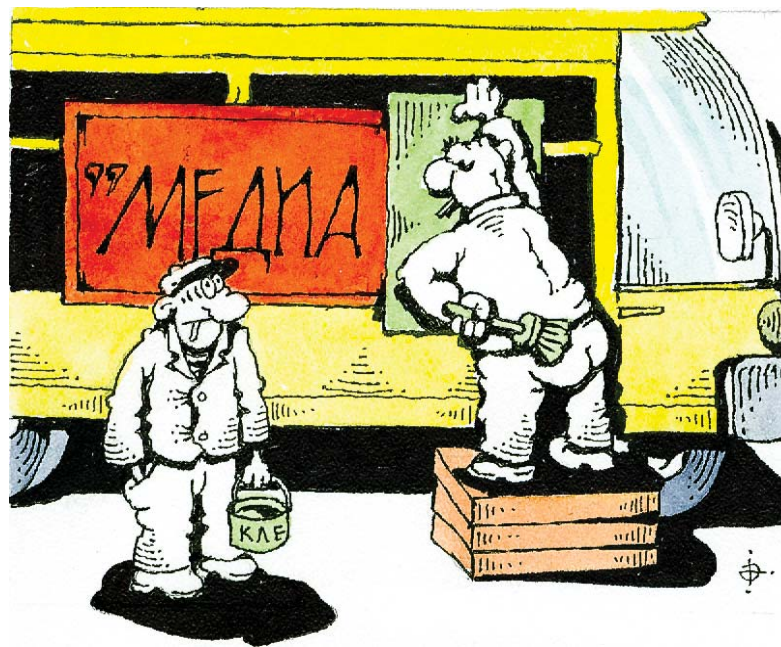
Коллектив Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова поздравляет Вас с юбилеем, желает крепкого здоровья и дальнейших успехов в многогранной деятельности.

Редакция «МГ» присоединяется к этим поздравлениям.

Ситуация

Наша взяла!

«Мадиаборт» укоротился до «медиа»



Именно это слово — мадиаборт — послужило возмущением «МГ», которым мы разразились под рубрикой «100 строк на размышление» в № 54 от 25.07.2014.

Некая рекламная компания разместила на пассажирском транспорте Москвы свою рекламу, используя для привлечения внимания двусмысленное словообразование «мадиаборт». Редко у кого это словечко не вызывает ассоциацию с медицинским термином «аборт».

К нашему глубокому удивлению через довольно непродолжительное время сия агрессивная надпись претерпела изменение: составляющая «аборт» из неё исчезла. Последние четыре буквы теперь прикрыты поверх наклейкой, изображающей мультяшный автобусик, то есть «борт».

Имеет всё-таки вес печатное слово, возмущались мы! Но не станем приписывать победу только себе — возмущённых помимо нас было предостаточно: в обсуждениях в Интернете эта тема муссировалась активно.

Сдались ли рекламщики под натиском общественного мнения или сами осознали, что некрасиво получилось, но нашли-таки выход из положения. Правда, для этого пришлось ещё «вложиться» — изготовить наклейки и проделать работу по их размещению на каждой единице транспорта, снабжённого скандальной надписью. Не будем злорадствовать типа «поделом им», а миролюбиво скажем: «Спасибо, коллеги!»

...И подождём реакции на наше второе выступление на ту же тему — в № 72 от 26.09.2014, где мы возмущались уже по поводу площади рекламы, закрывающей окна транспортного средства целиком, что может повлечь за собой определённые неприятности для здоровья. Но здесь, боимся, будет сложнее — рекламная площадь утверждена, деньги уплачены. Знаем по себе, ведь мы тоже кое-что рекламируем на своих страницах и с законами рекламного бизнеса знакомы. Тем не менее, господа, хоть реклама и должна быть «агрессивной», но не настолько же!

Нина АЛЕКСЕЕВА.

ТЕЗИС 1. «Ты не зря занимаешь своё место» (по версии Л.Печатникова эти слова в его адрес сказал вице-мэр Москвы Александр Горбенко).

Зря, потому что мерило эффективности организатора здравоохранения в любой стране – улучшение здоровья населения. А в Москве за 3 года реформ, проводимых Л.Печатниковым, показатели здоровья москвичей не улучшаются. Общий коэффициент смертности stagnирует на уровне 9,7 случая на 1 тыс. населения, а ожидаемая продолжительность жизни сохраняется на уровне 75,8 года (в «старых» странах ЕС – 81 год). Это свидетельствует о том, что реформы в здравоохранении Москвы неэффективны (см. рис.).

ТЕЗИС 2. «При советской власти ... гордиться было нечем. Смертность – самая высокая. Наплодили огромное количество малопрофессиональных врачей».

Это неверно. В советское время смертность и в Москве, и в РФ была ниже, чем в «новых» и старых» странах ЕС (см. рис.). А затем, с 1990-го вплоть до 2008 г., она была выше, чем в этих странах. И только в 2009 г. в Москве этот показатель достиг уровня «новых» стран ЕС. А что касается врачей, то их число было как раз такое, чтобы каждый пациент мог попасть на приём к ним в день обращения. А сегодня в Москве к участковому врачу можно попасть в лучшем случае только на 4-й день. Что же касается квалификации советских врачей – она была на очень высоком уровне, и обеспечивалось это одной из лучших в мире медицинских школ, к которой Леонид Михайлович Печатников, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, сам относится.

ТЕЗИС 3. «В поликлиниках не хватает 5300 участковых терапевтов и 7515 участковых педиатров».

Если сложить эти 2 цифры, то получается не хватает более 12 тыс. врачей. Другими словами, сегодня их в 2,7 раза меньше от необходимого (соответственно 4,7 и 12,8 тыс. участковых врачей). Причём только за последние 3 года обеспеченность ими упала на 11%. Почему же вице-мэр Москвы допустил такую ситуацию в здравоохранении города? И как тогда при таком дефиците врачей взять на себя дополнительную нагрузку, которую им вменяет вице-мэр: с пациентами, не попавшими в стационар или выписанными из него преждевременно; с вызовами по неотложной медицинской помощи; с койками дневного стационара?

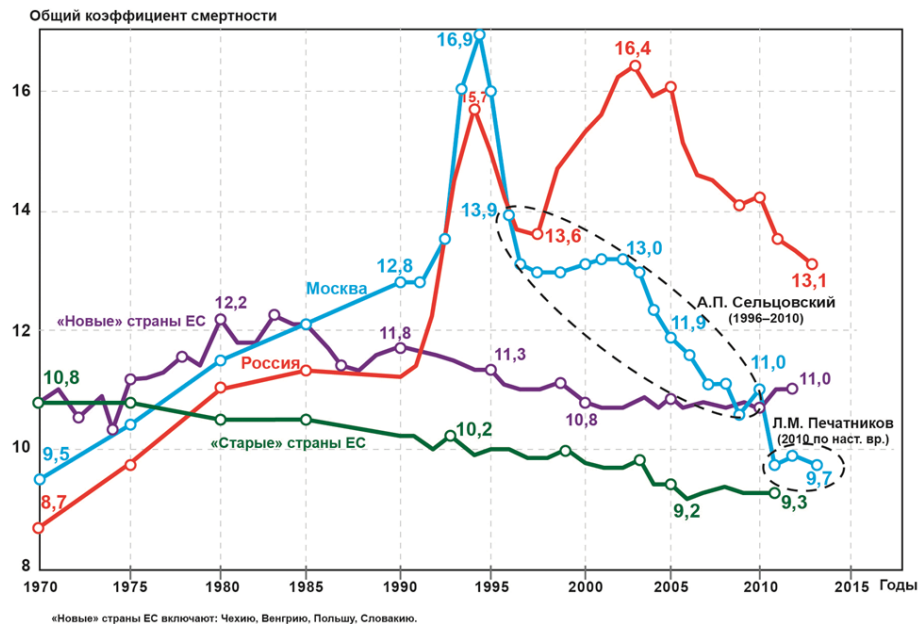
ТЕЗИС 4. «Мы жалеем врачей... Мы им предлагаем обучение не только дома, по 40 человек каждый месяц отправляем за границу. Уровень медобразования в стране ниже плинтуса».

Посчитаем вместе, если это действительно так, то за 3 года съездили за границу 1400 врачей. Хотя и неизвестно, чему они обучились и как контролировалось качество их обучения. В любом случае, это всего 2% от общего числа врачей, которые трудятся в столице. Возникает вопрос: если образование

врачей «ниже плинтуса», то почему руководство московского здравоохранения не займётся повышением квалификации остальных 98% врачей?

ТЕЗИС 5. «Сокращения коек были. Но были и расширения коечного фонда. Сколько – не знаю и знать не хочу».

Можем подсказать. В Москве за 3 года реформ под руководством Л.Печатникова обеспеченность койками сократилась на 30%, соответственно сократилась и доступность стационарной медицинской помощи для москвичей. В Москве число коек сегодня в 1,5 раза меньше, чем это не-



Динамика общего коэффициента смертности в России, Москве, «старых» и «новых» странах ЕС с 1970 г.

Точка зрения эксперта

Десять тезисов Л.Печатникова И ответы на них

По итогам публикаций прямой речи в СМИ и пресс-конференции 21 октября 2014 г. заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития Л.Печатникова, прокомментировавшего скандал в связи с появлением в прессе «Плана-графика реализации структурных преобразований сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения Москвы в части высвобождения имущества»



обходимо для выполнения нормативов объёмов стационарной помощи по территориальной Программе государственных гарантий. В 2014 г. имеется 62 тыс. коек, а необходимо 95 тыс. Хочу отметить, что эта программа утверждена мэром Москвы, С.Собяниным, а контроль за

её реализацией возложен на Л.Печатникова.

ТЕЗИС 6. «Ещё не закрыта ни одна больница».

Это неверно. Напоминаем, что одна больница точно закрылась – № 63. И не просто закрылась, а передана в концессию Европейскому медицинскому цен-

тру, в котором раньше работал Л.Печатников. Может быть, поэтому он так осведомлён о проблемах новых владельцев. Например, о том, что им сложно «прокредитоваться» под строительство новых корпусов. Однако в ближайшее время нам следует ожидать закрытия ещё 26 городских больниц согласно «Плану-графику реализации структурных преобразований сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения Москвы в части высвобождения имущества». Сам Л.Печатников после того, как «тихо поплакал в кабинете», заявил: «с подавляющим большинством выводов экспертизы (по этому плану-графику), которая попала в Интернет, я согласен».

ТЕЗИС 7. «Москва всегда добавляла медицине из своего городского бюджета, но сегодня это противоречит закону».

Незнание российских законов не освобождает от их исполнения! Вообще-то говоря, должность вице-мэра Москвы обязывает знать законы РФ и Москвы. Поясним: в соответствии со статьёй 83 Федерального закона «Об основах

охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 источником финансирования территориальной Программы государственных гарантий являются, в том числе, и консолидированные бюджеты субъектов РФ (т.е. Москвы). А в Постановлении Правительства РФ № 932 от 18.10.2013 «О Программе государственных гарантий на 2014 г. и плановый период 2015–2016 гг.» (раздел IV) написано, что именно должно финансироваться из бюджетов субъектов. Например, паллиативная и скорая специализированная медицинская помощь, помощь при социально значимых заболеваниях и т.д. Так что деньги бюджета Москвы на бесплатную медицинскую помощь можно тратить спокойно.

ТЕЗИС 8. «На самом деле эти указы (Президента РФ) ... просто ускорили ту реформу, которую мы сегодня вынуждены проводить... Если бы не они, мы бы ещё раскачивались и ждали, когда всё это лопнет».

Действительно, реформы Л.Печатникова приближают московское здравоохранение к тому моменту, когда всё лопнет. Однако его высказывания извращают суть важнейших указов Президента РФ от 07.05.2012, которые, наоборот, направлены на повышение доступности и качества бесплатной медицинской помощи населению. Между тем за 3 года реформ московского здравоохранения объём платной медицинской помощи увеличился в 2 раза, а доступность существенно сократилась, потому что сократилась обеспеченность койками и врачами.

ТЕЗИС 9. «Две экспертные группы работали 2 года, которые сравнивали наше здравоохранение – одна с Западной Европой, а другая – с Юго-Восточной Азией. С точки зрения этих аналитиков, нам надо закрыть просто половину всего».

Так сколько же анонимных групп работало? В одном случае Л.Печатников говорит, что их было три, в другом – две. Пожалуйста: «имена, пароли, явки». Очень бы хотелось проанализировать эти секретные материалы. Но самое страшное не это, а то, что Л.Печатников не знает, что в Москве здоровье населения хуже, чем в «старых» странах ЕС. Так, смертность от болезней системы кровообращения (стандартизованный показатель), которая составляет более половины, в 2,4 раза выше, чем в этих странах. Соответственно и врачей, и коек должно быть больше.

ТЕЗИС 10. «Я практический врач... И я не стремился в кресло начальника, и не держусь за него».

Леонид Михайлович, если это правда, не мучайте московское здравоохранение. Вместо оздоровления от вашего «лечения» московское здравоохранение стало тяжело больным.

Гузель УЛУМБЕКОВА,
председатель правления
Ассоциации медицинских обществ
по качеству медицинской помощи
и медицинского образования,
руководитель комиссии
по непрерывному образованию
Национальной медицинской палаты,
доктор медицинских наук.

Опросы

Удивительно, но, как показал опрос участников научно-практической конференции «Школа сепсиса», более трети российских медицинских работников не всегда моют руки до и после контакта с больными. Между тем, заявлять эксперты, несоблюдение гигиены рук является одной из основных причин заражения крови пациента.

По статистике, медсестра «мониторит» тяжёлого пациента в среднем 37 (!) раз за 3–4 часа. Так что если бы она мыла руки каждый раз до и после осмотра пациента, ей пришлось бы делать это почти

Не преуспевшие в элементарном

сто раз в течение половины рабочего дня. Это не всегда необходимо, однако нужно помнить, что за сутки медсёстры переносят на своих руках около 1,6 трлн всевозможных микроорганизмов, легко проникающих в организм человека, например через место введения катетера, напоминают специалисты.

Заражению крови также способствуют перевязочные материалы, если в их использовании отмечалась погрешность, пре-

жде всего, медико-санитарных норм. Кроме того, неэффективность дезинфицирующих средств и непреднамеренная гипотермия операционных больных вполне способны «поседействовать» инфицированию крови больного. По словам экспертов, во многих российских больницах продолжают использовать медикаменты, которые признаны неэффективными, из-за чего, как следствие, могут пострадать больные.

Примечательно, что, по данным ВОЗ, в среднем только треть медиков выполняет абсолютно все требования к гигиене рук. Разумеется, статистика отличается в развитых и развивающихся странах. Обычно медработники моют руки от 5 до 43 раз за смену, тратя на это от 6,6 до 30 секунд.

Между тем инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, являются основной проблемой безопасности пациентов. Даже в

развитых странах они поражают до 37% больных, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии. В Европе, по официальной статистике, это приводит к 135 тыс. смертей ежегодно. При этом системы наблюдения за распространением этих инфекций в большинстве стран практически отсутствуют.

Одно радует: мы – не хуже всех.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сито!

Моральные нормы – это нравственные требования, выработанные в данной организации. Они охватывают как те нормы поведения, которые выполняются подавляющим большинством людей, так и нормы, необходимые для полноценного функционирования и развития самой организации.

Взаимоотношения – это этические нормы и ценности, которые пронизывают все формы человеческих взаимоотношений в процессе трудовой деятельности, основываются на принятых людьми ценностях и на определённых этических принципах знания.

Трудовая этика реализуется на следующих уровнях – общественном, организационном, индивидуальном. На общественном уровне рассматриваются этические нормы и принципы взаимодействия организации с её окружением (общество в целом, пациенты, поставщики и т.д.), которые фиксируются также в миссии организации и доводятся до общественности. Их роль огромна в формировании имиджа, который организация приобретает в процессе деятельности.

Организационный уровень – этические нормы и правила взаимодействия между организацией и её работниками, которые проявляются в следующих формах: а) ценности и приоритеты, которые служат основными ориентирами для определения обязательств администрации по отношению к персоналу организации; б) обязательства и ценности, определяющие отношение персонала к организации и руководству.

Параметры организационной культуры принимаются коллективом и закрепляются коллективным договором. В понятие трудовой этики включаются также индивидуально-психологические факторы, такие как мотивация, успех, авторитет, внешность, ответственность, а также всё, что предшествует индивидуальному поступку и следует за ним, составляет основу морального или этического кодекса работника.

Арсенал внутриучрежденческих механизмов, способных оказать влияние на трудовую этику и коллективную мораль, включает:

1) формирование и принятие коллективом перечня наиболее существенных организационных ценностей и моральных норм;

2) создание образа руководителя, воплощающего лучшие ценности и нормы организации;

3) мотивацию коллектива на восприятие организационных ценностей и этических норм;

4) создание локальных очагов новой культуры взаимоотношений;

5) разработку и принятие кодекса организации;

6) избавление от сотрудников, не разделяющих главные для организации моральные ценности;

7) приём на работу с учётом согласия и возможности претендента разделить моральные ценности организации;

8) поощрение выполнения сотрудниками требований этического кодекса работника организации;

9) формирование у работников приверженности организации, включающей три основных компонента: идентификацию (осознание целей организации как собственных), вовлечённость (активное участие в достижении целей организации), лояльность (эмоциональная привязанность к организации, желание оставаться её членом).

Уровень трудовой этики подчинённых является чётким индикатором эффективности руководства. Моральные стандарты, которых придерживаются работники, в основном не являются отражением их индивидуальных особенностей, это скорее отражение качества руководства, устанавливающего стандарты деятельности и поведения работников в организации. Неудовлетворительный моральный климат в организации, низкий уровень трудовой этики персонала, отрицательно сказывающийся на работе организации, её репутации, конкурентоспособности, ставят руковод-

ство перед необходимостью исправления создавшегося положения.

Клятва Гиппократова как этический кодекс врача не охватывает всего комплекса возникших проблем. Сложившаяся во многих учреждениях ситуация нуждается в активной коррекции, эффективным инструментом которой может стать формирование деловой этики в условиях адаптивной организационной культуры. Состав основных положений оргкультуры медицинской организации показан в таблице.

Таким образом, говоря о нравственном потенциале медицинской организации, мы имеем в виду не сумму нравственных потенциалов отдельных работников, как в случае с интеллектуальным потенциалом, а создание морально-нравственной идеологии, главенствующей в коллективе и проявляющейся в совокупности коллективных ценностей, нравственных установок и индивидуальных поступков.

Что касается направлений развития других сторон трудового потенциала, то они связаны с социальной политикой организации и строятся на использовании социально-психологических методов управления, норм охраны труда, реализации права на отдых, формирования условий работы и социально-психологического климата, в наибольшей степени соответствующих физиологическим возможностям и психологическим запросам работников.

При создании системы стратегического управления требуется провести изменения в работе с коллективом, так как переход на «стратегическое поведение» требует переосмысления деятельности организации всеми, кто в ней работает.

Стратегическое управление предусматривает изменение кадровой работы в коллективе, которая в своей базовой основе строится на современных принципах управления кадровыми ресурсами и включает в себя следующее:

1. Формирование кадровой политики на основе стратегического планирования и определения целей организации.

2. Кадровое планирование (определение качественной и количественной потребности в персонале).

3. Комплектование штата и адаптация новых работников:

- поиск и привлечение кандидатов
- отбор лучших кандидатов
- адаптация новых работников.

4. Обучение и развитие работников:

- обучение, переобучение, повышение квалификации

- формирование резерва и работа с ним
- планирование карьеры.

5. Оценка и контроль:

- оценка рабочих показателей
- контроль трудовой и исполнительской дисциплины

- мониторинг состояния всех направлений работы с персоналом.

6. Активизация потенциала человеческих ресурсов:

- система материального и морального стимулирования труда

- система информирования персонала
- социальная защита и система льгот

- формирование организационной культуры и развитие трудовой морали.

7. Кадровое делопроизводство.

Подводя итог, можно сказать, что стратегические цели развития кадрового потенциала обусловлены выбором стратегии организации и принципов, которые лежат в основе кадровой политики и в целом в управлении персоналом. Осознание стратегической важности развития персонала происходит тогда, когда ресурсы личности сотрудников становятся центральными стратегическими ресурсами и одновременно самой значительной статьёй расходов организации.

Татьяна СИБУРИНА,
заведующая отделением методологии
стратегического планирования и мониторинга
развития здравоохранения Центрального
НИИ организации и информатизации
здравоохранения Минздрава России,
доктор медицинских наук,
профессор.

Тяжёлый двусторонний кератит вследствие длительного ношения контактных линз

Мужчина 28 лет обратился в местную больницу по поводу боли в обоих глазах в течение последних 4 дней, помимо того, 2 последних дня наблюдались гнойные выделения из глаз и ослабление зрения.

Ему были прописаны силиконовые гидрогелевые контактные линзы для коррекции миопии. Симптомы развились после купания в озёрах северо-востока Камбоджи. Боль постоянно усиливалась, что побудило снять линзы. Были назначены глазные капли 0,3%-ного раствора неомидина каждые 2 часа и 0,5%-ного раствора моксифлоксацина 3 раза в день. Больному посоветовали вернуться в Австралию для дальнейшего лечения и наблюдения. В прошлом проблем с глазами не было.

При обследовании – обе контактные линзы были in situ, зрение ослаблено. Отмечена инъекция сосудов конъюнктивы и области ресниц с периферическим истончением обеих роговиц, особенно в нижней их части (рис. А и В). Обе роговицы совершенно белые и мутные, с плотной корнеальной инфильтрацией, занимающей всю роговицу. Субтотальные эпителиальные дефекты видны в обоих глазах.

Немедленно удалены обе контактные линзы. Эмпирически назначены ежеасные закапывания 5%-ного раствора цефазолина, 1,5%-ного раствора гентамицина, местно преднизолона ацетат 1%-ный раствор 6 раз в день и также местно 1%-ный раствор циклопентолата (cescloropentolata) 3 раза в день. С предохранительной целью назначена смягчающая мазь, содержащая белый мягкий парафин (57,3% w/w) плюс жидкий парафин (42,5% w/w) 4 раза в день. Начато лечение внутривенными инъекциями меропенема по 2 г 3 раза в день, per os ципрофлоксацин по 750 мг 2 раза в день, аскорбиновая кислота по 500 мг дважды в день и доксициклин по 100 мг 1 раз в день.

На следующий день в соскобе с роговиц обоих глаз и с линз был получен рост *Pseudomonas aeruginosa*. На 4-й день было определено, что выделенный микроорганизм чувствителен к ципрофлоксацину, а не к цефазолину. Цефазолин был заменён на 0,3%-ный раствор ципрофлоксацина.



Правый глаз на момент поступления



Левый глаз на момент поступления



Правый глаз на 74-й день

С 20-го дня смягчающая мазь указанной выше прописи применялась ежеасно вместе с 0,3%-ной мазью тобрамицина 2 раза в день. Была выполнена билатеральная темпоральная тарзорафия (сшивание век), чтобы ускорить выздоровление. На 22-й день больному назначен per os преднизолон, чтобы уменьшить воспаление, ассоциированное с выпячиванием и ослаблением роговицы. Местная антибиотикотерапия постепенно отменена, так как больной стал выздоравливать.

На 53-й день тарзорафия была открыта, так как эпителий полностью восстановился. Рубцы почти на всей поверхности обеих роговиц оставались. На 74-й день отмечалось экссивное рубцевание и неоваскуляризация обеих роговиц (рис. С). На 97-й день острота зрения без очков позволяла сосчитать пальцы руки правым глазом на расстоянии 75 см и левым глазом на расстоянии 50 см.

Pseudomonas aeruginosa – грамотрицательная бактерия, которая весьма распространена в окружающей среде. Она особенно часто встречается в тропических зонах, озёрах и влажных тропических лесах северо-востока Камбоджи, которые являются идеальным местом для контакта с ней.

P. aeruginosa обычно чувствительна к аминогликозидам и флуорохинолонам. Глазные капли офлоксацин эффективны в свыше 90% случаев заражения бактерией контактных линз, являющихся относительно нетоксичными и не требуют приготовления в фармацевтических предприятиях. По-

этому они могут быть использованы как терапия первой линии при подозрении на микробный кератит, ассоциированный с контактными линзами.

Ношение контактных линз ведёт к повышенному риску развития кератита, ассоциированного с *Pseudomonas*, так как происходит адгезия бактерий при контакте с материалом линз, таким как силикон гидрогель, и имеет место резистентность бактерий к дезинфектантам. Кроме того, статическое положение задней поверхности линз способствует тому, что микроорганизмы сохраняются на поверхности глаза в течение длительного периода и таким образом скрыты от защитных механизмов хозяина, поэтому легко происходит их репликация.

Также есть уверенность в том, что для того, чтобы микробный кератит развился, необходимо повреждение роговицы. Тогда микроорганизм получает доступ через эпителий к строме роговицы. Однако в опытах на крысах было показано, что *P. aeruginosa* формирует биоплёнку, и случаи тяжёлого микробного кератита могут развиваться без предварительного повреждения эпителия роговицы. Эндофтальмит также представляет собой риск, если микроорганизмы представлены в достаточном количестве, так как они могут пенетрировать через интактный эпителий и эндотелий. Анализ факторов риска выявил, что частоту микробного кератита можно снизить на 60-70%, снимая линзы на ночь. Другое исследование показало, что в 20 раз увеличивается риск микробного кератита у

тех больных, которые не расстаются с линзами даже ночью во время сна по сравнению с теми, кто и днём отказывается от контактных линз. Освобождение металлопротеаз от *P. aeruginosa*, возможно, вызовет быстрое уменьшений инфекций и, следовательно, поражение роговицы.

Двусторонний кератит, ассоциированный с *P. aeruginosa*, является редким заболеванием, этот случай, подчёркивают авторы P.Makwana, A.Abulafia, Ch.Ondhia и G.Barret показывает, как ношение контактных линз в регионе высокого риска и при недостаточной гигиене может привести к очень тяжёлому двустороннему микробному кератиту. Ежедневное ношение снимаемых линз делает их наиболее безопасным при низком риске развития микробного кератита по сравнению с постоянным ношением линз, которые помещаются на ночь в раствор.

После 3 месяцев интенсивной терапии больной смог сосчитать пальцы на расстоянии менее чем 1 м. Ему была предложена трансплантация донорской роговицы (которая имеет собственные риски) на 6-9-й месяц ради шанса вернуться к прежнему зрению.

Мы настоятельно рекомендуем удалять контактные линзы перед тем, как плавать в озере и удалять немедленно, если чувствуется боль в глазах.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалу Medical Journal of Australia.

«Всё начинается с любви: и озаренье, и работа»

В традициях российской медицины, особенно это касается детской хирургии, – любовь к молодёжи. Все мы – детские хирурги – всегда вырастали в семье. Вначале – в семье, в которой родились, а потом – в семье клиники. Когда Пётр Витальевич Глыбочко предложил школы мастерства, появилась возможность набрать ребят, реализовать единственный проект такого формата в стране, это очень обрадовало. Сегодня могу сказать: прошло всего полгода, но уже очень многое сделано. Ребят набирал необычно: не задавал вопросы по патологии, диагностике и лечению. Мне была интересна личность: семья, увлечения, характер – хирургии я научу. Важна личность, воспитанная, живущая в согласии с самим собой и страной. Подобрал их, как братьев и сестёр, они поддерживают друг друга – студенты разных курсов и факультетов, знаний и талантов – все потрясающие, звёздные ребята!

11 января 2014 г. состоялось первая встреча школы мастерства, мы начали работать. Эмблема нашей школы – рука наставника, направляющая руку курсанта. Изначально я решил, что наша работа будет проходить в плоскости проектов: заорганизованности хотелось меньше всего. Расписали каждый месяц по две моих лекции – фундаментальной подготовки им не хватает по детской хирургии (не было вообще как предмета). Приступили к реализации нескольких проектов.

**«Моя Родина»,
«Я – организатор»,
«Я – личность»,
«Я – ассистент»,
«Я – исследователь»**

«Моя Родина». Молодые люди прекрасно ориентированы в Москве, Европе и мире, но не представляют себе Россию. В рамках проекта школы «Моя Родина» я взял с собой в Брянск (вёл там курс повышения квалификации) троих ребят.

В Брянске нет студентов, и появление молодых людей не раздражает врачебные коллективы, а, наоборот, радует. Получился такой хирургический Диснейленд: эмоциональный заряд, общение с врачами, медицина и жизнь изнутри. Три дня они фактически прожили в клинике. Для некоторых ребят это было первое посещение операционной, первое участие в операции, первый кожный шов в жизни...

Кстати, так совпало, в этот день в Брянск привезли Олимпийский факел. В итоге, и у меня это стало традицией, после каждого проекта я запрашиваю короткие, в полстранички, сочинения – ребята были поражены работой хирургов в регионах страны, теплотой сердец наших коллег. Брянск был стартом, впереди другие поездки по России.

«Я – организатор». Мы стали готовиться к очень большому мероприятию – впервые со студентами я проводил такое мероприятие. В феврале 2014 г. у нас в Научном центре здоровья детей – международный симпозиум детских хирургов. У нас в центре во время мастер-класса оперировали лучшие хирурги России и несколько лучших хирургов Европы. Каждый больной перед операцией обследуется, проходит подготовку – за каждым оперируемым больным и оперирующим хирургом, профессором из другой клиники был закреплён один курсант школы мастерства. Вместе с профессорами курсанты готовили пациентов к операции и

Государственная политика, работа Минздрава России в сфере медицинского образования направлены на то, чтобы выпускники медицинских вузов хорошо лечили и способствовали выздоровлению пациентов, обладали прочными практическими навыками и отличными теоретическими знаниями, компетентностью, умением сопереживать и выдержкой.

Именно поэтому в начале 2014 г., впервые – в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова, начался уникальный пилотный проект «Школы мастерства», открывающий новые возможности повышения качества образования. Идеологом и вдохновителем проекта выступил ректор университета член-корреспондент РАН Пётр Глыбочко.

Инициатива

Впервые – в Первом Меде

Школа мастерства «Детская хирургия»

докладывали на симпозиуме перед международной аудиторией, кого мы будем оперировать. Это такая ответственность, которая «прижимает» даже маститых врачей, а тут ребята разных курсов, например, курсант 4-го курса оперировал с профессором из Филатовской больницы Алексеем Смирновым. Параллельно мы вели научные исследования. В нескольких научных учреждениях делали доклады.

В рамках симпозиума состоялась встреча курсантов школы (проект «Свенсоновские встречи») с президентом Европейской ассоциации детских хирургов (EUPSA) Жаном-Мишелем Гизом (J.M.Guys, Марсель, Франция). Курсанты общались с ним лично, присутствовали на операциях. Жан-Мишель Гиз – просто подарок для таких встреч – потрясающая личность, известная во всём хирургическом мире, так он ещё из дипломатической семьи, ловит крокодилов, пишет картины маслом, стихи и книги. Он покорила аудиторию. После таких встреч невозможно учиться плохо, учится неглубоко.

«Я – личность». Курсанты школы мастерства – постоянные участники профессионального сообщества детских хирургов Москвы, погружаются в эту огромную команду, в которой все роли расписаны: детская хирургия – это семья. В школе мастерства, на мой взгляд, успешно реализуется «принцип консерватории»: к примеру, есть класс фортепианного искусства, куда преподаватель набирает учеников с 1-го по 6-й курс. Студенты 6-го курса занимаются с

можешь. Также в хирургии – для хирургии это очень важно: у кого, чему и как ты учишься. В хирургии за болтовнёй не спрячешься – вставай к операционному столу и показывай, что ты можешь!

«Я – ассистент». Разумеется, мы занимаемся практикой, и это при том, что курсанты очень загружены, заняты с утра до ночи, сложно выделить время на дежурство, но все они присутствуют на операциях, участвуют в лечении больных, «закручены» во все проекты, занимаются со старшими товарищами – ординаторами, аспирантами и т.д. Так мы дожили до апреля. Здесь надо отметить, что на разных направлениях медицины в нашей стране по-разному развито студенческое движение. В детской хирургии оно традиционно очень сильно. Российские конференции студенческих кружков педиатрических кафедр проходят с 1954 г. Каждый год, в апреле, все лучшие студенты страны, вместе со своими заведующими кафе-



интеллектуальные: трепанации черепа, переломы, анастомозы. В этом году нам помогла одна из компаний, которая предоставила эндоскопические манипуляторы. Того, что мы прошли, хватило бы на 2-3 года, у нас ушло на это 6 месяцев, и есть ещё много проектов, которые мы реализуем.

Преград для развития нет: трудись, и у тебя всё будет

Стать хирургом без высокой дисциплины и постоянного, ежедневного труда невозможно. В хирургии есть такое понятие – воспитание. Если ты приходишь в клинику уже после института, то зачастую за операционным столом мало что из себя представляешь. И тебя начинают ругать – надлом: несоответствие между видением себя и реальностью. Преодолеть можно, только рано придя в клинику. Тому, кто решил прийти в хирургию, советую: приходите на дежурство в студенческие годы. Преград для развития в хирургии нет: трудись, и у тебя всё будет. Я пришёл в клинику детской хирургии студентом 1-го курса и все 6 лет провёл с коллективом. Потому после института и был практически готовым хирургом. В этом и заключается суть школы мастерства Первого Меда – стать специалистом в стенах университета. Всегда понимать, кто ты и где ты, какую задачу выполняешь, научиться осмысленности действий, ответственности и творчеству, знать, для чего, что и как делается, разделять главное и второстепенное.

Личность врача и хирурга многогранна, при этом действует принцип: всё или ничего. Если, к примеру, двадцать граней хороших, а одна плохая – это провальный вариант. Чем больше масштаб личности, тем проще человек в общении. Особенно это касается хирургов: оперирующий проходит через горе и страдание каждый день, и уже не до пафоса. Приход в хирургию – это примерно то же, что в воздушно-десантные войска, морской флот: ты влюбляешься в дело, которому служишь, начинаешь работать и не можешь предать тех, кто рядом, кто у тебя на глазах и вместе с тобой спасает жизни людей. Когда речь идёт о товарищах по работе, о помощи пациентам, нельзя простить предательства. Звучит жёстко, но ведь для того, чтобы человек выжил, надо, чтобы правильно сложилось как минимум 100-200 позиций. Быть жёстким, когда это необходимо – профессиональное качество хирурга. И этому мы тоже учимся в школе мастерства.

Подготовил
Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Морозов Дмитрий Анатольевич. С 2013 г. – заведующий кафедрой детской хирургии и урологии-андрологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, директор НИИ детской хирургии Научного центра здоровья детей (директор – академик РАН А.Баранов). В 1994 г. с отличием окончил педиатрический факультет Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского, в 1996 г. – клиническую ординатуру кафедры детской хирургии. С 1996 до 2012 г. работал на кафедре детской хирургии СГМУ (с 2003 г. – заведующим кафедрой и руководителем университетской клиники). С 2012 г. – главный специалист детский хирург Приволжского федерального округа. В 2012-2013 гг. – заместитель директора Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России, заведующий отделением абдоминальной хирургии. Профессор, лауреат Национальной премии «Призвание» в номинации «За уникальную операцию, спасшую жизнь человека».

первокурсниками – для них это уже педагогика. Задача преподавателя – создать круг общения, атмосферу, чтобы ученики, общаясь, подтягивали друг друга. Они уходят, учатся – всё равно ко мне как к преподавателю возвращаются. Я контролирую их, как они учатся по предметам, мотивирую к образованию. Когда завершается обучение, вопросы: что окончил, у кого учился, что исполнял на выпускном экзамене – отнюдь не праздные. Это показывает твой уровень, то, что ты

драми, руководителями кружков встречаются на Всероссийской научной студенческой конференции по детской хирургии – возникает огромный форум. Этот форум нам подарил Сергей Дмитриевич Терновский – хирург, основатель детской хирургии в Советском Союзе. Сегодня, по сути, это форум студентов-отличников медицинских вузов России, которые представляют на суд ведущих специалистов страны, авторов учебников свои научные доклады. Символ кон-

ференции – скальпель – постоянно переезжает из города в город.

«Я – исследователь». В 2014 г. – 9-я Всероссийская (54-я Всесоюзная) научная студенческая конференция по детской хирургии состоялась в Челябинске. Школа мастерства, впервые принявшая участие в самом важном научном мероприятии студентов – будущих детских хирургов страны, была удостоена диплома I степени. Через 3 месяца после начала обучения получил наш курсант Егор Петрович с выполненной работой по аппендикулярному перитониту и эндохирургии.

Курсанты школы мастерства приняли участие в 1-й студенческой олимпиаде по детской хирургии в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова. Два дня работы, множество конкурсов, в которых приняли участие самые лучшие студенты, работающие в кружках по 5-6 лет, «заточенные» на конкурсы. Мои курсанты стали третьими! Я очень горжусь нашей наградой!

Летом мы ездили на остров Чардым под Саратовом в летний медицинский лагерь Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского – принимали участие в IV летней «Захаровской школе». Это был хирургический брейн-ринг, разнообразные конкурсы, викторины, «костёр с лидером» и т.д. Форма игровая, а задачи очень сложные,

– Если говорить глобально, то прежде всего разработана, реализована и внедрена программа универсального аудиологического скрининга, который заключается в объективном исследовании слуховой функции ребёнка в первые дни жизни в родовспомогательных учреждениях, а также в детских поликлиниках. Причём скрининг внедрён по всей России, закуплено соответствующее оборудование. Реализация этой программы началась с 2008 г. и продолжается до настоящего времени. В 2008-2010 гг. была закуплена аппаратура для всех родовспомогательных учреждений с количеством родов свыше 1 тыс. в год. Само собой разумеется, что такое широкомасштабное внедрение программы привело к улучшению качества оказания специализированной медицинской помощи (слухопротезирование, кохлеарная имплантация), позволило сократить расходы государственного бюджета. Параллельно проходило и обучение специалистов: сурдологов, педиатров, неонатологов, медсестёр родовспомогательных учреждений.

Вдумайтесь в цифру: практически 96% всех родившихся в прошлом году детей охвачены скринингом.

– Цифра внушительная...

– Ещё бы! Тем не менее всё равно надо стремиться к лучшему. Но я всегда говорю: скрининг не должен быть самоцелью, он должен сопровождаться адекватной реабилитацией, иначе теряется смысл.

Не меньшее достижение за эти годы – конечно же, внедрение программы кохлеарной имплантации (КИ). К нам в страну она пришла в 1991 г., когда в нашем центре (тогда ещё Всесоюзном научном центре аудиологии и слухопротезирования) были проведены первые в стране операции многоканальной имплантации. В настоящее время уже четвёртый год подряд наше государство ежегодно закупает имплантаты, может быть, пока недостаточное количество, но оно уже близко к потребностям. Это, как я уже говорил, глобальные задачи, которые решаются, и которые крайне важны. Кроме того, у нас разработаны новейшие методы диагностики, получены новые экспериментальные данные... Центр принимает участие во многих международных программах, наши научные исследования известны и в России, и за рубежом, создана целая школа. «Выпускники» центра работают сегодня в ведущих учреждениях по всему миру. На мой взгляд, это успехи российской аудиологии.

– В одной из пьес русский драматург Александр Островский говорит устами своей героини: лавры – это потом, сначала – горе да слёзы. Такое было?

– Ну конечно, через многое довелось пройти, да и сейчас мы не почиваем на лаврах, проблем до сих пор хватает. Представьте себе такую ситуацию, как отбор кандидатов на кохлеарную имплантацию. Он должен быть очень правильным. В целом вся кохлеарная имплантация может быть подразделена на три этапа: отбор кандидата, хирургический этап и длительный, тяжёлый процесс реабилитации. Если кандидат отобран неверно, то есть операция делается пациенту, страдающему глухотой с детства, скажем, в 20-летнем возрасте, то ожидать результата не приходится. Здесь уже речь идёт о грамотности специалиста. В таком возрасте уже атрофированы речевые центры. Да, пациент сможет услышать звуки – допустим, гудок автомобиля, дверной звонок, что, в общем-то, неплохо – качество жизни повышается, но говорить и воспринимать обращённую к нему речь он не будет.

Беседы с корифеями

Как много в этом звуке!..

В России успешно реализуется программа кохлеарной имплантации

Чудом современной техники называют сегодня кохлеарный имплантат – уникальную медицинскую разработку, которая может подарить слух больному. Но, конечно же, не как в сказке «По щучьему веленью». Вот так сразу, после операции, острота слуха к человеку не придёт. Только долгий и трудоёмкий процесс приводит к необыкновенному чувству, можно сказать, к новой жизни – заново вернуться в мир звуков, а для маленького человечка – слышать их впервые. Время, огромное желание пациента и невероятные усилия, как с его стороны, так и со стороны близких, ни в коей мере не пропадут даром и обязательно будут оправданы – ведь человек сможет снова слышать окружающий мир...

На сегодняшний день около 10% населения земного шара имеют нарушения слуха. В России более 13 млн человек плохо слышат, более 1 млн среди них – дети. На 1 тыс. родов приходится один ребёнок с полной глухотой. Единственное средство профилактики глухоты – раннее выявление понижения слуха.

В декабре 1988 г. в СССР был открыт Всесоюзный центр аудиологии и слухопротезирования, который создавался для решения фундаментальных и прикладных задач в этой области, разработки новых методов диагностики и реабилитации, а практически всего, что касается слуха, начиная от рождения человека до пожилого возраста.

– Много воды утекло с тех пор. Сегодня мы живём совсем в другой стране. Что же произошло за эти годы в аудиологии? – спрашиваю у директора Российского научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования, генерального секретаря Международного общества аудиологов, профессора Георгия ТАВАРТКИЛАДЗЕ.

Отбор заключается в том, чтобы по медицинским показаниям определить «правильного» кандидата, как можно раньше провести исследование, определить возможность введения электродов в улитку и т.д. Естественно, оценивается общее соматическое состояние человека.

Первые годы, откровенно говоря, тревожило, что при отсутствии инфраструктуры в регионах, отсутствии подготовленных специалистов и соответствующей аппаратуры это приведёт к недостаточному обследованию пациентов, не соответствующему критериям отбора кандидатов на кохлеарную имплантацию. А самое главное – были проблемы с полноценной послеоперационной реабилитацией и настройками речевого процессора. Мы уже тогда задумывались над тем, что необходимо решать вопрос о создании сети центров, проводящих послеоперационную реабилитацию пациентов. Над тем, что потребуются фундаментальная предварительная организационная подготовка с планированием всех этапов послеоперационной реабилитации, жёсткий контроль над результатами имплантации.

– А в операции, видимо, участвует целая команда специалистов?

– Безусловно: аудиологи, электрофизиологи, специалисты по компьютерной томографии и МРТ, инженеры и многие другие. Кроме того, проводится обязательное тестирование ребёнка сурдопедагогом, определяется его возможности к обучению, возможности слышать. Должны быть квалифицированные хирурги, которые выполняют операцию, специалисты, которые на этапе оперативного вмешательства будут проводить мониторинг функции слухового нерва... Труд очень многообразный и тяжёлый. В настоящее время в Российской Федерации программа кохлеарной имплантации реализуется в 4 центрах – в Москве и С.-Петербурге, а также в филиалах.

Кохлеарная имплантация в России развивается хорошо, быстро, но, как я уже говорил, остаются нерешёнными многие вопросы послеоперационной реабилитации. Для того чтобы наладить процесс реабилитации, приближённой к месту проживания пациента, нужно развивать реабилитационные центры, увеличивать их число, чем мы сейчас и занимаемся. По-хорошему, центры реабилитации должны быть в каждом регионе.

В последние годы дополнительно используем современные технологии – интернет-консультирование, дистанционное программирование речевого процессора и т.д. Это – выход для такой большой страны, как наша.

– Вроде как стало проще?

– Да, но это с одной стороны, а вот с другой – гораздо сложнее: одно не должно заменять другое. Нужно сочетать всё очень взвешенно. Внедряются другие имплантационные технологии, кроме кохлеарной имплантации – имплантаты костного звукопроводения, имплантаты среднего уха и др. Сфера их применения постоянно расширяется, и они перекрывают друг друга. И вот здесь нужно очень чётко сориентироваться и определить, какая именно система необходима конкретному пациенту, то есть оценка должна быть крайне обдуманной и опять-таки очень взвешенной.

– А где впервые был разработан многоканальный кохлеарный имплантат?

– Приоритет в разработке многоканального кохлеарного имплантата принадлежит австралийскому учёному и хирургу Грэму Кларку, разработка была реализована австралийской фирмой Cochlear. Сегодня это самый крупный производитель систем кохлеарной имплантации, занимающий лидирующие позиции в этой области. Мы, безусловно, опирались на опыт Австралии и других стран, привлекали европейских хирургов к своим первым операциям.



Однако уже скоро имплантация проводилась нашими специалистами. Сейчас сотрудники центра выполняют по 300-350 операций в год и уже сами оказывают помощь в развитии программ КИ в Белоруссии, Казахстане, Армении, Узбекистане.

Развитие кохлеарной имплантации тесно связано с развитием клинической аудиологии. Сегодня отечественные сурдологи успешно осваивают опыт передовых российских и зарубежных центров. Причём уровень оснащённости наших центров улучшается из года в год.

Что же касается аппаратуры, которая необходима для аудиологии, то она крайне многогранна: это клинические аудиометры, акустические импедансометры, аппаратура для исследования вестибулярной функции, а также нейровизуализации, оценки речи и т.д. Современное оборудование помогло приобрести государство. Благодаря реализации программы скрининга были оснащены все центры сурдологии страны. Вообще, аудиология является во всём мире одной из самых высокотехнологичных областей оториноларингологии, она ведь объединяет различные дисциплины, к тому же уровень российских аудиологов в последние годы резко вырос.

– Однако нередко к кохлеарной имплантации относятся неоднозначно...

– Не только в России – во всём мире. В некоторых странах проводили даже демонстрации обществ глухих. Они не считают глухоту состоянием, которое необходимо излечивать и выступают против медицинского вмешательства. Для них это – своя культура, свой мир, им не нужно слышать, они не хотят. Наше российское общество глухих более взвешенно к этому относится, и отношение населения меняется в положительную сторону. Глухота часто генетически обусловлена, уже известны сотни генов, которые отвечают за её развитие. Свою роль сыграли,

видимо, Интернет, общая информированность граждан. Ну кому из родителей не хочется видеть своего ребёнка слышащим? Они уже поняли это. А ведь КИ можно делать уже годовалому малышу, только возраст не должен превышать 5 лет, родители уже об этом знают. Создают клубы, встречаются друг с другом, делятся впечатлениями, опытом. Да, именно опытом, ведь ребёнку нужно будет посвятить жизнь, что совсем непросто. С родителями работают и сурдопедагоги, и психологи... А каждый ли из взрослых готов к этому? Работа нелёгкая, но без мамы или папы маленький пациент не справится.

– Георгий Абелович, я читала самые разные мнения о кохлеарной имплантации, и, честно говоря, так и не поняла: можно или нет делать операцию при остаточном слухе? Разъясните, пожалуйста.

– Действительно, раньше считалось, что кохлеарную имплантацию можно выполнять только при полной глухоте. Но современные системы КИ позволяют сохранить остаточный слух, что подтверждают послеоперационные исследования. Я убеждён, что в ближайшее время будут внедрены генные технологии, которые позволяют использовать сохранённые элементы внутреннего уха и «выращивать» волосковые клетки, это недалёкое будущее, поверьте. Более того: у пациента с остаточным слухом результаты лучше. К тому же чем раньше мы можем вернуть человеку слух, а соответственно, речь, тем тоже гораздо лучше. Наши пациенты успешно учатся в вузах, прекрасно трудятся... К счастью, меньше проблем стало и со школой.

– Детей не хотели брать?

– Знаете, как противились учителя? К ребёнку же совсем иной подход. Он – другой, и слух, который мы ему даём, тоже другой. У нас была одна пациентка, и я помню, как она сказала после подключения процессора: у меня ощущение, как будто со мной разговаривают липиутки... Неудивительно, так как все звуки смещены в высокочастотную область. Привыкать, конечно, нелегко, но больные привыкают. Привыкают и педагоги...

Знаете, сейчас всё изменилось, кохлеарная имплантация настолько шагнула вперёд... Представьте: если раньше нужно было обязательно снимать речевой процессор, чтобы его не намочить, то сейчас есть такие устройства, которые не боятся влаги.

Не за горами время, когда будет внедрён полностью «имплантированный» имплантат: снаружи не будет ничего. Вообще ничего. Всё внутри, вся наружная часть. Он сейчас проходит клинические испытания в Австралии. Пока прооперировано 4 пациента.

– А можно ли ставить имплантаты на оба уха?

– Хороший вопрос! Не только можно, но и нужно. В мире это уже делают. Операцию следует проводить одновременно либо последовательно – вначале на одном ухе, а через некоторое время – на другом. Промежуток времени если и должен быть, то небольшой, но когда он превышает 6 лет, хороших результатов от двух операций мы не получим.

– Что вам доставляет искреннюю радость, Георгий Абелович?

– Чудо, которое получаешь от работы с суперсовременной техникой, от того, что рядом с тобой грамотные, умные и толковые специалисты, одним словом, профессиональная команда, на которую всегда можно положиться, и, конечно же, результаты нашей работы.

Беседу вела
Татьяна КУЗИН,
корр. «МГ».

Дуэль и ранение

По условиям дуэли расстояние между барьерами составляло 10 шагов (6,5 м). В поединке использовались крупнокалиберные немецкие пистолеты системы Кухенройтера. Эксперименты судебных медиков показали, что с расстояния 6,5 м пуля, выпущенная из кухенройтера, пробивает грудную клетку человека насквозь. Дуэльная площадка была неровной, и Лермонтов был поставлен секундантами выше Мартынова.

По команде секундентов «Сходись!» Мартынов быстрыми шагами подошёл к барьеру и стал целить. Ему мешал сильный косой дождь. Лермонтов медленно подошёл к барьеру и развернулся правым боком вперёд, чтобы уменьшить площадь поражения. Он высоко поднял правую руку с пистолетом, намереваясь выстрелить в воздух.

Стрелять по условиям дуэли можно было между командами «Два» и «Три». Однако старательно выцеливающий Мартынов запоздал выстрелить. Прозвучала команда «Три», после которой стрелять уже было нельзя. Однако секундант, вместо того чтобы развести соперников на исходные позиции, выкрикнул: «Стреляйте!» Попробовав пошутить, Лермонтов сказал: «Я в этого дурака стрелять не буду!» – поднял пистолет ещё выше и выстрелил в воздух. От отдачи он слегка отклонился назад и влево. В этот момент выстрелил Мартынов.

Обратим внимание на факторы, повлиявшие на направление раневого канала. Из-за неровности дуэльной площадки Лермонтов находился выше Мартынова, отчего пуля шла по восходящей траектории. В момент выстрела противника поэт стоял, развернувшись впол оборота, правым боком вперёд, его правая рука с пистолетом была максимально вытянута вверх, а корпус от отдачи (Лермонтов только что выстрелил в воздух) и для противовеса вытянутой правой руке был отклонён кзади и влево. Правое плечо и соответственно правая половина грудной клетки располагались значительно выше левого плеча и левой половины грудной клетки.

Все эти факторы способствовали формированию своеобразного восходящего направления раневого канала, прохождению пули через туловище не спереди назад, а поперёк, от правого бока к левому. Высокая убойная сила оружия и короткое расстояние между противниками обусловили пробитие грудной клетки насквозь.

Сразу после выстрела противника туловище Лермонтова словно переломилось, он безмолвно упал, не сделав движения ни назад, ни вперёд, не успев даже захватить больное место, как это обычно делают раненные. В правом боку его дымила (!) рана, в левом – сочилась кровь. Поэт потерял сознание, глаза были открыты, но смотрели мутным, непонимающим взором. Дыхание было сохранено. Через несколько минут после ранения сознание вернулось к Лермонтову, и он мог говорить. В частности, он сказал корнету Глебову: «Миша, умираю».

Состояние раненого в первые 30 минут после ранения и в дальнейшем было тяжёлым. У него наблюдался болевой шок, продолжалось кровотечение. Кровь изливалась медленно, но постоянно из обеих ран на туловище, но больше её вытекало из выходного отверстия пули, расположенного в левой половине грудной клетки, в V



М. Лермонтов в сюртуке Тенгинского пехотного полка. Худ. К. Горбунов (1841)

В 18 часов 30 минут 15 (27) июля 1841 г. у северного склона горы Машук прозвучал выстрел, оборвавший жизнь великого русского поэта М. Лермонтова. До сих пор поклонников поэта и его преданных читателей волнует вопрос: можно ли было его спасти?

«Нет!» – категорично и безапелляционно отвечали ведущие лермонтоведы в советский период. Основываясь на рассказах секунданта Мартынова Михаила Глебова и материалах сфальсифицированного следствия, они утверждали, что Лермонтов был ранен «прямо в сердце» и погиб «мгновенно на месте поединка».

Более 40 лет я занимался выяснением обстоятельств дуэли Лермонтова и Мартынова, работая в архивах Москвы, С.-Петербурга и Пятигорска, совершив три экспедиции на место дуэли, изучая ход раневого канала на компьютерных томограммах и трупах, консультируясь по сложным вопросам с лермонтоведами старшего поколения В. Хачиковым, С. Чекалиным и другими, полемизируя на Лермонтовских чтениях в С.-Петербурге и других конференциях.

Итоги архивных розысков и результаты своих исследований привожу в этой статье.

тов или жизнь ещё теплится в нём?

Биограф Лермонтова П. Висковатов описал эпизод, случившийся с Глебовым и пересказанный последним Эмилией Клингенберг. Тело Лермонтова длительно лежало под дождём, накрытое шинелью, покоясь головой на коленях Глебова. Когда Глебов хотел осторожно спустить голову, чтобы поправить, из раскрытых уст Михаила Юрьевича вырвался не то вздох, не то стон; и Глебова стала мучить мысль: «Быть может, в теле ещё кроется жизнь?» Подобные же звуки, напоминающие стоны и вздохи, слышал позднее Васильчиков, сменивший на посту Глебова и дежуривший у поэта в срок от 2 до 4,5 часов с момента дуэли. После этих звуков Васильчиков и сидевший

Гипотезы

Можно ли было спасти Лермонтова?

Исполнилось 200 лет со дня рождения великого поэта

межреберье по задней подмышечной линии. Существовала ещё третья рана, умеренно кровоточащая, расположенная на задней поверхности средней трети левого плеча, где пуля, вышедшая из грудной клетки, прорезала кожу, подкожную клетчатку и частично мышцы. За время нахождения на месте дуэли раненый потерял большое количество крови. Об этом говорит тот факт, что сильный дождь, продолжавшийся с перерывами несколько часов, не смог смыть её с земли, где лежал поэт, и она была обнаружена на следующий день, при осмотре места происшествия членами следственной комиссии. Кровь насквозь пропитала одежду поэта (армейский сюртук и рубашку). Наряду с наружной геморрагией, несомненно, наблюдалось внутреннее кровотечение (в левую плевральную полость и брюшную полость). По нашим приблизительным расчётам, поэт (с учётом повреждения печени и левого лёгкого, о чём будет сказано ниже) мог потерять на месте дуэли около 1-2 л крови (20-40% объёма циркулирующей крови).

Очнувшись через несколько минут после ранения и обменявшись словами с Глебовым, раненый находился в сознании около 15-20 минут, а затем снова и надолго потерял его. Дальше свидетельства очевидцев дуэли расходятся. Во время следствия секунданты Глебов и Васильчиков, выгораживая себя, сообщили, что сознание больше не вернулось к раненому. Другая часть свидетелей, в частности Саникидзе, сообщает, что Лермонтов вновь приходил в сознание, стонал и даже разговаривал.

Поэт в течение 4 с половиной часов оставался на месте поединка под открытым небом, поливаемый проливным дождём. С момента ранения в течение 2 часов его окружали секунданты Столыпин, Трубецкой и Глебов, а затем Трубецкой и вернувшийся из Пятигорска Васильчиков.



Домик в Пятигорске, где в 1841 г. жил М. Лермонтов

Данные о продолжительности жизни поэта после ранения противоречивы.

В Лермонтовской энциклопедии указана официальная точка зрения литературоведов советского периода: «Лермонтов скончался, не приходя в сознание в течение нескольких минут». Подобная точка зрения базируется на материалах сфальсифицированного следствия, в котором участники и свидетели дуэли искусно выгораживали себя, обмениваясь записками, меняя и согласовывая друг с другом показания, обвиняя во всём Лермонтова, придерживаясь тезиса «мёртвому не поможешь, а нам нужно жить». В архивах сохранились их записки, в которых они чернили Лермонтова и выгораживали себя и даже Мартынова.

Эта версия о мгновенной смерти Лермонтова после выстрела противника была чрезвычайно выгодна всем секундантам, так как, во-первых, снимала с них ответственность за то, что они не побеспокоились о пригласении доктора на дуэль (при мгновенной смерти доктор бы не помог), во-вторых, оправдывала их нерасторопность, приведшую к тому, что Лермонтов более 4 часов пролежал в поле под дождём без оказания помощи.

Существует противоположная точка зрения, утверждающая, что поэт жил значительно дольше, в течение 4-5 часов после ранения.

Вот показания Мартынова из материалов следствия: «От сделанного мною выстрела он упал, и хотя признаки жизни ещё были видны в нём, он не говорил. Я отправился домой, полагая, что помощь может ещё догнать к нему вовремя». Итак, Мартынов простился с живым Лермонтовым и был уверен, что приехавшие врачи не дадут ему умереть.

Секундант Васильчиков уехал в Пятигорск за врачом позже Мартынова, и тоже от живого Лермонтова. Ведь, согласитесь, мёртвому не нужен врач!

Находясь в тяжёлом состоянии, Лермонтов мог какое-то время не подавать внешних, видимых признаков жизни. Секунданты не имели абсолютно никаких, даже примитивных медицинских знаний и навыков. Поэтому при глухости тонов сердца и очень низком артериальном давлении у раненого Лермонтова они вполне могли ошибиться в определении времени наступления смерти. Дежуря в тот вечер при пострадавшем, они действительно несколько раз сомневались: мёртв ли Лермон-

с ним вместе Трубецкой «несколько минут были уверены, что Лермонтов ещё жив». Зато не сомневаются в том, что поэт был мёртв, современные лермонтоведы, которые, спустя 200 лет, с пренебрежением отмахиваются от предположений секундентов и с умным видом дают объяснение: «Да это же просто спёртый воздух выходил из груди Лермонтова!»

Утверждение, что Лермонтов умер в ближайшие минуты после ранения, идёт вразрез с приказанием коменданта Пятигорска В. Ильяшенкова отправить привезённого с места дуэли поручика на гауптвахту. Очевидно, Ильяшенков, отдавая приказ, был уверен из докладов (плацадьютанта А. Сидери и других подчинённых и свидетелей дуэли), что Лермонтов ещё жив. И лишь когда поэта подвезли к помещению гауптвахты, то убедились, что он уже мёртв.

В литературе советского периода старательно замалчивалось показание слуги Лермонтова, молодого гурийца Христофора Саникидзе: «При перевозке Лермонтова с места поединка его с Мартыновым Михаил Юрьевич был ещё жив, стонал и едва слышно прошептал: «Умираю»; но на полдороге стонать перестал и умер спокойно». Поэта повезли в Пятигорск через 4,5 часа после дуэли слуги Лермонтова и Мартынова Иван Вертюков и Илья Козлов на нанятой в городе телеге. При них находился Саникидзе, а Глебов, Столыпин и другие секунданты в это время были уже в Пятигорске. Очевидно, транспортировка по тряской каменистой дороге усилила болевые ощущения у раненого. Он, находившийся в забытии, очнулся от болей, начал стонать. С другой стороны, тряская дорога усилила явления шока и могла приблизить наступление смерти.

Один из первых биографов поэта П. Мартынов, лично беседовавший с домовладельцем квар-

тиры Лермонтова В.Чияевым и другими лицами, жившими в Пятигорске в год дуэли, также утверждал, что поэт умер во время транспортировки с места дуэли в Пятигорск.

Профессор С.Шиловцев, ещё в 1946 г. изучавший на трупах ход раневого канала при таких же, как у Лермонтова, входном и выходном отверстиях, подверг критике официальный взгляд, что поэт был ранен «прямо в сердце» и умер мгновенно. Он научно доказал, что при таком ходе раневого канала, как у Лермонтова, раненые должны прожить не менее 4-6 часов после ранения.

Итак, вопреки данным следствия, на котором секундантами утверждалось, что поэт умер мгновенно на месте дуэли, существуют веские документальные свидетельства и научные обоснования того, что пострадавший, находившийся в тяжёлом состоянии, жил дольше, в течение 4-5 часов с момента ранения.

Но тогда возникают два важных вопроса: как было организовано оказание медицинской помощи раненому и своевременно ли пострадавший был доставлен с места дуэли в город?

Что скрывали секунденты

В соответствии с Дуэльным кодексом в обязанности секунданта входило обеспечение поединка доктором и экипажем для раненого. Однако все 4 секунданта, проявив преступную небрежность, не выполнили своих обязанностей.

Странно выглядит поведение Васильчикова после рокового выстрела Мартынова. Он отправился за доктором и экипажем для раненого. Его прождали на месте дуэли под дождём 2 долгих часа, по истечении которых он явился без экипажа и доктора.

Впоследствии Васильчиков утверждал, что заезжал к двум «господам медикам», но получил от них одинаковый ответ, что из-за «дурной» погоды они выехать к раненому не могут.

Таким образом, врачи, отказав в помощи больному, совершили преступление, нарушив законы России того времени. Клятву Гиппократова и так называемое «Факультетское обещание», которое давали, оканчивая медицинские факультеты университеты, и по которому были обязаны в любое время суток безотлагательно выехать к тяжёлому больному.

По нашим данным, в 1841 г. в Пятигорске работало только 6 докторов: Ребров, Дроздов, Барклай-де-Толли, Норманн, Рожер и Конради. Архивные розыски пока не дают ответа на вопрос, кто из них отказал в помощи умирающему Лермонтову.

Секунданта Столыпина, Глебов и Трубецкой, находившиеся рядом с тяжелораненым на месте поединка, проявили растерянность и беспомощность. Они лишь наблюдали, как медленно угасает жизнь их товарища. Медикаменты на дуэль они не захватили. Боевые офицеры, обязанные владеть методами оказания первой помощи на поле боя, они даже не удосужились перевязать раны (!), и они, все три, оставались открытыми и продолжали кровоточить.

Секунданта даже не догадались защитить Лермонтова от проливного дождя: перенести его под кусты, соорудить что-то вроде шалаша или укрытия.

Они находились всего в 4 верстах от Пятигорска. Пешком это расстояние (от места дуэли у Волчьей балки до дома Умано-

ва – северной окраины города в границах 1841 г.) я преодолеваю всего за 40 минут. А секундантам более 4 часов не могли принять мер по транспортировке поэта в город.

В конечном итоге поэта (уже только тело) доставили в домик, который он со Столыпиным снимал у В.Чияева, поздно вечером. Доктор Барклай-де-Толли прибыл к телу Лермонтова «для оказания помощи», как записано очевидцами, только глубокой ночью.



Дуэль. Рисунок юнкера М.Лермонтова (1834)

Таким образом, раненому Лермонтову при жизни никакая медицинская помощь – ни первая, ни врачебная – так и не была оказана!

Секунданта той дуэли всю жизнь продолжали хранить тайну дуэли, заключив между собой (о чём признался Васильчиков П.Висковатову своего рода «заговор молчания»: никому не рассказывать о дуэли и последующих событиях. Очевидно, им было что скрывать!

Важнейший вопрос – характер ранения и ход раневого канала.

Секунданта, не имевшие медицинского образования, почему-то считали и упрямо утверждали, что Лермонтов был ранен «прямо в сердце». Их мнение, зафиксированное в материалах следствия, казалось неизбежным и до сих пор принимается на веру большинством современных литературоведов.

Первым открыто и громко стал отрицать ранение Лермонтова в сердце приятель поэта, офицер Н.Раевский. Он участвовал в обмывании тела поэта, когда того привезли с места поединка. Таким образом, Раевский сам лично видел раны на обнажённом теле. К моменту написания воспоминаний (1885 г.) он, давно выйдя в отставку и окончив медицинский факультет, имел большой врачебный опыт. Так что это по сути воспоминания врача, хорошо знающего анатомию. Показания Раевского о ходе раневого канала поэтому в несколько раз ценнее мнения секунданта, не видевших ран на обнажённом теле и не знающих анатомии.

В своих воспоминаниях Н.Раевский возражает, что ранение было «прямо в сердце» и отмечает, что у Лермонтова имела рана в правом боку, пуля прошла грудную клетку справа налево и вышла с левой стороны, задев левую руку. По направлению раневого канала ему было абсолютно ясно, что сердце осталось в стороне от продвижения пули в теле.

Медицинское освидетельствование тела умершего было произведено 17 июля врачом Пятигорского военного госпиталя 30-летним Иваном Егоровичем Барклаем-де-Толли. Оно гласило: «...При осмотре оказалось, что пушечная пуля, попав в правый бок ниже последнего

ребра, при срастании ребра с хрящом, пробила правое и левое лёгкое, поднимаясь вверх, вышла между пятым и шестым ребром левой стороны и при выходе прорезала мягкие части левого плеча».

Барклай-де-Толли ограничился лишь внешним освидетельствованием тела, не производя аутопсии. Он считал, что Лермонтов получил сквозное огнестрельное ранение правого и левого лёгкого. По его

бительное охлаждение тела, затем присоединилась травма в результате мучительной перевозки под дождём. Развился шок» (С.Шиловцев. Рана Лермонтова. В кн.: Вопросы хирургии войны и абдоминальной хирургии. Горький, 1946).

Смерть поэта наступила от кровотечения и шока только через несколько часов после повреждения – таков вывод учёного.

Возможности и долг

Можно ли было спасти М.Лермонтова? «Можно, – уверено заявляет С.Шиловцев. – На фронтах Великой Отечественной войны хирургический нож спасал множество людей после подобных и ещё более тяжёлых ранений». Он считает, что Лермонтову нужно было иссечь рану в левой грудной стенке, «зашить швами пневмоторакс», чтобы предупредить вхождение воздуха в полость плевры. Затем хирург должен был сделать лапаротомию, остановить кровотечение из печени, зашить раны толстой кишки и желудка, ушить рану диафрагмы и операционную рану брюшной стенки.

Мы согласны с такой техникой операции, которую нужно выполнить при ранении, подобном ранению Лермонтова, однако не разделяем мнения С.Шиловцева, что великого поэта можно было спасти. Даже сегодня, в XXI веке, при подобных торакоабдоминальных ранениях состояние больных оценивается как тяжёлое, а летальность составляет 1-5%.

А ведь Лермонтов жил совсем в другое время, при достаточно низком уровне развития медицины.

На месте ранений, помимо других мероприятий, важно было наложить герметичные повязки на раны грудной стенки, чтобы предупредить поступление воздуха в плевральную полость и

ного Лермонтова до Георгиевска бы не довели.

Кроме того, смог ли бы пятигорский хирург Барклай-де-Толли с его невысокой квалификацией выполнить торакотомию с ушиванием раны лёгкого? Вполне очевидно, что нет. Операции на органах грудной полости в 1841 г. не выполнялись даже хирургами с мировым уровнем в хорошо оснащённых операционных. Торакальная хирургия начала развиваться лишь в конце XIX века.

К тому же в 1841 г. раненых в живот ещё не разрешалось оперировать. Ведь тогда не знали асептики и антисептики, и любая операция на органах брюшной полости могла осложниться перитонитом и смертью больного. Поэтому не только торакотомию, но и лапаротомию Барклай-де-Толли не стал бы больному производить! Медицине первой половины XIX века ещё не были известны переливание крови и внутривенное введение плазмозаменителей, что осложняло борьбу с кровопотерей; не были открыты антибиотики и многие другие необходимые лекарственные средства.

Тем не менее врачи и окружающие раненого Лермонтова приятели-офицеры обязаны были бороться за жизнь поэта, чтобы продлить её ещё на несколько суток. Ведь долг врача и любого гражданина – бороться до конца за жизнь больного, продлевая её драгоценные дни, часы и даже минуты. И если бы всё было сделано для спасения жизни великого поэта, не нужно было бы врать и менять показания во время следствия, обманывать и утверждать, что Лермонтов де был ранен «прямо в сердце» и умер «мгновенно». Не нужно было бы в дальнейшем устраивать «заговор молчания». Врачам, отказавшимся выехать в дождь и не оказавшим помощь раненому, не было бы необходимости скрывать своё имя.



М.Лермонтов на смертном одре. Худ. Р.Шведе (16 июля 1841 г.)

сдавление левого лёгкого. Но этого сделано не было. Даже при быстрой транспортировке раненого в Пятигорск его шансы выжить оставались низкими. Ведь Пятигорский военный госпиталь был плохо оснащён и в 1841 г. располагался в приспособленном помещении (старой казарме) у подножия Горячей горы. Условия для лечения в нём были плохими. Более крупный и лучше оснащённый госпиталь размещался в 40 верстах от Пятигорска, в Георгиевске, но, с учётом гужевого транспорта и безобразного состояния кавказских дорог того времени, можно предполагать, что тяжелоране-

Скорее всего, даже при адекватном и своевременном оказании помощи Лермонтов всё равно бы умер (предположительно через 2-3 суток), однако Васильчиков, Глебов, Столыпин, Трубецкой и два неизвестных пока доктора могли бы честно и смело смотреть в глаза своим современникам и нам, потомкам.

Михаил ДАВИДОВ,
доцент кафедры факультетской хирургии с курсом урологии Пермской государственной медицинской академии им. Е.А.Вагнера,
председатель Общества урологов и андрологов Пермского края, кандидат медицинских наук.

Путь до Гонконга даже из центра страны неблизкий. Но побывать там нам с женой уж очень хотелось. И тут вдруг удача – слышу по радио рекламу об открытии туда прямого рейса из нашего города. Колесования отпали.

Первым же, «торжественным», рейсом летим. Всё как всегда – мерно гудят моторы, временами слегка потряхивает на воздушных «кочках». Отобедали, на полпути задремалось. Не с первого раза, но всё-таки до сознания дошло объявление по внутренней связи: «Если в салоне есть врач, просьба подойти к бортпроводнику».

В проходе в центре эконом-класса вижу маленькое столпотворение – стюардесса и какая-то женщина склонились над мужчиной, сидящем в крайнем в ряду кресле. Подхожу, представляюсь. Мельком замечая, что мужчина молод, средней комплекции, бледен, глаза прикрыты, но позу в кресле держит. Женщина, щупая его пульс, попутно информирует:

– Вот, молодой человек потерял сознание, была рвота. Валидол мы ему уже на всякий случай дали. Простите, вы кто по специальности?

– Психотерапевт, но 7 лет отъезжал когда-то на «скорой». Не выяснили ещё, судороги были?

– Как хорошо, коллега! Я офтальмолог, сами понимаете, из ургентной терапии если что и помню, то отрывочно. Пульс что-то у него чистит. Судорог вроде не было.

Соседи по ряду подтверждают, судорог не видели. Обращаюсь к стюардессе:

– Тонометр на борту есть? И какая-нибудь аптечка?

– Есть, и то и другое. И баллон с кислородом.

– Несите всё.

Подошёл ещё один врач, увыв, рентгенолог.

– Да, команда у нас к случаю малоподходящая, – заключил он. – Вам, по всему, карты в руки. Мы, если что, на подхвате.

Они заняли свои места, чтобы не создавать пробку в узком проходе. Подошла стюардесса, первым делом измерил давление. Низковато.

– Какое для вас давление нормальное? – спрашиваю.

Не знает. Ответ не блещет новизной.

– Боль есть где-нибудь?

– Вроде нет. Слабость только. И плохо. Вот здесь, – кладёт руку на грудь.

– Доктор, – обращается ко мне стюардесса, – у нас в бизнес-классе недогруз, два человека всего, там вам, наверное, посвободнее будет.

Даю пациенту наштабурить из немислимо скудной бортовой аптечки, потихоньку перебираемся в бизнес-класс, занимаем полностью свободный первый ряд.

– Что-то мне опять плохо. Тошнит. Я лучше лягу, может так легче будет... – медленно, как бы через силу, говорит мужчина.

Вдвоём со стюардессой устраиваем пациента на полу, она приносит плед, надувную подушку, даёт кислород, контролирую давление, которое начинает падать. Каким-то чудом в подсобке находится

шись в бизнес-классе, где я сдавал пациента с рук на руки китайским парамедикам. Прошествовала без слова, с каменным лицом.

Итак, анамнез вкратце. Сами (не шутка) не местные. Добирались ночь до Новосибирска поездом, ели в дороге курицу-гриль, покупную, по вкусу не очень. Двое суток до отъезда почти не спал, срочно «подчи-

носилами, на палец моего подопечного надели датчик. Первая моя попытка проинформировать их о том, что было и что делалось, полностью проигнорировалась, общался один из них, по-видимому, старший, со стюардессой.

Улучив момент, я сделал ещё попытку:

– Я врач, оказывал помощь пациенту в полёте, который по-

Пришлось ещё уговаривать моего случайного пациента не отказываться от поездки в стационар, хотя бы для рутинных анализов.

– Никак не могу, у нас стыковочный рейс в Сингапур через 5 часов.

Я сгустил краски донельзя, «живописуя» возможные негативные сценарии, решился он лететь дальше. Спросили парамедиков, во что приблизительно обойдутся тесты по минимуму.

– От трёхсот долларов? Ладно, куда деваться... – вздохнул он.

Через неделю мы возвращались. На стойке регистрации, за спиной клерка-китайки, стояла девушка в униформе нашей авиакомпании.

– Здравствуйте! Вы меня не узнаёте? Мы с вами мужчине помогали, когда сюда летели.

– А-а... да-да-да... Здравствуйте, теперь припоминаю.

– Мы, кстати, справлялись о нём. Из госпиталя он уехал, не дождавшись результатов анализов. На стыковку, должно быть, торопился. В анализах, как нам сказали, ничего криминального не нашли...

– Ну и слава богу!..

Наверняка у коллег-читателей могло бы возникнуть желание кое-что уточнить, окажись они на моём месте. Чтобы прикинуть возможный диагноз. Скудость анамнеза жизни и заболевания мужчины открывают достаточно широкий простор для «дифференциальных фантазий».

С «высот» своей узкой специализации могу постфактум предложить к обсуждению ещё один вероятный диагноз, быть может, не из первого ряда выбора. То, что раньше называлось истерическим неврозом, а по современной классификации в МКБ-10 отнесено к кластеру диссоциативно-конверсионных расстройств F44.

Поведение жены пациента – полная её отчуждённость от события, поведение самого пациента, не сделавшего за остаток полёта ни малейшей попытки контакта с близкими (когда, по всем житейским канонам, он в их участии явно нуждался) – признаки глубокого межличностного конфликта в семье. Причём в острой фазе. Отсюда – прямой путь к «уходу из болезни», невзирая на обстоятельство места и времени.

Что до симптоматики конверсионных расстройств, включающих массу вариантов соматических, неврологических, вегетативных и психических нарушений, то это тема отдельного интересного разговора. Но, со всей очевидностью, не зря Бабинский называл истерию la grande simulatrice – великой симулянткой.

Юрий СУПРУНОВ.

Новосибирск.

А ещё был случай

Успокойтесь, вы в Гонконге!



коробка кордиамина и парочка шприцев. Начинается сильная болтанка, колю подкожно, поим пациента тёплым подслащённым чаем...

– Командир просил узнать, есть ли необходимость запросить вынужденную посадку? – передаёт вопрос пилота стюардесса.

Ещё раз осматриваю пациента, АД повышается, пульс уредился: «Пожалуй, пока нет». Остаток полёта работаем на пару с бортпроводницей, как говорят реаниматологи, «по симптомам». По ходу дела собираю анамнез: 34 года, частный предприниматель, много работает, практически без выходных. За три года впервые летит с женой и детьми в недельный вояж.

– А где же жена?

– В том же ряду через проход, слева по борту три кресла, с пацанами.

Я сильно удивился: с мужем такие нелады, а супруга безучастна – ни разу не подошла поинтересоваться, как и что. Забегая вперёд, скажу, что по прилёту покинула самолёт с детьми, даже не остановив-

шал хвосты» по работе. За пару недель до этого был сердечный приступ, вызвали «скорую». Что-то с давлением, отвезли в больницу, там подержали в приёмном покое и отпустили. ЭКГ снимали, сказали, в пределах нормы. Что же было с давлением – понятия не имеет. Вообще, сердце «давит» частенько, перетерпывает. Диабета нет, по крайней мере раньше не было. Эпилепсию отрицал. Поноса не отмечал, живот «спокойный». Температура на ощупь нормальная...

Подлетая к Гонконгу, мысленно сочинил спич, освежив в памяти кое-какие термины на английском, для «принимающей стороны» о происшествии.

В отечестве много раз приходилось сталкиваться с «преemptивностью» в медицине – сдавать в приёмных покоях дежурным врачам пациентов с различными диагнозами. Хлебом-солью ни разу не встречали. Как говорится, «жизнь такова, какова она есть, и больше никакова».

Как только подали трап, в салон сразу же вошли два китаца, без халатов, с мягкими

терял сознание. Гемодинамика была нестабильной...

Меня жестом прервали.

– Успокойтесь, вы в Гонконге!..

Дальнейшее в литературном вольном переводе приблизительно звучало так: Гонконг – это город-мечта. Всё здесь отлично устроено. Люди если и болеют, то быстро благодаря китайской медицине поправляются. Поэтому за здоровье нашего соотечественника можно теперь не волноваться.

Всё во мне возмутилось. Как так?! Им хотят на сносом английском, в условиях языкового барьера, профессионально помочь в непростой работе, а они упираются!

Я предпринял третью попытку. Меня взяли под локоток.

– Послушайте, – доверительно, понизив голос, заговорил китаец. – Не приставайте ко мне. Я в этом всё равно ничего не понимаю. Я парамедик. Моя задача доставить человека из режимной зоны в медпункт аэровокзала и сдать врачу скорой помощи. Он отвезёт пациента в госпиталь, если тот согласится на обследование...

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

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



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

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 3010181040000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 14-09-00447
Тираж 34 985 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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