

Медицинская

11 июля 2014 г.

пятница

№ 50 (7475)

газета®

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

www.mgzt.ru

Деловые встречи

Под патронажем маститых учёных

В Российском научном центре хирургии им. Б.В.Петровского прошла Всероссийская конференция молодых учёных «Актуальные аспекты диагностики и лечения в хирургии и онкологии»



– Та молодёжь, которая сегодня приходит в науку и медицину, настроена весьма и весьма решительно и оптимистично. Это очень важно. Отрадно и другое: они полностью отдают себе отчёт в том, что без разумного сочетания диагностики и клиники никогда не получится полноценный специалист. Чрезвычайно приятно, что именно такие выпускники решают посвятить свою жизнь такой науке, какой является медицина, – открыл конференцию академик РАН Валерий Сандриков.

В продолжение своих слов В.Сандриков подчеркнул, что о реальном прогрессе можно говорить лишь в том случае, когда ученики превосходят своих учителей.

– Структурные подразделения нашего центра состоят преимущественно из молодых сотрудников, которым ещё не исполнилось 40. У них больше энергии и желания работать. Они чрезвычайно быстро впитывают знания своих старших коллег и эффективно применяют

их в своей научно-практической деятельности. Лично у меня нет сомнений в том, что преемственность в нашем деле никогда не исчерпается, – заявил заместитель директора РНЦХ им. Б.В.Петровского профессор Олег Скипенко.

Примечательно, что в течение последних 2-3 лет в РНЦХ конкурс в ординатуру и аспирантуру был очень высок. Это позитивный момент, так как буквально ещё 10-15 лет назад места на факультетах последиплом-

ного образования в медицинских вузах страны просто-напросто пустовали на треть, а иногда и на половину.

– Полагаю, что знания, полученные молодыми коллегами, которые будут вынесены из сегодняшнего форума, пойдут на пользу всем нашим пациентам, а это значит, что в сухом остатке мы получим улучшение показателей общественного здоровья по всей стране, – отметил один из ведущих специалистов нашей страны в области лучевой диагностики профессор Григорий Кармазановский (Институт хирургии им. А.В.Вишневского).

(Окончание на стр. 2.)

НА СНИМКЕ: они представили лучшие доклады.

Дежурный по номеру: Алим КАРДАНОВ

Директор
Кабардино-
Балкарского
центра
медицины
катастроф
Минздрава
республики,
заслуженный
врач
Республики
Южная Осетия.



Перемены

Первый модуль

Уникальный проект ФМБА России реализован в Архангельске. Технологический медицинский модуль (ТММ) с отделениями радионуклидной терапии и диагностики открылся в Северном медицинском клиническом центре им. Н.А.Семашко ФМБА России. В его открытии принял участие руководитель ФМБА России Владимир Уйба.

– Мы реализовали первый уникальный проект в истории отечественной ядерной медицины, – сказал В.Уйба. – Когда в 2010 г. в Минздраве России зашла речь о пилотном проекте, то именно Архангельск был выбран первым среди 300 учреждений ФМБА России. Нам нужна была подготовленная клиническая база. Проект реализован в короткие сроки, несмотря на то, что он был пилотным. Теперь у каждого архангелогородца и жителя области имеется возможность получения высокотехнологичной медицинской помощи. Центр будет работать не только на Архангельскую область, но и другие регионы России, в первую очередь на Северо-западный федеральный округ.

А дальше гостям были показаны структурные подразделения ТММ. В диагностическом отделении для контроля проведённой терапии имеется ОФЭ/КТ, для диагностики – гамма-камера. Проектная мощность отделения радионуклидной диагностики – до 2 тыс. исследований в год. В ТММ располагаются роботизированная иммунологическая гистохимическая лаборатория, компьютерный и магнитно-резонансный томографы.

На 3-м этаже расположены 10 односторонних палат отделения радионуклидной терапии (РНТ) рака щитовидной железы. Одна из палат полностью приспособлена для лиц с ограниченными возможностями. В отделении функционирует самая современная из имеющихся в мире система вакуумной канализации, обеспечивающая безопасность проведения радионуклидной терапии. Баки для сбора радионуклидных отходов находятся в помещении глубиной 9 м от уровня 1-го этажа. Проектная мощность отделения – до 450 пациентов в год.

(Окончание на стр. 2.)

Однако

Закрит центр трансплантации почки

Московский городской центр трансплантации почки городской клинической больницы № 7 перестал существовать. Официальная причина его расформирования – нерентабельность.

За 2013 г. в этом медицинском учреждении сделано 47 операций по пересадке почки и около 400 вмешательств по формированию

сосудистого доступа у больных на гемодиализе, а за I квартал этого года – 25 трансплантаций почки. Руководство Департамента здравоохранения Москвы посчитало это недостаточным.

В одном из старейших в России центров трансплантации почки за 20 лет его существования под руководством сначала доктора медицинских наук Павла Филиппова, а затем про-

фессора Игоря Нестеренко было проведено 1426 пересадок почки. Больных, нуждающихся в трансплантации, планируется перевести в НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского.

Ведущие сотрудники ликвидированного центра уволены по сокращению штата.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

Москва.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Проблема устранения дефицита участковых педиатров остаётся открытой.

Стр. 4-5.

Ошибки в диагностике злокачественных заболеваний у детей.

Стр. 10-11.

Новости

За мужество и героизм

Медики Омской области, спасавшие людей после взрыва бытового газа в посёлке Конезаводской Марьяновского района этой сибирской территории, награждены почётными грамотами Министерства РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий.

Взрыв случился 6 апреля нынешнего года в многоквартирном жилом доме этого населённого пункта по вине одного из его жильцов. Последствия трагедии могли стать ужасающими, не прояви спасатели, в том числе и медики, первыми прибывшие на место происшествия, мужество и героизм, как отметил, вручая почётные грамоты, начальник Главного управления МЧС России по Омской области генерал-майор внутренней службы Владимир Корбут.

В числе награждённых – врачи, специалисты и медицинские работники среднего звена отдела трассовой медицинской службы территориального Центра медицины катастроф по Омской области, Омской областной клинической больницы, клинической больницы скорой медицинской помощи № 1 Омска, Марьяновской ЦРБ и Васильевской участковой больницы Марьяновского района.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омская область.

Звонят и дозваниваются

Доступность медицинской помощи стала предметом обсуждения на заседании коллегии администрации Кировского района С.-Петербурга. Начальник отдела здравоохранения Владимир Строков рассказал, что сегодня более 50% талонов к врачу выдаётся через регистратуру и автоматизированное рабочее место врача. Также записаться на приём можно по телефону через районный центр записи – колл-центр.

Весной нынешнего года колл-центр переехал на выделенную для него более удобную площадку. Кроме того, в 2 раза увеличилось количество операторов, принимающих звонки. Принятые управленческие решения привели к существенному улучшению показателя по доступности колл-центра. Так, отношение количества дозвонившихся к общему количеству позвонивших граждан на конец мая достигло 95%.

«На руку» доступности услуги и тот факт, что во всех поликлиниках Кировского района заведены журналы отложенных вызовов. Дополнительно, накануне приёма, производится обзвон пациентов, записавшихся к врачу-специалисту. Освободившиеся талоны сразу передаются другим пациентам.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

С.-Петербург.

Россияне приняли участие в крупнейшем форуме

В Париже прошёл XIV Всемирный конгресс по эндоскопической хирургии. Его организовали Европейская ассоциация по эндоскопической хирургии, Французское общество по эндоскопической хирургии и Международное общество по лапароскопической колоректальной хирургии.

Среди устных докладов, представленных Россией, три были отобраны оргкомитетом конгресса от Московского клинического научно-практического центра Департамента здравоохранения Москвы, который возглавляет профессор Игорь Хатьков. Они были посвящены вопросам минимальноинвазивного лечения рака поджелудочной железы – технике вмешательства и послеоперационной реабилитации по методике Fast Track.

Подробности – в ближайших номерах «МГ».

Геннадий НИКОЛОВ.

Париж.

MIA Cito!

Деловые встречи

Под патронажем маститых учёных



(Окончание. Начало на стр. 1.)

– Только объединённая работа, обмен знаниями, навыками и опытом обеспечат достойную смену поколений в медицине, – уверен председатель общества молодых учёных РНЦХ Станислав Ким.



К сожалению, мы всё ещё далеки от решения проблемы в реализации себя начинающими специалистами. Придя в клинику, молодому врачу крайне сложно заявить о себе. Ведь есть уже общепризнанные корифеи, авторитетное мнение которых ни у кого не вызывает сомнений. Таким образом, клинический ординатор практически никак не участвует в научно-практической деятельности клиники, являясь лишь формальным исполнителем указаний и распоряжений старших коллег.

– Мы стараемся поддерживать как можно больше конференций, где принимают участие клинические ординаторы, аспиранты, начинающие учёные и врачи. Ведь такие встречи являются, помимо всего прочего, очень важным моментом в работе и престиже того или иного лечебного или научного учреждения, – вкратце рассказал о своей работе член правления Содружества молодых врачей России Дмитрий Булетов.

В ходе конференции были подняты чрезвычайно важные

и актуальные вопросы диагностики и лечения хирургических и онкологических заболеваний органов брюшной полости – методы компьютерной и магнитно-резонансной томографии в оценке эффективности химиотерапии метастазов колоректального рака в печени, МРТ-диагностика кистозной дуоденальной дистрофии, коррекция внутрибрюшной гипертензии у больных с острой кишечной непроходимостью, лапароскопическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, персонифицированная химиотерапия и др.

Нужно отметить, что молодые специалисты, в общем и целом, продемонстрировали участникам форума то, что не зря занимаются



своим делом. Качество докладов, прозвучавших на форуме, было отражением высокого уровня, эффективности и практической пользы конференции.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
корр. «МГ».

НА СНИМКЕ: заведующий лабораторией РНЦХ им. Б.В.Петровского кандидат медицинских наук Евгений Флёров с участниками конференции; выступает Дмитрий Соболев; погружение в тему.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Перемены

Первый модуль

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Директор СМКЦ им. Н.А.Семашко Елена Казакевич во время осмотра отделений ТММ пояснила: «Радионуклидная терапия – единственный метод, который позволяет полностью излечить пациентов, имеющих рак щитовидной железы. Ежегодно в РФ выявляется более 9 тыс. случаев рака щитовидной железы, большая часть которых нуждается в проведении РНТ. Однако до последнего времени в России функционировал только один центр РНТ – в Обнинске. Его оборудование и пропускная способность не обеспечивают лечение и малой толики нуждающихся в таком лечении пациентов. Устоявшейся практикой стало направление больных на платное лечение в отделения радионуклидной терапии за пределы РФ. Так, пациенты Северо-западного федерального округа обычно едут на лечение в Эстонию, Финляндию и Белоруссию».

По окончании осмотра отделений ТММ состоялась научно-практическая конференция, на которой были представлены сообщения

о возможностях радионуклидных методов терапии и диагностики. В рамках торжественных мероприятий по открытию нового клинического комплекса состоялся мастер-класс по оперативному лечению рака щитовидной железы, провести который был приглашён профессор Анатолий Романчишин (С.-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии).

На церемонии открытия центра также приехали: главный федеральный инспектор по Архангельской области аппарата полномочного представителя Президента РФ Николай Шилин, мэр Архангельска Виктор Павленко, министр здравоохранения Архангельской области Лариса Меньшикова, председатель городской Думы Валентина Сырова, депутаты областной и городской дум. Участие в мероприятии приняли представители Архангельской епархии. От лица митрополита Архангельского и Холмогорского Даниила, собравшихся поздравил отец Варлаам.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

Архангельская область.

Проекты

Они поедут в госпиталь Мулаго

Решением конкурсной комиссии Казанского государственного медицинского университета по присвоению «Международной стипендии КГМУ на прохождение 6-недельной клинической практики на базе Университета Макерере, госпиталь Мулаго, города Кампала, Уганда» на очередную африканскую практику направлены три молодых специалиста.



В этом году ими стали ординатор кафедры госпитальной терапии Елена Белоусова, интерн кафедры госпитальной терапии Дилар Нурхаметова и ординатор кафедры неврологии и нейрохирургии Альберт Трондин. Совместный проект Йельского университета (США), Казанского ГМУ и медицинского колледжа Университета Макерере был начат в 2009 г.

Пятая по счёту практика казанцев в госпитале Мулаго пройдёт в июле – августе.

Айрат ЗИГАНШИН,
проректор по международной деятельности,
руководитель Центра международного образования и сотрудничества КГМУ,
профессор.

Казань.

НА СНИМКЕ: (справа налево) руководитель проекта со стороны США профессор Маджид Садиг с молодыми казанскими врачами Еленой Белоусовой, Альбертом Трондиным, Диларой Нурхаметовой и Татьяной Афанасьевой.

**Только вузовского
обучения недостаточно**

Нынешнее руководство Минздрава России уже проявило отчётливое понимание необходимости совершенствования системы подготовки кадров. Так, разработаны современные новые государственные стандарты вузовской подготовки врачей, создаются стандарты по ординатуре, внедряются симуляционные методы обучения, формируется открытое информационное пространство и многое другое. Благодаря этим необходимым новациям, Минздрав России планирует ликвидировать дефицит участковых врачей с помощью выпускников вузов. Однако отсутствие их последипломной подготовки по общей медицине, особенно узкоспециализированного профиля, следует всё же рассматривать как временное решение данной проблемы.

Дело в том, что многолетняя установка по использованию выпускников без их последипломной подготовки для пополнения состава врачей первичного звена срабатывала в прежние, советские, времена обязательного распределения выпускников. Кроме того (и это главное!), 20-30 лет назад специализация медицины ещё не диктовала в должной мере свои требования в условиях первичного звена, поэтому вузовский объём знаний обеспечивал участковому врачу статус авторитетного и ведущего специалиста этой службы. В настоящее время только одного вузовского обучения совершенно недостаточно для его объёмной и масштабной деятельности. Здесь уместно напомнить высказывание профессора И. Григоровича из Петрозаводска: «Сверстники А.П.Чехова учились 5 лет. А сейчас? Сотни новых предметов с сотнями современных методов обследования нужно втиснуть в те же 5 лет плюс 1 год. Вот и получается: 2 недели обучения – и ты уже окулист, ещё 10 дней – специалист по уху, горлу и носу» (см. «МГ» № 71 от 21.09.2012).

Однако даже по новым вузовским госстандартам 2012 г. включить необходимые знания и навыки, особенно по специализированному профилю, который определяет почти половину обращений в поликлинику, невозможно.

Таким образом, современный участковый врач вынужден большинством обратившихся больных направлять к другим специалистам, превращаясь в диспетчера, что снижает его авторитет у населения, да и собственную удовлетворённость от подобного врачебного труда. Не случайно всего 10% выпускников ещё не отказываются от участковой работы, остальные связывают своё будущее только с госпитальной (стационарной) медициной.

Отсюда, возникает трудноуправляемый поток больных (до 80%), который обрушивается на узких специалистов, парализуя их работу, порождая очереди, жалобы, недовольство населения и пр. Всё это формирует непростительную работу в первичном звене и низкую укомплектованность его медицинскими кадрами.

Не удивительно, что в западных странах по мере специализации медицины введено продолжительное (2-4 года) последипломное обучение врачей не только специализированного, стационарного профиля, но и первичного звена, с включением освоения первичной помощи, в том числе и при узкоспециализированной патологии. При завершении и успешной сдаче экзаменов врач допускается к самостоятельной работе. В этих условиях только 10-15% пациентов направляются на консультацию к специалистам, численность которых в амбулаторной практике, соответственно, снижена.

Расчёты свидетельствуют, что

Острая тема

Кто заменит участкового педиатра?

Взгляд на кадровые проблемы и пути их решения

В последнее время на страницах «Медицинской газеты» звучит буквально набатная тревога в связи с нарастающим дефицитом кадров, и прежде всего первичного звена. В частности, даже в Москве численность врачей в поликлиниках вдвое снижена, по сравнению со стационарами (30 и 70%).

Что касается других регионов России, то, по заявлению председателя координационного совета Сибири по здравоохранению М. Садового, «только 12% из всех врачей РФ оказывают медицинскую помощь в первичном звене» (см. «МГ» № 96 от 18.12.2013). Руководство отраслью, понимая опасность кадрового дисбаланса, активно реализует возможности Национального проекта «Здоровье» (2006 г.), программы «Земский доктор» и других программ, направленных на поддержание медиков первичного звена. Однако действительность свидетельствует, что только материальное стимулирование ещё не гарантирует кадровую стабильность. Здесь большую роль играет система подготовки кадров.



подобная система подготовки врача общей практики более рентабельна и целесообразна, чем широкое использование специалистов узкого профиля в первичном звене. Здесь следует обратить внимание, что длительность последипломного обучения врачей общей практики в западных странах во многом связана с отсутствием педиатрических факультетов, тогда как проблемы детского, особенно раннего возраста определяют особую сложность и ответственность в работе этих специалистов общей практики. В наших условиях сроки последипломной специализации могут быть значительно сокращены.

В 1992 г. в Российской Федерации была предпринята попытка перейти на европейскую форму работы первичного звена с введением специальности врача общей практики, единого для взрослого и детского населения, который и призван был заменить, устранить участкового педиатра. Однако при этом не учитывался многолетний результативный опыт именно нашего государства по возрастному разделению первичной помощи детскому и взрослому населению при одновременной дифференцированной подготовке кадров на педиатрическом и лечебном факультетах. Подобное построение первичной медицины за три четверти века доказало свою крайнюю необходимость и высокую целесообразность для нашего государства, в том числе и в самые трудные и критические периоды его истории (военные и послевоенные, 90-е годы и др.).

Понимание опасности подобного реформирования 1992 г. для детского населения России мобилизовало педиатрическое сообщество, протестные настроения которого выразил Союз педиатров России и его предсе-

датель академик РАН А. Баранов. Движущей силой этих процессов стали и руководители кафедр поликлинической педиатрии, созданных в России в 1986 г.

Одновременно, даже в 90-е годы, созревало убеждение, что в современных условиях одна вузовская подготовка уже не позволяет участковому педиатру должным образом справиться со своими многофакторными обязанностями. Для этого необходима дополнительная последипломная специализация, которая возможна только при введении адекватной специальности – «врач общей педиатрической практики» (ВОПП), призванный поэтапно заменить участкового педиатра.

С участием руководителей поликлинических кафедр России на протяжении ряда лет на ежегодном семинаре в Москве проводилась разработка технологии по переходу первичной педиатрической медицины на систему врача общей педиатрической практики. В качестве доказательной базы использован успешный опыт в 90-е годы Оренбурга и Ярославля, который одновременно свидетельствовал и о нецелесообразности включения только одного-двух ВОПП в состав городской детской поликлиники.

Дело в том, что врачи общей педиатрической практики нуждаются в иных формах организации их труда (снижается использование скорой помощи узких специалистов и их финансирование, в результате уменьшается число детей на участке, возрастает профилактическая работа и пр.).

В Оренбурге организовали систему групповой (поочерёдной) специализации работающих участковых педиатров, что позволило создавать в поликлиниках отделения из этих специалистов. Естественно, в дальнейшем в эти отделения можно было бы направлять и единичных выпускников вуза, подготовленных на последипломном этапе по этой специальности.

Нужно сказать, что благодаря этой системе в 90-е годы в Оренбурге улучшилась работа детских поликлиник города и прекратился отток участковых врачей. Все эти предложения и необходимые материалы были направлены в

С учётом складывающейся тревожной обстановки, считаю целесообразным ещё раз изложить своё видение этой проблемы. Повторное возвращение к ней продиктовано появлением в последние месяцы новых материалов по подготовке кадров, которые нуждаются в дополнительном обсуждении. Здесь можно напомнить, что 20 лет моего педиатрического стажа отдано вузовской подготовке врачей на лечебном и педиатрическом факультетах, причём только в госпитальных (стационарных) условиях, а 20 лет – последипломному усовершенствованию участковых педиатров на базе детских поликлиник. В конечном итоге всё это определяет повышенное внимание к данной проблеме, причём не только из-за личного опыта по разным спектрам подготовки врачебных кадров, но, главным образом, с учётом персональной 10-летней ответственности за результативность их деятельности как заместителя министра здравоохранения РСФСР в 80-е годы.

Минздрав России в начале нового века, однако они не были восприняты и ответная реакция отсутствовала.

Спустя 10 лет в мае 2013 г. была сделана ещё одна попытка высказать предложения по оптимизации первичной медицинской помощи детям путём введения специальности «врач общей педиатрической практики». Разработаны методические и организационные основы подобного перехода, которые и направлены в Минздрав России, откуда получен адекватный, прогностически обоснованный ответ. К сожалению, реализация проекта затягивается, но появились новые доказательства обоснованности сделанных мною предложений.

Интересный опыт

Опубликованная в «Медицинской газете» статья В. Аксёнова (Оренбург) «Блеск и нищета кубинской медицины» (см. «МГ» № 88 от 20.11.2013) заставила вновь вернуться к обсуждению и обоснованию необходимости повсеместного введения в первичном звене нашей педиатрической службы системы общей педиатрической практики.

Эффективность медицины на Кубе достигнута при низком её финансировании (в 3 раза ниже, чем в Российской Федерации). Однако по состоянию здоровья населения в мировом рейтинге (по данным ВОЗ, ООН и Всемирного банка за 2012 г.) Куба занимает 28-е место, США – 33-е, а Россия только 97-е.

Бесспорно, на здоровье влияют многие факторы: климато-географические особенности страны, компактность проживания, традиции, политико-экономический и религиозный уклад государства и пр. Но то, что Куба занимает одно из лидирующих мест в своём регионе, при самом низком финансировании медицины, свидетельствует прежде всего о рациональном использовании имеющихся средств.

Основная часть финансов на Кубе отдаётся укреплению именно первичной медико-санитарной помощи, и прежде всего через систему подготовки кадров. Это направление считается приоритетным уже на вузовском этапе.

Подобный приоритет у нас пока отсутствует, поэтому на педиатрическом факультете разделу первичной медико-санитарной помощи, который осваивается на кафедре поликлинической педиатрии, отдана только 1/5 часть от общего педиатрического учебного времени. Последнее сосредоточено на других педиатрических кафедрах, где отрабатываются

стационарные программы (пропедевтика, факультетская и госпитальная педиатрия). По новым госстандартам 2012 г. этот разрыв несколько сокращается, но он ещё недостаточно выражен и составляет 1/3.

Главное и принципиальное отличие кубинской системы подготовки кадров – это последипломное обучение врачей для работы в первичном звене. Так, после 6 лет вузовского образования все выпускники зачисляются в одногодичную интернатуру, а далее – в двухгодичную ординатуру по общей практике с обязательным усвоением как многофакторной профилактики, так и лечебно-диагностических задач с включением и узкоспециализированной патологии. Только после этого основная часть ординаторов (более 65%) начинают самостоятельно работать в первичном звене в качестве врачей общей практики. Во многом подобная длительность последипломной подготовки по общей практике связана с отсутствием на Кубе педиатрических факультетов. Как известно, в России в первичное звено выпускники направляются без последипломной специализации, тогда как для работы в специализированных отделениях стационаров создана ординатура. Всё это формирует в наших условиях дополнительную престижность стационарной медицины в отличие от её первичной практики.

На Кубе специализация по профильной патологии разрешается только при завершении последипломного 3-летнего обучения и работы в первичном звене.

Этой позиции во многом созвучны предложения главы Бурятии и министра здравоохранения Красноярского края, которые считают, что начальной основой карьерного роста каждого специалиста должна стать работа в первичном звене (см. «МГ» № 96 от 18.12.2013 – «Материалы координационного совета по здравоохранению Сибири»).

Врач общей практики на Кубе после нескольких лет работы в первичном звене при необходимости также может проходить специализацию по другому профилю. При этом накопленный опыт по общей практике обеспечивает этим специалистам особый глубинный профессионализм, что высоко ценится и в других странах, куда они охотно приглашаются.

Выводы можно сделать следующие: если Куба в состоянии всех выпускников после окончания вуза ещё 3 года готовить к первичной общей практике, то мы просто обязаны хотя бы

50% выпускников педиатрических факультетов обеспечить основательной последипломной специализацией для работы в первичном звене.

Опыт кубинской медицины свидетельствует, что даже в условиях финансового дефицита при рациональном использовании имеющихся средств можно улучшить медицинскую помощь населению за счёт значительного расширения возможностей первичного звена при наращивании не только его технического оснащения, но главное – благодаря адекватной подготовке врачей.

Реализация этих задач в настоящее время диктуется современной экономической целесообразностью, при которой проводится сокращение дорогостоящей стационарной помощи и расширение её амбулаторных форм.

Предложения и способы их реализации

Решение этих сложных вопросов применительно к детскому населению во многом зависит от введения специальности «врач общей педиатрической практики».

Эти специалисты могут работать как в поликлиниках, заменяя постепенно участковых врачей, так и в офисах общей практики спальных районов городов, буквально в «шаговой доступности» для пациентов. Эффективность первичной медицинской помощи, особенно неотложной, сможет возрасти при выделении жилья для медиков в этих же районах.

А в небольших посёлках, при низкой численности детского населения первую помощь детям оказывает врач общей практики (семейный врач).

Профессиональная подготовка по общей педиатрической практике на вузовском этапе обеспечивается кафедрой поликлинической педиатрии, масштабность которой должна быть увеличена. Реализация подобной установки возможна путём включения педиатрических разделов от некоторых кафедр, которые являются общими для студентов педиатрического и лечебного факультетов (за исключением Москвы и С.-Петербурга), так как «лечебников» в 2-3 раза больше, чем педиатров. В связи с этим на таких общих кафедрах преобладает преимущественное освещение проблем «взрослой» службы. Вот почему целесообразно разделы специальной педиатрии и организации педиатрической помощи, а также детской психологии и педагогики вместе с учебными часами включить в состав кафедры поликлинической педиатрии в виде профессорских или доцентских курсов, как это сделано по госстандартам 2012 г. применительно к неотложной помощи детям.

Проводить перемещения части учебных часов с кафедр педиатрии госпитального (стационарного) профиля нецелесообразно, так как нельзя ущемлять и базовые клинические основы в подготовке педиатров – ВОПП.

В отдельных ситуациях при малой численности студентов на педиатрическом факультете возможно включение «пропедевтики детских болезней» с курсом здорового ребёнка».

На последипломном этапе подготовку по специальности «врач общей педиатрической практики» призвана кафедра общей педиатрической практики, к созданию которой следует безотлагательно приступить в структуре факультета повышения квалификации. Она должна обеспечить специализацию по проблемам не только педиатрического, но и узкого профиля (неврология, офтальмология, оториноларингология, ортопедия, гинекология и др.), что диктует необходимость взаимодействия с кафедрами данного профиля. Последнее может складываться по двум направлениям:

– под методическим контролем профильной педиатрической

кафедры занятия проводят преподаватели и кафедра узкой специальности;

– сотрудники профильной кафедры дополнительно осваивают эти специальности и самостоятельно обеспечивают соответствующую подготовку (самарский опыт).

Кафедра общей педиатрической практики должна будет проводить специализацию не только выпускников педиатрического факультета, но и работающих участковых педиатров, используя систему, разработанную командой академика РАН И.Денисова с неизбежной педиатрической трансформацией.

Необходимо разработать программу последипломной подготовки по специальности «врач общей педиатрической практики» для выпускников педиатрического факультета и программу 6-месячного цикла специализации для работающих участковых педиатров.

Создание кафедры общей педиатрической практики в системе ФПК позволит улучшить и усовершенствование врачей первичного звена, которое в настоящее время проводится на кафедре педиатрии. Последняя по своему госпитальному профилю и базированию предназначена для работы с врачами детских больниц и отделений. Этим самым будет обеспечено двустороннее направление в подготовке педиатров как на вузовском, так и на последипломном этапе, отражающих два направления практической педиатрии – госпитальное и поликлиническое.

Вместо послесловия

Многолетняя бесперспективность и низкопрофессиональный врачебный труд в амбулаторной



педиатрии сформировали отрицательное отношение студентов к подобной деятельности, поэтому в условиях свободного распределения выпускников могут возникнуть значительные отказы от специализации по общей педиатрической практике.

Для нейтрализации подобных негативных процессов, думаем, следует поддержать предложение главы Республики Бурятия и министра здравоохранения Красноярского края, что «основой карьерного роста каждого специалиста должна стать работа в первичном звене».

После нескольких лет трудовой деятельности в первичном звене специалист общей педиатрической практики должен иметь приоритетное право (по желанию) и на приобретение другой, в том числе и узкой специальности.

Необходимо расширение бюджетной подготовки на лечебном и педиатрическом факультетах, с последующим обязательным распределением выпускников.

Нестабильность кадрового состава в медицине определяется действиями и других факторов, устранение которых нередко выходит за пределы возможности руководства нашей отрасли. Например, можно согласиться с заявлением А.Уварова (лучший врач-офтальмолог России в 2006 г.), что закон об охране здоровья основательно буксует и не

даёт должного результата, так как в нём отсутствует обратная связь с ответственностью пациентов за своё здоровье (см. «МГ» № 95 от 13.12.2013). «В результате идёт масштабное и повсеместное отравление и разрушение здоровья алкоголем, наркотиками, табаком и пр. Однако ответственность за здоровье возложена только на медиков, что «подогревается» и средствами массовой информации, и каждый конфликт рассматривается с позиции правоты только пациента. В результате в медицинских учреждениях ежедневно сотни (если не тысячи) медиков по всей стране подвергаются атакам со стороны разъярённых пациентов». Всё это нередко выдвигает специалистов из практической медицины. Вот почему А.Уваров предлагает: обязать пациента стать реальным участником борьбы за своё здоровье. Способом воздействия на пациента может оказаться регулирование конкретной финансовой составляющей его медицинского полиса.

Не может не заинтересовать практических врачей и предложение А.Уварова «о переосмыслении вида и направленности деятельности страховых компаний, а также источников их финансового благополучия».

Итак, вышеперечисленные факты, в том числе и непрестижность, неадекватная оплата труда, недостаточная её прозрачность – всё это свидетельствует, что за 20 лет непрерывного реформирования и частой смены руководства нашей системы здравоохранения сохраняется много проблем, затрудняющих и осложняющих работу медицинского персонала.

Всё это во многом и форми-

Тенденции

Инсульт сдаёт позиции

Более 40 тромбозов за год провели в больнице № 1 Владивостока

За год работы первичного сосудистого отделения (ПСО) во владивостокской клинической больнице № 1 в нём прошли лечение свыше 1100 пациентов. Намечилась отчётливая тенденция к снижению смертности от инсульта.

По словам главного врача больницы Сергея Лебедева, в среднем больные проводили в отделении от 24 часов до 7-8 суток. Эффективная работа реанимационного отделения позволила полностью выполнить стандарт Минздрава России по лечению пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения. А это означает круглосуточную реанимационную помощь и интенсивную терапию, выполнение компьютерной томографии головы не позднее 45 минут от поступления (в том числе в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни), проведение врачебного, инструментального и лабораторного обследования.

На острие технологии лечения инсульта однозначно находится тромболитическая терапия – попытка растворить тромб в мозговой артерии в первые 4,5 часа от возникновения катастрофы. За год работы в ПСО ВКБ № 1 данная процедура была выполнена 47 пациентам, что составило 6,7% от их общего числа (целевой показатель Министерства здравоохранения – 2,7%).

ПСО ВКБ № 1 является крупнейшим в Приморском крае. Оно развёрнуто на 60 койках. Из них 12 выделены в самостоятельное подразделение стационара – отделение реанимации и интенсивной терапии для лечения пациентов

с ОНМК.

Следует особо отметить, что лечение пациентов с ОНМК здесь на всех этапах (ОРИТ, неврологическое отделение, все параклинические отделения) проводится бесплатно, на основании полиса ОМС. Сегодня благодаря этому разработана маршрутизация пациентов, оперативно решаются вопросы взаимодействия учреждений здравоохранения, рассчитан и строго выполняется тариф ОМС на оплату лечения пациентов с инсультами, дающий возможность применения самых современных методов диагностики и лечения.

Руководство ЛПУ выделяет основные результаты работы неврологического отделения для больных с ОНМК и отделения реанимации и интенсивной терапии. Это повышение качества диагностических процедур и оказания медицинской помощи при остром инсульте, снижение смертности и инвалидности на ранних этапах госпитализации, повышение уровня удовлетворённости населения оказанием стационарной помощи, эффективное внедрение современных высокотехнологичных методов экстренной диагностики и лечения на ранних этапах госпитализации (компьютерная томография с неотложной тромболитической терапией при остром инсульте), внедрение методов малоинвазивных внутрисосудистых вмешательств на артериях головного мозга (запуск ангиографического комплекса).

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Осторожно!

Печальный список продолжает расти

Вирус иммунодефицита человека распространяется по городам и весям Прииртышья. С начала года в регионе выявлено 1079 новых случаев ВИЧ-инфекции, показатель распространённости составляет 54,6 на 100 тыс. человек, что в 1,7 раза выше, чем за аналогичный период прошлого года.

Как сообщили в территориальном Управлении Роспотребнадзора, к началу лета общее число ВИЧ-инфицированных составило 8736 человек. По показателям заболеваемости этим смертельным недугом Омская область вышла на 4-е место среди регионов Сибирского федерального округа, уступив «пьедестал почёта» в печальном рейтинге Кемеровской, Томской и Иркутской областей.

По-прежнему основной причиной заражения ВИЧ, по данным регионального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, остаётся внутривенное введение наркотиков нестерильным инструментом – 65,1%. «Традиционные» наркотики активно вытесняются синтетическими, применение которых значительно увеличивает риск инфицирования вирусом. Растёт также и число случаев заражения ВИЧ половым путём – 33,7%. Кроме того, 17,9% инфицированных выявлены в местах лишения свободы. Опасный вирус в этом году обнаружен при обследовании крови от 6 добровольных доноров. Разумеется, после диагностиро-

вания заражённая вирусом кровь была уничтожена.

Основной контингент заболевших – это омичи в возрасте 20-40 лет. Из них на долю молодых людей 20-29 лет приходится 31,4% вновь выявленных случаев ВИЧ, на возраст 30-39 лет – 52,8%. Эпидемиологи отмечают, что показатель заболеваемости инфекцией среди жителей мегаполиса в 1,9 раза превышает аналогичный показатель по сельским районам области – 35 на 100 тыс. человек. При этом в ряде районов – Кормиловском, Калачинском, Крутинском, Таврическом, Марьяновском и Любинском – масштабы инфицирования населения ВИЧ выше среднерайонного. Лидер в этом рейтинге – Калачинский район, где с января нынешнего года выявлено 37 новых случаев заболевания (показатель распространённости – 91,3 на 100 тыс. человек).

Продолжает пополняться и список умерших от ВИЧ. Нынче в Омской области в этом печальном списке стало больше на 91 фамилию. Всего же с начала регистрации эпидемии на территории Прииртышья в списке тех, кто умер от ВИЧ/СПИДа, – 737 человек. Пока «рекордным» по числу летальных исходов от ВИЧ-инфекции считается минувший «несчастливый» год – 2013.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омская область.

Антонина ГРАЧЁВА,
профессор.

Москва.

НА СНИМКАХ: А.Грачёва; маленький доктор.

Фото
Валентины ЕВЛАНОВОЙ
и Виктора КРИГЕРА.

Специальности, в том числе медицинские, бывают широкими и узкими. В том смысле, что востребованность первых исчисляется десятками тысяч профессионалов, а вторых – сотнями единиц. Однако вторые от этого менее важными для российского здравоохранения не становятся. Наоборот: без них невозможно на современном этапе развития медицины работа первых. Как-никак XXI век на дворе!

В центре нашего разговора – специалисты ультразвуковой диагностики. Что за насущные проблемы стоят ныне перед докторами этого профиля? Что мешает их повседневной работе? В чём препятствия на пути их профессионального совершенствования?

В среде медиков принято считать врачей ультразвуковой диагностики этакой «белой костью», «везунчиками». А что? И нормативы нагрузки не запредельные, и работа «не пыльная», и возможность подзаработать по платным услугам всегда есть. Правда ли это? Прямо говоря, далеко не вся. В конкретной клинической ситуации зачастую приходится принимать по бюджету значительно больше пациентов, нежели непосредственно входит в должностные обязанности врача. И осматривать нередко необходимо больных с нагноениями, свищами, тяжёлыми кожными заболеваниями... И возможность подработки есть далеко не у всех... Не всё так радужно, как в слухах, коими земля полнится. Во-первых, очень выражена

Клуб лучших врачей

Узкие места узкой специальности

Долго ли мы будем обходиться тем, что есть?



диспропорция распределения этих самых узких специалистов по необъятным просторам нашей Родины. В крупных городах их переизбыток, а в сельских – порой на сотни километров никого. С высокотехнологичным диагностическим оборудованием ситуация сплошь и рядом диаметрально противоположная. Сельские (и часто весьма отдалённые районы) в значительной степени благодаря реализации Программы модернизации здравоохранения обеспечены диагностической аппаратурой

весьма неплохо (и при этом в силу отсутствия там необходимого числа специалистов работать на ней просто физически некому), а в городских поликлиниках и больницах каждый, даже не слишком «навороченный» и выдавший виды ультразвуковой сканер на вес золота. Вот и поди «разрули» такую расстановку вещей. То ли организуй десанты специалистов по сёлам и хуторам, то ли устанавливай выделенное для сельской медицины оборудование в крупных центрах. Под целенаправленное обследование пассажиров «автобусов здоровья» из глубинки.

Следующим «узким местом» является подготовка врачей ультразвуковой диагностики. Ваш покорный слуга стажировался в зарубежных клиниках, где радиологи – а ультразвуковая диагностика во многих странах является составляющей именно этой специальности – обязаны по крайней мере раз в 2 года посетить одно из ведущих европейских или североамериканских лечебных учреждений, изучить

опыт его работы, вычленив нечто полезное и для себя лично и для своей клиники. Стажировки эти оплачиваются, разумеется, не из врачебного жалования. Нашим же врачам удаётся с огромным трудом, прежде всего из-за интенсивной работы, пройти «освежающий» учебный курс один раз в 5 лет, часто за свой счёт. И – во избежании лишних издержек – в самой ближней, независимо от качества преподавания дисциплины, мекадемии. Да что там врачи! Редкий преподаватель может позволить себе роскошь проспециализироваться на центральной клинической базе. О личном знакомстве с зарубежным профессиональным опытом подавляющему числу специалистов остаётся только мечтать. А между тем специальность эта пришла к нам из-за границы, и именно там и по сей день, в силу огромных финансовых возможностей транснациональных фирм-производителей ультразвуковой диагностической аппаратуры, и возникают самые свежие технологические новации. Не быть с ними знакомыми означает безнадежно устаревать. Право, не худо Минздраву России подумать о масштабной программе изучения врачами

ультразвуковой диагностики зарубежного опыта.

Понимаю, это потребует денег, и немалых. А их нынче (в том числе и из-за сложной геополитической ситуации) мало. Но как поётся в известной песенке, и «откладывать жизнь никак нельзя». Жизнь ведь – материя мстительная...

Пока же приходится обходиться тем, что есть. Ведь медики наши – народ двужильный и привычный ко многому. Прежде всего – к необходимости ждать, преодолевать, терпеть. Не поддаваться унынию, не расслабляться, не позволять себе подолгу роптать на судьбу. Но насущно необходимо, чтобы их профессиональная судьба целенаправленно и заботливо формировалась государством во благо здоровья всех его обитателей.

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

Выводы

Что хорошо, что плохо

Оценили гражданскую активность пациентов

Самарская общественная организация инвалидов – больных рассеянным склерозом опросила пациентов с тяжёлыми заболеваниями для того, чтобы узнать, как они оценивают систему здравоохранения и насколько готовы участвовать в её оптимизации.

В исследовании, завершённом в июне 2014 г., приняли участие 2 тыс. граждан с инвалидностью из 20 регионов России.

Согласно полученным данным, важнейший показатель качества медицинской помощи – доступность – положительно оценили менее половины опрошенных (46,5%).

Основные сложности в получении медицинской помощи – это трудности с получением талона на приём к специалисту (36,7%), изнурительные «живые» очереди (32,5%), трудность получения направления на диагностические процедуры (22,4%) или в стационар (18%).

В сфере получения льготных лекарств авторы исследования, сравнивая данные с аналогичным замером 2011 г., выявили положительную динамику. Снизилось число инвалидов, убеждённых в том, что их права на лекарственное обеспечение нарушаются (с 26,4 до 11,5%), снизилась частота случаев покупки льготных лекарств за собственный счёт (с 58,6 до 38%). Основными проблемами получения льготных лекарств остаются несвоевременность выдачи (36%) и низкое качество препаратов (23,6%). Последнее связано в первую очередь с заменой препаратов на более дешёвые и менее качественные аналоги.

В целом характер и частота ситуаций, в которых происходит нарушение прав инвалидов, за 3 года не изменились. Самые распространённые проблемы – волокита и отказ в предоставлении льгот (36,5 и 27,6%), отказ в назначении адекватной группы инвалидности (16,3%). Другая распространённая ситуация – прессинг со стороны общества: негативные высказывания (20,2%), бесосновательный отказ в приёме на работу (12,2%).

Характерно, что чаще о нарушении прав говорят пациенты с более тяжёлыми формами инвалидности. Так, среди инвалидов 1-й группы говорит о нарушениях каждый второй.

В отношении к врачам мнения пациентов разделились примерно поровну. Половина считает врачей основными союзниками в борьбе с заболеванием. Другие воспринимают врачей как механизмы, выполняющие свою функцию и безразличные к личности больного.

Уровень жизни инвалидов немного подрос за последние годы, но по-прежнему невысок: 37% живут за чертой бедности. Парадокс в том, что, несмотря на объективные трудности, социальное самочувствие инвалидов в целом нельзя назвать неблагополучным. Приподнятое настроение имеют 60,5% опрошенных. А это довольно высокий показатель.

Возможно, это связано с тем, что в ситуации инвалидности люди часто начинают смотреть на возникшие ограничения не как на некомфортные и «несправедливые» условия, а как на данность, в которой нужно существовать. То есть пациенты следуют принципу: «не можешь изменить ситуацию – измени отношение к

ней». Исследование показало, что ни группа инвалидности, ни профиль заболевания не являются определяющими в эмоциональном восприятии жизни. На настроение скорее влияют возраст и уровень жизни, но более всего – активная жизненная позиция, трудовая и социальная занятость.

Характерно, что большинство инвалидов (86,5%) убеждены в необходимости общественного контроля за здравоохранением, 72% полагают, что контроль способен реально изменить качество помощи. Но только 40% готовы включиться в такую работу лично.

Наиболее активны больные с более высоким уровнем образования, находящиеся в наиболее сложной ситуации и те, кто уже сегодня вовлечён в аналогичную работу в некоммерческих организациях (НКО). С точки зрения нозологий, наибольшую активность проявляют пациенты с орфанными заболеваниями.

На общем фоне активисты НКО более информированы и имеют более благополучное самочувствие. При этом они более критичны в оценках и менее доверяют врачам.

Чем более объективно благополучны пациенты, тем меньше они ассоциируют себя с пациентскими организациями, даже получая их помощь на постоянной основе.

Формы участия в работе НКО традиционны – это повседневное взаимодействие с членами НКО, организация досуговых мероприятий, консультирование граждан, представление организации на публичных мероприятиях.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Сити!

Самара.

Однако

Сельским врачам предложен выбор: дежурить на дому, занимаясь одновременно делами по хозяйству, и получать меньше денег, или отправляться «в присутствии» в больницу, на ФАП и тогда зарплату выплатят сполна. Это следует из Положения об учёте рабочего времени врачей на домашних дежурствах, которое утвердил Минздрав России.

цинским работникам медицинских организаций с их согласия может устанавливаться дежурство на дому», Президент РФ подписал год назад. Теперь порядок оплаты такой работы установлен Положением об учёте рабочего времени врачей на домашних дежурствах.

На селе часто требуется оказание медицинской помощи вне обычного рабочего дня, отмечала в своё время министр здравооох-

Дома много не заработаешь

Согласно документу, пока врач в ожидании вызова находится дома, час дежурства оплачивается ему как полчаса работы в медучреждении. Но как только поступает вызов, каждый час, потраченный на дорогу и оказание медицинской помощи, оплачивается полностью, как час работы на своём рабочем месте, то есть в больнице или на ФАПе. Экстренные вызовы, правда, будут оплачиваться в полном размере заработной платы.

Время домашнего дежурства при этом не должно превышать норму рабочего дня – работодатель должен следить за тем, чтобы врачи не перерабатывали. Как он будет учитывать, сколько времени медик потратил на ожидание вызова, дорогу до пациента и обратно, непосредственно на оказание медицинской помощи, одному богу известно: чётких инструкций Минздрава России на сей счёт нет.

Напомню: принятые парламентом изменения в Трудовой кодекс РФ, предусматривающие, что «в целях реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в экстренной или неотложной форме меди-

рования РФ Вероника Скворцова. Однако врач, по её мнению, имеет право в своё свободное время отдыхать, в том числе покидая населённый пункт, где он проживает, а это увеличивает риск для тех пациентов, которые могут нуждаться в экстренной помощи. «Поскольку в период дежурства на дому медицинский работник фактически не исполняет своих должностных обязанностей и у него есть возможность использовать это время для своих личных нужд, время на дому учитывается из расчёта одной второй часа рабочего времени за один час дежурства на дому», – уточнила глава Минздрава.

Реализация внесённых в Трудовой кодекс РФ изменений не потребует дополнительных ассигнований из средств федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов, говорилось в пояснительной записке к законопроекту. Судя по утверждённому Минздравом Положению об учёте рабочего времени врачей на домашних дежурствах, это действительно так...

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 45 (1812)

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одним из наиболее распространённых эндокринных заболеваний у женщин репродуктивного возраста и характеризуется гиперандрогенией, нарушениями менструального цикла и морфо-функциональными изменениями яичников.

Введение

Представления об СПКЯ за последние 20 лет претерпели значительную метаморфозу, и ныне это заболевание рассматривается как системное патологическое состояние, в развитие которого вовлечены эндокринные и метаболические механизмы. Синдром поликистозных яичников ассоциирован с множественными факторами разнообразного риска, включая резистентность к инсулину, висцеральное ожирение, артериальную гипертензию, нарушенную толерантность к глюкозе и метаболический синдром.

Соответственно, последствия его многогранны и связаны с повышением риска как гинекологических опухолевых заболеваний, так и сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета 2-го типа (СД-2).

Менее изученные, но не менее важные факторы – воспаление, тромбоз, окислительный стресс, апноэ сна, эндотелиальная дисфункция, жёсткость артериальной стенки – также необходимо учитывать в прогнозе состояния здоровья женщин.

Учитывая весь комплекс неблагоприятных последствий СПКЯ, клиницисты должны планировать его лечение с позиций системного подхода, решающего задачи восстановления репродуктивного здоровья и одновременно обеспечивающего профилактику онкологического и кардиометаболического риска.

Этиология и патогенез

Вклад гормонального и метаболического компонента СПКЯ в формирование репродуктивных, онкологических и кардиометаболических заболеваний трудно рассматривать отдельно, поскольку они поддерживают и усугубляют друг друга. Главной характеристикой гормонального дисбаланса при этом является гиперандрогения, гипопрогестеронемия и относительная гиперэстрогения, а основной метаболических нарушений – инсулинорезистентность.

Механизм развития инсулинорезистентности сложен и до конца не ясен. Известно, что он появляется и усугубляется у лиц с генетической предрасположенностью под воздействием таких факторов окружающей среды, как высококалорийное питание с избытком содержания насыщенных жиров в рационе и низкая физическая активность, на фоне увеличения массы тела и прогрессирования ожирения.

Клиническим маркёром инсулинорезистентности служит висцеральное ожирение, наблюдаемое приблизительно у одной трети больных СПКЯ. Оно также является фактором риска нарушений менструальной функции, распространённость которых при ожирении достигает 46-96%. Адипоциты висцеральной жировой ткани имеют более высокую плотность и чувствительность β_1 -, β_2 -, β_3 -адренорецепторов, рецепторов глюкокортикоидов и андрогенов, сниженное число и аффинность α_2 -адренорецепторов и рецепторов инсулина по сравнению с подкожным жиром. Эти рецепторные особенности определяют высокую чувствительность

висцеральной жировой ткани к липолитическому действию катехоламинов и низкую – к антилиполитическому действию инсулина.

Свободные жирные кислоты, высвобождающиеся вследствие липолиза, в больших количествах поступают в портальную вену, а затем в печень. Это приводит к уменьшению связывания и деградации инсулина гепатоцита-

Синдром ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

ми (печёночная инсулинорезистентность) и способствует торможению супрессивного действия инсулина на продукцию глюкозы печенью. Повышение уровня глюкозы вызывает компенсаторную гиперинсулинемию и развитие инсулинорезистентности скелетной мускулатуры. В жировой ткани она развивается при накоплении большого количества жира в адипоцитах и их гипертрофии и является, в отличие от печёночной и мышечной инсулинорезистентности, прямым следствием ожирения. Инсулинорезистентность печени и скелетной мускулатуры может развиваться и у лиц с нормальной массой тела, это объясняет большую распространённость этой патологии среди больных поликистозом по сравнению с ожирением. Снижение чувствительности периферических тканей к инсулину при СПКЯ выявляется в 40-70%, то есть в 2-3 раза чаще, чем в популяции.

Инсулинорезистентность играет ключевую роль в развитии метаболического синдрома, предвестника СД-2 и сердечно-сосудистых заболеваний. Вместе с тем инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия значительно влияют на стероидный биосинтез как в яичниках, так и в надпочечниках, усиливая врождённую склонность эндокринных желёз больных СПКЯ к избыточной секреции андрогенов.

Под влиянием гиперинсулинемии страдает синтетическая функция печени, при этом снижается синтез белков – переносчиков гормонов: половые стероиды связывающий глобулин, белки, связывающие инсулиноподобные факторы роста, глобулин, связывающий кортизол. В крови увеличиваются свободные фракции андрогенов, в основном тестостерона, эстрадиола, ИФР, кортизола, что приводит к повышению их биологического действия на органы и ткани.

Гормональный дисбаланс, особенно гиперандрогения и гипопрогестеронемия, поддерживают метаболические нарушения при СПКЯ. Избыток андрогенов ведёт к перераспределению жировой ткани с акцентом на висцеральный жир. Это влечёт за собой множественные метаболические последствия, определяющие риск развития метаболического синдрома. В постменопаузе, физиологической характеристикой которой является относительная гиперандрогения, высокий-нормальный уровень общего тестостерона связан с 3-кратным повышением риска метаболического синдрома (относительный риск (ОР) – 3,15; 95% доверительный интервал (ДИ) – 1,57-6,35) и 3-кратным повышением кардиоваскулярных рисков (ОР 2,95; 95% , ДИ 1,2-7,3).

Патологическая гиперандрогения в репродуктивном возрасте обуславливает те же риски, хотя и отсроченные по реализации.

Одновременно с гиперандрогенией абсолютная гипопрогестеронемия вносит свой вклад в развитие метаболического синдрома. Отсутствие физиологических антиминералокортикоидных влияний прогестерона позволяет альдостерону активизировать ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, в том числе её компоненты, расположенные в жировой ткани. Вследствие действия альдостерона на адипоциты усиливаются процессы их дифференцировки, что приводит к увеличению массы висцерального жира. Таким образом, гормональный дис-

метаболическими расстройствами, необходимо принимать во внимание возможность коррекции обменных нарушений и ассоциированных с ними факторов внешней среды. Это позволяет не только улучшить профиль кардиометаболического риска, но и облегчить решение репродуктивных задач.

Лечение

Восстановление фертильности и воздействие на гиперандрогению как основное патогенетическое звено СПКЯ, относительно недавно стало включать лекарственные средства, улучшающие чувствительность тканей к инсулину. Согласно многочисленным данным, потеря веса и приём метформина сни-

жают уровень андрогенов и выраженность внешних симптомов гиперандрогении. Нормализация гормонального баланса происходит одновременно с уменьшением концентрации инсулина, что ещё раз демонстрирует сопряжённость разных компонентов эндокринного и метаболического гомеостаза.

Совместное назначение кальция с витамином D и метформина позволяет добиться регулярного менструального цикла у 54-70% больных СПКЯ, и спонтанного наступления беременности у 15-18% женщин. Следует отметить, что эти впечатляющие результаты были получены на популяции больных СПКЯ с исходными нарушениями метаболизма и дефицитом витамина D.

Если восстановление фертильности занимает ограниченный период времени, то коррекция кардиометаболического риска является стратегически важной задачей длительного ведения больных СПКЯ. Повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний у данной категории пациентов подтверждается исследованиями, выявившими аномальный диаметр брахиальной артерии исходно и после реактивной гиперемии, аномальную дилатацию и увеличенную толщину интима медиа общих сонных артерий. В дополнение к этому концентрация эндотелина-1, одного из наиболее мощных вазоконстрикторов, биохимического маркера эндотелиальной функции, существенно изменена у больных СПКЯ.

В настоящее время выделяют три группы кардиоваскулярного риска, ассоциированного с СПКЯ: группа высокого кардиоваскулярного риска включает больных с метаболическим синдромом и/или клиническими проявлениями атеросклероза; группа умеренно высокого риска – больных с ожирением; остальных пациенток характеризует низкий (популяционный) риск. В связи с этим становится понятным преимущественное направление профилактических воздействий на коррекцию обмена веществ и массы тела.

Ряд исследований демонстрирует хороший эффект рационального питания и физической активности в отношении эндокринных параметров даже в отсутствие значимой потери веса. Например, применение омега-3-жирных кислот благоприятно отражается на состоянии печени при её стеатозе и положительно влияет на профиль кардиоваскулярного риска у больных СПКЯ. Существуют многочисленные свидетельства влияния витамина D на метаболизм глюкозы и инсулина и его роли в улучшении течения СД-2.

Приём кальция у здоровых женщин в постменопаузе увеличивает отношение липопротеидов высокой плот-

ности (ЛПВП) к липопротеидам низкой плотности (ЛПНП) почти на 20%, что может иметь протективный эффект в отношении развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и у больных СПКЯ, имеющих склонность к дислипидемиям.

Существует, однако, и иное мнение о влиянии кальция на сердечно-сосудистую систему. Сомнения относятся к применению кальция у женщин в постменопаузе, и это непосредственно касается больных СПКЯ, потому что профилактика кардиометаболического риска у этой категории пациентов не заканчивается, а, наоборот, требует большего внимания с прекращением менструальной функции.

Негативное влияние приёма 1 г цитрата кальция у здоровых женщин в постменопаузе на риск сердечно-сосудистых заболеваний продемонстрировало 5-летнее рандомизированное контролируемое исследование, обнаружившее достоверно большее число случаев инфаркта миокарда ($p = 0,01$) по сравнению с лицами, не принимавшими препараты кальция. Однако для оценки этих результатов необходимо учитывать небольшое количество участников для исследования кардиоваскулярного риска и возраст участниц (в среднем 74 года), так как с возрастом риск сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается и без приёма терапии. В то же время, наблюдательные когортные исследования продемонстрировали снижение смертности при использовании препаратов кальция, что по большей части отражает снижение смертности вследствие кардиоваскулярных событий.

Витамин D, так же как и кальций, изучается с позиций снижения уровня смертности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний. В исследовании Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) было установлено, что у участников, имевших уровень витамина D в сыворотке крови выше 40 нг/мл, показатель сердечно-сосудистой смертности уменьшался на 58% по сравнению с теми, у кого уровень витамина D был ниже 10 нг/мл. В другом наблюдательном 8-летнем когортном исследовании пациенты со средним уровнем витамина D в сыворотке крови 28 нг/мл имели достоверно более низкую смертность, по сравнению с теми, у кого уровень витамина D составлял в среднем 8 нг/мл.

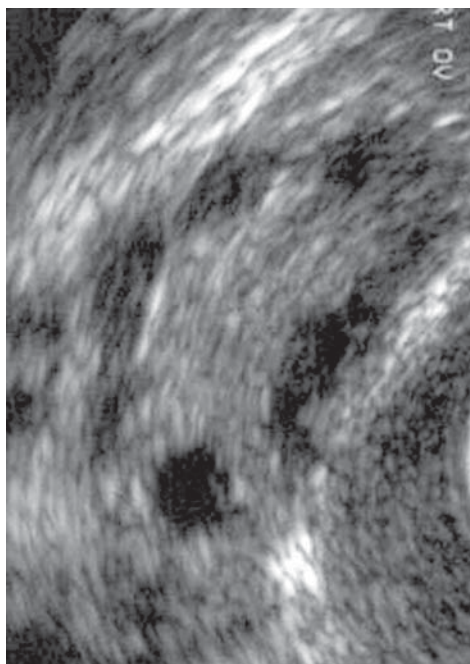
Закономерным выводом этих исследований является назначение витамина D с целью профилактики кардиометаболического риска, которое получило подтверждение в рандомизированном контролируемом исследовании. По результатам мета-анализа приём витамина D в суточной дозе от 300 до 2000 МЕ приводит к снижению смертности на 7% (ОР 0,93; 95% ДИ 0,87-0,99).

Наблюдательные исследования и исследования случай-контроль выявили ассоциацию низкого уровня витамина D с повышением риска диабета и нарушением толерантности к глюкозе. Например, было продемонстрировано, что через 17 лет после определения уровня витамина D риск развития СД-2 оказался на 40% ниже у лиц, чей уровень 25(ОН)D в сыворотке был выше 28 нг/мл.

Совместное назначение препаратов кальция и витамина D имеет протективное действие в отношении развития СД-2. Так, в проспективном исследовании по изучению эффекта приёма витамина D в дозе 700 МЕ и кальция в дозе 500 мг в сутки через 3 года от начала терапии было продемонстрировано снижение риска гликемии и инсулинорезистентности у пациентов, изначально имевших повышенный уровень глюкозы натощак. Женщины с высоким потреблением кальция и витамина D (более 1200 мг и более 800 МЕ ежедневно) имели снижение случаев СД-2 на 33% по сравнению с принимавшими менее 600 мг кальция и менее 400 МЕ витамина D в сутки.

Более того, имеются данные по снижению риска СД-1 у детей, принимавших добавки витамина D, на 30% (ОР 0,71; 95% ДИ 0,6-0,84). При уже имеющемся СД-2 использование витамина D улучшает его течение.

Учитывая значимость влияния ожирения на кардиометаболический риск, а также тот факт, что риск ожирения выше у лиц с низким уровнем витамина D и недостаточным потреблением кальция, вопрос эффектов приёма кальция и витамина D на вес заслуживает особого обсуждения. В одном рандомизированном контролируемом исследовании приём 1200 мг кальция в сутки сопровождался достоверным снижением веса у женщин пожилого возраста по сравнению с пациентками, не получавшими терапии.



Ультразвуковое изображение поликистозного яичника

В противоположность этим результатам, у молодых здоровых женщин, в течение года принимавших кальций в суточной дозе от 1000 до 1400 мг, вес и жировая масса не уменьшились по сравнению с участницами контрольной группы, принимавшими кальций менее 800 мг в сутки. Однако в том же исследовании было показано достоверное снижение жировой массы уже через 6 месяцев терапии у женщин, которые потребляли 1300-1400 мг кальция в день.

Таким образом, для получения лечебного эффекта в отношении ожирения суточное потребление кальция должно быть повышено.

Кардиометаболический риск не исчерпывает всех проблем со здоровьем, грозящих больным СПКЯ. Ановуляция в сочетании с монотонной, не прикрытой прогестероном секреции эстрогенов предрасполагает к высокому риску рака эндометрия уже в молодом возрасте. С течением лет этот риск прогрессивно растёт, и к нему присоединяется риск других злокачественных новообразований, обусловленный избытком висцерального жира.

Возможность использования метформина для снижения риска онкологических заболеваний обусловлена его активирующим влиянием на аденозинмонофосфаткиназу (АМФК), одного из ключевых регуляторов клеточного метаболизма. Именно активация АМФК вовлечена в нормализующий чувствительность тканей к инсулину эффект бигуанидов. Но одновременно экспрессия АМРК связана с угнетением клеточной пролиферации при участии оси p53-p21 и циклинзависимых киназ, синтеза белка и гликолиза, что объясняет тканевой эффект метформина на опухолевый рост.

На сегодняшний день накоплено немало данных о положительном влиянии приёма метформина на риск злокачественных новообразований. Так, даже кратковременное использование метформина больными СД-2 сопровождается снижением относительного риска развития онкологической пато-

логии на 23%, а по мере увеличения длительности приёма эта редукция достигает 43,5%. Существуют различия в реакции пролиферативного потенциала тканей на применение метформина. Наибольшее снижение риска характеризует колоректальный рак, рак печени и поджелудочной железы, причём с гендерными отличиями. Но в целом применение метформина приводит к 37%-ному уменьшению риска развития всех новообразований, в том числе опухолей лёгких, толстой кишки и молочной железы, в прямой зависимости от дозы и длительности его использования.

Проблема профилактического применения метформина связана с тем, что он является препаратом для лечения сахарного диабета. Расширение показаний к назначению метформина с включением СПКЯ и других состояний, ассоциированных с инсулинорезистентностью, могло бы облегчить решение задачи по онкопротекции. Повышения приверженности к данному виду лечения и профилактики можно добиться, используя препараты метформина пролонгированного действия, то есть с системой контролируемого выделения активного вещества.

Дополнительно снизить онкологические риски у больных СПКЯ помогает микронутриентная поддержка, в частности применение кальция и витамина D. Кальций признаётся важным медиатором сигнальных путей, как митогенеза, так и апоптоза, сигнальных путей, в которые вовлечены множество белков-посредников и которые действуют через систему кальмодулина. Другим вероятным молекулярным механизмом противоопухолевого действия кальция считается его влияние на систему кальпаинов. Кальпаины (гены CAPN1, CAPN2 и др., всего около 20 генов) являются внутриклеточными цистеиновыми протеазами, активируемыми под действием ионов кальция. Кальпаины вовлечены во многие физиологические процессы и играют центральную роль в иницировании и поддержании цепи биохимических событий, приводящих к апоптозу. При высвобождении кальпаинов из лизосом происходит протеолитическое укорочение p35 в p25, что вызывает (при участии Таубелка) гиперфосфорилирование компонентов цитоскелета с последующей внутриклеточной агрегацией белков и демонтажом клетки в результате апоптоза. Надо отметить, что при СПКЯ активация апоптоза приобретает особое значение, выходящее за рамки общего антипролиферативного эффекта, так как приводит к редукции пула длительно живущих атретических фолликулов.

Противоопухолевые эффекты кальция проявляются только при адекватной обеспеченности организма витамином D, который и сам обладает онкопротективным эффектом, регулируя рост клеток, их дифференцировку, апоптоз и другие клеточные механизмы, вовлечённые в процессы пролиферации. Практически все противоопухолевые эффекты витамина D обусловлены иммуномодулирующей и антипролиферативной активностью активированного VDR, который экспрессируется в клетках иммунной системы, таких как моноциты, макрофаги, Т-лимфоциты и В-лимфоциты. Он индуцирует регулирующие Т-клетки, увеличивает активность Т-киллеров, повышает активность макрофагов, а также воздействует на секрецию цитокинов. Сигнал VDR достигает NF-В-транскрипционного фактора, регулирующего дифференцировку и рост клеток. Так как рецепторы витамина D представлены практически во всех тканях тела, онкопротективное действие витамина актуально во всех тканях.

Результаты фундаментальных исследований по клеточной биологии защитного действия кальция и витамина D3 подтверждаются данными доказательной медицины. Относительно недавнее популяционное исследование,

включившее более 4 млн человек в 13 странах, показало значительное отличие по заболеваемости раком между «более солнечными» и «менее солнечными» странами. В то же время дотация витамина D (1100 МЕ/день) в осенне-весенний период приводит к 60%-ному сокращению суммарной заболеваемости раком в течение 4 лет клинических испытаний. Заболеваемость раком поджелудочной железы в выборке более чем из 120 тыс. человек, получавших дотацию витамина D, сократилась на 43%. Таким образом, эффективная онкопротекция достигается при суммировании витамина D, поступающего с пищей, а также в виде пероральных препаратов, и регулярных прогулок на свежем воздухе в светлое время суток.

Суммарное действие кальция и витамина D оказывается более значимым, чем изолированные эффекты каждого из них. Так, в одном из исследований снижение риска рака любой локализации на 35% достигалось при приёме 1100 МЕ витамина D, а совместное использование его с 1400-1500 мг кальция увеличивало эту редукцию до 77%. В метаанализе исследований по изучению влияния витамина D на развитие рака толстой кишки показано, что повышение уровня 25(ОН)D в сыворотке крови на каждые 20 нг/мл снижает шанс возникновения рака более чем на 40% (ОР 0,57; 95% ДИ 0,43-0,76). При приёме кальция в дозах от 1200 до 2000 мг/сут уменьшается частота возникновения аденом толстой кишки с сохранением протективного эффекта до 5 лет.

В проспективных исследованиях было продемонстрировано снижение риска рака толстой кишки на 22% в случае потребления кальция с пищей и дополнительных препаратов от 732 до 1087 мг. С другой стороны, в исследовании WHI не удалось зафиксировать положительного влияния комбинированной терапии на снижение риска рака толстой кишки. Вероятно, это связано с тем, что в данном исследовании пациенты получали 400 МЕ витамина D, а такой суточной дозы может быть недостаточно для достижения протективного эффекта. Рак молочной железы также ассоциирован с дефицитом витамина D. Метаанализ 7 наблюдательных исследований показал снижение риска заболевания раком молочной железы среди женщин, имевших более высокие показатели 25(ОН)D (ОР 0,57; 95% ДИ 0,43-0,76).

Как и в случае рака толстой кишки, риск рака молочной железы дополнительно уменьшался на фоне приёма препаратов кальция.

Из приведённых литературных данных следует, что пациенты, входящие в группы риска сердечно-сосудистых, метаболических и онкологических заболеваний, могут получать адекватную профилактику с использованием метформина, препаратов кальция и витамина D. У больных СПКЯ использование перечисленных средств имеет дополнительные преимущества в связи с доказанными положительными эффектами в отношении репродуктивного здоровья и фертильности. Продолжение исследований в этой области должно способствовать разработке системного подхода к ведению больных СПКЯ с осуществлением главных целей по восстановлению фертильности, улучшению качества жизни и увеличению её продолжительности у данной категории женщин.

Ирина КУЗНЕЦОВА,
главный научный сотрудник
научно-исследовательского отдела
женского здоровья
научно-образовательного
клинического центра,
профессор.

Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М.Сеченова.

Ошибки в диагностике злокачественных опухолей у детей, к сожалению, велики: 70-75% пациентов поступают в онкологические отделения для специализированного лечения на III-IV стадии заболевания, когда уже имеется распространённый процесс с регионарными и даже отдалёнными метастазами. Почему столь поздно диагностируется онкопатология и как повысить выявляемость на ранних этапах – наш разговор с главным детским онкологом Минздрава России, заместителем директора НИИ детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, академиком РАН Владимиром ПОЛЯКОВЫМ.

– Владимир Георгиевич, дети находятся под постоянным наблюдением участкового педиатра, регулярно осматриваются специалистами в рамках диспансеризации, вроде бы онкопатология должна выявляться вовремя, а факты свидетельствуют об обратном.

– Педиатру приходится не так часто сталкиваться с онкопатологией. Заболеваемость у детей до 15 лет составляет 13-15 на 100 тыс. детского населения. В год заболевает около 3 тыс. Поэтому настороженности практически нет. Этим отчасти объясняется достаточно высокая запущенность пациентов, поступающих в стационары.

Однако справедливости ради надо сказать, не только педиатры вовремя не распознают патологию, но и онкологи. Дело в том, что течение злокачественных заболеваний у детей на первых этапах бессимптомно.

– Какие факторы влияют на развитие злокачественных образований у детей, ведь у них нет такого большого антропогенного и другого груза, как у взрослых?

– Их много. Скажем, национальные особенности, технические и физические факторы внешней среды, особенно, если это происходит во время беременности женщины или в процессе родов. Имеет значение пол, возраст и т.д. Доказана возможность индуцирующего воздействия вируса Эпштейна – Барр на развитие онкозаболеваний. Например, эндемическая африканская лимфома Беркитта, назофарингеальная карцинома чаще встречаются там, где больше носителей вируса Эпштейна – Барр: теряется иммунологический контроль за делением клеток, и на этом фоне возникает злокачественное образование. Частота злокачественных опухолей у больных с иммунодефицитом в 10 тыс. раз выше, чем в популяции в целом.

Безусловно, оказывают влияние ионизирующая радиация, канцерогенные вещества (такие, как табак, алкоголь, пестициды), лекарственные препараты (диэтилstilбэстрол, мышьяк, барбитураты и др. проникают через плаценту в плод, после чего развиваются злокачественные образования).

Сказывается возраст матери, особенно старше 40 лет, когда усиливаются спонтанные мутации в половых клетках. Имеются данные о связи онкопатологии с количеством перенесённых аборт до рождения первого ребёнка.

Ну и конечно, следует упомянуть генетические факторы.

Доказано, что развитие опухоли связано с делецией определённых участков различных хромосом. После картирования супрессорных генов было выявлено, что ген нейробластомы находится в 1-й хромосоме, нефробластомы – в 11-й, а ретинобластомы – в 13-й хромосоме. Если врач на приёме встречает, скажем, излеченных от ретинобластомы родителей, то должен иметь в виду, что за их ребёнком необходим тщательный иммунологический контроль, поскольку риск развития ретинобластомы у наследника достигает 50%.

Существуют семейные формы лейкоза. Обнаружение в лейкозных клетках хромосомных нару-

жалобы. И это тоже, вероятно, одна из причин позднего обнаружения заболевания.

– Конечно. Поэтому очень важна высокая онконастороженность всех специалистов педиатрической службы, ведь злокачественные образования могут возникать на любом участке организма.

На ранних этапах злокачественный процесс может маскироваться под вид простудных, респираторно-вирусных заболеваний или под любой другой соматической патологией. Чем меньше ребёнок, тем труднее диагностика. Именно в раннем возрасте опухоли развиваются в наиболее сложных для ос-

властических условиях, когда маркер приходит в норму.

Опухоли центральной нервной системы проявляются тяжёлыми гипертензионными синдромами с выраженной головной болью, головокружением, рвотой. Правда иногда головные боли объясняются педиатрами, родителями большой учебной нагрузкой, усталостью, и ребёнок не направляется на обследование.

При новообразованиях спинного мозга появляется болевой синдром, парезы или параличи конечностей в зависимости от уровня поражения.

– Какая онкопатология наиболее распространена у детей?

Авторитетное мнение

Врач обязан насторожиться!

Детей, страдающих онкологическими заболеваниями, зачастую лечат совсем от другой патологии



шений также свидетельствует о генетических факторах, играющих предрасполагающую роль в развитии этого заболевания.

Сочетание врождённых пороков и различных синдромов повышает риск возникновения злокачественных образований до 30%. Например, при аниридии (аплазия радужной оболочки) риск нефробластомы, гонадобластомы достигает 20-30%. При гемигипертрофии (асимметрия сторон или частей тела за счёт увеличения одной из них) в 3-6% случаев возникает нефробластома, гепатобластома, карцинома коры надпочечников. Болезнь Гиршпрунга (аганглиоз кишечника) в 3% случаев сочетается с нейробластомой. Если у педиатра есть на участке ребёнок с болезнью Гиршпрунга, то надо иметь в виду, что у него может развиваться это заболевание. Атаксия-телеангиэктазия (телеангиэктазия глаз, кожи, слизистых) в 10% случаев может быть сопряжена с лимфомой, лейкозом, аденокарциномой. Синдром Гиппеля – Линдау (гемангиомы лица, кисты внутренних органов) в 20% случаев – с сосудистыми опухолями мозжечка, гипернефромой. На фоне пигментной ксеродермы (множественные пигментные пятна) с потеряющей частотой, практически у 90-100% больных возникают рак кожи, меланома, саркома.

– Излечение при злокачественных новообразованиях во многом зависит от скорости установления диагноза. Но ребёнок, к сожалению, не может правильно изложить

матра и обследования мест: абдоминальное пространство, малый таз, средостение, головной мозг. Расположенные в этих зонах новообразования имеют на начальном этапе скрытое, практически бессимптомное течение. На пер-

вый план во многих случаях выступают общие симптомы интоксикации (так называемый общий опухолевый симптомокомплекс), которые трудно бывает интерпретировать как проявление злокачественного процесса. Так, постепенно развиваясь, опухоли вызывают гиподинамию, отсутствие аппетита, похудение, вялость, слабость, быструю утомляемость, капризность, анемию, субфебрилитет. Если у ребёнка начинается развитие такой симптоматики, то участковому доктору следует серьёзно обеспокоиться и приступить к поиску причины неблагополучия.

– Что же должен знать педиатр об онкологии?

– В различные возрастные периоды клинические проявления опухолей выглядят по-разному. У ребёнка в возрасте до года чаще диагностируются такие заболевания, как крестцово-копчиковая тератома или тератобластома, имеющая весьма характерный вид и симптоматику. Нередко уже после рождения опухоли резко сдавливают прямую кишку и вызывает кишечную непроходимость. В подобной ситуации ошибочным решением будет направление ребёнка к хирургу для удаления опухоли. Необходимо сразу же определить уровень альфа-фетопротеина (при злокачественном новообразовании этот маркер будет повышен в сотни раз) и срочно направить пациента к онкологу для противоопухолевой терапии на первом этапе (а не для удаления) с целью снижения высокой биологической активности опухоли, её сокращения и последующей операции уже

– Одна из часто встречаемых – болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз), она развивается у детей 4-6 лет и 12-14 лет и проявляется, прежде всего, конгломератом увеличенных подвижных и безболезненных при пальпации лимфатических узлов, располагающихся преимущественно на шее, реже в подмышечной и паховой области. В отличие от неходжкинской лимфомы, при лимфогранулематозе значительно чаще вовлекаются в процесс абдоминальные (парааортальные, паракаваальные) лимфоузлы, располагающиеся по ходу магистральных сосудов. У детей старше 10 лет довольно часто поражаются лимфоузлы переднего средостения. По мере прогрессирования заболевания нарастает интоксикация, повышается и приобретает гектический характер температура, появляется потливость, снижается аппетит, отмечается потеря веса. При сдавлении магистральных сосудов медиастинальными лимфоузлами может развиваться компрессионный синдром, выражающийся сильным, не приносящим облегчения кашлем, одышкой, болью за грудиной, одутловатостью и цианозом кожи лица. С развитием заболевания в процесс могут вовлекаться лёгочная ткань, селезёнка, печень, кости и мягкие ткани.

Неходжкинские лимфомы (лимфосаркома) чаще развиваются у детей старше 5-6 лет и характеризуются также поражением периферических лимфоузлов, лимфоузлов средостения, вилочковой железы, желудочно-кишечного тракта, мягких тканей, кольца Вальдейра – Пирогова, кожи, костей, печени, яичка, молочных желёз и других органов. Это более ярко манифестируемое заболевание, протекающее значительно агрессивнее. Симптомы зависят от первичной локализации опухоли. В процесс могут вовлекаться отдельные группы лимфоузлов, однако часто заболевание имеет генерализованный характер с поражением всего лимфатического аппарата. В брюшной

полости первичная опухоль чаще всего локализуется в области илеоцекального угла. Больные предъявляют жалобы на периодические боли в животе, потерю аппетита, тошноту, увеличение в объёме живота. При осмотре и пальпации можно обнаружить наличие асцита, увеличение печени и селезёнки, а также бугристую, плотно-эластичной консистенции опухоль, по поводу которой нередко хирурги оперируют. Бывает, что идут на радикальную операцию, делая резекцию, объёмные хирургические вмешательства, которые вообще-то выполнять не надо, потому что лимфосаркома поддаётся терапевтическому воздействию, практически излечивается без применения хирургических методов.

При медиастинальной форме заболевания очень быстро развивается компрессионный синдром, вызывающий кашель, одышку, дыхательную недостаточность, нарушения кровоснабжения лица, шеи и верхних отделов грудной клетки. Вовлечение в процесс плевры усугубляет дыхательную недостаточность за счёт появления плеврального выпота. Хирург, к которому попал такой больной, должен после плевральной пункции в обязательном порядке отправлять жидкость на цитологическое исследование, на основании которого можно поставить диагноз лимфомы (лимфосаркомы).

При таком заболевании, как гистиоцитоз из клеток Лангерганса (эозинофильная гранулёма), клинические проявления могут быть невыраженными при единичных очагах поражения и иметь многообразные проявления при генерализованных формах. Локализованный гистиоцитоз характеризуется наличием очага деструкции в кости (один или несколько очагов в одной кости), изолированным поражением кожи и лимфоузлов. Часто с этим сталкиваются оториноларингологи, принимая злокачественный гистиоцитоз при поражении височной кости за гнойный средний отит. При генерализации процесса отмечаются множественные очаги в костях с распространением на прилегающие ткани, наблюдается поражение костей черепа, тазовых и бедренных костей, позвонков, рёбер и нижней челюсти. В начальной стадии болевой синдром отсутствует, в последующее время бывает значительно выраженным. Часто имеются кожные проявления, в начальном периоде имитирующие картину себорейного дерматита, стоматиты и гингивиты. Возможно увеличение регионарных лимфатических узлов. В некоторых случаях развитие лимфогангвиоэктоического гистиоцитоза сопровождается низкорослостью и симптомами несахарного диабета. Могут повреждаться структуры головного мозга.

При остром лейкозе преобладают симптомы общего характера: субфебрилитет, слабость, вялость, снижение аппетита. В дальнейшем возникают боли в конечностях и суставах, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, увеличиваются различные группы лимфоузлов, развивается геморрагический синдром. Иногда на коже и в подкожной жировой клетчатке появляются опухолевидные инфильтраты – лейкомиды. В некоторых случаях имеется поражение центральной нервной системы, когда развивается клиническая картина менингита, менингоэнцефалита, энцефали-

та, дизэнцефального синдрома с соответствующей клинической и неврологической симптоматикой – нейролейкоз. Кроме того, экстремедуллярное поражение может проявиться увеличением яичка у мальчиков и яичников у девочек. При миелолейкозе вовлекаются мягкие ткани орбиты, слизистая оболочка альвеолярных отростков челюстей, нёбные миндалины, носоглотка. Как правило, наряду с безболезненным увеличением лимфоузлов отмечается гепатоспленомегалия. Эти симптомы при течении острого лимфобластного лейкоза и других лейкозов должны хорошо дифференцироваться педиатрами и диагноз устанавливаться на ранней стадии заболевания. К сожалению, этого не происходит, и больные попадают к нам в достаточно запущенном состоянии.

Опухоли лор-органов, среди которых преобладают саркомы мягких тканей, в начальном периоде, как правило, имитируют течение респираторно-вирусных заболеваний. Своевременное распознавание их крайне затруднено, особенно в раннем детском периоде. В старшем возрасте эта локализация становится более доступна для обследования, однако большое количество масок (ОРВИ, аденоидиты, отиты, тонзиллиты, назофарингиты, синуситы, лимфадениты и т.д.) являются препятствием к правильному и своевременному установлению диагноза.

При опухолях ротоглотки отмечаются деформация и увеличение в объёме мягких тканей щёки, языка, боковой стенки ротоглотки, нёбных миндалин, альвеолярных отростков нижней и верхней челюсти, смещение и расшатывание зубного ряда. Нейробластома шеи часто характеризуется синдромом Горнера. Когда на приёме появляется ребёнок с птозом, миозом, педиатр должен сразу обратиться на это внимание и направить пациента к неврологу, но сначала с помощью УЗИ выявить эту опухоль.

Раки щитовидной железы имеют торпидное течение, поэтому часто, к сожалению, выявляются в запущенной стадии, когда уже имеется метастатическое поражение лимфоузлов, а иногда и поражение глотки. В особо запущенных случаях могут быть нарушения голосообразовательной функции за счёт поражения возвратного нерва. Если при обращении к оториноларингологу пациент жалуется на осиплость в голосе, то, кроме осмотра гортани и глотки, надо обратить внимание и на щитовидную железу, особенно если есть деформации на шее.

Костные саркомы чаще встречаются у детей пре- и пубертатного возраста, когда идёт интенсивный рост скелета. Нередко провоцирующим моментом бывает полученная травма. Как правило, при остеосаркоме поражаются трубчатые кости. Появляются болезненность, припухлость, прихрамывание, увеличение объёма мягких тканей. Все эти признаки должны вызвать озабоченность и настороженность педиатров. Саркома Юнга поражает плоские кости или мягкие ткани. Симптоматика сходна с течением саркомы мягких тканей и костей.

Злокачественные новообразования половых органов очень часто сочетаются с пороками развития. Обычно герминогенные опухоли развиваются в яичниках, яичках и крестцово-копчиковой области. Нередки

поражения центральной нервной системы, средостения, забрюшинного пространства и влаглища. Опухоли яичников, которые являются уделом девочек более старшего возраста, проявляются болями в нижней части живота, деформацией в надлобковой области, пальпируемым округлым, неоднородным по плотности, легко смещаемым по брюшинной полости объёмным новообразованием. В ряде случаев при разрыве опухоли или перекруте яичника может развиваться клиническая картина «острого живота».

При злокачественных опухолях яичка наблюдаются одностороннее увеличение в объёме мошонки, уплотнение и деформация яичка. Опухоль принимают чаще всего за водянку яичника и направляют ребёнка к детскому хирургу. Следует помнить о том, что опухоли половых органов в зависимости от гистологической природы могут вызывать задержку или ускорение полового развития ребёнка, несоответствующего его биологическому возрасту.

Надо иметь в виду, что дети очень часто скрывают от родителей жалобы и симптомы, которые отмечаются при развитии злокачественных новообразований в области половых органов и молочных желёз. Они стесняются об этом сказать.

Опухоли печени в детском возрасте представлены преимущественно двумя нозологическими единицами: гепатобластомой и гепатокарциномой. Первая из них является уделом детей раннего возраста, вторая развивается в возрасте 5-12 лет. Общее состояние ребёнка долгое время может оставаться удовлетворительным, и подозрение возникает с увеличения в объёме живота.

– **Подытоживая сказанное, что бы вы подчеркнули?**

– Поводом к обращению за консультацией к детскому онкологу должны быть симптомы общей опухолевой интоксикации: необычная вялость, слабость, беспокойство, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, снижение аппетита, отказ от питания, бледность кожных покровов, снижение веса и тургора тканей, субфебрильная температура, тошнота и рвота (общий опухолевый симптомокомплекс). Иногда эти признаки имеют бурное прогрессирование. Чем раньше установлен диагноз, тем больше возможности для врача и тем больше шансы на выздоровление у больного. Особенно важны ранняя диагностика и своевременное направление в специализированное подразделение при таких агрессивных процессах, как лейкоз, лимфома, рабдомиосаркома, остеосаркома, нефро- и нейробластома, саркома Юнга, гепатобластома. Эти заболевания имеют быстрое развитие и склонность как к регионарному, так и отдалённому метастазированию, значительно ухудшающему прогноз. Педиатр должен помнить о том, что злокачественные новообразования встречаются в любом детском возрасте, поэтому при трудно поддающихся интерпретации или нетипично протекающих процессах необходимо, прежде всего, исключить из списка дифференциальной диагностики опухолевое поражение. Онкологическая настороженность является одним из основополагающих моментов своевременной диагностики опухоли.

Беседу вела
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Деловые встречи

Лепта в глобальное дело Во благо психического здоровья пациентов

На берегах Невы состоялись Всемирный конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии (ВАДП) и Всероссийская научно-практическая конференция «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?»

Участниками представительнейшего форума международного масштаба и прошедшей в его фарватере национальной конференции стали российские и зарубежные учёные из разных областей медицины, в первую очередь психиатры, психотерапевты, психологи, наркологи. Специалисты в сфере психического здоровья встретились в С.-Петербурге, чтобы главным образом внести собственную лепту в исследование проблемы междисциплинарного взаимодействия и необходимости консолидации во имя служения своим пациентам.

Требование глобального подхода к индивидууму последнее время усиленно обсуждается психиатрами и психотерапевтами, при этом всё громче звучит призыв к расширению биологической и психосоматической модели заболевания в сторону биопсихосоциального изучения человека. Новые подходы диктуют безоговорочное сотрудничество представителей разных клинических дисциплин, которые, однако, связаны с большим количеством теоретических и практических «ребусов», в частности, с отсутствием единого «терминологического ключа» к взаимопониманию участников полипрофессиональных бригад. Между тем на открытии конгресса профессор Николай Незнанов, президент ВАДП, председатель Российского общества психиатров, директор С.-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, признавая явные преграды на пути к объединению, с оптимизмом высказался о перспективах их преодоления.

На ключевых лекциях («От психопатологии к биологическим коррелятам (синдром Кандинского – Клерамбо)», «Мультидисциплинарность с точки зрения динамической психиатрии» и т.д.), симпозиумах и семинарах

аудитория была априори заряжена на научные споры. Критическим переосмыслением традиционных взглядов на природу психических расстройств выделялось большинство сообщений, что не могло не будировать прения, но как раз через призму дискуссий проступали светлые горизонты в постижении фундаментальных проблем психиатрии.

В ключе открытого конструктивного диалога прошла и конференция Российского общества психиатров на тему «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?». Более 700 её участников – специалисты из всех регионов РФ – обсудили состояние отечественной психиатрической службы, а также достижения в области диагностики и терапии основных психических расстройств, включая нарушения вследствие тяжёлой алкогольной зависимости.

Алкоголизм, приводя к преждевременной смерти около полумиллиона россиян ежегодно, всё ещё остаётся одной из причин социально-демографического кризиса в стране. Понятно, почему устроители всероссийской научно-практической конференции расстелили, что называется, «ковровую дорожку» перед наркологами – в рамках форума состоялись два секционных заседания по наркотической и алкогольной зависимости и «круглый стол», на котором презентовался новый, междисциплинарный подход к алкогольной патологии в соматической практике.

Выступивший перед коллегами руководитель отдела наркологии С.-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, главный нарколог Комитета по здравоохранению Ленинградской области профессор Евгений Крупицкий убеждён, что пора менять парадигму лечения алкоголизма:

– Лечение до сих пор подразумевало категорический запрет на употребление спиртных напитков. Однако будем реалистами: в силу исторически сложившихся условий, менталитета многим россиянам, имеющим те или иные проблемы с алкоголем, трудно полностью от него отказаться.

Это в особенности справедливо для тех, кто обращается за медицинской помощью на ранних стадиях заболевания. Поэтому для большинства более приемлемым представляется не следование ультимативному требованию полного отказа от алкоголя, а постепенное сокращение количества опрокидываемых бокалов и рюмок.

Участники разговора за «круглым столом» согласились: если вектор общественного сознания всё же переместится с императивного запрета употребления «злодейки с наклейкой» на планомерное снижение доз веселящей жидкости, то частота обращений за медицинской помощью только возрастёт, а стереотип лечения самой распространённой патологической зависимости, сложившийся в обществе, определённо уступит место новой стратегии.

Ещё один важный нюанс. Сегодня лечебно-диагностические пособия при хроническом алкоголизме оказывают психиатры и наркологи. По мнению профессора Е.Крупицкого и единомышленников, в целях уменьшения психологической напряжённости пациента при его обращении к врачу необходимо, чтобы в лечении принимали участие специалисты различного профиля: терапевты, кардиологи, эндокринологи, гастроэнтерологи... Алкоголизм – это общемедицинская проблема!

Мультидисциплинарному подходу в работах молодых психиатров России посвятили целый симпозиум. Вообще же для молодёжи была сформирована отдельная программа, другим опорным пунктом которой стал интересный семинар на тему «Феномены переноса и контрпереноса в психотерапевтическом процессе. Особенности динамики взаимоотношений между пациентом и психотерапевтом».

– И маститых учёных, и молодых специалистов объединяет общее стремление обеспечить максимальную эффективность охраны психического здоровья людей, – резюмировал член президиума Российской академии наук академик Генрих Софронов.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

С.-Петербург.

Перспективы

Толчок к развитию

Российская делегация приняла участие в Международном биотехнологическом форуме Bio International Convention 2014, состоявшемся в Сан-Диего, США. Это крупнейшая в мире и наиболее представительная конференция специалистов, работающих в биотехнологической индустрии. В первые дни работы форума был открыт российский павильон с коллективной экспозицией, заключено три соглашения и организована деловая программа на тему «Развивающиеся возможности на мировых рынках».



На церемонии открытия российского павильона заместитель министра промышленности и торговли РФ Сергей Цыб отметил, что участие России в крупнейшем мероприятии мировой биоиндустрии – это уже сложившаяся хорошая традиция:

– Российский биофармацевтический рынок ощущает на себе положительное влияние роста интереса к индустрии в целом.

С.Цыб также отметил, что новый толчок к развитию получили и инновационные разработки, финансирование которых осуществляется как через государственные программы, так и при участии институтов развития. В церемонии открытия российского павильона также приняли участие представители Минздрава и Минэкономразвития России.

Ирина АНДРЕЕВА.

НА СНИМКЕ: во время открытия павильона.

Новости

Консультативная зона для студенческой братии

Центр охраны репродуктивного здоровья учащейся молодёжи появился в составе городской поликлиники № 76, что в Калининском районе С.-Петербурга. Он «заточен» на студентов от 14 до 23 лет и представляет собой «консультативную зону», которая будет функционировать по принципам «клиник, дружественных к молодёжи», сформированных Всемирной организацией здравоохранения и детским Фондом ООН ЮНИСЕФ.

Как сообщили в администрации Калининского района, первых пациентов врачи нового подразделения поликлинического учреждения на проспекте Непокорённых – терапевт, педиатр, гинеколог, уролог, эндокринолог, дерматолог, стоматолог – примут уже в августе. Тогда же начнёт работу дневной стационар гинекологического про-

филя. При необходимости представители студенческой братии смогут принять участие в групповых психологических тренингах. Стать же пациентом центра охраны репродуктивного здоровья студенту проще простого – достаточно предъявить медицинскому регистратору полис обязательного медицинского страхования.

Кроме чисто медицинской функции на новоявленную структуру возложена задача по привлечению и подготовке волонтеров. Предполагается, что добровольцы приобретут в центре знания и навыки, ориентированные на профилактику наркомании, табакокурения, а также половой распущенности, часто шагающей нога в ногу с заболеваниями, передающимися половым путём.

Владимир ВЕНИАМИНОВ.

МИА Сити!

С.-Петербург.

В начале пути

Классы будущих медиков

В гимназии № 139 Приволжского района Казани 1 сентября распахнутся двери специализированных медицинских классов: предпрофильного – на базе 9-го класса и профильного – на базе 10-го класса.

Цель их создания – попытка реализации непрерывного медицинского образования и целенаправленная ориентация на про-

фессию, постепенная адаптация к медицинской деятельности. Очень важно именно в школе помочь подросткам приобрести осознанность в выборе профессии с учётом психологических особенностей, физических и прочих личностных возможностей освоения медицинской профессии.

Лилия ГАТИЯТУЛЛИНА.

Казань.

Возвращаясь к напечатанному

За дополнительные испытания!

Невозможно вести обучение врача в медицинском вузе на уровне последних достижений фундаментальной науки в аудитории, не владеющей основами естественных наук

В «МГ» № 39 от 30.05.2014 профессор Рудольф Артамонов, выражая озабоченность слабой общеобразовательной подготовкой студентов медицинских вузов, предлагает ввести при поступлении написание абитуриентом своеобразного резюме. В нём поступающий должен показать своё осознанное и мотивированное решение стать врачом.

Но, во-первых, любое резюме не влияет на решение комиссии о приёме в вуз, а во-вторых, ментально найдутся специалисты, которые за деньги научат абитуриента написать нужные слова. Учитывая огромное количество вузов различного профиля в стране и далеко не самые высокие зарплаты врачей, надо полагать, что в медицинские вузы идут учиться в основном осознанно, и многие по семейным традициям.

Наша кафедра работает со студентами 1-го курса, и все сотрудники не просто говорят – вопиют о слабой подготовке первокурсников по химии в рамках школьной программы. Мы брали из приёмной комиссии сведения о результатах ЕГЭ у зачисленных студентов и проводили анализ соответствия этих результатов действительным знаниям студентов школьного курса. Выводы неутешительные.

Баллы, полученные по химии на ЕГЭ, не отражают истинного знания школьного курса. Школьники не умеют анализировать факты, не могут воспроизвести мате-

риал в письменной форме, затрудняются написать химические формулы, тем более уравнения химических реакций. Более того, они не владеют русским языком и делают массу грамматических ошибок при выполнении письменных работ.

В этом году повысили требования к правилам проведения экзаменов. И каков результат? Срочно пришлось снизить минимальный балл по русскому языку до 24, иначе каждый пятый выпускник не смог бы получить аттестат. Мой педагогический стаж в медицинском вузе составляет 45 лет. Практически все годы работы в вузе имел отношение к приёму абитуриентов: работал в экзаменационной комиссии по химии, ответственным секретарём приёмной комиссии, заведующим подготовительным отделением, поэтому могу сравнить уровень подготовки школьников за последние 40 лет. В последние годы он стал у многих совершенно недостаточным для продолжения обучения в вузе.

Для исправления данной ситуации я предлагаю следующее решение этой проблемы. Пусть при существующих правилах поступления в вуз по результатам ЕГЭ, Министерству здравоохранения РФ, учитывая особую важность хорошего образования врача, нужно добиться для разрешения проводить у принятых на 1-й курс студентов дополнительные испытания по профильным предметам, в том числе обязательно

по русскому языку. Студент, получивший неудовлетворительную оценку, должен пойти на один год учиться не на 1-й курс, а на подготовительное отделение со всеми правами студента. Кстати, таких будет немного, в основном это будут студенты, поступающие с более низким баллом по ЕГЭ на внебюджет. Вот и пусть оплатят обучение на подготовительном отделении, рассчитываясь за бездельничанье в школе.

Мой опыт работы заведующим подготовительным отделением показывает, что, сосредоточив своё внимание на изучении 3-4 предметов, при желании, студенты вполне могут повысить свой уровень знаний до уровня, необходимого для обучения в вузе. Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова требует, и это правильно, вести обучение врача в медицинском вузе на уровне последних достижений фундаментальной науки. Но это невозможно сделать в аудитории, которая не владеет основами естественных наук.

Таким образом, работая в рамках установленной в стране системы приёма в вузы по результатам ЕГЭ, вуз будет иметь возможность целенаправленно готовить свой контингент обучающихся.

Николай ФАРАЩУК,
заведующий кафедрой химии,
профессор.

Смоленская государственная
медицинская академия.

Правда ординатора и интерна

Вчерашние школьники поверхностно выбирают профессию, а проучившись 2-3 года и убедившись, что не за то дело взялись, не уходят, а дотягивают до диплома и работают врачами без всякой любви к своему делу. В медицинский вуз принимают всех, кто набрал необходимую сумму баллов по общеобразовательным предметам (химия, физика, биология, русский язык). Нет никакой проверки характерологических и нравственных качеств будущих врачей-человеческих тел и душ.

Вторая проблема: диплом врача не делает нас истинными целителями. Каждый год студенты проходят летнюю производственную практику в лечебных учреждениях руководством опытных врачей, но недоверительное отношение больных к студентам и молодым врачам нас очень тревожит. Помню, как на практике вместе с медсестрой мы вошли в палату, чтобы пригласить больных на инъекции. Она обязана была предупредить, что уколы будет делать практикант. Никто не согласился. И в следующие дни соотношение согласившихся на процедуру и не согласившихся составляло примерно 1 : 3. Женщины вообще к ним не шли, предпочитая профессионала.

Да, это медсестринская практика, скажете вы, но на врачебной – почти то же самое. Где взять молодому специалисту драгоценный опыт?! И, к сожалению, после окончания 6-летнего обучения в медицинском университете немногие готовы

Пять проблем — это не всё

Взгляд молодого специалиста



сразу работать в практическом здравоохранении. Для этого необходимы соответствующие навыки, опыт работы с больными людьми. На это уйдут годы.

Многие авторы, в том числе и со страниц «Медицинской

газеты», говорят о том, что проблема заключается в том, что сейчас плохо учат студентов или что студенты плохо учатся. Но на мой взгляд, всё дело в том, что к нам, молодым специалистам, скептически относятся пациенты. Все прекрасно понимают, что хорошими врачами не рождаются, ими становятся, причём далеко не сразу. Как бы хорошо ни был теоретически подкован человек, без практических навыков и умений ему будет очень сложно их применить в нужное время, в нужный час. И каждый

день после получения диплома молодому врачу приходится кропотливо трудиться в больницах, поликлиниках под чутким контролем опытных специалистов, чтобы поставленный нами предварительный диагноз совпадал с

окончательным диагнозом при выписке.

Третья проблема связана со второй: это довольно распространённая нелюбовь к врачам вообще, не только к молодым. Кому-то зуб удаляли с болью, кому-то не уделили необходимого времени для беседы, кто-то не был сразу допущен к желаемому специалисту. Всё это может негативно сказаться на самооощении молодого врача в своей профессии.

Четвёртая проблема. Огромное количество инструментальных методов диагностики и излишнее доверие к современным технологиям, используемым для установления правильного диагноза, привела к пренебрежительному отношению к информации, получаемой врачом от самого пациента при собеседовании, о возникновении и течении его заболевания. Порой врачи назначают большое количество лабораторных анализов, уделяя при этом лишь малую часть времени расспросу больного.

Прекрасно помню эпизод из своей практики в поликлинике. Кардиолог только что вышел из отпуска, за дверями ни много ни мало – 60 человек! Как вы думаете, сколько времени занял у него осмотр одного пациента? Тут даже не до нормативов.

Пятое. Постоянный прессинг

со стороны средств массовой информации, общественных организаций по защите пациентов не может не отразиться на психологическом состоянии врача, особенно только начавшего работать. Он же не может взять отпуск для переживаний, а должен ежедневно продолжать заниматься диагностикой и лечением своих больных! А массовые кампании в СМИ по преследованию врачей, допустивших неправильные действия в отношении своих больных, стали очень частыми и агрессивными.

Кроме вопросов, напрямую касающихся профессии, существуют также социальные аспекты: финансовые проблемы при создании семьи, очередь в детские сады, собственное жильё и т.д. Их актуальность для начинающих эскулапов сегодня сложно недооценить.

И всё-таки мы всегда помним, что профессия врача – это призвание, подвиг, ответственность. Это полная самоотдача. Это — любовь и забота.

Ирина КОЧЕГАРОВА,
председатель студенческого
научного общества
Рязанского государственного
медицинского университета
им. И.П.Павлова,
член совета студентов медицинских
и фармацевтических вузов
при Минздраве России.
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

В эпоху феодализма государство было организовано как строгая иерархическая пирамида («монархическая спираль», по М.Фуко), на вершине которой восседал правитель, часто имевший прозвище сообразно своим индивидуальным качествам (Карл Лысый, Пипин Короткий, Иван Грозный и пр.) Эпитет подчёркивал уникальность монарха, превращал его в неповторимую личность, подобной которой в феодальном государстве быть не могло. От правителя протягивалась прямая линия к Богу, помазанником которого монарх и являлся. Люди более мелкого ранга, по мере приближения к подножию такой пирамиды, становились всё менее персонально различимыми, всё более унифицированными, уподобляясь сору под ногами монарха. Чем ниже – тем ничтожнее. В одном из романов Г.Манна о Генрихе IV правитель согревает замёрзшие ноги во вспоротом животе крестьянки. Император Павел I говорил: «В России нет значительного человека, кроме того, с кем я разговариваю, и лишь на то время, пока я с ним разговариваю».

Чиновники вместо Бога

Индивидуальность отношений тоже ослабевала по мере удаления от престола, возрастая при социальном подъёме снизу вверх – в направлении суверена. Монарху не нужны были фамилия и отчество: его родословная и без того была известна. Крестьяне в России не имели отчеств, но – по иной причине, а фамилии их образовывались из имен отцов; у крестьян Западной Европы вовсе не было фамилий: они именовались по месту рождения: Жанна д'Арк – Жанна из Арка. Монархической власти не было никакой необходимости знать о том, как живет безликая и безымянная чернь, и Мария-Антуанетта могла изумиться: «У бедноты нет хлеба? Отчего же они не едят пирожные?» – подножие пирамиды было невозможно разглядеть из этих облачных высот.

По мере становления капитализма начался обратный процесс. Власть постепенно деперсонализировалась, теряя прежнюю определённости и портретность, делаясь неприметной внешне, тогда как подножие этой социальной пирамиды обретало всё более конкретные очертания, которое, впрочем, носило не столько личностный, сколько функциональный, типажный характер. Меняющейся системе власти стала необходима новая система учёта подчинённых ей субалтернов.

К этому же времени описания многочисленных случаев психопатологии, выглядящих с точки зрения сегодняшнего дня казуистикой, стали в медицине нормой. Едва ли не каждый синдром получал статус болезни. Персонализация симптомов напоминала перевёрнутую капитализмом монархическую спираль: «чернь» оказалась весьма разнообразной по своему составу. Прежде в медицине существовала просто «лихорадка», теперь оказалось, что у неё множество имён и разновидностей; раньше было просто «безумие», теперь выяснилось, что оно подразделяется на массу типов, классов, отрядов, видов...

Индивидуальные девиации психики рассматривались учёными XVII в. как типичные закономерности, в результате чего возник длинный реестр заболеваний, дифференцировавшихся на основании феноменологии. Так, голландский врач Н.Тулльп, известный по картине Рембрандта «Урок анатомии доктора Тульпа», описал «новую» патологию malleatio на основании наблюдавшейся им клиники стереотипных движений, по всей видимости, кататонического содержания: больная женщина постоянно колотила кулаками по своим коленям («malleus» по-латыни – «молот»). Врачи интенсивно набирали материал, пользуясь возможностями, которых были лишены в эпоху средневекового всевластия Церкви. (Симптоматично само появление в это время картины голландского художника, посвящённой ещё недавно запретному анатомированию человеческого тела.)

В медицине происходили процессы, аналогичные масштабным социальным сдвигам. Новые данные переполняли комоды науки,

цей видов и родов находящихся в этом лагере вооружённых сил. Пространство госпиталя отражало систематическую классификацию болезней...» Именно тогда классификации стали тем эсперанто, на котором смогли говорить врачи различных школ и стран. В XVIII в. классификация была средством и свидетельством научной медицинской интеграции различных регионов Европы.

Вавилонские башни Паноптикума

Нозологический подход в медицине вообще и в психиатрии

ассимилируемых иным способом людей, отнеся их к «категориям». Институционализация психиатрии как автономной науки относится именно к этому времени.

Логика развития тотального дисциплинарного мониторинга привела во второй половине XVIII в. к построению И.Бентама (1748-1832), родоначальника теории утилитаризма. Он считал, что возможно установление законов, позволяющих реализовать социальную систему, в которой все люди становились бы добродетельными. В числе главных целей гражданского права (изобилие, безопасность,

мент времени, и если да, то кем именно (налицо деиндивидуализация коллективной, безликой, деперсонализированной, развоплощённой и анонимной бестелесной власти, становящейся индивидуальной и телесной лишь в точке своего приложения к наблюдаемому субъекту). Транспарентность, таким образом, была односторонней. Деяния и лица бюрократической власти остаются безымянными. Башня может быть пуста – это не имеет значения: «Большой Брат видит тебя». Такой власти уже нет необходимости помахивать скипетром или мечом. Формально

Былое

Порядок или бедлам?

Как появился нозологический подход в медицине



наводя хаос, в котором невозможно было разобраться: прежняя классификационная система не работала. Прежние концепции перестали удовлетворять учёных и врачей. Полученный материал следовало структурировать заново, разложив по полкам и ящикам, дабы не путаться в этом нагромождении лиц, симптомов, имён, признаков...

Но из-за обилия нового научного материала возник сюжет, который Гегель позже назвал «дурной бесконечностью»: сущности множились беспрерывно; причём в конце такой логической цепочки находился индивидуум. В силу этого подобная система в случае её полной и окончательной реализации утратила бы всякий организующий смысл.

Развитие науки требовало появления свежей концепции. Но для этого была необходима новая надёжно функционирующая социальная структура, направленная против чрезмерного индивидуализма, который проявлялся, в том числе, и сумбуром эмпирической описательности, превращавшимся в бессистемную научную анархию. Следовало каким-то образом упорядочить обилие феноменологических описаний, приведя его в систему. Это стало тенденцией эпохи. Т.Сас писал: «Стремление уподобить дисциплинарное пространство большой таблице сочеталось с пристрастием к таблицам в науке. Построение «таблиц» было одной из важнейших проблем науки, политики и экономики XVIII в. Ботанические сады и зоопарки превращались в материальные пространственные классификации живых существ. Наблюдение, контроль и регулирование обращения денег и товаров осуществлялись с помощью построения экономических таблиц. Военный лагерь становился табли-

равенство...) Бентам не упоминал свободу, глубоко презируя доктрину о правах человека, называя «права человека» «чепухой», а «неотъемлемые права человека» – «чепухой на ходулях». Зато он придавал большое значение человеческим обязанностям, реализация коих, собственно, и должна была привести к осуществлению его весьма утопичной социальной системы, осуждавшей монархию и отрицавшей религию, что было опять-таки созвучно стилистике наступившей эпохи. Генерализация секулярной власти, доведенной до своего логического завершения, описана в книге Бентама «Паноптикум» (1791).

Симптоматично то, что некоторые психиатрические приюты в Англии позднее проектировались именно как Паноптикум. Идеи Бентама пригодились для бедламов. Английский психиатр В.Перфект считал, что регулярность и размеренность такой социальной системы в случае её реализации способна предупредить развитие или снизить интенсивность проявлений многих психических расстройств. Вероятно, основным качеством этой системы, полюбившимся психиатрам, был именно дисциплинарный мониторинг пациентов, усиливший любой из институтов власти. В данном случае психиатр оказывался не только врачом, но и представителем места для каждого из элементов системы в психиатрической лечебнице. «Паноптикум» давал разуму средство властвовать над другим разумом.

Внешней границей сооружения должно было стать круговое здание, в котором располагались камеры. Внутренние стены этого кольца огибала галерея, позволяющая совершать контролирующий смотр. (В психиатрии – ставший традиционным именно с этих пор врачебный обход.) Во внутреннем дворе должна была находиться башня, откуда можно было видеть всё происходящее в камерах, рассчитанных на одного человека: налицо формальная индивидуализация субъекта. (Пост медицинского персонала в психиатрическом отделении.) Такая система не имеет дела с группой, всегда работая с индивидуумами, однако видит в них не их уникальность, а именно классифицируемость, типажность, категоричность: не имярек, а пациент. Центральная камера башни имеет подземный ход, теоретически позволяющий любому проникать туда для мониторинга происходящего в камерах. (Окошечко на двери в психиатрическую палату). Бентам сделал ремарку о том, что пункт наблюдения должен иметь жалюзи, чтобы нельзя было определить – ведётся ли наблюдение в конкретный мо-

эта система демократична, так как теоретически место в башне может занять любой. Впрочем, нам известно, что фактически это происходит крайне редко: бюрократия тщательно заботится о том, чтобы пресловутые «социальные лифты» работали с перебоями.

В XVII-XVIII вв. «нагрузка письмом» стала импульсом для возникновения психиатрической истории болезни, оказавшись переходным этапом от инквизиторского допроса «ведьмы» – к современному медицинскому опросу-интервью психически больного. Это досье принципиально отличалось от истории болезни соматической, где фиксировались гораздо более динамичные изменения клинического состояния больного – будь то на фоне лечения или без такового. (Хотя и соматические истории болезней, как неустанно напоминают об этом и сегодня преподаватели едва ли не всех клинических кафедр большинства медицинских вузов, «пишется для прокурора».) В психиатрии же эта динамика была менее отчётливой, почти незаметной – особенно при фактическом отсутствии психофармакотерапии в XVII-XVIII вв. Роль такой истории болезни сводилась к фиксации факта.

Видимо, именно необходимость учёта, мониторинга и записи всего и всех, в том числе и безумцев, генерировало поговорку, словно придуманную Смердяковым: «Без бумажки ты букашка, а с бумажкой – человек». Однако в итоге бумажка потребовалась для того, чтобы превратиться в ярлык, инвентарную бирку с указанием рода, класса, вида и пр. под прикрепленным к классификационной схеме тем насекомым остатком, который прежде был не учтён, остаточен, нелегитимен... Человек превратился в экспонат энтомологической коллекции. Психею-бабочку припилили булавкой. Сетка таблиц стала решёткой на окнах психиатрических отделений.

А идеи И.Бентама живут и убеждают, о чём свидетельствует недавняя история Э.Сноудена, рассказавшего о тотальной тайной слежке секретных служб США за гражданами свободной Америки и даже гражданами иных государств.

Всевидящее око Бога превратилось в Паноптикум.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Института ментальной
медицины.

Северный государственный
медицинский университет.

НА СНИМКЕ: гравюра Уильяма Хогарта «Сцена в Бетлемской больнице» (от неё произошло понятие «бедлам»).

На остановке пассажиры не спеша проходили в чрево «автолайна». Не совсем удобная «газель» тем не менее была для многих единственной возможностью быстро доехать до ближайшей станции метро. Довольный водитель полупопросил-полуприказал:

– Передавайте деньги побыстрее, пожалуйста, надо ехать!

В этот момент дверь открылась, и в салон втиснулся парень лет двадцати пяти. Народ заворчал: мол, больше мест нет. Новоявленный пассажир примиряюще произнёс:

– Ничего, я и червяком постою – тут до метро недалеко.

Водитель возражать не стал. Поехали. Следовавший впереди автобус вдруг резко затормозил: как всегда, кто-то из пешеходов решил в удобном для себя месте перейти дорогу. Мгновенно нажал на тормоза и водитель «газели». Парня швырнуло на пассажира, сидящего перед ним, шапка упала на пол, а головой он что есть мочи врезался тому (моему будущему клиенту) в лицо.

«Скорая» подъехала быстро. Пытаясь остановить кровь, чтобы детально осмотреть пациента, врач скорой помощи перечислял фельдшеру:

– Перелом носа, выбиты четыре зуба, в двух местах раздроблена нижняя челюсть.

Фельдшер сделал обезболивающий укол.

Водитель-южанин торопился покинуть место происшествия. Но врач оказался опытным человеком. Он потребовал маршрутный лист, который тот с большой неохотой выдал, переписал все данные, а также номер машины, который, к слову, не совпал с номером, указанным в путёвке.

Прямо на бордюре сидел парень, который оказался виновником происшествия. Врач осмотрел и его, фельдшер смазал какой-то мазью ссадины, дали ему подышать нашатырным спиртом – и он пришёл в себя.

Моего будущего клиента острожно перенесли в машину скорой помощи. Врач что-то сказал водителю и с включёнными сигналами, но на невысокой скорости спецмашина двинулась в сторону ближайшей больницы.

Водитель «газели» быстро умчался в неизвестном направлении. Парень посидел-посидел и тоже медленно пошёл в сторону метро.

А через несколько дней мне позвонил супруга пострадавшего и попросила о юридической поддержке.

Обычно люди начинают задумываться о правовых последствиях лишь тогда, когда их

А ещё был случай

Пятно на репутации



близкие или они сами выходят из медицинского учреждения после полученной медицинской помощи или выздоровления. Очень хорошо, что она это сделала сразу.

Во-первых, я сразу же взял данные учётной карточки приёмного отделения больницы. Во-вторых, удалось выйти на представителя фирмы «Автолайн». Тот начал юлить: будто бы никаких сообщений от водителя не получал, такая машина у них не числится, а потому они умывают руки. В-третьих, пришлось написать запросы во все транспортные компании, которые занимаются перевозкой – в Москве их оказалось немало. Помимо этого, я попросил супругу пострадавшего собирать все выписанные рецепты, а также кассовые чеки из аптек и магазинов за приобретённые лекарства.

В общей сложности мой пациент находился на стационарном лечении 42 дня. В нижнюю челюсть были вставлены металлические скобки, в трёх местах зашили нижнюю губу. Операция по восстановлению носа – это вообще отдельная история. При выписке отделением посоветовал обратиться за помощью в окружное медицинское учреждение, чтобы частично оказали помощь при оплате услуг стоматолога. Выделили 35 тыс. руб. Но дополнительные затраты составили почти 80 тыс. По ночам мой клиент плохо спал – сказывались последствия сотрясения головного мозга. Чтобы полностью излечиться, пришлось потратить сумму около 200 тыс. руб.

Обратиться в суд с иском к транспортной компании на воз-

мещение затрат, как говорится, сам бог велел. Кроме того, нами было принято совместное решение обратиться и в районную прокуратуру с тем, чтобы там решили: привлекать ли к уголовной ответственности водителя, который допустил лиших пассажиров в салон. Уроженца Грузии нашли, взяли подписку о невыезде и решили возбудить уголовное дело. Следовательно запросил из ГИБДД данные. В протоколе, составленном инспектором дорожного движения, чётко было указано: какую статью Правил дорожного движения нарушил водитель, что привело к печальным последствиям. Того самого «лишнего» пассажира, нанёсшего травму моему клиенту, найти не удалось.

Сумма иска вызвала подозрение у транспортной компании: юрист компании вместе с заместителем директора предприятия самым тщательным образом изучали выписной эпикриз, рецепты, выписанные врачом, кассовые чеки, чтобы уличить подателя иска в несоответствии приобретённых лекарственных и общемедицинских средств указанным в рецептах. Особый спор разгорелся по оплате путёвки в санаторий: зачем было туда ехать? Необходимость долечивания подтвердил заведующий отделением, где лежал мой клиент. Он сам пришёл на одно из судебных заседаний и выступил в качестве свидетеля.

Дело двигалось к завершению, но тут вдруг юрист с профессиональной наглостью поинтересовался у моего доверителя:

– А вы можете доказать, что вы действительно являлись пассажиром, а не находились в салоне просто так?

Речь шла о наличии билета за тот проезд в маршрутке. Билета, конечно, не было, ведь в порядке вещей в маршруточном хозяйстве, что пассажиры передают деньги водителю, и на том проезд считается оплаченным. И никому никогда не приходит в голову потребовать билет. Но судья выразила сомнение: в таком случае ответчик имеет полное право не возмещать затраты, ведь автотранспортное предприятие несёт ответственность за пассажиров, но не за лицо, которое просто оказалось в салоне «автолайна».

Наши доводы о том, что водитель поехал, значит, деньги получил, почему-то судье основательными не показались, хотя по логике это ясно: кто бы стал оказывать услугу без оплаты?

Помощь пришла с неожиданной стороны. В один из вечеров мой клиент стоял у подъезда, набираясь сил перед тем, как начать подъём к себе в квартиру на 4-й этаж (в доме нет лифта). Проходившая мимо соседка поздоровалась и поинтересовалась состоянием его здоровья. Оказалось, что она ехала с ним в той же «газели», только сидела сзади. Вместе с нею была и 16-летняя дочь.

Свидетельские показания оказались очень кстати на последнем судебном заседании. Помимо того, что свидетельница заявила, что водитель никому не выдавал билеты, также выяснилась ещё одна пикантная подробность: внутри салона висело объявление о том, что стоимость проезда составляет 35 руб. Тут уже удивился заместитель директора «Автолайна», потому что на самом деле цена была 25 руб. Разницу водитель, естественно, присваивал себе. Юрисконсульт начал выкручиваться: а не оговаривают ли свидетели их работника, который считается добросовестным и

ранее нареканий по производственной деятельности не имел?

В итоге иск удовлетворили частично: все подтверждённые материальные затраты решением суда ответчика обязали оплатить, а вот моральный вред оценили только в 20 тыс. руб., хотя заявлен был 1 млн. Не убедили судью и доводы истца о том, что последствия травмы скажутся позднее, а перелом носа и нижней челюсти в двух местах – это уже травмы на всю жизнь. На моё предложение обжаловать решение суда дальше, вплоть до Президиума Верховного суда РФ супруга моего клиента махнула рукой – и так столько натерпелись!

Из этой истории всем необходимо извлечь следующие уроки: нужно было возражать против присутствия в салоне «автолайна» пассажира, который не имел сидячего места; если водитель не содействовал исполнению пункта правил перевозки, то нужно было выйти, ибо всегда нужно предусматривать самое худшее; обязательно требуйте от водителя билет за переданные денежные средства, если он не выдаёт билеты, то надо записать номер машины и сообщить в полицию (вполне возможно, что водитель занимается «левой» предпринимательской деятельностью). И наконец, последнее, что читатель, надеюсь, усвоил: если вы пострадаете в ДТП, то компенсацию придётся долго выбивать через суд, а затем по исполнительному листу (бывает что и долго) получать присуждённые денежные средства. Чай, живём при капитализме, когда призывают опираться на закон, но не спешат его исполнять. Прибыль, быстрая и бесовская – прежде всего.

Представители ответчика так и не извинились перед пострадавшим и не выразили своих сожалений по поводу случившегося. Воистину, прав был апологет капитализма Адам Смит: «Мораль ничего не стоит, если она не оценена».

Игорь НЕХАМЕС.

Москва.

ОБ АВТОРЕ. Игорь Нехамес – автор 17 прозаических и поэтических книг. Лауреат премии «За лучшую детскую книгу» 2011-2012 гг., лауреат премии «Золотое перо Московии» областной писательской организации, имеет ряд других почётных и заслуженных наград. Будучи одним из самых активных членов Международного союза адвокатов, он видит наш современный мир в явных противоречиях, вызывающих нередко драмы, в том числе медицинской среды и рядом. И своей деятельностью юриста, литературным творчеством он старается помогать людям добиваться справедливости. Опубликованный выше практически документальный рассказ И.Нехамеса взят из только что вышедшей в Москве его книги «Пересуды жизни».

Ироничной строкой

Пока мы вкалываем

- На вопрос викторины о великих утопистах он назвал Герасима из тургеневской «Муму».
- В больнице, куда привезли миллионера, врачи оценили его состояние одновременно и как тяжёлое, и как значительное.

- Большой начальник: «А мне всё равно, в какое место – главное, чтобы целовали!»
- Наш гинеколог говорил после дежурства: «Это ж надо: а ведь кто-то получает удовольствие там, где мы вкалываем!»

Ляля СУХАРЕВСКАЯ



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

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

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