

Инициатива

Не допустить мозговой катастрофы!

Красноярские врачи решительно настроены защищать своих земляков от инсульта



Можно долго и красиво говорить с трибун о важности сохранения здоровья нации, а можно просто взять и сделать что-то действительно полезное, как, например, на днях сделали красноярские врачи. Они рассказали жителям региона, как защититься от болезней, которая уносит больше всего человеческих жизней, – мозговой катастрофы.

В конце минувшего года краевая клиническая больница инициировала проведение масштабного информационно-просветительского проекта, цель которого – повысить осведомлённость жителей Красноярска об инсульте, что в перспективе должно привести к снижению смертности от острого нарушения мозгового кровообращения.

Одним из самых знаковых событий

Красноярские медики популярно и подробно просвещают горожан о признаках инсульта и его профилактике

проекта стал общегородской день профилактики инсульта, который провели врачи краевой клинической больницы и городской больницы № 20. Это первый подобный опыт в Красноярске.

Площадкой для важнейшего профилактического мероприятия выбрали Дом кино, который на целый день превратился в мобильный пункт санпросветработы. Организаторы включили в программу Дня профилактики инсульта все возможные формы эффективного общения врачей с пациентами. Здесь, в том числе, прошёл «интерактивный» лекторий. В холле развернула работу консультативная площадка, где можно было измерить артериальное давление, получить совет невролога, кардиолога

по первичной и вторичной профилактике острого нарушения мозгового кровообращения.

Кроме того – и это очень важно! – была организована реабилитационная площадка и мастер-классы по уходу за больными в домашних условиях.

Сказать, что тема инсульта волнует многих, – не сказать ничего: на предложение медиков откликнулись 400 красноярцев разных возрастов, от студентов до пенсионеров. Получив массу положительных отзывов от участников акции, специалисты намерены сделать подобные встречи традиционными.

Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Красноярск.



Тереза КАСАЕВА,
заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России:

...Время идёт. Меняется эпидемиологическая ситуация, появляются новые знания, новые подходы к диагностике и лечению туберкулёза, и игнорировать мы их не имеем права...

Стр. 5

Анатолий МАХСОН,
главный врач московской онкологической больницы № 62:

...Сейчас мы вылечиваем более 50% пациентов, и они живут долго.

Стр. 7



Светлана АЛЕКСЕЕНКО,
заведующая оториноларингологическим отделением детской городской больницы № 19 им. К.А.Раухфуса Санкт-Петербурга:

...Баллонная синусопластика позволяет сохранить у маленьких пациентов всю естественную анатомию пазух полости носа.

Стр. 12

Проекты

«Земские доктора»: нашего полку прибыло

В российских сёлах работают около 20 тыс. земских докторов, сообщила на днях заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова.

Программа «Земский доктор» помогает привлекать медицинских работников в возрасте до 45 лет в сельскую местность, предусматривает оказание им финансовой поддержки, подчеркнула вице-спикер СФ. Она напомнила, что «финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат в размере 1 млн руб. на каждого медика осуществляется в равных долях за счёт трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда ОМС и средств бюджетов субъектов Федерации».

«За период реализации программы привлечено для работы на село около 20 тыс. молодых врачей. Около 6 тыс. специалистов медицинской отрасли, надеюсь, станут «земскими докторами», – отметила Г.Карелова.

В то же время в Томской области, например, не все врачи, переехавшие на работу в сельскую местность в 2014 г. и рассчитывающие войти в программу «Земский доктор», смогли это сделать, сообщил журналистам заместитель губернатора по социальной политике Чингис Акатаев. Дело в том, что на выплаты им нужно больше средств, чем было предус-

мотрено данной программой. По словам Ч.Акатаева, за время действия программы с 2011 по 2013 г. по ней уже переехали в село 344 медика. В 2015 г. выплаты должны получить ещё порядка 50 врачей.

Сейчас администрация области прорабатывает с федеральными органами власти возможность перенести таких «не попавших в программу» докторов в начало очереди на получение средств в нынешнем году. Как пояснил начальник областного Департамента здравоохранения Александр Холопов, в 2015 г. на реализацию программы из бюджета региона будет выделено около 50 млн руб.

В этом году в Томской области стартует новая программа «Земский фельдшер», в рамках которой фельдшеры, переехавшие для работы в сёла региона, будут получать по 570 тыс. руб. «подъёмных». На реализацию данной программы из бюджета области в 2015 г. будет выделено около 5 млн. руб.

«Сумма пока небольшая. 2015 г. – время апробации данной программы. Самый большой дефицит кадров в здравоохранении именно в среднем звене – среднем медперсонале. Он составляет более 30%. Благодаря этой программе планируем начать привлекать работников», – пояснил Ч.Акатаев.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Итоги и прогнозы

Паллиативная койка не пустует

В Министерстве здравоохранения Республики Хакасия подвели итоги первого года работы отделения паллиативной помощи.

Причём оно было организовано не в структуре городского или республиканского стационара, а на базе одной из участковых больниц в алтайском сельском районе. Такой выбор объясняется тем, что первое и пока единственное в регионе отделение паллиативной помощи наделено статусом межтерриториального: сюда госпитализируются

больные из всех районов Хакасии, которым необходим уход в связи с терминальной стадией онкологического заболевания или после перенесённого инсульта.

Паллиативные койки не стоят пустыми: за год работы 10-коечное отделение приняло 121 пациента. Здесь работают врач паллиативной помощи, психолог и медсёстры, которые прошли специальную подготовку. По информации Минздрава, расходы на оказание помощи пациентам за год составили 4,7 млн

руб., это средства республиканского бюджета, спонсоров и пожертвования частных лиц. Для самих пациентов пребывание в отделении бесплатное.

По словам министра здравоохранения Хакасии Владимира Титова, теперь перед его ведомством стоит задача увеличивать доступность паллиативной помощи. В ближайшее время койки сестринского ухода начнут появляться в городских, районных и межрайонных больницах республики.

Елена ЮРИНА.

Абакан.

Новости

«Однодневная» хирургия —
то, что надо

Многим известно, что госпитализации можно избежать, даже если речь идёт об оперативном вмешательстве. Для этого в Челябинской областной детской клинической больнице и создали центр амбулаторной хирургии.

Многие операции, проведение которых раньше требовало длительного пребывания пациента в стационаре, теперь делаются в амбулаторных условиях, то есть за 1 день. Это стало возможным благодаря современному техническому оснащению и появившимся малотравматичным хирургическим методам. В результате после хирургических вмешательств не требуется наблюдение за пациентом в условиях стационара, уже вечером этого дня он оказывается дома.

Отделение амбулаторной хирургии детской областной клинической больницы развёрнуто на базе консультативной поликлиники. В его составе операционная, перевязочные, дневной стационар. Операции выполняют хирурги, ортопеды-травматологи, урологи и офтальмологи.

— Таким «однодневным» образом с помощью холода или лазера мы начали лечить гемангиомы, занимаемся лечением врождённой косопласти, проводим зондирование слёзно-носового канала, ретиноскопию, цистографию и внутривенную урографию, — рассказывает руководитель центра амбулаторной хирургии Челябинской ОДКБ врач травматолог-ортопед Александр Семёнов, и результаты, судя по отзывам пациентов, весьма успешные...

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

210 «золотых кадров медицины»

Целевая стипендиальная программа «Золотые кадры медицины» для учащихся государственных медицинских и фармацевтических вузов России родилась в сентябре 2006 г. А в нынешнем учебном году в ней приняло участие рекордное число студентов, интернов и ординаторов ведущих медицинских и фармацевтических вузов, расположенных в 17 регионах, — подано более тысячи заявок, из них 210 человек стали стипендиатами.

Участники — это студенты, отличившиеся высокой академической успеваемостью, обучающиеся на последних курсах в одном из 20 вузов-партнёров программы по специальностям «лечебное дело», «фармация» и «педиатрия». Наибольший интерес к программе проявили учащиеся Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, Курского медуниверситета, Смоленской и Воронежской медакадемий.

Лучшие результаты продемонстрировали студенты Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии, Самарского и Казанского ГМУ, РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Первого МГМУ им. И.М.Сеченова.

Недавно состоялись официальные церемонии награждения стипендиатов, где победителям были вручены дипломы и памятные подарки.

Алёна ЖУКОВА.

Москва.

Выгодное зубопротезирование

Бесплатное зубопротезирование проводится в рамках региональной программы «Старшее поколение Сахалинской области на 2014-2018 гг.» Воспользоваться услугами по установке протезов могут конкретные категории граждан. На эти цели в этом году из областного бюджета направят около 10 млн руб.

Если нуждающийся в данной процедуре участник программы по состоянию здоровья не может прийти в поликлинику, специалисты приедут к нему на дом. Для этого в областной стоматологической поликлинике выделено три бригады — терапевтическая, хирургическая и ортопедическая. Мобильное оборудование позволяет совершать все зубопротезные процедуры в удобном для пациентов месте.

Программа «Старшее поколение» в Сахалинской области начала действовать в 2012 г. В прошлом году услуги по зубопротезированию получили 652 человека, из них 110 — это инвалиды и участники Великой Отечественной войны. С начала 2015 г. новые зубные протезы получили 28 инвалидов и ветеранов войны.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Южно-Сахалинск.

Дом для новой жизни

В Старом Осколе состоялась торжественная церемония открытия акушерского корпуса перинатального центра на базе городской больницы № 1.

В мероприятии приняли участие губернатор области Евгений Савченко, заместитель губернатора Елена Батанова, митрополит Белгородский и Старооскольский Иоанн, глава администрации Старооскольского городского округа Александр Гнедых, медицинские работники больницы.

Перинатальный центр является единственным учреждением родовспоможения в Старооскольском городском округе. Ежегодно здесь принимают более 8 тыс. пациенток, а количество родов превышает 3 тыс. Поэтому возникла необходимость открытия нового акушерского корпуса.

Члены официальной делегации осмотрели стройку, пообщались с медицинскими работниками и пациентками.

Четырёхэтажный корпус площадью около 9 тыс. м² оснащён современным оборудованием, здесь созданы все условия для комфортного пребывания будущих мам. Отметим, что в области продолжает развиваться сеть перинатальных центров — в скором времени её пополнит центр на базе городской больницы № 2

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Белгородская область.

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

Перспективы

Отменить
квотирование ОМСК этому призывает общественный контроль
за деятельностью властей

Доступ пациентов к высококачественным медицинским услугам не должен ограничиваться

Чтобы повысить доступность медицинской помощи, надо отменить квотирование обязательного медицинского страхования в отношении федеральных учреждений здравоохранения в Москве, считает председатель Комиссии Общественной палаты РФ по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни граждан Владимир Слепак.

С таким предложением он выступил на заседании коллегии Счётной палаты РФ, обсудившей вопросы экспертно-аналитической и контрольной деятельности в области расходов федерального бюджета на здравоохранение, образование, культуру. Встреча прошла в соответствии с подписанным председателем Счётной палаты РФ Татьяной Голиковой и секретарём палаты Александром Бречаловым соглашением о сотрудничестве, призванным повы-

сить роль общественного контроля за деятельностью федеральных и региональных властей по распоряжению и управлению федеральными ресурсами.

— В Москве сегодня введена недопустимая система квотирования ОМС. Гражданин, имеющий полис ОМС, может обратиться в любое предприятие здравоохранения, поэтому, я считаю, введение квотирования незаконным. Складывается такая ситуация, что пациентам ограничивается доступ к высококачественным медицинским услугам. В Общественную палату поступает много обращений по этому вопросу, — заявил В.Слепак.

Кроме того, он отметил, что штрафы за нарушения в ходе проверок учреждений здравоохранения экспертами ОМС чрезмерны, при этом очевидно несовершенство нормативной правовой базы фиксации таких нарушений. Всё зависит от квалификации эксперта, а она не всегда соответствует

указанному статусу. Более того, эксперты заинтересованы в результатах проверки, так как штрафы зачисляются на счета страховой компании.

Т.Голикова согласилась также с позицией Общественной палаты о недопустимости снижения объёмов бесплатной медицинской помощи, которое происходит в последнее время.

— Сегодня мы апробировали модель взаимодействия Общественной и Счётной палат, которая имеет большой потенциал. Я надеюсь, что сегодняшний опыт будет использован и при рассмотрении других вопросов. Уверен, что именно такая форма работы позволит преодолеть существующую кризисную ситуацию и установить надёжный общественный и финансовый контроль во всех сферах нашей жизни, — заявил В.Слепак.

Валентин МАЛОВ.

МИА Cito!

Профилактика

Вовремя исправляя отклонения

Исполнилось 5 лет с тех пор, как в Ярославской области открылись первые центры здоровья для взрослых. Эти учреждения являются частью государственной программы профилактики хронических неинфекционных заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых. До 86% факторов риска их развития составляют повышенный холестерин, избыточный вес, курение и увеличение артериального давления.

Предварительные итоги первой пятилетки работы подвёл руководитель регионального центра, который действует на базе областного госпиталя ветеранов войн, Сергей Яковлев. За это время в центр обратились около 40 тыс. человек. Практически у всех были выявлены нарушения зрения, более половины

имели избыточный вес или ожирение и другие факторы риска развития заболеваний сердца.

Однако только треть из них оказались заинтересованными в сохранении своего здоровья. Такие люди приходят повторно, чтобы обследоваться и составить индивидуальную программу оздоровления, в том числе отказа от вредных привычек. Так, за время работы центра сюда обратилось около 2,5 тыс. курящих, причём впоследствии треть из них отказалась от опасной привычки. Далося это непросто, некоторые делали по 2-3 попытки.

— К сожалению, большинство нашего населения не замотивировано на сохранение собственного здоровья, — считает Сергей Яковлев.

С ним согласна и руководитель городского центра здоровья Галина Смуркова. Её сотрудники только в прошлом году приняли 7,5 тыс.

человек, сделали 10 выездов на предприятия и в организации области, где проверяли у работников уровень артериального давления, сахара и холестерина в крови, остроту зрения.

Современное оборудование позволяет также определить поля зрения и измерить глазное давление. Кроме того, выполняется биоимпедансметрия — исследование для определения соотношения костной, мышечной, жировой тканей и воды в организме. Это позволяет выявить нарушение в балансе внутренних сред и вовремя исправить отклонения.

Кроме названных, центры здоровья для взрослых, где обследоваться можно бесплатно, действуют в Угличе, Рыбинске и Переславле.

Елена МАРЬИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

Официально

Вводится госрегулирование цен на медизделия

Государственное регулирование цен на медицинские изделия предусматривается Федеральным законом «О внесении изменений в статью 80 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подписанным Президентом РФ.

Госрегулированию подлежат предельные отпускные цены производителей на медицинские изделия, имплантируемые в организм человека при оказании медпомощи в рамках Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Государственное регулирование касается также и предельных размеров оптовых и розничных надбавок к фактическим отпускным ценам на указанные изделия. Зарегистрированные цены будут пересматриваться с учётом инфляции.

Согласно закону, предельные отпускные цены производителей на медизделия будут рассчитываться в соответствии с методикой определения указанных отпускных цен и надбавок, порядка осуществления уполномоченным федеральным органом исполнительной власти их регистрации (перерегистрации), которые предстоит утвердить федеральному правительству.

Также будет утверждён порядок ведения государственного реестра предельных отпускных цен производителей на медицинские изделия, включённые в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, при оказании медицинской помощи в рамках программы госгарантий.

В 2015 г., по словам председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева, цены на лекарства, по экспертным оценкам, в целом в России вырастут на 20%.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Главная тема

Какими будут клинические протоколы и рекомендации?

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова провела совещание с главными внештатными специалистами Минздрава России.

В ходе него она представила новых главных внештатных специалистов, назначенных в марте 2015 г.

С докладами по основным наиболее актуальным темам здравоохранения выступили руководители профильных департаментов Минздрава России. Особое внимание было уделено разработке клинических рекомендаций.

Открывая совещание, министр отметила: «Одна из основных задач российского здравоохранения – повышение качества оказываемой медицинской помощи, которое является важнейшим направлением в работе Минздрава России. Для того чтобы поднять на достаточно высокий уровень качество оказываемой медицинской помощи по всем основным профилям, необходимы единые требования, действующие на территории всей страны, а также непрерывное осуществление контроля над проводимой работой».

В.Скворцова напомнила, что в 2012 г. впервые в истории нашей страны была инициирована разработка национальных клинических

протоколов. «Эти документы стали смыслообразующими рекомендациями, в которых содержится алгоритм диагностики и лечения конкретного заболевания», – сказала министр.

В 2012 г. рабочая группа Минздрава России совместно с главными специалистами разработала модельный проект национальных клинических рекомендаций, который впоследствии был дополнен с учётом специфики отдельных профилей медицинской помощи. В начале 2013 г. был сформирован конкретный план их формирования.

«Наша задача – составить консенсусный документ, который будет функционировать на территории всей страны», – сказала В.Скворцова.

Подводя промежуточные итоги, она информировала, что к настоящему времени разработана 1051 клиническая рекомендация по основным направлениям медицины, коллегиально утверждена 791 клиническая рекомендация. По плану до конца 2015 г. необходимо разработать 1242 клинические рекомендации.

Говоря о лекарственной составляющей, министр отметила, что за прошедший период были отработаны новые критерии формирования Перечня жизненно

необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), а также впервые в конце 2014 г. постановлением Правительства РФ были утверждены критерии формирования и Перечня жизненно важных медицинских изделий, имплантируемых в организм человека. Это также впервые происходило открыто и прозрачно, с организацией онлайн-трансляций.

«Внеся изменения в базовый закон, мы создали аналогичный лекарственным препаратам механизм, чтобы вести государственную регистрацию цен на жизненно важные имплантируемые изделия. Только эти перечни дают фактическое понимание того, что входит в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи», – сказала министр.

В.Скворцова также подчеркнула, что приоритетным направлением в данной работе является обеспечение внедрения клинических протоколов и рекомендаций в регионах. С этой целью сформирована система, включающая главных внештатных специалистов Минздрава России, окружных специалистов по каждому профилю, главных специалистов в субъектах РФ.

Соб. инф.

Деньги

Требования к банкам, хранящим средства ОМС

Правительство РФ утвердило требования к банкам, в которых страховые медицинские организации открывают отдельные банковские счета для операций со средствами целевого финансирования.

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подписал постановление, согласно которому заниматься хранением средств страховых медицинских организаций смогут банки, у которых есть генеральная лицензия Центробанка. Кроме того, банк должен находиться под прямым или косвенным контролем государства или Банка России, либо капитал этих банков

должен быть не менее 10 млрд руб.

В правительстве считают, что эти требования к кредитным организациям обеспечат высокий уровень сохранности средств целевого финансирования, которые идут на оплату медицинской помощи в системе организаций медицинского страхования и финансовую устойчивость ОМС в целом.

Чтобы открыть счета в надёжных банках, которые будут соответствовать требованиям, страховым медицинским компаниям установлен срок до 1 апреля. Пока же они могут совершать банковские операции со средствами ОМС в разных банках.

Как мы уже сообщали, по дан-

ным Минздрава России, объём бюджета Фонда обязательного медицинского страхования в условиях кризиса увеличится: по сравнению с 2014 г. в этом году он станет больше на 32% (392,2 млрд руб.) и составит 1632,3 млрд.

Право устанавливать требования к кредитным организациям, в которых хранятся средства целевого финансирования, Правительство РФ получило в конце прошлого года. Соответствующие изменения были внесены в Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Акценты

Наступление на глаукому

В преддверии Всемирного дня борьбы с глаукомой, который по инициативе Всемирной организации здравоохранения ежегодно отмечается в марте, в Москве состоялась образовательная конференция, давшая старт масштабной межрегиональной программе «Комплекс мер по повышению эффективности ранней диагностики и лечения глаукомы». Инициатором и организатором программы является общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов».

Её целью является повышение качества знаний офтальмологов и привлечение внимания общественности к вопросу ранней диагностики глаукомы как ключевому фактору профилактики слепоты.

Конференция в Москве собрала более 300 практикующих врачей столицы и области. В качестве лекторов выступили ведущие глаукоматологи Москвы.

Открыл конференцию главный офтальмолог Минздрава России, президент Ассоциации врачей-офтальмологов профессор Владимир Нероев. Он подчеркнул бесспорную значимость проблемы глаукомы, необходимость диагностики заболевания на ранней стадии как залога успешности лечения. Профессор В.Нероев отметил, что высокие профессиональные навыки российских врачей при условии своевременного обращения населения

к специалистам, развитие профилактической направленности офтальмологии станут гарантом успешной терапии глаукомы, снижения показателей слепоты и слабовидения вследствие этого тяжёлого заболевания.

В рамках межрегиональной программы аналогичные образовательные мероприятия пройдут в 12 регионах Российской Федерации. Ведущие офтальмологи России обсудят с практикующими врачами самые современные подходы, все последние мировые достижения в ранней диагностике и лечении глаукомы. Кроме того, предполагается активная просветительская работа среди населения с использованием ресурсов телевидения, радио, печатных изданий и Интернета.

Елена ЛЬВОВА.

Москва.

100 строк на размышление

Времена ли, нравы ли?



Рядовыми картинками стали «селфи» медперсонала в Интернете. То есть телефонные «фотки» на рабочем месте. Простым снимком внимания не привлечёшь: надо бы в операционной, в морге. И ещё вздёргнутый средний палец показать или ещё что поинтереснее.

Ветерану, как мне, невольно вспоминается далёкое уж время, когда всякий заведомо слегка одёргивал не в меру ярко намакияженных сестричек. И чуть не приказом Минздрава СССР возбранялся красный лак на ногтях. Скажете, совковая ограниченность, ан нет...

Нет сил умялять дамское стремление (равно и мужское) выделиться, обратить на себя внимание. И если принять этот

постулат за аксиому, к медицинскому женскому полу надо бы относиться снисходительно. Я бы в оправдание добавил: зачастую женский коллектив, мизерные шансы создать семью. Но...

Близко не встретите в лечебном учреждении западного (прогрессивного) мира расфуфыренную медсестру. Нашим не понять, что можно заглядеться на строго поджатые губки и некрашенные тёплые пальцы. Кстати, спросите удачливых подруг: кто-либо нашёл дамское счастье или просто удачу вызывающими «селфи»? Вряд ли.

Странно, зло будто бы насылают с Запада, а мы, православные, ещё и добавляем воючего перичку...

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

В Хакасии стартовал конкурс «Поликлиника начинается с регистратуры»: республиканское Министерство здравоохранения поддержало идею федерального Минздрава. В течение полугода жители региона смогут ставить оценки лечебным учреждениям, заполнив специально разработанную анкету, содержащую 31 вопрос.

Составители опросника учли самые разные аспекты, которые могут повлиять на «эффективность контакта» посетителя ЛПУ с работниками регистратуры: от компетентности и вежливости персонала, обеспечения сохранности документов (история с утерянной карточкой знакома каждому!) и умелого распределения потока пациентов до внешнего вида сотрудников, чистоты и отсутствия неприятных запахов в помещении регистратуры.

Проблема, к которой Минздрав России решил привлечь внимание профессионального сообщества, настолько же актуальная, насколько старая. И до сих пор по-настоящему эффективных её решений предложено крайне мало. Может ли обьявленный в стране конкурс «на лучшую регистратуру» стать таким решением, или это всего-навсего возможность на короткое время стимулировать работников регистратуры уважительно относиться к пациентам? Своим мнением с корреспондентом «МГ» поделился помощник министра здравоохранения Республики Хакасия Михаил МАЛЫГИН:

– Все преобразования, которые за последние годы происходили в системе здравоохранения, касались в основном улучшения материально-технической базы стационаров, развития высоких технологий, но мы упускали тот момент, что первый контакт гражданина с медициной происходит на уровне обычной территориальной поликлиники. Именно здесь, в пространстве регистратуры, складывается первое впечатление человека о системе здравоохранения вообще: либо ему нравится, и он идёт дальше по маршруту, либо он разворачивается и уходит с твёрдым решением никогда больше не обращаться в данное учреждение.

Что касается материально-технической базы поликлиник, то, если это недавно построенное здание, там предусмотрены просторные холлы регистратуры, комфортные и для сотрудников, и для посетителей. А то, что было

Инициатива

Её величество Регистратура

В поиске эффективного контакта с посетителями ЛПУ



Похоже, такие очереди в Хакасии уходят в прошлое

построено в далёкие советские времена, особенно в сельских районах, честно говоря, нередко вызывает чувство стыда: в таких условиях вряд ли можно говорить о комфорте и для персонала и для пациентов.

Далее, медицинские работники всегда считали, что должность медрегистратора не престижна, к тому же она не самая высокооплачиваемая в здравоохранении. Не удивительно, что в этих подразделениях в основном работают люди случайные. Ведь, согласно штатному расписанию, только один из специалистов регистратуры – старший регистратор – обязательно должен иметь медицинское образование, причём даже не высшее, а среднее специальное. Всем остальным достаточно иметь аттестат об окончании школы. То есть фактически мы людей должны обучать

непосредственно на рабочем месте, как обращаться с документацией, с компьютером, как правильно общаться с людьми. Отсюда и жалобы пациентов на недоброжелательность и некомпетентность медрегистраторов.

– Как с этим быть?

– Первый шаг, предложенный Минздравом России и уже принятый во всех регионах страны в рамках информатизации здравоохранения, направлен на то, чтобы минимизировать человеческий фактор, то есть сократить контакты пациента с работниками регистратуры. Мы предоставили человеку возможность записаться на приём к врачу с помощью электронной регистратуры или специального терминала.

– Не будем забывать, что возможность интернет-доступа к электронной регистратуре есть не у всех людей, к тому же

регистратор выдаёт пациенту на руки талон и амбулаторную карту, поэтому совсем обойтись без них не получается. И что должно быть следующим шагом?

– Скажу на примере Хакасии. Уровень заработной платы младшего медицинского персонала в здравоохранении в процессе модернизации отрасли и выполнения условий «дорожной карты» удалось поднять до более-менее приемлемого. Если раньше всегда в ответ на наши претензии работники регистратуры отвечали: «У нас зарплата маленькая, поэтому мы такие...», то сегодня это уже не аргумент.

Особенно сильно заметны перемены в сельском здравоохранении: главный врач районной больницы видит, что люди, которые сидят в регистратуре, просто неисправимы вне зависимости

от размера их зарплаты, и он находит возможность перевести их на другую работу или расстаться с ними. На освободившиеся места приняли на работу молодых девушек, которые, окончив школу, не уехали в город, а остались жить в райцентре. Они владеют компьютером, активны в плане обучения и коммуникабельны. И у нас есть примеры таких больниц, правда, пока только в сельском здравоохранении, потому что в городах у молодёжи запросы выше и вариантов найти работу больше.

– Как человек, объездивший многие территории Сибири и побывавший в десятках медицинских учреждений, могу привести единственный пример правильной организации работы регистратуры – в Иркутском областном диагностическом центре. Там на работу в регистратуру принимают на конкурсной основе, потому что она важная и престижная. Всё потому, что правильно составлены акценты: регистратура – стратегически значимое подразделение, от работы которого в конечном итоге зависит прибыль учреждения и зарплата всех сотрудников. А в Хакасии все главные врачи понимают, что доходы поликлиники определённым образом зависят от потока пациентов?

– Надеюсь, что все. Ведь, во-первых, у пациента есть право выбора лечебного учреждения даже в системе ОМС, не говоря уже о получении платных услуг. И прежде всего это должны понимать не столько регистраторы, сколько главные врачи поликлиник: финансовое благополучие учреждения в значительной степени зависит от того, кто занимает рабочее место в регистратуре. В качестве эффективного рычага воздействия можно использовать фонд стимулирующих доплат, который сегодня имеется в распоряжении руководителя каждой медицинской организации.

Что касается собственно конкурса на лучшую регистратуру, он важен, прежде всего, потому, что мы получим объективную оценку работы лечебных учреждений не со стороны контролирующих органов, а со стороны потребителей медицинских услуг.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Акценты

Болезни российской системы здравоохранения имеют системный характер. Их нельзя вылечить, присовокупляя один целевой проект к другому. Эта система всё ещё устроена хуже, чем в ряде других стран. К таким выводам пришёл Аналитический центр при Правительстве РФ в исследовании о человеческом развитии.

В «Докладе о человеческом развитии РФ - 2014», который готовился по заказу ООН, рассматриваются демографические проблемы современной России. В том числе речь идёт о показателях смертности и заболеваемости россиян, и авторы отмечают, что последнее десятилетие пока рано считать прорывом в демографии, а правильнее охарактеризовать как восстановительный период. Говорить об устойчивом и равномерном снижении смертности, которое много десятилетий происходит в развитых странах, пока также нельзя.

Например, в России по-прежнему показатель смерт-

Восстанавливаться нам ещё и восстанавливаться...

Человеческое развитие в нашей стране происходит хуже, чем во многих других странах

ности мужчин в возрасте 20-59 лет составляет около четверти от общего числа, а в западных странах эта доля примерно втрое меньше (например, в Германии – 7%). Для 20-летнего российского мужчины вероятность дожить до 60 лет снизилась с 74% в 1964 г. до 53% в 2003 г. В последующее десятилетие она выросла до 67%. В то же время в США вероятность, что 20-летний мужчина проживёт ещё 40 лет, уже более четверти века превышает 83%.

То, что задачи снижения смертности включены в некоторые правительственные документы по демографической политике, само по себе правильно, но

не меняет дела по существу, говорится в исследовании. Государственное поощрение рождаемости занимает центральное место, а вот улучшение здоровья населения подвёрстывается к этой демографической цели формально.

Авторы исследования отмечают, что вся российская система здравоохранения, и прежде всего государственные органы, должны осознать свою ответственность за сокращение предотвратимых смертей и провести адекватные реформы. Дело в том, что болезни отечественного здравоохранения имеют системный характер и разработка собственного успешного

пути невозможна без детального критического обобщения зарубежного опыта, который явно не учитывается в российской практике.

При этом неправильно думать, что вся ответственность за плохое состояние здоровья населения и низкую продолжительность жизни лежит на системе здравоохранения. Так, хорошее здравоохранение может отчасти компенсировать негативное влияние низких доходов населения, и, наоборот, высокие доходы могут нейтрализовать недостатки в организации здравоохранения.

Сложности российской жизни (плохие условия, коррупция, низкая оплата труда) формируют у

россиян чувство незащищённости и стимулируют саморазрушительное поведение, в том числе провоцируют чрезмерное употребление алкоголя, констатирует исследование. Социологи показывают, что большинство россиян (по данным «Левада-центра», 59% в 2013 г.), смотрят в своё будущее и будущее страны с тревогой и неуверенностью, а статистика к тому же свидетельствует о том, что так называемые «алкогольные потери» современной России – около 30% мужских жизней и 15% женских.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Более века отделяют нас от триумфа Роберта Коха, открывшего микобактерию туберкулёза. «Я предпринял свои исследования в интересах людей, – напутствовал он коллег 24 марта 1882 г. – Надеюсь, что мои труды помогут врачам повести планомерную борьбу с этим страшным бичом человечества». Столько лет за плечами, но наследникам микробиолога, врачам всё не удаётся окончательно и бесповоротно разделаться с этой бедой. Палочка Коха по-прежнему остаётся своеобразной фатальной меткой. Хотя объективности ради отметим, что благодаря реализации комплекса федеральных и региональных программ, стабильному финансированию из федерального бюджета очевидные успехи налицо. Тем не менее эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в России остаётся достаточно напряжённой.

Именно об особенностях этой ситуации и задачах, которые позволяют снизить бремя туберкулёза в стране, мы беседуем с заместителем директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Терезой КАСАЕВОЙ.

– Тереза Черменовна, не лишним будет, наверное, напомнить, что проблема туберкулёза выдвинута в нашей стране в ранг проблем государственной важности. Конечно, это продиктовано осознанием серьёзности самой ситуации и тем, что Российская Федерация входит в число стран с высоким бременем туберкулёза. А в чём конкретно выражается приоритетность этой проблемы?

– В течение почти 10 лет последовательно реализуются федеральные программы, в частности, с 2007 по 2012 г. – Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» с подпрограммой «Туберкулёз», комплекс мероприятий в рамках Национального проекта «Здоровье». Причём последний продолжает реализовываться в настоящее время, несмотря на непростую экономическую ситуацию. Противотуберкулёзные мероприятия включены в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и, соответственно, во все региональные программы развития.

Важность проблемы обозначена в «майских» указах Президента РФ. Так, в соответствии с Указом Президента РФ № 598 от 07.05.2012 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и госпрограммой «Развитие здравоохранения», поставлена задача к 2018 г. снизить показатель смертности от туберкулёза до 11,8 на 100 тыс. населения. Замечу, эту задачу мы уже выполнили.

Реализация указанных выше программ обеспечивается стабильным финансированием как из федерального, так и из региональных бюджетов. В частности, за счёт средств федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение закупок антибактериальных и противотуберкулёзных лекарственных препаратов так называемого второго ряда для лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулёза. А это наиболее затратная статья в лечении пациентов с туберкулёзом. И это бремя федеральный бюджет возложил на свои плечи.

Кроме того, осознавая важность своевременного определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза и назначения с её учётом адекватных схем химиотерапии, федеральный бюджет взял на себя и нагрузку по обеспечению средствами диагностики. Продолжается выделение субсидий регионам на оснащение оборудованием противотуберкулёзных органи-

обследованиям на туберкулёз лиц из социальных групп риска, на внедрении программ по химиопрофилактике туберкулёза среди ВИЧ-инфицированных, на уменьшении отрывов от лечения больных и обеспечении завершённого курса лечения, на укреплении межведомственного взаимодействия, на внедрении молекулярно-генетических методов для ускоренной диагностики лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза.

На основании этих типовых планов в субъектах разработаны региональные планы по снижению смертности. Их

рамках программ развития здравоохранения, указанных выше, с 2015 г. возрождена система курации регионов федеральными профильными институтами, что позволит оказывать необходимую организационно-методическую помощь субъектам и оперативно реагировать на негативные тенденции в эпидситуации. Рассчитываем на действенность этого инструмента. И конечно, без поддержки противотуберкулёзных мероприятий, в том числе мероприятий по социальной помощи больным, руководством органов государственной власти, особенно в проблемных

своем здравоохранении, найдя своё отражение в порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях и протоколах лечения.

– В последнее время во многих СМИ, в том числе в «МГ», ряд фтизиатров выступили за отмену или дополнение недавно вышедшего приказа Минздрава России № 951. Прокомментируйте, пожалуйста.

– Что касается приказа № 951 от 29.12.2014, следует отметить, что он явился очередным этапом во внедрении актуализированных подходов к диагностике и лечению туберкулёза, отражённых в клинических рекомендациях, которые были разработаны и утверждены Российским обществом фтизиатров, согласованы с Минздравом и официально одобрены Всемирной организацией здравоохранения. Приказ разработан в соответствии с Распоряжением Правительства РФ № 267-р от 28.02.2013 «Об утверждении комплекса мер, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи населению на основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», с привлечением ведущих специалистов по фтизиатрии. Все необходимые формальности были соблюдены.

Данный приказ является ведомственным актом рекомендательного характера. К слову, указанный выше приказ № 109 имеет аналогичный статус.

Что касается другого обсуждаемого вопроса – включения новых препаратов в перечень закупаемых за счёт средств федерального бюджета антибактериальных и противотуберкулёзных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, отмечу следующее. Прежде всего, они должны попадать под категорию препаратов, отражённых в названии перечня. Препараты должны пройти все этапы надлежащих клинических испытаний, иметь доказанную безопасность, быть зарегистрированы, разрешены к применению, отражены в соответствующих клинических рекомендациях. Кроме того, этот перечень не носит всеобъемлющий характер, и обязательств с субъектов по обеспечению больных туберкулёзом всеми необходимыми препаратами не снимает.

И ещё один важный вопрос хотелось бы затронуть.

Министерство здравоохранения ведёт активный диалог со всеми заинтересованными в проблеме туберкулёза сторонами. Существует ряд специалистов, которые достаточно болезненно воспринимают любые нововведения. Но тем не менее им предоставлена возможность выдвигать свои аргументы, и в случае если они признаются обоснованными, они обязательно учитываются в дальнейшей работе. К сожалению, зачастую не все оппонировать по существу. А сегодня, как никогда, необходима консолидация усилий профессионального сообщества для достижения главного результата – снижения бремени туберкулёза в стране. Во главе должны стоять прежде всего интересы пациента.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

24 марта – Всемирный день борьбы с туберкулёзом

Вместе против палочки Коха

Только при условии консолидации фтизиатрического сообщества можно надеяться на успех в обуздании смертоносной инфекции



реализация будет отслеживаться практически в онлайн-режиме. В этой связи следует особо отметить огромную работу, проделанную профессиональным сообществом и главным фтизиатром Минздрава России И.Васильевой.

– Отметьте регионы-лидеры и регионы-аутсайдеры в обуздании инфекции. Как предполагаете вырывать ситуацию?

– Обширная география нашей страны, неоднородность территории, в том числе социально-экономическая, климатическая и т.д., не может не отражаться на эпидситуации.

Одно дело – решить проблему туберкулёза в небольшой европейской стране и совсем другое – на наших необъятных просторах. И действительно, эпидситуация по туберкулёзу в разных регионах порой достаточно существенно различается.

Так, в регионах Центрального федерального округа ситуация приближается к европейской. Например, смертность от туберкулёза в Белгородской области составляет 2,1 на 100 тыс. населения, в Орловской – 2,9, в Москве – 2,4. В регионах Сибири и Дальнего Востока показатели заболеваемости и смертности от туберкулёза, несмотря на положительную динамику, остаются высокими. Предметом нашей постоянной озабоченности в последние годы, в частности, являются Республика Тыва, где смертность достигает 47,1, Еврейская автономная область – 35,8, Курганская область – 26,9.

Как выровнять ситуацию? Наряду с реализацией целого комплекса мероприятий в

регионах, необходимых результатов нам не добиться.

– Сегодня некоторые специалисты выражают недовольство по поводу навязывания привнесённых со стороны, чуждых нам подходов к лечению больных туберкулёзом.

– Вы затронули важный и неоднозначный вопрос. На разных этапах решения проблем туберкулёза их успешность обеспечивалась консолидацией усилий отечественной фтизиатрической школы, применением согласованных, продуманных организационных подходов. Результатом применения именно такого подхода явилась до сих пор не превзойдённая эпидситуация 70-х годов в стране.

Важную роль на определённом этапе сыграл приказ Минздрава России № 109 от 21.03.2003 «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации», который более 10 лет являлся «настойной книгой» фтизиатров.

Но время идёт. Меняется эпидемиологическая ситуация, появляются новые знания, новые подходы к диагностике и лечению, и игнорировать мы их не имеем права. Сейчас в проблеме туберкулёза на первый план в нашей стране выходит туберкулёз с множественной, широкой лекарственной устойчивостью возбудителя и ассоциированный с ВИЧ. Схемы лечения, к коррекции которых так ревностно относятся отдельные специалисты, требовали пересмотра. Сколь бы критично мы ни относились к зарубежным исследованиям, но игнорировать их, не брать на вооружение широко используемые во всём мире, доказавшие свою эффективность и рекомендуемые ВОЗ новые подходы к диагностике и лечению было бы неверно. В этой связи новые методы, безусловно после широкого обсуждения с профессиональным сообществом, будут внедряться и уже внедряются в практиче-

Об этом курьёзном случае нередко вспоминают в медицинской среде Брянска. Выехавшая по вызову в Бежицкий район города бригада «скорой» встретила в квартире горько плачущего мужчину, который стыдливо сжался в комочек на диване. На первый взгляд при осмотре всё оказалось в порядке: давление нормальное, пульс не учащён... Однако пациент был весь с ног до головы... синий. Смущаясь, он поведал медикам, что уже сутки как его моча тоже имеет синий цвет, да и слёзы его были тоже синими.

Осматривавшая тогда необычного пациента врач Наталья Цветкова рассказала корреспонденту «МГ», что ни до, ни после ничего подобного в её немалой медицинской практике не встречалось. Оказывается, люто маясь после «вчерашнего», хозяин квартиры «тянул» накануне бутылку морилки для работ по дереву.

Бедолагу доставили в брянскую городскую больницу № 1, где долго и безуспешно пытались вернуть пациенту нормальный цвет кожи. Надо ли говорить о том, что посмотреть на необычного больного ходили, как на экскурсию, из всех отделений.

Выписавшись из стационара, выпивоха ещё долго, выходя на улицу, прятал, как человек-невидимка из известного романа Герберта Уэлса, руки в перчатки, а лицо по максимуму закутывал шарфом. Потом, слава Богу, постепенно организм пришёл в норму.

Впрочем, шуточного тут мало. Сводки о несчастных последствиях от употребления «за воротник» суррогатного пойла просто удручают. И это на фоне поистине героических усилий государства по уменьшению алкоголизации населения. Причём последние 3 года эти самые усилия, официально объясняемые борьбой с пьянством, заключались в неуклонном повышении акцизов, которые, как ожидалось, увеличат доходы казны и заставят население пить меньше. Однако результат получился прямо противоположный. Пить меньше вовсе не стали, зато существенно выросли доходы теневого сектора, участились случаи летального исхода от употребления всего того, что горит. Та же Наталья

Ситуация

Койко-место для пьянчужки?

Чем оборачиваются «визиты» захмелевших сограждан в медицинские учреждения

Цветкова рассказала мне, что для «увеличения кайфа» в спиртное стали добавлять четырёххлористый углерод. Пластиковые же зонды для промывания желудка так окрашивались стеклоочистителем или другими жидкостями, что не помогало никакое кипячение. Наконец под занавес прошлого года Президент РФ не поддержал на заседании Госсовета идею об очередном повышении цен на алкогольные напитки, поскольку это, по его словам, в реальности увеличивает потребление сурrogата. Глава государства подчеркнул, что с зелёным змием бороться нужно «здоровыми способами». Какими же?

Несколько лет назад, помнится, решили избавиться от медицинских вытрезвителей. Причём цели перед преобразованием поставили очень даже перспективные: повысить качество оказания медицинской помощи не в меру захмелевшим и избавить полицию от не свойственных ей функций. Причём намечалось поступать следующим образом: если человек находится в лёгкой стадии опьянения и не нарушает общественный порядок, его нужно попросту доставить домой. Если же выпивший буянит, то ему уготовано место в отделе внутренних дел. Те же, кто не в состоянии передвигаться самостоятельно, должны быть доставлены в ЛПУ для оказания им нужной медицинской помощи.

Однако на практике сразу же возник закономерный вопрос: кто должен проводить ту самую «дифференциацию» захмелевших? По-

лицейские в массе своей в отличие от зарубежных стражей порядка не умеют оказывать первичную медицинскую помощь. Словом, всех (подчеркнём это!) стали возить в лечебные учреждения.

Чем это оборачивается, проиллюстрирую на примере увиденного мною недавно в той же брянской городской больнице № 1. В приёмном покое, а также в травматологическом отделении этот покой тут только снится. Когда «скорая» доставляет сюда не в меру перебравшего с улицы, он, очнувшись после оказанной ему необходимой в таких случаях медицинской помощи, нередко начинает буянить и показывать, «кто есть кто». Люди в белых халатах, верные клятве Гиппократы, выводят из него алкогольные яды, однако в ангела зелёный змий превращаться пациенту всё же не даёт.

В дежурство медсестры Светланы Головиной, к примеру, когда другие больные мирно почивали, пришедший в себя алкаш вдруг потребовал нож, чтобы «пимпушку с тросов срезать». Требование своё он выразил в диком крике, разорвав при этом пододеяльник. Было понятно, что пациента посетила белая горячка и его надо немедленно усмирять. Что и было, разумеется, сделано. Однако не всегда подобные инциденты заканчиваются благополучно. Однажды один из пациентов устроил такой дебош, что была перебита медицинская аппаратура. Лечебное учреждение вынуждено было подать на него исковое заявление в суд. Однако ответчик, признанный

по результатам медицинской экспертизы невменяемым, никакой ответственности не понёс. Вообще же в этой больнице только за последнее время поменяли три стеновые панели, которые разбили подобные дебоширы, время от времени заменяют и стеклопакеты. Не госпитализировать же подобных пациентов невозможно.

Нельзя тут не вспомнить, как прежде в медицинских вытрезвителях были специалисты, которые могли профессионально определить, нужно ли человеку просто «проспать» или ему действительно необходима врачебная помощь.

Иными словами, хотели как лучше, а получилось как всегда...

Чтобы как-то выйти из положения, по инициативе главного врача брянской городской больницы № 1 заслуженного врача РФ Константина Воронцова лечебное учреждение заключило договор с частным охранным агентством. И теперь с 8 вечера до 8 утра стражи порядка дежурят в приёмном покое. При необходимости охранников можно вызвать и в отделения больницы. Однако услуги-то подобные – исключительно за счёт лечебного учреждения. Понятно, что не всем ЛПУ это по карману. Так что же, круг замкнулся?

Не надо, конечно, думать, что безудержно пьянствовать стали лишь в наши дни. Например, по подсчётам академика Фёдора Углова, в царской России среди мужчин было всего 46% трезвенников. А в дореволюционном Брянске создали

даже Комитет народной трезвости, при котором был и сад народной трезвости. И вход туда был бесплатным. Здесь проводили различные антиалкогольные беседы, ставили любительские спектакли, а городское духовенство организовало Общество трезвости имени Святых Олега и Поликарпа. Но, наверное, изгонять зелёного змия не помогали и святые.

Однако времена поменялись, а проблема осталась. И сегодня только на Брянщине на учёте состоит более 30 тыс. человек, страдающих хронической алкогольной зависимостью. Причём больше тысячи из них – с алкогольными психозами. Возрастает и количество злоупотребляющих алкоголем женщин и подростков. Несколько лет назад в областном наркологическом диспансере пришлось даже открыть специальное женское отделение. Словом, речь идёт уже не о «ротах» или «батальонах», а даже о целых «дивизиях» деградирующих личностей. И что, повторимся, прикажете делать?

Директивно решать проблему пытались не раз. Достаточно вспомнить, например, печальную память постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от мая 1972 г.: «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» или Указ Президиума Верховного Совета СССР от июня 1985 г. «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма и искоренению самогеноварения». Но практика показала, что одними лишь карательными мерами тут не обойтись. Без активизации на этом направлении современной медицинской помощи никакой отдачи не будет. Однако на одной из встреч главный врач областного наркологического диспансера кандидат медицинских наук Владимир Харитonenков с болью сказал мне, что в ряде районов Брянщины даже нет пока специалистов-наркологов, и больных там принимают врачи, работающие по совместительству.

Однако все проблемы создают люди, и решать их приходится тоже людям. А если речь идёт о здоровье и будущем нации, ни денег, ни усилий жалеть нельзя.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Тенденция



Новое оборудование к работе готово

Наступление на бесплодие

Ярославские медики верят в успех

Открытие в Ярославском областном перинатальном центре отделения экстракорпорального оплодотворения поддержит не только демографию, но и экономику региона.

По словам директора лечебного учреждения Татьяны Волковой, теперь замкнутый биологический цикл от оплодотворения до рождения ребёнка станет полностью осуществляться в перинатальном центре.

Женщины, которые не могут забеременеть естественным путём, например из-за последствий воспалительных заболеваний, будут обследоваться и лечиться в новом отделении. Здоровье детей, появившихся на свет с помощью ЭКО, станут контролировать ярославские и московские врачи.

Борьба с бесплодием с помощью современных методов – давняя мечта ярославских докторов – начала осуществляться с середины прошлого года. Было закуплено оборудование, соответствующее мировым стандартам, на сумму 12

млн руб. В январе этого года завершено лицензирование отделения. Работать здесь станут специалисты со стажем, которые прошли подготовку в федеральных клиниках.

Для жителей региона процедура выполняется бесплатно, за счёт средств фонда обязательного медицинского страхования.

В настоящее время уже есть первая группа пациенток, которые готовятся к процедуре. Как считает заведующая лабораторией ЭКО Ольга Смирнова, на днях уже может состояться первая операция.

В случае успеха к концу года в Ярославле может появиться на свет первый малыш. Всего в течение 2015 г. предполагается выполнить около 100 таких процедур.

По статистике, в структуре бесплодия мужские причины составляют столько же, сколько и женские. Установленное в новом отделении оборудование позволяет справляться с мужским бесплодием методом ИКСИ. Есть возможность и для криоконсервации биологического материала.

Бесплодие – вопрос актуальный для области. На 1 января этого года в очереди на проведение ЭКО числилось 528 пар, помощь 350 из них будет профинансирована, это больше, чем в прошлом году.

До открытия отделения все процедуры выполнялись в федеральных клиниках.

Ознакомившись с новым подразделением перинатального центра, заместитель губернатора Ростислав Даниленко отметил его важность не только для демографии, но и для экономики региона. Во-первых, средства, которые выделены на квоты, останутся в регионе, а не уйдут в соседние. И, во-вторых, впоследствии ярославские специалисты смогут помогать в этом вопросе и жителям других территорий. Из 350 квот, которые выделены на 2015 г., около 100 останутся в бюджете Ярославской области.

Елена МАРЬИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

Фото автора.

Самые трудные годы – позади

– Анатолий Нахимович, попадая на территорию стационара, с трудом верится, что это больница для человека с тяжёлым анамнезом, а не санаторий. Природа умиротворяет, впечатляют величественные сосны, кругом чистота и ухоженность, здания отличает почти классическая архитектура. А ведь жизнь в учреждении кипит непрестая, с повседневными заботами и трудностями, а порой и трагедиями.

– Всё это правда – о нелёгкой жизни коллектива. Впервые порог нашей больницы я переступил после окончания института, проработал один год, призвали на военную службу, а в 1975 г. окончательно вернулся в больницу, ставшую для меня сегодня уже вторым родным домом. Хирургом проработал 17 лет, заведовал отделением, защитил кандидатскую, со временем докторскую по опухолям опорно-двигательного аппарата, а в нелёгком 1990 г. коллектив избрал меня главным врачом – было такое поветрие. В Москве было только 2 избранных главных врачей, сейчас я остался один. Понятно, такое высокое доверие людей обязывало ко многому. В то время в больнице не было ни эндоскопического, ни ультразвукового оборудования, многих лабораторий, и располагали мы тогда самым примитивным оборудованием. А сейчас наша больница ничем не отличается от самой современной клиники – здесь 5 компьютерных, 2 магнитно-резонансных томографа, отличное ультразвуковое оборудование, современные операционные. Когда было 700 коек, мы лечили 5,5 тыс. больных и выполняли 1800 операций в год, сегодня 550 коек, а лечим 13 тыс. больных, делаем 6,5 тыс. операций, ещё 4 тыс. больных лечим в дневных стационарах. Итог – мы помогаем в год 17 тысячам наших пациентов. Операции сейчас, конечно, значительно сложнее и больше по объёму, и, несмотря на это, послеоперационная смертность снизилась с 4,5 до 0,6%. Наши врачи выполняют лапароскопические и торакоскопические операции, органосохраняющие операции при опухолях костей, молочной железы, гортани и др.

– С чего начал новый главный врач непросто специализированного стационара?

– Сделать больницу такой, какой хотелось, чтобы она была. Мечталось сделать всё, что нужно для нормальной работы персонала, а это не мелочи – оборудование, аппаратура, шовный материал. Нам выделили деньги, мы потихоньку стали разворачиваться, а поскольку в прошлом здание было санаторием, здесь отсутствовали, прежде всего, так необходимые для работы лаборатории, современная диагностика и многое другое. На территории 8 лет стояло незаконченное здание пристройки к радиологическому корпусу. Нам выделили деньги, и мы его достроили за год. В нём разместилось современное радиологическое отделение, все лаборатории. Уже в 1995 г. стационар получил линейный ускоритель и компьютерный томограф, открылось новое отделение радиологии на 60 коек. Вскоре началось строительство нового хирургического корпуса. Не удивляйтесь. Здесь помимо 8 специализированных хирургических отделений, операционного блока на 9 операционных, реанимации и диагностических служб разместились прачечная, пищеблок, центральная стерилизационная и аптека с линией производства растворов. И всё это обошлось Москве в 50 млн долл. – по тем временам меньше 1,5 млрд руб.

В течение 4 лет увеличилипускную способность больницы более чем в 2 раза. На момент начала ремонта у нас лечилось 3,6 тыс. больных, а в прошлом году только в стационаре – 13 тыс. Зато теперь своё название специализированной больницы мы оправдываем вполне.

Успех в деталях

– Что помогло за такой короткий срок пройти путь от старта до финиша, откуда черпалась энергия?

– Не скрою, эта больница – вся моя жизнь, 41 год здесь работаю, 2 года назад закончил оперировать,

за исключением каких-то редких и очень дорогих, расходными материалами, с финансированием. Работа в нашем учреждении для врача интересная, не случайно у нас трудится 5 докторов и более 40 кандидатов медицинских наук, у нас есть много того, что имеют далеко не все.

– Вот на этом, хотелось бы, чтобы вы остановились поподробнее.

– Особой гордостью больницы является госпитальная информационная система. В каждом отделении созданы автоматизированные рабочие места. Это позволяет сохранять в памяти

жизни пожилых, то опухоли костей возникают почему-то у молодых людей, которым 20–30 лет. Учёные пока не знают, в чём причина. Но благодаря правительству Москвы для пациентов, страдающих опухолями костей, мы получили возможность закупать зарубежные эндопротезы и в год выполняем около 70 органосохраняющих операций. Больной благодаря этому живёт и даже работает. Один такой протез стоит от 300 до 800 тыс. руб. Вспоминается другой случай, недавно произошедший в нашей больнице. Молодая пациентка после такой операции вдруг забеременела, долго решали с мужем,

– Когда вы рассказываете о современных достижениях онкологической службы, то у огромного числа больных появляется надежда.

– Но это не сказки, это подтверждает опыт работы нашего коллектива, и те возможности, которые имеются, например, в нашем специализированном стационаре. В отделении химиотерапии – одном из лучших у нас, без которого нельзя обойтись, раньше на 60 койках лечилась 1 тыс. больных, а сейчас благодаря интенсификации работы на 75 койках и дневному стационару – 8–10 тыс. в год. Эндоскопическая хирургия широко используется при заболеваниях предстательной железы, желудка, кишечника, почек, пищевода, лёгких. Один из первых в Москве кабинетов дерматоскопии и фотодинамической терапии обладает самым большим числом клинических наблюдений в городской онкологической сети. В больнице нельзя выделить одно отделение, кабинет, она – единое целое, единый организм, ну как хирургия может жить без химиотерапии, радиологии?

Палочка-выручалочка

– Вы отметили роль дневного стационара. Но это сегодня вполне распространённая форма организации медицинской помощи больным во многих стационарах, поликлиниках. Действительно, очень эффективно, удобно...

– Вот приведу только одну цифру. Пока его у нас не было, а в той же химиотерапии нуждаются многие больные, пропускная способность была в 2 раза меньше. А сейчас при лёгких схемах лечения химиотерапию в дневном стационаре проходят 4 тыс. пациентов. Важно при этом, чтобы был грамотный врач, который её назначит, грамотные сёстры, которые всё сделают, как положено. Наши спонсоры купили удобные кресла для принимающих процедуры. Дневной стационар – эффективен. В отделениях, когда его не было, не могли лечить серьёзных больных – не хватало мест, теперь же мы более рационально используем свои кадры, возможности. Никто в мире не может себе позволить бросать деньги на ветер, день пребывания пациента на койке у нас стоит 2,5 тыс. руб., это дорого, больного положили, его ещё не лечат, а деньги расходуются, так как надо содержать здание, оборудование, котельную – всё стоит денег, в таких условиях дневной стационар – палочка-выручалочка. Чтобы поддержать себя, мы используем и платные услуги, так как наше здравоохранение живёт в жёстком режиме. Сейчас перешли на систему ОМС. Не знаю, может, это хорошо, а может, и нет. Чудес в жизни не бывает.

– А как живёт ваш персонал?

– Поскольку наш коллектив сформировался давно, в больнице сложился хороший микроклимат. Считаю, что у нас достойная зарплата. Сегодня у нас работают высококвалифицированные специалисты. Когда я стал главным, средняя продолжительность пребывания больного на койке была 45 дней, сейчас – 16–18, но это тоже может оказаться много, раньше было выгодно держать пациента на койке, а сегодня ситуация меняется. Специализированная больница – это большое достижение современного здравоохранения, она обеспечивает запросы медицины, пациентов. Их родных и близких. Доказательство тому и наш специализированный стационар, который очень нужен больным с нелёгким недугом, мы не только лечим людей, но и морально поддерживаем своих подопечных.

Беседа велась
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Авторитетное мнение

Сражение с бедой не безнадежно

Специализированная больница доказывает это реально и уверенно

Говоря об онкологии, люди, как правило, имеют в виду ту беду, которая обрушивается на пациента, узнавшего о своём диагнозе. Но как редко мы думаем о тех, кому приходится сообщать его больному, – врачах. А ведь они живые люди, которым, как правило, трудно привыкнуть к человеческой боли. Не случайно в специальности под названием «онкология», как показывает практика, идут не хилые и не слабые.

Недавно «МГ» рассказывала о главном онкологе Минздрава России Михаиле Давыдове, прошедшем воинскую службу в ВДВ (см. № 11 от 18.02.2015). Прошёл воинский путь и главный врач московской онкологической больницы № 62, главный онколог Департамента здравоохранения Москвы Анатолий Махсон, которому сегодня вместе с коллективом удалось создать такую атмосферу в лечебном учреждении, которая помогает легче пережить больному волнения и тревоги и главное – показать, что специализированная больница, и в наши дни особенно, очень необходима.

Сегодня мы беседуем с главным врачом 62-й больницы, выпускником 1-го Московского медицинского института им. Н.М.Сеченова, доктором медицинских наук, профессором Анатолием МАХСОНОМ.

и вылеченные больные – это неплохой результат. Сначала было очень сложно, предстояло понять «правила игры», казалось, что вот напишу бумагу – и сразу всё будет, а всё совсем не так: ты пишешь, а ничего не происходит. Но пришёл опыт, помогали люди, которые видели, что деньги мы не в свой карман кладем, а вкладываем в создание лечебного учреждения для лечения наших граждан. Вспоминаю, как бывший руководитель столичного здравоохранения А.Сельцовский не верил, когда мы ему говорили, что будем лечить 10 тыс. больных в год. «Да бросьте вы», – говорил он. Но за счёт реорганизации, подбора кадров единомышленников нам многое удалось. Когда я пришёл в больницу, у нас работало около 500 человек, а сейчас 1100, появилась городская ординатура, подбирали себе докторов, обучали их, давали им жильё, квартиры, кстати, замечу, что у нас привлекаются только хорошие люди.

Не хотелось об этом говорить, но тема «трепещущая», – о системе вымогательства, у нас с этим очень строго, я сразу же предупредил сотрудников, что с нечестными специалистами нам не по пути, правда, за 20 лет пришлось всё же уволить человек 6–7, с такими мы однозначно расстанемся. Наши пациенты очень благодарные люди, и когда говорят о медицине, что это сфера обслуживания, «получения денег», обидно. Мне думается, что в больнице удалось сохранить атмосферу милосердия, нормального отношения к пациентам. Благодаря модернизации последнего времени мы укрепили базу, до этого года больница не имела никаких проблем с лекарствами, ну может

компьютерных серверов данные о каждом больном, включая снимки. При оформлении рукописной документации тексты сведены к минимуму, а через Интернет осуществляется прямая связь с другими учреждениями. Всё это мы сделали сами. Мало у кого в городе есть молекулярно-биологическая лаборатория, так необходимая для диагностики наших больных. Сейчас появились современные дорогие лекарства, которые действуют на определённый механизм роста опухоли, могут останавливать его. Не так давно одна из наших пациенток, 41-летняя женщина, страдающая раком лёгкого, у которой уже развились метастазы – в печени, костях, лимфатических узлах, мать троих детей, собралась ехать за помощью в Израиль, но в нашей больнице за неделю ей был поставлен правильный диагноз, выявлена мутация гена ALK и назначен один из таких препаратов, закупленный правительством Москвы. Через 2 месяца у многодетной мамы наступила полная ремиссия, метастазы при контрольном обследовании не определялись.

Когда я стал главным врачом, у нас был всего один патологоанатом, а иммуногистохимической лаборатории вообще не было. Сегодня в больнице работают 13 патологоанатомов. Здесь делают более 170 тыс. исследований в год, а ведь от этого зависит правильный диагноз.

Нельзя не сказать и ещё об одном нашем успехе. Больница № 62 – единственный в системе городского здравоохранения стационар, где есть отделение опухолей опорно-двигательного аппарата. Если обычно рак пора-

жает ребёнка или нет, и в итоге малышке сегодня уже 3 месяца, и мы – врачи радуемся не меньше, чем сами родители.

– Ваши доктора в течение уже многих лет в числе первых овладевают новинками диагностики и лечения...

– Действительно это так. Здесь были апробированы и внедрены в повседневную практику отечественные сшивающие аппараты, начали функционировать первые отечественные медицинские гамма-установки, смонтирован первый линейный ускоритель, внедрены органосохраняющие операции с использованием микрохирургической техники, голосовое протезирование после удаления гортани и многое другое.

Возьмём то же торакальное отделение. Раньше опухоль в лёгком определяли с помощью рентгена или КТ. Но эти методы далеко не всегда могли дать точный диагноз, и внутрилёгочные лимфоузлы или воспаление нередко принимались за метастазы. Сейчас с помощью новой аппаратуры – торакоскопа через проколы можно удалить часть лёгкого, получить морфологическое заключение и уже правильно лечить больного.

Или отделение реконструктивной пластической онкологии. Раньше не думали, как будет человек жить после ампутации органа, главное было избавиться от болезни. А сейчас мы вылечиваем более 50% пациентов, и они живут долго. А значит, мы вместе думаем о качестве жизни. В отделении уже 20 лет занимаются пластической реконструктивной онкологией, и усилия направлены на то, чтобы не только излечить больного от опухоли, но и обеспечить высокое качество жизни.



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 19 (1871)

(Окончание. Начало в № 18 от 13.03.2015.)

Туберкулёз женских половых органов

Туберкулёз женских половых органов – форма внелёгочного туберкулёза и является одним из проявлений туберкулёзной инфекции организма.

Чаще проявляется в виде туберкулёза маточных труб (100%), эндометрия (40–60%), сочетания двух предыдущих форм (80%), яичников (18–23%), шейки матки (3,9%), влагалища (3,1%). Туберкулёзное поражение гениталий может быть как единственной локализацией туберкулёзной инфекции, так и в сочетании с поражением лёгких, кишечника, реже – костей, глаз, кожи.

Классификация

1. Туберкулёз матки:
 - очаговый эндометрит;
 - тотальное поражение эндометрия;
 - рубцово-спаечная форма.
2. Туберкулёз придатков матки (туберкулёз маточных труб, туберкулёз яичников).

Клинические проявления

Существует ряд характерных признаков: бесплодие (первичное и вторичное), привычное невынашивание беременности, дисфункциональные маточные кровотечения, хронические воспалительные заболевания женских половых органов, не поддающиеся стандартной противовоспалительной терапии.

Диагностика

- Стандартные методы обследования
1. Анамнез с определением наличия контакта (профессионального или бытового), перенесённого туберкулёза любой локализации.
 2. Гинекологическое обследование (ректо-вагинальное, осмотр в зеркалах).
 3. Рентгеномографическое обследование органов грудной клетки (для выявления активного туберкулёза или остаточных изменений перенесённого туберкулёза) и заключение врача-фтизиатра.
 4. Бактериологическое исследование промывных вод бронхов, мокроты и мочи на МБТ.
 5. Клинический анализ крови наличие воспалительных изменений.
 6. Обзорная рентгенография брюшной полости на наличие очагов поражения или петрификатов.
 7. Туберкулинодиагностика: реакция Манту с 2 ТЕ, диаскин-тест, подкожная провокационная туберкулиновая проба с 20 ТЕ, 50 ТЕ, 100 ТЕ.
 8. Посев отделяемого из матки, менструальной крови на МБТ на твёрдые среды.
 9. Гистеросальпингография.
 10. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и матки.
 11. УЗИ малого таза.

Дополнительные методы обследования

1. Посев отделяемого из матки и менструальной крови на МБТ и жидкие среды.
2. Исследование отделяемого из матки, менструальной крови на ДНК МБТ методом ПЦР.
3. Иммунологическое исследование ИФА, ПЦР, анализ крови на МБТ методом ЛФД.
4. Тест-терапия: 3 препарата (HRZ) не менее 60 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ.
5. Исследование половых гормонов.
6. Исключение других инфекций.
7. Диагностическая лапароскопия.

Опорными диагностическими тестами при туберкулёзе женских гениталий являются: специфические изменения на гистеросальпингографии, обнаружение МБТ в исследуемом материале, наличие положительной реакции на провокационную туберкулиновую пробу.

Лечение

Консервативное лечение

Интенсивная фаза: 4 препарата (HRZE) не менее 90 доз, с последующей коррекцией лечения с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

Фаза продолжения: 3 препарата (HRZ) не менее 120 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

Примечание: применение аминогликозидов во фтизиогинекологической практике нецелесообразно в связи с его фиброзирующим действием.

Патогенетическая терапия

1. Кортикостероиды (дексазон, преднизолон) парентерально, местно.
2. Иммунокорректоры (иммунофан, тималин, тактивин).
3. Гепатопротекторы (гептрал, эссенциале-форте и др.).
4. Витаминотерапия (витамины группы В, С).
5. Физиотерапевтическое лечение (ультразвук, электрофорез с лидазой и др.).

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение при туберкулёзе гениталий проводится только при безуспешности консервативной терапии с последующим лечением 3 противотуберкулёзными препаратами не менее 6 месяцев с учётом лекарственной устойчивости. После пробной лапаротомии при сохранении туберкулёзного очага противотуберкулёзная терапия проводится в течение 12–18 месяцев.

Наблюдение

1. После окончания основного курса лечения в течение 1 года 1 раз в 2 месяца консультация фтизиогинеколога, в течение последующих 5 лет – 1 раз в 6 месяцев. Срок наблюдения – 5 лет.
2. В специализированные санатории для долечивания направляются пациентки после окончания стационарного или диспансерного лечения с затихшими воспали-

тельными явлениями.

3. Противорецидивный курс: 3 препарата (HRZ) не менее 60 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

4. Контрольное обследование в стационаре – 1 раз в год в течение 3 лет. При отсутствии рецидива в течение 3 лет перевод из группы в группу.

Туберкулёз органов брюшной полости

Классификация

1. Туберкулёз кишечника:
 - инфильтративный;
 - инфильтративно-язвенный;
 - рубцово-стенотический;
- Осложнения – перфорация язв с развитием перитонита или абсцессов брюшной полости, кишечное кровотечение, рубцово-язвенные стриктуры кишки с развитием полной или частичной кишечной непроходимости.

2. Туберкулёз брюшины (туберкулёзный перитонит):

- экссудативный;
- адгезивный;
- казеозно-некротический.

Осложнения – спаечная кишечная непроходимость, фибринозно-гнойный перитонит, абсцесс брюшной полости.

3. Туберкулёз лимфатических узлов брюшной полости:

- активная фаза (инфильтрация, казеозный некроз);
- неактивная фаза (рубцевание, петрификация).

Осложнения – абсцесс брюшной полости или забрюшинного пространства, перитонит.

4. Туберкулёз других органов брюшной полости (селезёнки, печени, желудка и пр.).

5. Сочетание туберкулёзного поражения различных органов и тканей брюшной полости.

Диагностика

Обязательные методы обследования

1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки (выявление туберкулёза органов дыхания более чем в 90% случаев).

2. Люминесцентная микроскопия и посев мокроты, промывных вод бронхов и каловых масс с целью обнаружения МБТ.

3. Клинический и биохимический анализ крови (выявление анемии, лейкоцитоза).

Дополнительные методы обследования

Обзорная рентгенография, УЗИ, КТ или МСКТ органов брюшной полости, исследование пассажа контрастного вещества по кишечнику, ирригоскопия, ЭГДС, фиброколоноскопия, лапароскопия, патоморфологическое и микробиологическое исследование биопсийного материала и асцитической жидкости применяются в зависимости от конкретной предполагаемой локализации абдоминального туберкулёза.

Клинические проявления

1. Туберкулёз кишечника

Характерными клиническими проявлениями являются боли в животе, вздутие живота, диарея, объёмные образования брюшной полости, кишечные кровотечения, сопровождающиеся симптомами туберкулёзной интоксикации (общая слабость, потливость, субфебрильная температура тела, похудение, анемия).

Опорными диагностическими критериями при туберкулёзе кишечника служат:

- результаты УЗИ или КТ (МСКТ) органов брюшной полости (локальных инфильтратов в стенке кишки с сужением её просвета; увеличение мезентериальных лимфатических узлов);

- при подозрении на перфорацию туберкулёзных язв кишки или острую кишечную непроходимость выполняют обзорную рентгенографию органов брюшной полости, которая позволяет выявить свободный газ в брюшной полости и расширенные петли кишечника с уровнями жидкости;

- при подозрении на частичную тонкокишечную непроходимость выполняют исследование пассажа контрастного вещества по кишечнику, при подозрении на стриктуры толстой кишки – ирригоскопию (при этом можно выявить деформацию рельефа слизистой оболочки терминального отдела подвздошной кишки с наличием язвенных ниш и су-

женных участков, укорочение и деформацию слепой кишки, отсутствие контрастирования терминального отдела подвздошной кишки при нахождении контрастного вещества в вышележащих отделах тонкой кишки и в толстой кишке);

- результаты фиброколоноскопии и интестиноскопии (выявление эрозий и язв в толстой кишке и в терминальном отделе подвздошной кишки, рубцовых стриктур) с последующим патоморфологическим и микробиологическим исследованием биопсийного материала;

- результаты лапароскопии (выявление язвенных инфильтратов в стенке тонкой кишки);
- люминесцентная микроскопия каловых масс (выявление МБТ при отсутствии бактерий в кале).

2. Туберкулёз брюшины

Характерными клиническими проявлениями являются боли в животе, вздутие живота, асцит, сопровождающиеся симптомами туберкулёзной интоксикации.

Опорными диагностическими критериями при туберкулёзе брюшины служат:

- результаты УЗИ или КТ (МСКТ) органов брюшной полости (выявление свободной жидкости или отграниченных жидкостных скоплений, утолщения большого сальника);

- результаты лапароскопии (выявление просовидных высыпаний на париетальной и висцеральной брюшине, спаек, асцитической жидкости) с последующим патоморфологическим и микробиологическим выявлением в них маркёров туберкулёзного процесса.

3. Туберкулёз лимфатических узлов брюшной полости

Может протекать с наличием болей в животе, диспепсическими нарушениями, сопровождаются образованием инфильтратов брюшной полости, диареей, вздутием живота, симптомами туберкулёзной интоксикации. Возможно бессимптомное течение.

Опорными диагностическими критериями при туберкулёзе лимфатических узлов брюшной полости служат:

- результаты УЗИ или КТ (МСКТ) органов брюшной полости (выявление увеличенных лимфатических узлов брюшной полости);

- результаты лапароскопии (выявление мезаденитов с последующим патоморфологическим и микробиологическим исследованием биопсийного материала).

Лечение

Консервативное лечение

При неустановленной лекарственной устойчивости МБТ включает в себя назначение противотуберкулёзных препаратов (изониазид, рифампицин или рифабутин, пиразинамид, канамицин или амикацин, фторхинолоны).

При установленной лекарственной устойчивости МБТ противотуберкулёзные препараты назначают в соответствии с результатами антибиотикограммы. Интенсивная фаза противотуберкулёзной терапии составляет 90 доз, после чего осуществляется контроль эффективности лечения (УЗИ и КТ или МСКТ

органов брюшной полости, фиброколоноскопия, лапароскопия, исследование каловых масс на МБТ методом люминесцентной микроскопии). По завершении интенсивной фазы при наличии положительной динамики (отсутствие характерных жалоб, уменьшение размеров и петрификация лимфатических узлов, отсутствие асцитической жидкости, язв в кишке и милиарных высыпаний на брюшине, отсутствие выделения МБТ с каловыми массами) пациент переводится в фазу продолжения лечения, которая назначается сроком до 10–12 месяцев.

Патогенетическое лечение

1. Парентеральная (смеси «кабивен», «оликлиномель», «дипептивен») и энтеральная («нутриэн-элементаль», «нутризон-эвванс», «пептисорб»), нутритивная поддержка, дополнительное питание (смеси «нутриэн-стандарт», «нутриэн-фтизио», «нутризон» и др.).

2. Гепатопротекторы (гептрал, эссенциале, карсил).

3. Иммуномодуляторы (полиоксидоний, глютоксим, тактивин, тималин), витамины В₁, В₆, С.

4. Ингибиторы желудочной секреции (омепразол, Н₂-блокаторы) с целью профилактики острых эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

5. Коррекция анемии (препараты железа, витамин В₁₂, эритроцитная масса).

Хирургическое лечение выполняется при осложнениях абдоминального туберкулёза.

При перфоративных язвах кишки проводят следующие виды операций:

1. Резекция поражённого отдела кишки.
2. Ушивание перфоративных язв.

Острая кишечная непроходимость при абдоминальном туберкулёзе может быть обусловлена:

- стенозирующими язвами кишечника;
- плотными кишечными конгломератами;
- спаечным процессом.

Чаще всего кишечная непроходимость развивается постепенно.

При кишечной непроходимости, обусловленной стенозирующими туберкулёзными язвами, выполняют её резекцию.

При плотных кишечных конгломератах рекомендуется выполнять илеостомию или наложение обходного илеотрансверзостомоза. При небольших кишечных конгломератах, не включающих в себя забрюшинные лимфатические узлы, допустимым является резекция участка кишки, вовлечённой в конгломерат.

При спаечной кишечной непроходимости без некроза участка кишки выполняют рассечение спаек, в случае некроза участка кишки производят её резекцию.

При абсцедирующем туберкулёзном мезадените проводится вскрытие и дренирование абсцессов.

При кишечных кровотечениях нужны гемостатическая и заместительная терапия, выполняется ЭГДС и фиброколоноскопия в экстренном порядке для уточнения источника кровотечения. При продолжающемся и рецидивирующем кровотечении выполняется резекция поражённого отдела кишки.

Кишечные свищи. При отсутствии явлений перитонита, неполных свищах оперативное вмешательство, направленное на закрытие свища, производится в плановом порядке после проведённого полного курса противотуберкулёзной терапии и стихания специфического воспалительного процесса в брюшной полости. Полные тонкокишечные свищи, которые приводят к выраженным водно-электролитным и белковым расстройством, подлежат оперативному лечению в неотложном порядке. Объём операции должен заключаться в резекции участка кишки, несущей свищ.

Наблюдение

1. После окончания основного курса лечения в течение 1 года 1 раз в 2 месяца консультация хирурга, в течение 5 лет – 1 раз в 6 месяцев. Срок наблюдения – 5 лет.

В специализированные санатории для долечивания направляются пациенты после окончания стационарного или диспансерного лечения с затихшими воспалительными явлениями.

3. Противорецидивный курс: 3 препарата (HRZ) не менее 60 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

4. При отсутствии рецидива в течение 3 лет – перевод из группы в группу.

Туберкулёз кожи

Туберкулёз кожи относится к обширной группе бугорковых дерматозов. Это хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулёза.

Классификация

1. Туберкулез кожи, развившийся у ранее неинфицированных лиц, включающий в себя первичный туберкулёзный комплекс. К нему относятся:

- острый милиарный;
- колликативный (первичная гематогенная скрофулодерма);
- первичный аффект на месте прививки БЦЖ.

2. Туберкулёз кожи, развившийся у ранее инфицированных лиц:
а) локальные формы:
– туберкулёзная волчанка,
– скрофулодерма,
– бородавчатый туберкулёз кожи,
– язвенный периофициальный туберкулёз кожи;

б) диссеминированные формы:
– папулонекротический туберкулёз,
– лишай золотушный,
– эритема уплотнённая,
– волчанка милиарная диссеминированная.

Клинические проявления

При первичном туберкулёзе на месте не зажившей раны возникают неспецифический инфильтрат, быстро распадающийся в язву, в которой находится обилие микобактерий, и воспаление ближайшего к очагу лимфатического сосуда.

Язвенный туберкулёз характеризуется маленьким, плотным, красного цвета узелком, который очень быстро превращается сначала в пустулу, а затем в язву. Края язв чаще крутые, с гиперемией по периферии.

Лихеноидный туберкулёз кожи, или лишай золотушный, начинается с очень маленького мягкого узелка бледно-жёлто-коричневого цвета, иногда с синюшным оттенком, на поверхности которого имеются тонкие белые или тёмно-серые чешуйки.

Для бородавчатого туберкулёза характерны плотные синевато-красные или красновато-коричневые узелки, в начале плоские, которые затем путём периферического роста увеличиваются и на их поверхности возникают ороговевающие сосочковые разрастания беловатого или коричневого цвета. Течение бородавчатого туберкулёза хроническое, очень длительное.

Наиболее часто встречающиеся формы туберкулёза кожи (туберкулёзная волчанка во всём её клиническом многообразии, колликативный туберкулёз кожи; папуло-некротический туберкулёз кожи; милиарная диссеминированная волчанка лица и индуративная эритема Базена) диагностируются в более поздних стадиях заболевания.

При туберкулёзной волчанке наблюдаются единичные бугорки (люпомы) в виде красно-буроватых пятен или узелков, не склонных к периферическому росту.

При милиарной диссеминированной волчанке лица – желтовато – или буровато-красные папулы.

При скрофулодерме – образование в глубоких слоях дермы и гиподермы небольших узелков, не спаянных между собой, с подлежащими тканями и кожей, сохраняющей обычную окраску.

При индуративной эритеме – первичное образование на коже ярко-красных пятен, постепенно приобретающих синюшный оттенок, в глубине определяются малоблезненные плоские инфильтраты или узлы.

При папуло-некротическом туберкулёзе – первичное высыпание рассеянных узелков буровато-красного цвета. Папулы поверхностные и глубокие.

Диагностика

Обязательные методы обследования

1. Анамнез с определением наличия контакта с туберкулёзом, перенесённый в прошлом туберкулёз любой локализации.

2. Рентгенотомографическое обследование (поиск активного туберкулёзного процесса органов дыхания) и заключение фтизиатра.

3. Бактериологическое исследование промывных вод бронхов, мокроты и мочи на МБТ.

4. Клинический анализ крови (наличие воспалительных изменений).

6. Биохимическое исследование крови (наличие воспалительных изменений).

7. Туберкулинодиагностика (реакция Манту с 2 ТЕ, диаскин-тест).

8. Исключение других инфекций.

9. Биопсия кожи с морфологическим исследованием.

Дополнительные методы обследования

Анализ крови на МБТ методом ИФА.

Анализ крови на МБТ методом лазерной флуоресцентной диагностики.

Иммуногистохимическое исследование биоптата кожи с определением КУМ.

ПЦР-диагностика биоптата кожи.

Тест-терапия: 3 препарата, не менее 60 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ (изониазид, рифампицин, пирразинамид).

Компьютерная томография органов грудной клетки.

Опорными диагностическими методами в диагностике туберкулёза кожи являются биопсия кожи с морфологической верификацией диагноза.

Лечение

Консервативное лечение

Интенсивная фаза: 4 препарата, не менее 120 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ (изониазид, рифампицин, пирразинамид, этамбутол, фторхинолоны, ПАСК, циклосерин, рифабутин, капреомицин, линезолид); местное лечение в виде примочек, компрессов с элефлосом, таваником, рифампицином, фтивазидом в 70%-ном растворе димексида.

Фаза продолжения: 3 препарата, не менее 120 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

Патогенетическое лечение

1. Витаминотерапия (пантотенат кальция, рибофлавин, витамины А, Е и D₂, витамины группы В).

2. Иммуномодуляторы (тималин, тактивин).

3. Десенсибилизирующее и гормональное лечение – кортикостероиды парентерально, местно по показаниям.

4. Физиотерапия.

5. Лечебное питание стол № 11, ограничение поваренной соли в пище, нутритивная поддержка в виде сбалансированной смеси «Нутриэн-фтизио», «Нутриэн-стандарт»).

Хирургическое лечение

При туберкулёзной волчанке, бородавчатом туберкулёзе отдельные очаги можно удалять хирургическим путём с использованием диатермокоагуляции или лазеротерапии.

Наблюдение

1. Противорецидивный курс: 3 препарата, не менее 60 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

2. Медицинской и трудовой реабилитации способствуют санитарно-курортные климатические факторы. Показано пребывание на приморских курортах Южного Берега Крыма, приморской зоны Кавказа (Геленджик), курорты в Башкирии, горные климатические курорты («Старый Крым»), равнинной лесной зоны («Аксаково», «Маньч»). Особенно благотворно действие курортов в период ремиссии, что даёт возможность предупредить рецидивы на долгие годы.

3. После основного курса лечения в течение 1-го года консультация фтизиатра и дерматолога 1 раз в 2 месяца. В течение 2-го и 3-го года – 1 раз в 6 месяцев.

Контрольное обследование – 1 раз в год в течение 5 лет. При отсутствии рецидивов в течение 3-5 лет больные могут быть сняты с диспансерного учёта или переведены в неактивную группу диспансерного учёта.

Социальная реабилитация больных с внелёгочными локализациями туберкулёза

Больные туберкулёзом глаз пользуются теми же льготами, что и больные туберкулёзом другой локализации. При активном процессе они признаются временно нетрудоспособными. При инвалидности 2-3-й группы в случае обострения заболевания – имеют право на получение 5-месячного оплачиваемого листа нетрудоспособности в течение года.

Больные, страдающие всеми формами активного туберкулёза имеют временную нетрудоспособность с последующим оформлением группы инвалидности (при наличии показаний).

Профилактика внелёгочных локализаций туберкулёза

Профилактика внелёгочных локализаций туберкулёза – комплекс организационно-методических и лечебных мероприятий: оздоровительные, общеукрепляющие, закаливание, рациональное чередование труда и отдыха, полноценное питание.

Важными профилактическими мероприятиями являются вакцинация и ревакцинация. С целью раннего выявления туберкулёзной инфицированности – проведение туберкулинодиагностики школьникам и студентам. Активное раннее выявление внелёгочного туберкулёза в группах повышенного риска.

Санитарное просвещение

Организация и проведение среди населения обслуживаемой территории лекций по вопросам: о причинах и путях распространения туберкулёза лёгких; о ранних признаках туберкулёза и значимости своевременного обращения за медицинской помощью.

Организация плакатной санитарной просветительской работы в поликлинических учреждениях обслуживаемой территории.

Создание информационных сайтов для широкого круга интернет-пользователей по вопросам противотуберкулёзной помощи населению.

Фарит БАТЫРОВ,
доктор медицинских наук.

Гульнара ОГАНЕЗОВА,
кандидат медицинских наук.

Московская городская клиническая туберкулёзная больница № 7.

Нанотехнологии и проблемы биоэтики и биомедицинской этики

Нано – приставка, означающая 10⁻⁹, или одну миллиардную долю метра (для образности – человеческий волос имеет примерно 20 тыс. наномикрон в диаметре). Молекулы, вирусы и атомы – объекты, размеры которых колеблются от менее чем 1 наномикрон (атомы) до примерно 100 наномикрон (большие молекулы, подобные ДНК).

Таким образом, нанотехнологии – это технологии, оперирующие величинами, сопоставимыми с размерами атомов. Переход от широко освоенных ныне микротехнологий к нанотехнологиям – это качественный скачок от манипуляции веществом к манипуляции отдельными молекулами и атомами. Для образности – при изготовлении электронных схем с активными элементами их размеры сравнимы с размерами отдельных молекул и атомов; наномашин (механизмы, роботы) также будут размером с молекулу.

Теоретическое начало эры наноструктур, по-видимому, следует отчитывать с 1959 г., когда нобелевский лауреат, физик Ричард Фейнман своё выступление озаглавил так: «Там, внизу, много места». В докладе он изложил идеи о возможных путях развития физики, о миниатюризации, компьютерах, информационных технологиях, субмикроскопических исследованиях и использовании атомов. Тогда он заявлял, что, научившись манипулировать отдельными атомами, человечество сможет получать синтетически любые вещи.

Термин «нанотехнологии» был введён 14 лет спустя японским физиком Норио Танигучи для обозначения рукотворных изделий из атомов и молекул.

Основы практической реализации теоретических идей заложили физики Герд Биннинг и Генрих Рорер, которые в 1981 г. создали сканирующий туннельный микроскоп, позволяющий не только видеть, но и манипулировать атомами.

Всемирным популяризатором нанотехнологий стал Эрик Дрекслер, книга которого

«Машины создания. Грядущая эра нанотехнологий», вышедшая в 1986 г., взбудоражила весь мир. В ней утверждалось, что существующих сегодня технологий уже достаточно, чтобы произвести сборку из нескольких молекул ассемблеров (конструкторов, сборщиков) – машин молекулярных размеров, способных к саморепликации (самовоспроизведению, саморазмножению) и конструированию других устройств, с наперёд заданной структурой и функцией. Работать ассемблеры будут с помощью наноконструктора, который обеспечит работу всех его систем – позиционных механизмов, манипуляторов, систем подачи и преобразования энергии, систем связи и т.д. Такие ассемблеры зачастую представлены несколькими большими молекулами.

Вот некоторые не самые фантастические перспективы возможного их внедрения.

Промышленность. Замена традиционных методов производства сборкой молекулярными роботами предметов потребления непосредственно из атомов и молекул. Вплоть до персональных синтезаторов и копирующих устройств, позволяющих изготовить любой предмет. Фантастика? Несомненно. Но ведь уже сегодня туннельный микроскоп позволяет учёным не только видеть, но и манипулировать атомами, производить из атомов различные сборки. А что такое любое вещество, как не особым образом собранные атомы? Поэтому не сегодня, так завтра это может быть осуществлено. Учёные предполагают, что первые практические результаты могут быть получены в XXI веке.

Сельское хозяйство. Вышеуказанный принцип может быть перенесён и на сельскохозяйственное производство. Речь идёт о замене «естественных машин» для производства пищи (растений и животных) их искусственными аналогами – комплексами из молекулярных роботов. Они будут воспроизводить те же химические процессы, что происходят в живом организме, однако более коротким и эффективным путём. На-

пример, из цепочки «почва – углекислый газ – фотосинтез – трава – корова – молоко» будут удалены все лишние звенья. Останется «почва – углекислый газ – молоко (творог, масло, мясо – всё, что угодно)». Такое «сельское хозяйство» не будет зависеть от погодных условий и не будет нуждаться в тяжёлом физическом труде. А производительности его хватит, чтобы избавить человечество от голода раз и навсегда. Есть мнение, что первые такие комплексы могут быть созданы уже к концу XXI века.

Биология. Станет возможным «внедрение» в живой организм на уровне атомов. Последствия могут быть самыми различными – от «восстановления» вымерших видов до создания новых типов живых существ, биороботов. Прогнозируемый срок реализации: середина XXI века.

Экология. В данной области открываются особо заманчивые перспективы – полное устранение вредного влияния деятельности человека на окружающую среду. Это произойдёт как за счёт насыщения экосферы молекулярными роботами-санитарами, превращающими отходы деятельности человека в исходное сырьё, так и за счёт перевода промышленности и сельского хозяйства на вышеуказанные безотходные нанотехнологические методы. Прогнозируемый срок реализации: середина XXI века.

Освоение космоса. В принципе, возможно создание роботов-молекул с любыми заданными свойствами, которые смогут работать в самом безвоздушном пространстве. Направив армию разносторонне функционирующих нанороботов, скажем, на Марс, человек сможет коренным образом изменить климатические условия этой планеты. Наличие огромных запасов подпочвенных вод, углекислоты и т.д. позволит достаточно быстро изменить атмосферу этой планеты в сторону пригодности для открытого проживания на ней человека. То же самое можно сказать и в отношении Луны, целого ряда астероидов, крупных спутников ряда планет и т.д.

Кибернетика. Кибернетику ждёт настоящая революция. Размеры активных элементов компьютеров и прочих кибернетических устройств уменьшатся до размеров молекул. Рабочие частоты компьютеров достигнут терагерцовых (10-12) величин. Уже сегодня имеются возможности схемных решений на нейроноподобных элементах. Сборка элементов будет производиться на сапфировой основе из нанотрубных материалов (см. ниже), вследствие чего они будут иметь неисчерпаемую неизнашиваемость, высочайшую точность и быстрдействие. Появится долговременная быстродействующая память на белковых молекулах, ёмкость которой также будет измеряться терабайтами. Станет возможным «переселение» человеческого интеллекта в компьютер. Прогнозируемый срок реализации – вторая четверть XXI века.

Разумная среда обитания. За счёт внедрения логических нанозадающих во все атрибуты окружающей среды она станет «разумной» и исключительно комфортной для человека. Например, ассемблеры могут быть использованы для восстановления озонового слоя планеты. Достаточно выпустить строго определённое количество наномашин в околослойное пространство, и они сами в автоматическом режиме, без вмешательства человека, восстановят озоновый слой до заданной величины. Прогнозируемый срок реализации: после XXI века.

И т.д. – список использования технологий в мирной жизни может оказаться бесконечным.

(Окончание следует.)

Ибрагим ШАМОВ,
эксперт ЮНЕСКО по биоэтике,
член Глобального наблюдательного совета ЮНЕСКО по биоэтике, Международного центра здоровья, права и этики ЮНЕСКО, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Дагестанской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор.

Общественная палата РФ, обсудив на слушаниях защиту права на жизнь нерождённых детей, поддержала прекращение финансирования аборт за счёт бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования, то есть за счёт налогоплательщиков. За то, чтобы вывести все операции по прерыванию беременности из списка услуг, оказываемых в рамках системы ОМС, вновь высказался и Патриарх Московский и всея Руси Кирилл.

Нарушая заповедь «не убий»

Аборты, как известно, входят сегодня в перечень заболеваний, которые «лечатся» у нас из средств фонда ОМС. На том, чтобы прекратить эту практику, если эти операции не являются жизненной необходимостью, настаивают участники православного собора в храме Христа Спасителя, поддержавшие председателя Русской православной церкви (РПЦ).

Инициативу Святейшего всецело разделяет и Церковно-общественный совет по биомедицинской этике. «Мы призываем медицинское сообщество поддержать предложения Святейшего Патриарха и исправить неприемлемую ситуацию, когда аборт – калечащая и не необходимая операция – оплачиваются из средств фонда ОМС, как будто нормально протекающая беременность является болезнью, требующей лечения, – говорится в заявлении совета. – Речь идёт о значительных денежных суммах, затрачиваемых в условиях, когда больные, включая детей, из-за дефицита бюджетных средств не могут своевременно получить лечение, в том числе и необходимое по жизненным показаниям. Сложилось абсурдное, неприемлемое положение дел, когда деньги, предназначенные больным, отнимаются у них...»

По мнению РПЦ, оплата искусственного прерывания беременности из средств ОМС приводит к появлению так называемого налога на аборт, то есть принуждению против воли каждого работающего гражданина платить за аборт, даже если он считает их недопустимыми и преступными, а это – нарушение его прав как налогоплательщика. «Кроме того, мы подтверждаем, что призыв к отказу от оплаты абортов за счёт средств ОМС никоим образом не может рассматриваться как признание «прав» на аборт в каком бы то ни было виде, – уточняется в заявлении совета по биомедицинской этике. – Аборт, вне зависимости от условий его проведения, является нарушением заповеди «не убий» и недопустим как таковой. Однако положение, при котором граждане вынуждены принудительно платить за грех, является вдвойне недопустимым».

За то, чтобы проводить аборт за счёт средств налогоплательщиков только в случае прямой угрозы жизни беременной, Святейший Патриарх высказался в послании к руководству страны ещё 2 с лишним года назад, а совсем недавно – выступая в Госдуме. Нельзя позволять здоровым женщинам за казённый счёт убивать детей в стране с демографическими проблемами, убеждён он. Многие из предложенных председателя РПЦ с тех пор, кстати, уже материализовались в российском законодательстве. Но главное – запретить аборт по собственному желанию за счёт средств из бюджета и фонда

ОМС – повисло, что называется, в воздухе.

Ребёнок и до рождения нуждается в защите

И вот теперь Самарская областная дума внесла в Госдуму РФ проект федерального закона о запрете абортов по собственному желанию за счёт средств налогоплательщиков. Россия находится на 181-м месте по плотности населения, подчеркнул на слушаниях в Общественной палате РФ самарский депутат Дмитрий Севиркин. «У нас катастрофически не хватает граждан: учителей, врачей, солдат. При

цированную Россией Конвенцию о правах ребёнка сопредседатель оргкомитета фестиваля «За жизнь» Владимир Потиха. – Мы предлагаем привести наше законодательство в соответствие с международными нормами».

«70 лет назад в Европе была создана иная нравственность, согласно которой уже в раннем возрасте необходимо было максимально социализировать молодёжь, – напомнил в этой связи председатель патриаршей Комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства протоиерей Дмитрий Смирнов. – В результате этого молодые люди нападали на девушек, росло количество вене-

резолуции, – заверил организатор слушаний председатель некоммерческого благотворительного фонда «Общество друзей монастыря Ватопед на Святой горе Афон им. преподобного Максима Грека» Сергей Рудов. – Вопрос семьи является одним из самых фундаментальных».

Конструктивные предложения – это, конечно, хорошо. Только вот Министерство здравоохранения РФ, как заявил заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Олег Филиппов, «не готовит никаких законодательных запретов на бесплатные аборты». По его мне-

возможности, пойдёт на какие-то самостоятельные вмешательства или к помощи «бабок», что может привести к болезни, дальнейшему бесплодию и даже смерти».

Минздрав убеждён: введение платных абортов возможно только при согласии общества, а в случае реализации этой инициативы увеличится рынок криминальных услуг по прерыванию беременности. Пострадают в первую очередь несовершеннолетние россиянки, у которых нет средств на проведение платной процедуры. А на девушек 15-19 лет у нас приходится 10% абортов, ещё 4% – на девочек младше 15 лет. Сейчас по всей

Острая тема

«Равно потерям во время войны...»

О прекращении финансирования абортов за счёт налогоплательщиков вновь с беспокойством заговорили в обществе



Абортам – нет!

этом количество абортов в стране огромно. Число сделанных абортов после 1918 г. можно сопоставить с потерями во время войны», – сказал он.

«Я не понимаю, почему верующие люди разных конфессий, считающие аборт смертным грехом, должны оплачивать аборт, внося свои средства в фонды ОМС? – возмущается Д.Севиркин. – Почему я и другие верующие люди должны платить свои деньги за убийство младенца во чреве матери, который, если бы его не абортировали, мог стать полноценным гражданином России? В этом нет никакой логики».

Понимая данную проблему именно так и озабочены решением демографической проблемы, самарские депутаты и разработали проект федерального закона. «Ребёнок нуждается в специальной охране и защите, включая надлежащую правовую защиту как до, так и после рождения, – процитировал на слушаниях в Общественной палате ратифи-

ческих заболеваний, а главное – абортов среди школьников». По его словам, «это не приносило ничего, кроме огромной прибыли для фармацевтических компаний. И всё происходило «под эгидой ООН».

Все признают, что аборт – это убийство, констатировал руководитель школы православного миссионера при синодальном миссионерском отделе Александр Люлька. «Если это так, то за него необходимо ввести уголовную ответственность, – считает он. – В нашей стране люди, совершившие особо тяжкие преступления, не подвергаются смертной казни, а младенцы, просто не успевшие родиться, убиваются безнаказанно. Почему с 0 до 9 месяцев человека убить можно, и государство за это платит?»

У Минздрава – иная позиция

«Все предложения, высказанные участниками, будут учтены в

нию, их запрет приведёт лишь к изменению географии, и российские гинекологи останутся без заработка: наши гражданки будут делать аборт в других странах. «Запретом абортов в Польше очень довольны украинские акушеры-гинекологи», – заметил в этой связи представитель Минздрава.

«Мы считаем, что наше общество делает достаточно для того, чтобы снизить число абортов, и оно реально снижается, – полагает и глава Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Елена Байбарина. – Вывести аборт из средств ОМС – значит сделать их платными для населения. Мы считаем, что нужно начать с опроса общественного мнения. Нельзя подходить к вопросу неподготовленно, ведь это будет касаться многих людей, их материального положения. Мы должны чутко прислушаться к общественному мнению. Мы всегда опасаемся, что женщина, которая лишена материальной

территории Российской Федерации развёрнуты программы помощи молодым семьям и профилактики искусственного прерывания беременности. Количество абортов за последнее время снизилось в стране с более чем миллиона в год до 880 тыс. в 2013 г. За последние 2 года аборты в России сокращены больше чем на 100 тыс.

«Мы понимаем, что эта цифра (880 тыс.) несколько занижена, поскольку статистику подают только государственные и муниципальные учреждения, – признаёт О.Филиппов. – Частные клиники, хоть и обязаны предоставлять информацию о проведённых абортах, но не всегда это делают».

Ссылаясь на экспертные оценки, председатель Комитета Госдумы РФ по вопросам семьи, женщин и детей Елена Мизулина также утверждает, что число абортов у нас значительно выше. «Не 900 примерно тысяч в год, а в 5-8 раз больше. То есть речь идёт даже о миллионах абортов», – публично заявила она на заседании палаты. И единственное, что сделано в законодательном плане – принят Закон «О внесении изменений в статью 24 Федерального закона «О рекламе», запретивший разнужданную рекламу абортов.

Надо разобраться с правами

Между тем в ближайшие 10 лет рождаемость у нас вновь серьёзно упадёт, предупреждают эксперты Института научно-общественной экспертизы РАНХиГС при Президенте РФ: численность молодых поколений снизится в стране почти вдвое. «Демографическая яма» 1990-х годов окажет существенное влияние на экономику и социальную сферу, поэтому её последствия требуют выработки новых решений и прежде всего в сфере социальной и демографической политики. Надеяться на решение демографического кризиса в стране с помощью иммиграции не приходится, эти ожидания не

обоснованы. Все страны СНГ – эти главные демографические доноры России – также столкнулись со своими «демографическими ямами».

Между тем в Конституционный суд РФ поступило заявление депутата Госдумы Евгения Фёдорова, подготовленное по прошедшему в Москве собору РПЦ о рассмотрении вопроса, является ли право женщины на аборт конституционным или нет. «Аргументы, приводимые сторонниками ограничительных мер при искусственном прерывании беременности, не выдерживают никакой критики и не имеют под собой прежде всего правовой основы», – заявила на это член Комитета по охране здоровья, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Салия Мурзабаева.

Действующее законодательство Российской Федерации, как и большинства других европейских государств, предоставляет женщине свободу в решении вопроса о реализации права на жизнь зачатого, но ещё не рождённого ребёнка. Наше законодательство связывает возникновение права на жизнь с моментом рождения человека. Так, пункт 2 статьи 17 Конституции гласит: основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения. Статьей 17 Гражданского кодекса РФ определено, что правоспособность гражданина возникает в момент его рождения и прекращается смертью. Именно с момента своего рождения гражданин становится правоспособным, то есть способен иметь права. С момента рождения государство в законодательном порядке признаёт каждого субъектом права. С этого момента возникает право на охрану жизни, здоровья и т.д.

Нормы гражданского права признают некоторые права и нерождённого. Так, согласно статье 1116 Гражданского кодекса РФ, граждане, зачатые в момент жизни наследодателя и родившиеся после его смерти, обладают правом наследования. Однако фактические гарантии соблюдения данного права связаны именно с фактом рождения ребёнка.

Основные законы ряда зарубежных стран также не признают человеческий зародыш субъектом права. Так, Конституция Швейцарии в статье 119 относит эмбрионы к зачаточным и генетическим средствам человека. Судебная практика Европейского суда по правам человека (дело Paton v. United Kingdom) также не признаёт за эмбрионом наличие юридических характеристик, свойственных физическим лицам. Практикой Европейского суда по правам человека поддерживается точка зрения о том, что эмбрион – часть организма матери.

Несмотря на то, что зачатый ребёнок в будущем может стать субъектом права, вряд ли следует рассматривать его в качестве обладателя правоспособности до его рождения. Субъективные права могут возникнуть лишь у реально существующего объекта, то есть у родившегося человека, обладающего определёнными признаками способности самостоятельно существовать: живорождённости и жизнеспособности. А принуждение человека к родительству, в частности, введение законодательных запретов или ограничений на прерывание беременности является недопустимым явлением, считает ряд экспертов. По их

мнению, это грубейшее нарушение норм Всеобщей декларации прав человека 1948 г., Международного пакта о гражданских и политических правах 1966 г., Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод.

«Аргументы попросту ложны»

Но генеральный директор аналитического центра «Семейная политика РФ», советник Всемирного конгресса семей по международному праву прав человека Павел Парфентьев убеждён: исключение аборт из программ ОМС не нарушает никаких прав человека.

«Всякий раз, когда начинают обсуждаться инициативы, направленные на ограничение количества аборт, находятся люди, подвергающие их резкой критике, – заметил он. – Иногда эта критика облекается в профессиональные одежды юридических аргументов. На поверку, однако, за этой внешней формой обнаруживается чистая идеология, не выдерживающая серьёзного правового анализа. Не стало исключением и обсуждение инициативы об исключении аборт из программ ОМС, которая внесена на рассмотрение Госдумы. Напомним, что в рамках этого обсуждения вопрос о запрете аборт как таковой вообще не ставился. Речь идёт лишь о том, чтобы их совершение не оплачивалось за счёт налогоплательщиков, среди которых немало и людей, признающих аборт убийством ребёнка и нравственно преступным деянием.

Критики инициативы нередко ссылаются на то, что такое решение нарушит «общепризнанные репродуктивные права человека», защищаемые международными правовыми нормами и поведёт к повышению материнской смертности. Между тем эти аргументы попросту ложны, а ссылка на них – или признак некомпетентности, или просто нечестный приём, рассчитанный на неосведомлённость аудитории.

Правда состоит в том, что ни один обязывающий международный документ общемирового или европейского уровня не предусматривает «права» на аборт. Не существует никаких оснований для включения «права» на аборт в толкование содержащихся в них норм. Напротив, существуют серьёзные основания полагать, что эти документы требуют защиты человеческой жизни с момента зачатия.

Ссылка на так называемые репродуктивные права в данном случае не имеет под собой никаких оснований. Юридически обязывающего определения «репродуктивных прав» на международном уровне не существует вовсе.

Единственное определение, не обладающее юридически обязательной силой, но пользующееся некоторым уровнем международного признания, содержится в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994 г.), организованной ООН. Однако это определение не включает в себя «права» на аборт. Оно лишь ссылается на уже существующие международные нормы в области прав человека, также не знающие подобного «права». При этом программа ясно и недвусмысленно признаёт право государств ограничивать и за-

прещать аборт. Так, пункт 8.25 этого документа чётко поясняет, что «любые меры или изменения в отношении аборт в рамках системы здравоохранения можно осуществлять на национальном или местном уровне лишь в соответствии с национальным законодательством». Документ также прямо указывает, что прерывание беременности может совершаться лишь «в случаях, в которых аборт не противоречит закону». Таким образом, на международном уровне за государствами сохраняется полное право по своему усмотрению запрещать аборт и тем более ограничивать возможность их совершения.

В 2011 г. в документе, озаглавленном «Статьи Сан-Хосе», целый ряд серьёзных экспертов международного уровня подтвердили: «В международном праве не существует права на аборт, как в виде обязательств, следующих из договоров, так и в рамках международного обычного права. В международных договорах Организации Объединённых Наций не существует положений, корректная ссылка на текст которых подтверждала бы установление или признание права на аборт» (ст. 5).

На протяжении очень долгого времени на международном уровне целый ряд хорошо финансируемых НКО и отдельные государства прилагают серьёзные усилия, пытаясь, без всяких реальных оснований, включить «право» на аборт в число прав человека, имеющих международное признание. Однако эти попытки неизменно встречают несогласие со стороны многих государств и организаций, защищающих общепризнанное право человека на жизнь. Эта борьба сама по себе указывает на то, что никакого «общепризнанного права» на аборт не существует и существовать не может.

Это неудивительно, поскольку признание «права» на аборт в действительности, повело бы вовсе не к защите репродуктивного здоровья женщин, а к нанесению ему серьёзного ущерба. Общепризнан тот факт, что совершение аборта ведёт к серьёзным отрицательным последствиям для женского здоровья, в том числе и в репродуктивной сфере. Аборт не является лечебной или улучшающей здоровье манипуляцией. Более того, современная медицина не позволяет рассматривать его как неизбежную необходимость.

Например, в Дублинской декларации об охране материнского здоровья, представленной в 2012 г. на международном симпозиумом рядом специалистов в области женского здоровья, подтверждается, что, «прямой аборт – преднамеренное лишение нерождённого ребёнка жизни – не является, с медицинской точки зрения, необходимым для спасения жизни женщины». В декларации специалисты также подчёркивают, что «запрет аборт никоим образом не влияет на доступность беременной женщине наилучшей медицинской помощи».

Сторонники «права» на аборт регулярно заявляют, что запрет или ограничение аборт якобы ведут к повышению уровня материнской смертности. Эти заявления давно вызвали серьёзные сомнения у специалистов, поскольку всегда носили спекулятивный характер, не опираясь на верифицируемые эмпирические данные. Неоднократно приводились доказательства неточности или даже подтасовки данных, на

которые ссылались подобные утверждения.

Научные исследования последних лет позволяют с абсолютной достоверностью говорить о том, что эти утверждения попросту ложны. Это очевидно из примера Чили, где на фоне полного запрета аборт с 1989 г. и общего развития системы медицинской помощи женщинам коэффициент материнской смертности устойчиво снижался все последующие годы. Чили является страной с одним из самых низких коэффициентов материнской смертности в мире, превосходя по этому показателю США и ряд других развитых стран.

С учётом всего этого разговор о «праве» на аборт в принципе оказывается лишён каких-либо серьёзных правовых или этических оснований. Фактически он превращается в разговор о «праве» наносить серьёзный вред репродуктивному здоровью женщины и о «праве» убивать человека на ранних стадиях его развития.

На сегодня является признанным наукой фактом то, что с момента зачатия мы имеем дело с новым человеком на ранних стадиях его развития. Не существует веских правовых причин полагать, что на него не должно распространяться право на жизнь, общепризнанное на международном уровне. Оно провозглашается, например, в таких документах, как Всеобщая декларация прав человека (ст. 3 «Каждый человек имеет право на жизнь») или Международный пакт о гражданских и политических правах (ст. 6 «Право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека»).

То, что человеческая жизнь на ранних её стадиях является ценностью и должна защищаться законом, следует и из других норм международного права. Так, в статье 6 Международного пакта о гражданских и политических правах именно по этой причине устанавливает, что смертный приговор «не приводится в исполнение в отношении беременных женщин» (что было бы лишено смысла, если бы речь не шла о ещё одной человеческой жизни, подлежащей охране). Как Декларация прав ребёнка, так и преамбула к Конвенции о правах ребёнка гласят, что «ребёнок ... нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения».

Таким образом, на международном уровне не существует признания «права» на аборт, оно не относится к сколько-нибудь общепризнанным «репродуктивным правам», за государством

признаётся полное право на законодательном уровне ограничивать или полностью запрещать аборт. Такие запреты или ограничения имеют под собой серьёзные основания, поскольку аборт ведёт к уничтожению, на ранних стадиях её развития, человеческой жизни, подлежащей защите в силу международных правовых норм, наносит серьёзный ущерб репродуктивному и общему здоровью женщин, влечёт за собой серьёзные негативные социальные и демографические последствия.

В завершение необходимо подчеркнуть, что даже если бы вымышленное «право» на аборт действительно существовало, оно не было бы нарушено при принятии рассматриваемого в настоящее время Государственной Думой РФ законопроекта. Существующие международные правовые нормы в области охраны здоровья не требуют от государств в обязательном порядке предоставлять те или иные конкретные виды медицинских услуг на бесплатной основе. Не противоречит это решение и Конституции Российской Федерации.

Ситуация, когда совершение аборта оплачивается за счёт средств бюджета (то есть за счёт средств налогоплательщиков), в любом случае несправедлива и иррациональна. Несправедлива – поскольку граждане, убеждённые в недопустимости и даже преступном характере аборт, насильственно принуждаются соучаствовать своими средствами в их осуществлении. Иррациональна – поскольку при этом за счёт государственных, народных средств оплачивается операция, наносящая вред, а не приносящая пользу здоровью подвергающихся ей женщин, и при этом прямо противоречащая интересам государства и общества как минимум в демографическом аспекте.

Как представляется, для сохранения такой ситуации не существует никаких веских рациональных оснований. Зато просматриваются иррациональные, сугубо идеологические основания, связанные с тем, что иногда называется «культурой смерти», направленной против деторождения, правильного отношения к человеческой жизни как к важнейшей ценности, а в конечном итоге – против человеческой жизни и человека как таковых. Не случайно в своё время Международный военный трибунал в Нюрнберге осудил 10 нацистских лидеров за то, что они «поощряли аборт и принуждали к ним», признав это «преступлением против человечества».

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Кстати

Как изменилось отношение к абортам?

В 2005-2009 гг. число противников аборт в России сократилось с 30,2 до 23,6%. Это выяснила Ассоциация всемирного исследования ценностей (WVSA, штаб-квартира в Стокгольме), которая проводит свои исследования уже в шестой раз. Число одобряющих аборт составляет всего 3,6%, однако увеличилось число россиян, которые относятся к такому выбору женщины нейтрально – 26,1%.

Исследование ассоциации проводится с 1981 г. Опрос в рамках шестой волны в России прошел осенью 2011 г. Были собраны ответы 2,5 тыс. совершеннолетних россиян. Респондентов просили выразить своё отношение к аборт или разводу по шкале от 1 до 10, где 1 – никогда не заслуживает оправдания, а 10 – всегда заслуживает оправдания.

Как сообщается в докладе «Всемирное исследование ценностей», самыми нетерпимыми к аборт странами являются Пакистан (76,8% респондентов), Катар (76,1%), Ливия (76%), Гана (75,2%), а наиболее терпимыми – Швеция (43,5%), Словения (31,4%) и Нидерланды (19,1%).

Соб. инф.

Выверенные, экономные движения пальцев её обеих рук во время малоинвазивной процедуры по открытию соустья воспалённых околоносовых пазух сравнимы с тонкой игрой пианистки, которая не нажмёт ни одной лишней клавиши. Чтобы не повредить извилистые анатомические структуры носовой полости у ребёнка, Светлана Алексеенко под контролем видеоэндоскопа заводит через люминесцентный зонд баллонный катетер предосторожно и медленно. При помощи особого шприца с манометром на конце оперирующий оториноларинголог аккуратно раздувает крошечный баллон, чем механически расширяется естественное соустье пазухи. Пятнадцать минут виртуозного владения техникой синусопластики – и преград для свободного хода слизи к соустьям больше не существует!..

Страдалец – каждый десятый

«Запертыми на замок» скоплениями продукции мерцательного реснитчатого эпителия, которым выстланы изнутри пазухи, и развитием оттого воспаления полостей носа, как раз объясняется возникновение хронического синусита – ЛОР-патологии, встречающейся куда чаще, нежели сердечно-сосудистые нарушения и астма. Согласно данным медицинской статистики, этим заболеванием страдает каждый десятый россиянин, причём трети из них, то есть 4,5-5,1 млн человек, требуется хирургическая операция.

Суть предлагаемого обычно вмешательства, которое специалисты называют эндоскопической инфундибулотомией, сводится к необратимому удалению участка слизистой оболочки и части костной ткани, ввиду чего происходит улучшение аэрации верхнечелюстной пазухи. Послеоперационный дефект, остающийся с пациентом на всю дальнейшую жизнь, в определённом проценте случаев – не единственная издержки в целом результативной методики эндоскопической функциональной ринохирургии. Иногда среди осложнений отмечаются постоперационные боли и кровотечения.

Но ничего похожего не наблюдается у подопечных заведующей оториноларингологическим отделением детской городской больницы № 19 им. К.А.Раухфуса кандидата медицинских наук Светланы Алексеенко, не так давно впервые в Северо-Западном регионе прооперированных с помощью технологии баллонной синусопластики.

Без боли и дискомфорта

– Несмотря на то, что манипуляция проводится под наркозом, её хорошая переносимость не вызывает сомнений. Буквально на следующий день дети восстанавливаются. А главное, баллонная синусопластика позволяет сохранить у маленьких пациентов всю естественную анатомию пазух полости носа, – говорит она.

Благополучная история 13-летней Оли – первой из всего 4 петербургских подростков с установленным диагнозом «хронический верхнечелюстной синусит», получившей альтернативное инновационное лечение – началась с обращения в оториноларингологическое отделение ДГБ мамы больной девочки.

Длительные выделения из носа, практически полное отсутствие носового дыхания, периодические головные боли и другие характерные симптомы болезни беспокоили школьницу более года. Рекомендованные специалистом поликиклиники по месту жительства стандартные способы борьбы с синуситом,

Современные технологии

Раскачать психологическую инертность

Впрочем, не она одна сдерживает развитие баллонной синусопластики в детской ринологии



У оториноларинголога высшей квалификационной категории Светланы Алексеенко – отменная техника выполнения эндоскопических операций

как-то: антибактериальная и противовоспалительная терапия, местное орошение солевыми растворами, повтор курсов такого лечения облегчения не принесли. На консультации заведующая отделением предложила амбулаторное обследование в стенах детской клиники. После того как методом компьютерной томографии были чётко выявлены признаки воспалительного процесса в левой верхнечелюстной пазухе носа, специалисты ассоциировали найденные на снимке КТ патологические изменения с жалобами ребёнка.

Хирургическая операция с максимальным сохранением анатомии наружного органа, на чём настаивала мама Оли, заняла не более четверти часа. Спустя два дня девочку выписали из больницы. В послеоперационном периоде, протекавшем совершенно гладко, ей не потребовалось каких-то инвазивных болезненных про-

цедур, которые бы доставляли психологический дискомфорт. Поэтому на осмотр она пришла с большой охотой. Результат контрольного исследования на компьютерном томографе через полгода порадовал всех: носовые пазухи у девочки абсолютно воздушные!

Вскоре ЛОР-отделение детской городской больницы № 19, а вместе с ней и вся детская оториноларингологическая служба Санкт-Петербурга запи-

ет, упираться в материальную плоскость. Далеко не все ЛОР-отделения, организованные для специализированной помощи детям, укомплектованы современным эндоскопическим оборудованием, в отсутствие которого, как хорошо известно, малоинвазивная хирургия мертва.

Ещё в бытность основоположника детской отечественной ларингологии Карла Андреевича Раухфуса директором

сали в свой актив ещё три аналогичных оперативных вмешательства. Лёгкость носового дыхания заново обрели и попутно избавились от головных и лицевых болей три петербургских подростка в возрасте 11, 15 и 16 лет.

Почему так узок круг?

С тех пор, как в нашей стране без малого два года назад были выполнены первые операции баллонной синусопластики, вначале взрослым – на базе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова и в стенах Клинической больницы им. Л.Г.Соколова ФМБА России

(Санкт-Петербург), а потом детям – в Детской городской клинической больнице № 13 им. Н.Ф.Филатова (Москва), новый подход к хирургическому лечению синуситов исповедуется уже не одной сотней практических оториноларингологов.

Однако при том, что количество ежегодно превышает тысячи операций и имеет тенденцию к росту, баллонная синусопластика выполняется пока в лимитированном числе городов. Круг этот сужен, если речь идёт о педиатрической практике.

Детские клиники, где уже внедрено лечение верхнечелюстных пазух атравматичным способом, не нарушая целостность тканей, и специалистов, владеющих технологией, повсеместно используемой американскими и европейскими оториноларингологами, в России по пальцам можно пересчитать.

Отчего так? Перво-наперво вопрос, как это зачастую быва-

ет, главным врачом первой в России многопрофильной детской больницы, построенной в 1869 г. в Петербурге, здешние хирурги предпринимали поиски наиболее щадящих способов оперативного лечения маленьких пациентов, в том числе с заболеваниями уха, горла и носа. Однако мечте нескольких поколений «раухфусцев» суждено было сбыться лишь 4 года назад, с завершением капитального ремонта главного здания знаменитой клиники между Лиговским и Греческим проспектами. Вот тогда наряду с другими специализированными оперблоками, «упакованными» на уровне мировых стандартов, открылась операционная оториноларингологического отделения, основную технологическую начинку которой составили полная эндоскопическая стойка, диагностический и операционный микроскопы, шейверная система с вариантами комплектировки различным инструментарием для проведения эндоскопических манипуляций.

Преимущество славного наследия заключалось и в том, что возобновлялась работа собственно оториноларингологического отделения, первого в истории советских педиатрических лечебных учреждений, устроенного ещё в 1925 г., но «захлопнутого» в 1980-е годы. Предтечей открытия его после долгого перерыва, явилась настоятельная потребность в расширении стационарной специализированной помощи маленьким жителям северного города, где заболевания ЛОР-органов среди детей нынче стоят на первом месте. Вместе с тем инициировал предложение и всячески помогал провести его в жизнь главный врач детской городской больницы № 19 им. К.А.Раухфуса, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ Вячеслав Детков.

Можно и нужно. Однако...

По мнению главного оториноларинголога Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, доцента кафедры оториноларингологии Северо-Западного

медицинского университета им. И.И.Мечникова Светланы Алексеенко (кому и было предложено с «белого листа» создать в историческом центре города современное, технологически ёмкое специализированное отделение), значение твёрдой воли руководителя следовать в ногу с прогрессом трудно переоценить. Баллонная синусопластика сопряжена с необходимостью закупать одноразовый расходный материал. При том, что его импортозамещение невозможно, а значит, для больницы существуют финансовые потери, никто из администрации не сказал новаторским операциям «стоп!».

Сегодня уже нет нужды доказывать и убеждать, что наиболее предпочтительные перспективы метод баллонной синусопластики имеет применительно к «детству». Поскольку воспалительные изменения у больных с хроническими синуситами в детском возрасте обратимы, специалист при правильной налаженной аэрации в поражённых околоносовых пазухах в состоянии рассчитывать на нормализацию клинической картины. Значит, такие операции могут и должны выполняться в специализированных ЛОР-отделениях?

Здравоохранение Северной столицы не является бедным в плане потенциала стационарной ринологической помощи детям. Условия для предоставления им надлежащего качества современных оперативных пособий есть и в клинике Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, и в НИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России, и в лечебных учреждениях территориальной подчинённости – детской городской больнице Святой Ольги, детской городской больнице № 5 им. Н.Ф.Филатова... Но надо учитывать, что баллонная синусопластика пока не входит в перечень ВМП, стало быть, не оплачивается за счёт федерального бюджета. Умалять главный фактор, сдерживающий внедрение технологии, – финансовый вряд ли стоит...

Хотя есть и иная причина, почему желающие освоить технику баллонной синусопластики с дальнейшим применением её в педиатрии не стоят в очереди. Кроме знаний и навыков эндоскопической хирургии, врачу нужно иметь большой практический опыт работы в специальности, чтобы, как говорится, не потеряться в детском маленьком носе и не навредить.

Чаще всего практический оториноларинголог, организатор здравоохранения и учёный Светлана Алексеенко склоняется объяснить сложившуюся ситуацию психологической инертностью. Мол, технология пришла в Россию лишь 3 года назад, так что её парадное шествие ещё впереди. Она не устаёт доносить информацию о преимуществах баллонной синусопластики до ушей коллег на городских семинарах, готовится к выступлению в апреле на IV Петербургском международном форуме оториноларингологов России. То есть пытается эту психологическую инертность раскачать...

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора.

Открытия, находки

Жизнь возникла на нашей планете в весьма неблагоприятных условиях, что «заставило» её создать более комфортную среду с высоким содержанием кислорода, который «подхлестывает» работу ферментов. Геном испытывает на себе удары не только космического излучения, но и локального повышения уровня радиоактивности, примером чего служит выброс изотопов цезия (Cs) и стронция (Sr) из разрушенного цунами реактора Фукусимы. Но жизнь непобедима, поэтому сотрудники, обслуживающие синхротрон в Исследовательском центре Кагосимского университета и Флоридского университета в городе Талахасси, к своему удивлению, обнаружили, что фермент солелюбивой бактерии (бета-лактамаза, *Chromohalobacter*) прекрасно связывает ионы того и другого. Для доказательства этого они обнародовали структуру энзима с разрешением 2,5 ангстрема, полученную с помощью аномальной рентгеновской дифракции (AC).

Беркли, что в пригороде Сан-Франциско, сравнили две линии мышей, выведенных на протяжении десятилетий. Одна из них (SPRET) резистентна к развитию опухолей молочных желёз, а другая – BALB – подвержена (susceptible). У обеих линий и у их потомства в первом поколении (F1) ген TGF-бета, кодирующий транскрипционный фактор, регулирующий транскрипцию генов-мишеней, может пребывать в латентном и активном состоянии. К сожалению, у BALB-мышек разница между латентным и

Рак победим?

Геномные изменения передаются у млекопитающих через материнский интерфейс с плодом, представленный плацентарным лабиринтом, в котором клетки матери и развивающегося зародыша оказываются в тесном соседстве, хотя и светятся разными цветами. Красное и зелёное свечение было продемонстрировано в берлинском Бухе, которым некогда заведовал О.Фохт, приглашённый в Москву для исследования мозга Ленина. Немецкие учёные совместно с коллегами из Колумбийского университета в Нью-Йорке выключили ген GRHL, мутация которого приводит к рождению мышат с «зернистой» головой (Grainy Head, откуда и название), что вызвано нарушением формирования плаценты (Development). Анджелина Джоли пошла на удаление груди, чтобы снизить риск развития рака, от которого страдали её мать и бабушка. Вполне возможно, что в связи с этим учёные Университета штата Мичиган в Энн-Арборе задались вопросом, интересуют ли широкую публику геномные исследования, которые позволяют выявить мутации генов и оценить риски развития опухолей у их детей (простаты у будущих мужчин и молочной железы у женщин). Среди опрошенных 62% высказались за, причём лично для себя провести геномный анализ согласны почти 59%, среди родителей 62% хотели бы сдать кровь для «прочтения» ДНК 62 и 58% – для их детей (PHG). Три года назад было сообщено о доказательном открытии раковых стволовых клеток (PCK), о существовании которых учёные могли судить лишь косвенно. В одной из работ авторы определяли наличие нормального маркера нервных стволовых клеток, который

«исчезает» по мере взросления и специализации клеточного потомства. Суть открытия была в том, что маркер определялся и на некоторых клетках внутримозговых опухолей, которые были стволовыми раковыми. Неприятным следствием было также то, что в опухолях было много «покоящихся» клеток, которые не светились, но гибли в ходе химиотерапии. Но затем по мере «возвращения» опухолевого процесса такие клетки тоже начинали светиться. По прошествии 3 лет молекулярные онкологи стали яснее понимать биологию PCK, что лишний раз доказали сотрудники Гарварда и Массачусетского технологического института (Cell). Они работали с клетками лёгочной опухоли, которые после пересадки мышам давали первичный рост, а затем и метастазы. Исследование генома неметастазирующих клеток выявило почти 70 тыс. сайтов-локусов в генах, 624 (чуть меньше 1%) из которых в большой степени подстёгивали метастазирование. В какой-то мере учёные на молекулярном уровне разрешили древнюю как мир проблему яйца и курицы, а также эволюции: в геноме есть «предрасположенность» к тем или иным изменениям, которые проявляют себя в тех или иных условиях.

Теоретическое заключение, сделанное на основе геномного эксперимента, было ещё раз подтверждено опытным путём на примере белкового трансформирующего ростового фактора TGF-бета, ген которого в норме является «защитником»-протектором. Однако в результате мутаций он становится онкогеном, определяя предрасположенность к развитию рака молочных желёз (SR). Сотрудники национальной лаборатории

активным состоянием гена весьма незначительна, чем и определяется их предрасположенность к заболеванию раком. Так был выявлен ещё один механизм клеточной трансформации, который не связан с мутациями в регулирующем гене. Это в какой-то мере объясняет известный уже на протяжении трети века факт, что далеко не во всех опухолях имеются мутации генов тех или иных белков.

В Гарварде были выявлены 13 взаимодействий генов с опухолевым микроокружением (envirom), в частности эпителиальных клеток, из которых и развиваются раковые опухоли, с их подложкой (стромой) и внеклеточным матриксом, который в норме «удерживает» клетки на месте, подавляя их миграцию (важное свойство нормальных клеток). В феврале этого года исследователи сообщили, что эти взаимодействия регулируются путём модификации генома (эпигеномной), затем то же самое было описано на примере многочисленных геномных «регуляторов» (промоторов и энхансеров), определивших уникальное разнообразие видов млекопитающих и поразительное увеличение мозга у человека. Хочется надеяться, что исследования в области рака помогут со временем не только сдерживать рост опухолей, но и решить многие проблемы эволюции, позволив создать вразумительную теорию. Просто над раком работают в мире сотни тысяч людей и средств на него отпускается гораздо больше, нежели на теоретические изыскания академических учёных.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature, Science.

Исследования

Дурной пример заразителен

Как показало исследование американских учёных, присутствие в местах общественного питания человека с избыточным весом склоняет окружающих его людей к выбору нездоровой пищи.

Исследователи из Корнелльского университета (США) набрали для эксперимента 82 студента, которым было предложено для обеда набрать себе в тарелку спагетти и салат. Также в исследовании приняла участие актриса с нормальным весом, использовавшая протез, который прибавлял ей 20 кг, то есть делал полной.

Далее с каждым из участников исследования был разыгран один

из 4 случайно выбранных сценариев: 1) женщина накладывала в свою тарелку больше здоровой пищи (больше салата и меньше пасты), когда надевала протез; 2) делала то же самое без протеза; 3) женщина накладывала в тарелку меньше здоровой пищи (больше пасты и меньше салата) с протезом; 4) то же самое – без протеза.

В каждом варианте развития событий добровольцы стояли в очереди за едой позади актрисы и видели, какие продукты она предпочитала.

Результаты исследования показали, что стоя за «полной» женщиной, участники исследования накладывали себе в тарелку и ели на 30% больше спагетти незави-

симо от того, чему она отдавала предпочтение – пасте или салату.

«Полученные данные подчёркивают важность предварительного решения о выборе той или иной еды до того, как вы войдёте в ресторан или буфет, – отметил профессор психологии и главный автор работы Митсуру Шимизу. – Если вы идёте в ресторан с намерением заказать умеренные порции еды с преобладанием здоровой пищи, менее вероятно, что на вас негативно повлияет выбор пищи других людей», – подчеркнул он.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам журнала Appetite.

ПОМОГИТЕ ВАНЕ!



Восьмилетний Ваня Кель воспитывается в Болховском доме-интернате для детей с физическими недостатками. Своего отца он никогда не видел, а мать лишили родительских прав. Ко всему прочему Ваня – инвалид детства. У него хроническая почечная недостаточность последней, самой тяжелой, стадии.

Для лечения мальчику необходим специальный портативный аппарат циклер, который еще называют «искусственной почкой».

Его стоимость 560 тыс. руб.

Союз благотворительных организаций России просит всех, кто хочет и может помочь Ване: мальчик нуждается в нашей поддержке как никто другой. Ведь у него нет родителей, а значит, и поддержать его, кроме тех, кому не чуждо сострадание, никому.

Более подробная информация по тел.: (495) 225-13-16
или на сайте www.sbornet.ru

Платежи в адрес Вани Кель принимаются во всех отделениях Сбербанка России без взимания комиссионного сбора.

Реквизиты:

Получатель: некоммерческое партнёрство
«Союз благотворительных организаций России»
ИНН: 7715257832
КПП: 771501001
Р/С: 40703810287810000000 в Московском филиале ПАО РОСБАНК г. Москва

К/С: 30101810000000000272

БИК: 044583272

Назначение платежа: пожертвование на лечение Ивана Кель

СОЮЗ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ ПРОСИТ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ ПОМОЧЬ



СРОЧНО! Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» приглашает для постоянного трудоустройства терапевта участкового для работы в посёлке городского типа, в котором действует программа «О единовременных компенсационных выплатах медицинским работникам, прибывшим в 2013-2014 гг. после окончания образовательной организации высшего образования на работу в сельский населённый пункт или переехавшим на работу в сельский населённый пункт из другого населённого пункта, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника».

(Постановление Правительства ХМАО – Югры от 12.10.2012)

Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.

Контактный телефон для справок **(34675) 3-41-20.**

Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу **(34675) 3-15-73** или по адресу:

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

E-mail: sovhospital@mail.ru

Областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Усть-Кутская районная больница» (местность, приравненная к районам Крайнего Севера)

требуется врачи следующих специальностей:

фтизиатр, терапевт, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог, офтальмолог, невролог, рентгенолог, общей практики, кардиолог, педиатр, оториноларинголог, стоматолог, лаборант.

Предоставляются: заработная плата от 20 тыс. руб., служебная квартира, соц. пакет.

Телефоны: главный врач – **(39565) 57-735;**
зам. гл. врача по общим вопросам – **(39565) 58-482;**
отдел кадров – **(39565) 57-902.**

Здоровье

Мужчины худеют быстрее

По мнению учёных, мужчинам легче расстаться с лишними килограммами, чем представительницам прекрасного пола.

Исследователи проанализировали полсотни научных работ, посвящённых процессу похудения. Оказалось, что основным фактором, помогающим мужчинам, является изначально большая масса тела. На втором месте – большой запас мышечной массы.

Анализ данных показал, что мужчины на первых этапах похудения стремительнее теряют в весе, однако спустя некоторое время скорость похудения среди мужчин и женщин выравнивается.

Женщинам сложнее худеть из-за того, что они регулярно готовят пищу и не могут удержаться, чтобы не попробовать свои блюда. Кроме того, они более склонны к эмоциональной привязанности к еде. Нередко конфеты и выпечка становятся «таблеткой» от стресса и неудач.

Исследователи подчеркнули, что общие принципы похудения для мужчин и женщин одинаковы, однако при составлении программы избавления от лишнего веса необходимо учитывать половые особенности функционирования организма.

Марк ВИНТЕР.

По информации medinform.net

В Бельгии с её насыщенной историей редкий город не может похвастать чем-то особенным. Но 35-тысячный Гил, что во фламандской части страны, выделяется даже на этом фоне. Более того – он без преувеличения всемирно уникален. Если бы существовало звание мировой столицы милосердия, его по праву следовало бы присудить этому городку. Поэтому, оказавшись в Брюсселе, грешно было пренебречь случаем и не доехать туда.

Попутчик в поезде, узнав о месте моего следования, не преминул привести поговорку, в вольном переводе адресующую в Гил тех, у кого не всё в порядке с головой. Название города для бельгийца звучит примерно так же, как для москвича «Кащенко» или «Канатчикова Дача» – с той разницей, что изначально иронический смысл сменился сложившимся в течение веков почтением.

Вот уже больше 700 лет здесь следуют обычаю привечать страдающих умственными и психическими расстройствами. В своё время такие люди тысячами стекались в Гил из разных концов Европы. Сейчас их здесь несколько сотен. Многие живут в семьях местных жителей годами, десятилетиями и даже до конца своих дней. Один из них недавно отметил полвека пребывания в семье, ставшей для него родной. В праздновании годовщины участвовала чуть ли не вся округа и пожаловавший во главе с мэром городской духовой оркестр.

За помощью к святой Димпне

Традиция пускать под свою крышу чужаков, отмеченных, мягко говоря, видимыми отклонениями и странностями в поведении, уходит корнями в XIII столетие, когда среди местного населения утвердился культ почитания трагически погибшей тут за 6 веков до этого ирландской принцессы Димпны. По преданию, принцесса бежала сюда, спасаясь от сексуальных домогательств со стороны отца. После смерти жены тот тронулся рассудком и решил жениться на дочери. Встретив отказ, он в припадке безумия отрубил ей голову.

Легендарную Димпну стали почитать как правоверную христианку, павшую в противодействии бесам, вселившимся в отца. Рядом с местом её гибели возвели церковь, куда стали приходить поклоняться святой в надежде на избавление от душевных болезней. В XV веке к церкви пристроили специальный приют для страждущих. Сейчас бы его назвали психоневрологическим диспансером, а тогда священники устраивали там длившиеся 9 дней обряды молений для очищения и изгнания из них дьявола – так называемые новены.

Число паломников росло, и из-за тесноты в приюте их стали размещать среди прихожан, не только дававших им кров и стол, но и посильную работу по хозяйству. Некоторые из прибывших надолго приживались у приютивших их людей. Настоятели церкви вознаграждали прихожан за участие, считая это не только более разумным, чем содержать душевнобольных в изоляции, но и эффективным для их исцеления и общего смягчения нравов. Эта практика выглядела поистине исключительной в эпоху, когда по всей Европе умалишённых, как правило, держали под замком, а в иных заведениях в порядке «лечения» сажали на цепь и секли розгами.

В 1803 г. муниципалитет Брюсселя, закрыв во имя сокращения расходов городскую психиатрическую лечебницу, перевёл сюда всю сотню её пациентов. Его примеру последовали власти ряда других городов. В результате число находящихся на попечении местной общины достигло 200 в 1820 г. и почти 1000 человек к середине XIX века.

Сложившаяся здесь система обращения с душевнобольными получила признание начавшей развиваться в то время научной психиатрии, а также самого государства. Специальным актом от 1850 г. парламент Бельгии узаконил и передал её в ведение министерства юстиции. Через несколько лет в Гиле был основан казённый стационар, а затем госпиталь для вновь прибывающих пациентов и оказания им профессиональной медицинской помощи. (Одним из них, кстати, мог стать Винсент ван Гог – отец знаменитого в будущем художника, озабоченный психическим состоянием сына, собирався отправить его туда.)

Уникальное наследие Гиля взяла под свой патронаж бельгийская королевская семья. Делегаты со-

временные терапии и методы психологической коррекции. Но, как и в былые времена, реабилитация пациентов через их размещение в семьях и интеграцию в обычную жизнь местного населения считается одной из основных и самых действенных.

– Разумеется, в эту программу не попадёт тот, у кого заболевание чревато проявлениями агрессии или спонтанной неуравновешенностью, – оговаривается д-р Богаэртс. – Во всех других случаях она открыта для любого желающего. Найти оптимальный вариант не всегда просто. Но мы не жалеем для этого сил и времени.

Сначала изъявивший желание в течение 3 месяцев проходит своего рода подготовку в числе нескольких кандидатов. Под наблюдением

двух. Бывает, впрочем, и наоборот. А нередко инициативу проявляют и совсем одинокие люди.

Лучшее лекарство

– Поступать таким образом считается само собой разумеющимся, – объясняет Богаэртс. – Каждый знает, что здесь так принято испокон веку. У многих точно так же делали родители, соседи и знакомые. И хотя никто не держал в руках учебник психиатрии, жить бок о бок с индивидами нестандартной судьбы и психического склада является для них делом привычным.

С поселением подопечного в приёмной семье роль сотрудников центра отнюдь не заканчивается. В административном смысле он продолжает числиться как

зом от 1991 г. на каждого пациента госпиталю из казны отпускалась сумма, эквивалентная 40 евро в день. Тогда из неё покрывалось 75% стоимости дневного содержания в стационаре. Оставшись с тех пор почти неизменной, сегодня она не покрывает и одной пятой.

– Экономически выгоднее половину этой суммы переводить людям, берущим под своё крыло пациентов, а другую расходовать на амбулаторное обслуживание, совершенствование работы центра и поддержание системы опекуна в целом, – говорит Богаэртс. – Опекуны, таким образом, получают скромный, но необлагаемый налогом дополнительный доход, к тому же позволяющий им больше времени проводить дома вместе с подопечными.

А как у них?

Город добрых сердец

Проверенный веками опыт служит современной психиатрии



Стивен Трюитс и Мэй

стоявшегося в 1902 г. в Антверпене международного конгресса психиатров признали Гил наилучшим местом для лечения своих клиентов. Последовал мощный всплеск притягательности города, достигший пика в 1938 г., когда насчитывалось 3736 человек, нашедших приют в местных семьях.

700 лет спустя

С этой предысторией меня бегло ознакомил д-р Вилфрид Богаэртс, работающий психологом в государственном психиатрическом центре. Госпиталь был переименован и преобразован в него в 2006 г., пояснил он, в русле так называемой деинституализации психиатрии, то есть развития различных форм внебольничной помощи покидающим стационар и преодоления их отрыва от общества. Иначе говоря, в том духе, что считался разумным, когда закладывалась местная традиция. И символично, что изваяние святой Димпны по-прежнему осеняет двухэтажное больничное здание с высокими арочными окнами и элегантным приветливым портиком, которое кажется меньше всего подходящим для такого учреждения.

За полтора века сложился большой многофункциональный комплекс, разросшийся на несколько кварталов. Он включает подразделение для взрослых (на 120 мест), престарелых (100 мест) и несовершеннолетних (24 места), обслуживающие как стационарных, так и прибывающих пациентов. Врачи центра применяют всевозможные

находящийся на лечении в психиатрическом центре. Уполномоченный медработник раз в месяц навещает его, доставляет предписанные медикаменты, справляется о состоянии, наблюдает за тем, как тот вживается в новую среду, и вместе с клиницистами немедленно придёт на помощь, если возникнут проблемы.

– Конечно, среди нашего контингента есть, что называется, особо трудные, – говорит Богаэртс. – Но мы специально ограничиваем информацию о диагнозе и истории болезни пациентов, давая знать об этом самый минимум. Наш принцип – обеспечить им возможность старта в жизни с чистого листа, так чтобы они видели, что к ним относятся, как к своим, а не выделяют каким-то образом. Это может только вывести их из равновесия и спровоцировать осложнения.

Примечательно, что во многих случаях те, кто принял к себе трудных постояльцев, ладят с ними достаточно долго и даже уживаются с ними насовсем. Помогают терпение, вера и чувство ответственности. В особо же тяжёлых ситуациях любого проблемного пациента в обязательном порядке примут обратно в клинику. В семьях, берущих его к себе, знают, что всегда могут рассчитывать на это, если не будет другого выхода. Такие эксцессы, признаёт Богаэртс, случаются, но никак не отворачивают людей от приверженности, вошедшей в плоть и кровь идее милосердия, которое, по сути, составляет в городе образ жизни.

Впрочем, у милосердия есть экономическая подоплёка, исключая нахлебничество, а к принимающим семьям предъявляются достаточно строгие и оговорённые законом требования. Подавляющая часть пациентов психиатрического центра получает социальное пособие или пенсию от государства. Никто не обречён выживать или лечиться за счёт частных благодетелей.

Однако качественная медицинская помощь, вбирающая самое лучшее в области психиатрии, стоит всё дороже. Королевским ука-

При этом сами опекуны должны быть достаточно состоятельными и здоровыми, располагать соответствующе оборудованным жильём как минимум с отдельной лишней комнатой, что тщательно проверяется, а главное – проявлять понимание и участие к тем, кто в этом нуждается больше всего. Их максимальная социализация, сказал Богаэртс, составляет лучшее лекарство и основное содержание программы.

Как и прежде, пациентов, которых, кстати, здесь принято называть «гостями», без ограничений примут и обслужат повсюду в городе, где они, можно сказать, составляют часть пейзажа, а особенности их внешности, речи и поведения просто не замечают.

Разброс в историях болезни и возрасте контингента чрезвычайно велик. Но сотрудники центра стремятся предоставить всем возможности полезной и оплачиваемой деятельности, будь то уборка его территории, уход за прилегающим садом, необременительная работа по дереву, упаковке, переплёту книг или сборке полуфабрикатов и незамысловатых изделий под заказ. Для этого есть отдельные корпуса с набором разнообразных мастерских. Каждому предлагают занятия строго по желанию и наклонностям. Кто-то выбирает работу с простыми повторяющимися действиями. Если у кого есть жилая чинить своими руками – предлагают место в мастерской по ремонту велосипедов.

К слову, по обширной территории центра меня сопровождала женщина лет 30, которая была тоже из числа пациентов. Несмотря на это, ей доверили выполнять протокольные функции в приёмном отделении, что она делала с видимым удовольствием. Выяснилось, что последние 8 лет она проживает в принявшей её семье с детьми, а сюда регулярно приходит на работу.

Схожую историю про себя поведал 43-летний Стивен Трюитс. Год назад его приютили Мэй Матеус с мужем. Каждый день она отводит его на занятия в центр и обратно.

– У них три взрослые дочери, а я им теперь как сын, – сказал Стивен. Мэй согласно кивнула головой.

Нам было по пути на станцию, до которой они взяли меня проводить. Но начал накрапывать дождь, и Мэй взяла Стивена за руку: «Пошли домой». А я подумал – как это всё же хорошо, когда ему и таким, как он, есть от кого услышать такие слова...

Том ЗАЙЦЕВ,
корр. «МГ».

Брюссель.

Фото автора.

История, как известно, развивается по спирали. Всё повторяется, но в более изощрённом виде. В XVI-XIX веках торговали трупами. Сегодня торгуют человеческими органами. Что страшнее? Разница в том, что трупы служили для познания анатомии человеческого организма, органы – для бизнеса. Но как далеко шагнула «хирургия», а ведь в основе её лежит «анатомия»...

Около года назад в «МГ» в материале Елены Галановой «Из брадобреев в хирурги» встретила такая фраза: «Дело в том, что средневековые доктора имели весьма смутное представление о том, как устроено человеческое тело. Вскрывать трупы, чтобы изучать наш организм изнутри, церковь строго запрещала. И лишь немногие хирурги, рискуя попасть на виселицу за столь тяжкое преступление, выкупали у палачей или могильщиков тела казнённых и в тихую их обследовали...»

Но как же всё-таки учили хирургов?

Трансплантация

Сегодня продажа человеческих органов у всех на слуху. И эти слухи связаны в основном с криминалом. Торговля органами – оборот человеческих органов, предназначенных для пересадки (трансплантация), в большинстве государств рассматривается как преступная деятельность.

В XXI веке изначально благая цель этого направления в хирургии мутировала в новый вид страшных преступлений, связанных с продажей органов, извлечённых из людей. Такое положение порождает убийства людей, контрабанду и прочие преступные деяния. Впрочем, это отдельная тема для самостоятельной статьи...

«ГРУЗ 200». Конечно, этот термин не употреблялся ни в XVI столетии, ни позже. Возник он во второй половине XX века. Этот по сути происхождения «военный термин», возникший во время войны СССР в Афганистане, потом переключался в гражданское обращение, и стал обозначать транспортировку усопших, которые умерли далеко от родных мест.

Но такая транспортировка усопших, зачастую не по их завещанию и воле родственников, существовала в Средние века, и на то были причины.

Контрабанда трупов

Контрабанда, как известно, – это незаконное перемещение через таможенные границы государств товаров и иных предметов, оговорённых законодательством той или иной страны, в данном случае Британии.

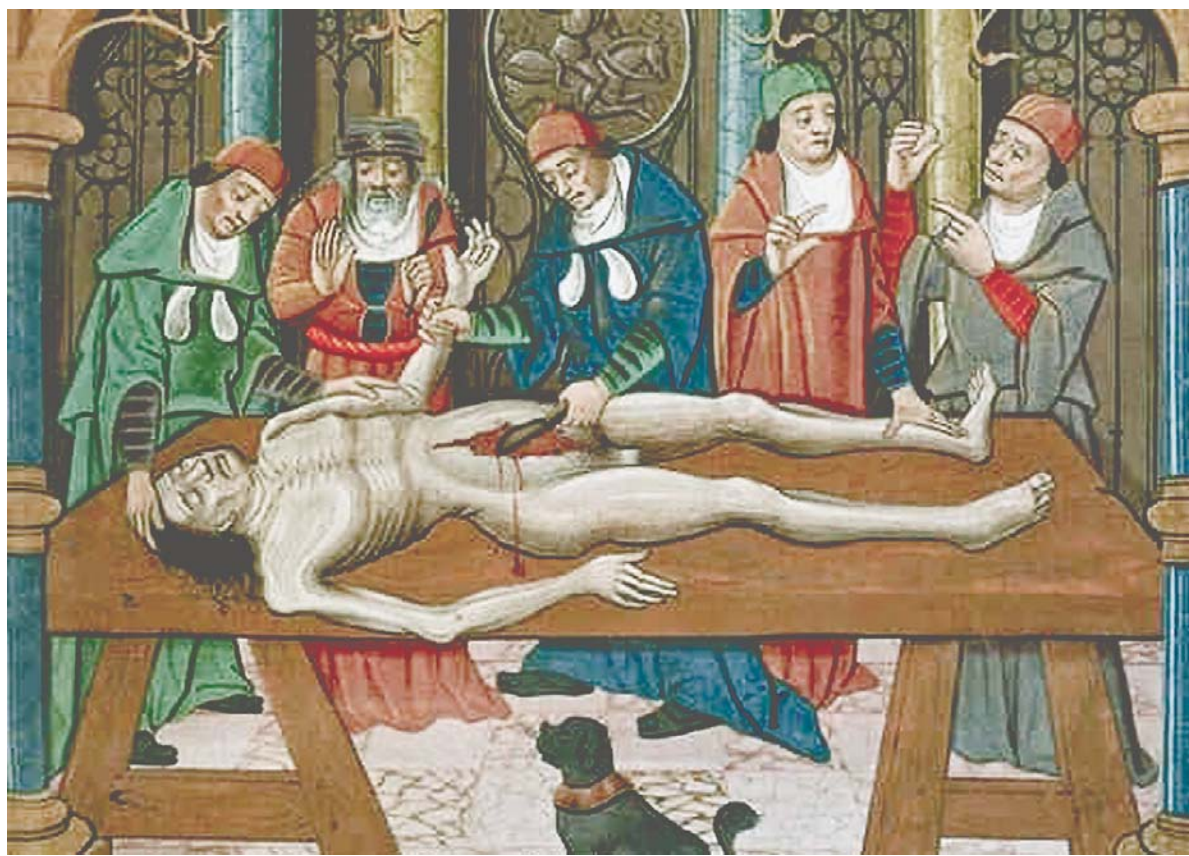
В начале XIX столетия в прибрежных водах Британии процветала морская контрабанда. Почти все парусники занимались этим промыслом, а некоторые – исключительно им. Таможенников было мало. Обычно наиболее влиятельные чины приморских окраин были в сговоре с контрабандистами. Некоторые торгаши брезговали такой «мелочёвкой», как алкоголь, табак или ткани, а предпочитали иного рода «товар»: они поставляли людские трупы для анатомических занятий в медицинские школы. Такого рода контрабанда называлась *cadavera trade* (*cadaver* – труп).

Медицинские школы только в Лондоне и Эдинбурге насчитывали около тысячи студентов, каждый из которых в течение срока обучения должен был исследовать по крайней мере 4 тела, а «учебного материала» явно было недостаточно. Тогдашние предписания разрешали студентам медицинских школ «работать» с телами казнённых убийц. Правда, были казнённые и за другие преступления, но хирургам разрешалось тренироваться только на трупах

Былое

«Груз 200» для Британии

Или на чём вчера учились хирурги, и какой вывод сегодня напрашивается



Вскрытие трупа. Миниатюра. Франция, XV в.

убийц. В XVI столетии «синебородый» Генрих VIII разрешил выдавать цехам «брадобреев и хирургов» ежегодно тела 4 убийц для углубления знаний и дальнейшего изучения.

Спрос на трупы породил предложения: покойников стали похищать с кладбищ. Чаще всего ограблению подвергались кладбища Ирландии, расположенные, как правило, вдали от человеческого жилья и не охраняемые. Так что медицинские школы в Дублине не испытывали недостатка в «учебном материале». Десятилетиями тела покойников вывозили из Ирландии в медицинские заведения Глазго и Эдинбурга. Лондон не только обеспечивал свою потребность в подобном «учебном материале» из Ирландии, но и поставлял его в Шотландию.

Эта нелегальная торговля

покойниками была весьма прибыльным делом для низов общества – гробовщиков, маклеров и моряков. В похищении покойников с кладбищ принимали участие врачи и студенты, но они руководствовались не желанием заработать, а исключительно для углубления медицинских знаний. За это в случае поимки они несли наказание. Правда, в этом случае дело ограничивалось невысоким штрафом. Судьи оказались перед проблемой, как квалифицировать действия, совершаемые с трупами, которые были ничьей

Прибыльный бизнес

В начале XIX века был зафиксирован ряд случаев обнаружения «товара» на кораблях, которые не занимались доставкой трупов профессионально.

9 октября 1826 г. в Ливерпуле для загрузки на парусник *Latona* были доставлены три бочки с надписью «горькая соль» и именем получателя: «G.H.Jonson – Edinburgh». Бочки отправили в трюм. Через некоторое время от бочек пошёл смрад. Капитан, спустившись в трюм, приказал их вскрыть – там оказались тру-

ня кладбищ и поставляющих тела покойников медицинским учреждениям. Эти люди пользовались покровительством светил медицины, не исключая личного лекаря короля, потому что нельзя было иначе учить искусству будущих эскулапов.

Со временем росла и цена на этот «товар». Если в 1805 г. труп стоил 3 гинеи (британская золотая монета), то уже в 1830-м году его цена выросла до 12-15 гиней. Считается, что подобная контрабанда не в состоянии была бы обеспечить возрастающий спрос на трупы, если бы люди, занимающиеся этим «бизнесом», не были в сговоре с церковниками и гробокопателями.

Кладбищенские шакалы работали ловко и быстро. Порой в одиночку, но чаще группами. Одна банда сумела в течение ночи выкопать 15 тел взрослых людей и ребёнка. Другая, как свидетельствуют записки, обнаруженные полицией, в течение одного зимнего периода украла с лондонских кладбищ 312 взрослых и 47 детских трупов. На этом она «заработала» 234 фунта. Цифры впечатляют, если напомнить, что квалифицированный ремесленник получал в год 50 фунтов.

Медицинские школы Лондона и других городов страны получали свой «учебный материал» в ящиках с надписями «пианино», «солёная рыба» и другими с припиской «осторожно» и «срочно». И только акт 1832 г., гарантировавший медицинским заведениям необходимое количество тел для изучения анатомии, положил конец этому преступному промыслу.

Анатомический акт 1832

До принятия акта положение учащихся и врачей Англии было затруднительным: все требовали от них анатомических знаний, которые в Англии невозможно было получить, потому что закон строго запрещал вскрытие трупов и употребление их для анатомических исследований и упражнений. В XVI веке, правда, для поощрения приобретения таких знаний закон разрешил «выдавать ежегодно корпорации цирюльников-хирургов (*barbersurgeons*) трупы 4 казнённых разбойников...», и то этот закон был с большими оговорками.

Из-за такого положения, чтобы учиться медицине, англичане вынуждены были ехать в Голландию, Италию, Германию и Францию, где законы были разумнее.

И только в 1828 г., когда два жителя Эдинбурга были уличены в убийстве с целью наживы от продажи трупов убитых, английский парламент озадачился этой проблемой.

В 1829 г. была учреждена парламентская комиссия для исследования положения анатомии в Британии. Исследования и прения продолжались с 1829 по 1832 г., когда, наконец, был принят анатомический акт, уничтоживший наказание за вскрытие трупов после казни и дозволивший медицинским школам пользоваться трупами для анатомических и медицинских целей, с соблюдением известных правил, подобных существующим везде.

P.S. Только один этот материал (а сколько других) свидетельствует о том, что человечество страдает от несовершенных законов, которые порождают преступления и коррупцию!

Вадим КУЛИНЧЕНКО,
врач.

п. Купавна, Московская область.

пы. Было сообщено в полицию, а бочки отправлены в морг.

Полиция выявила склад, откуда были привезены бочки на судно. Там обнаружили ещё 3 бочки и 3 мешка с законсервированными в соли трупами. Трупы были украдены с кладбищ.

Через несколько дней перед судом оказались трое шотландцев. Одного освободили, а двух осудили, каждый из них получил по году тюремного заключения и 50 фунтов штрафа.

Три месяца спустя случился новый скандал. В январе 1827 г., когда пароход «Манчестер» прибыл в Ливерпуль, в трюме стоял такой смрад, что таможенники даже не нуждались во вскрытии ящиков, чтобы отметить, что они содержат человеческие трупы.

В начале XIX столетия лондонская полиция знала фамилии свыше 200 дельцов, получающих большую прибыль от ограбле-

Это был настоящий триумф медицинской сестры Риты Моргуновой. Такого оживлённого настроения в хирургическом отделении городской больницы не бывало ни на коллективных празднованиях Нового года с танцами и пошловатыми конкурсами, ни во время даже самых безбашенных дежурств, когда на ночь оставались молодые ординаторы с молодыми медсёстрами и пускались во все тяжкие. Обычное вроде бы дежурство, сделавшее Моргунову героем больницы на долгие годы вперёд. На утренней пятиминутке восторженные доктора целовали её ручки, не уставая взахлёб восхищаться ею, медсёстры заискивающе обнимали, а всегда сдержанный, молчаливый и строгий заведующий хирургией Вахтанг Джабраилович, впечатлённый произошедшим этой ночью, «выписал» Риту сразу три внеочередных отгула.

Накануне этого ночного дежурства отделение работало в обычном режиме – с утра прооперировали четырёх плановых больных, провели перевязки, написали истории болезни, выписали выбывших и оформили вновь поступивших. Затем доктор попил чаю с подаренными конфетами, обсудили последние новости и к полудню разбрелись по домам, передав дежурной смене текущие стационарные дела. Из всех прооперированных в этот день больных наибольшего внимания заслуживала 80-летняя женщина с заподозренным сочетанием имени и отчества – Консуэлла Никаноровна.

Эта пожилая экстравагантная дама лежала в стационаре вот уже 12-й день и порядком поднадоела всем своими бесконечными просьбами и требованиями обследовать ей все органы, которые только мог запомнить её теряющий всякую здравую критику мозг. Поступление её в хирургическое отделение произошло спонтанно и внепланово, ибо было предвосхищено многократными звонками и назойливыми походами беспокойной женщины в местный Минздрав, где неутомимая бабуля театрально гремела юбилейными медалями, жонглировала медицинскими справками и буквально закидала кабинеты чиновников вырезками из пожелтевших газет про её славное трудовое прошлое. В итоге, дабы не разгорелся ненароком скандал о несправедливом отношении к заслуженному пожилому человеку, было принято решение без обязательного для всех обычных пациентов обследования и предварительного сбора анализов положить таки её в хирургию, так как Консуэлла Никаноровна имела в богатом архиве своих разнообразных болезней многолетнюю пупочную грыжу, которая периодически её смущала.

Как только добившаяся госпитализации дама оккупировала хирургическую койку, началось страшное – у неё резко заболело всё, что могло ещё болеть в этом выдавшем виды немолодом теле.

На литературный конкурс

Профессиональный подвиг

Рассказ

Максим СТРАХОВ



Все эти дни вокруг вечно жалуемой и требующей к себе внимания старушки ошалелыми «волчками» крутились не только лечащий врач и завотделением, но и терапевты, офтальмологи, неврологи, гинекологи, травматологи, оториноларингологи, не говоря уже обо всём многочисленном коллективе сестринского персонала. А вдохновлённая таким положением дел Консуэлла Никаноровна, получившая, кстати, своё необычное имя благодаря фантазии своей матушки-библиотекаря, каждый божий день придумывала новое заболевание и требовала вмешательства очередного специалиста. И правильнее было бы остановить эту «медицинскую вакханалию», но регулярные недвусмысленные напоминания о якобы данных сотрудниками Минздрава обещаниях, вновь заставлял хирургов продолжать этот нескончаемый диагностический марафон.

После полутора недель тесного общения с явно нездоровой пациенткой хирурги пришли к логичному выходу из затянувшейся ситуации – легче было побыстрее её прооперировать и под эгидой необходимого амбулаторного наблюдения выписать под наблюдение поликлинического хирурга по месту жительства. Однако хирургическое вмешательство явно не входило в планы Консуэллы Никаноровны, и она поначалу категорически отказывалась от предложенной операции. Тогда женщине открыто «пригрозили», что в таком случае её выпишут, ибо без операции в хирургическом отделении лежать не положено даже столь уважаемым и почтенным пациентам.

Этот козырь Консуэлле Никаноровне бить было нечем, а впереди мадам запланировала для себя новые интригующие будущими подробностями встречи с ещё неизвестными доселе специалистами клиники. Поэтому, прикинув все плюсы и минусы, она в итоге подписала согласие на грыжесечение, которое как раз и состоялось накануне того самого ночного дежурства, прославившего Риту среди коллег-медиков.

После операции на удивление и радость всего персонала беспокойная ранее пациентка вела себя более чем скромно. Сказался чудодейственный наркоз, который смог «обезвредить» Консуэлле Никаноровну не только во время самого вмешательства, но и после него. Вопреки всем самым жутким ожиданиям капризная старушка мирно спала в своей палате и никого не беспокоила. К слову сказать, особенно

– Что на этот раз? Вам плохо? Болит живот?

– Нет, Риточка, в этом смысле всё терпимо, – продолжала Консуэлла Никаноровна. – Мне нечем дышать!

– Господи правый, – Рита подскочила и включила свет.

Перед ней стояла обнажённая пожилая женщина в съехавшем наборе памперсов с растрёпанными седыми волосами и скрещенными на груди руками.

– Консуэлла Никаноровна, за грудиной давит? Это, наверное, стенокардия ваша разыгралась...

– Ничего у меня не давит! – строго прервала медсестру вполне спокойная внешне больная. – Это не стенокардия! Мне просто трудно дышать!

– Надо ЭКГ, сейчас кардиологу позвоню, – засуетилась Моргунова.

– Нет, милочка, это лишнее. Мне просто нужно срочно сделать рентген! – торжественно проговорила Консуэлла Никаноровна.

– Зачеее? Надо сердце проверить, вдруг у вас инфаркт? – продолжала беспокоиться Рита.

– Никакой это не инфаркт, – почти в профессорской манере остановила её старуха. – Зачем да зачем? Затем, что у меня полные лёгкие тополиного пуха! Мне дышать трудно – нужен срочный рентген!

Рита машинально повернула голову в сторону окна. Яркий уличный фонарь хорошо освещал заснеженный февральский двор больницы. Валил мягкий густой снег, который хаотично кружил в лучах желтоватого света бесконечным роем белёсых мотыльков.

«Всё ясно. Послеоперационный психоз! Только этого не хватало для полного счастья! – промелькнуло тут же в голове Моргуновой. – Что делать?.. По правилам надо психбригаду вы-

зывать, будить ответственного дежурного, решать вопрос о переводе в соответствующее медучреждение... Бедные доктора только уснули...»

– Рита, что вы стоите? Мне надо срочно сделать рентген! – прервала калейдоскоп тягостных мыслей медсестры пациентка, при этом показательно выкинув вперёд правую руку. – Чего мы ждём?

И тут во взбудораженную голову сонной, уставшей за смену медсестры пришла невероятная по своей оригинальности и замыслу идея, собственно и сделавшая её заслуженной героиней той самой пятиминутки. Рита, взяв под руку Консуэлле Никаноровну, повела её по коридору.

– Не переживайте, моя хорошая, сейчас всё будет! – С этими словами медсестра направилась с беспокойной старушкой в... перевязочный кабинет.

В полной темноте Рита усадила находящуюся в послеоперационном бреду Консуэлле Никаноровну на табурет, воткнула ей в рот серебряный крестик и захлопнула дверь. Через минуту в полной темноте она нащупала на стене крайний выключатель с надписью «кварц» и нажала кнопку. Как только в комнате вспыхнул яркий фиолетовый свет, Рита сразу же его выключила. После этого Моргунова резко открыла дверь и уже из коридора обратилась к сидящей на стуле женщине:

– Всё готово! Снимки распечатаете завтра!

Довольная Консуэлла Никаноровна радостно заулыбалась и поспешила выйти из комнаты.

– Ну вот и славно! Теперь мне стало значительно легче! – проговорила она и несколько виновато добавила: – Вы не обидитесь, если я вас покину и пойду к себе, прилягу? Что-то после операции меня в сон очень клонит...

Рита одобритительно развела руками и, проводив взглядом бодро шагающую в свою палату старушку, отправилась в сестринскую. В оставшееся до подъёма время медсестру больше никто не беспокоил.

На следующий день Консуэлла Никаноровна даже не вспомнила о ночном инциденте. Действие полученного ею накануне наркоза закончилось, и в этой связи начались другие, всеми ожидаемые проблемы – посыпались новые жалобы, требования и капризы. Единственное, что не беспокоило старушку до самой выписки, так это дыхание – оно было свежим и свободным...

Тверь.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – В.ЗАЙЦЕВА.

Справки по тел.: 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98. Отдел изданий и распространения 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 5-й этаж, Москва 129110. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-02-00392 Тираж 31 192 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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