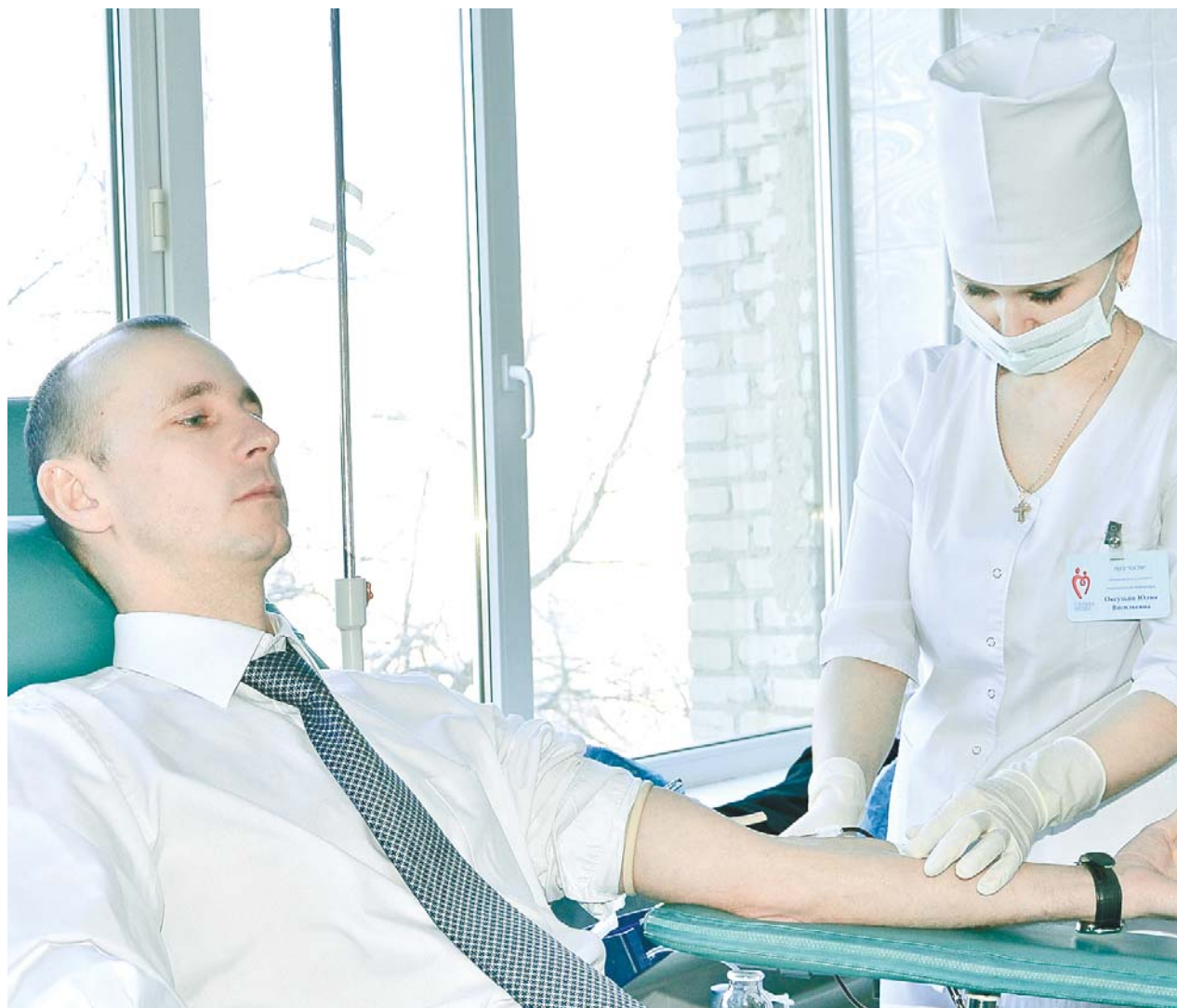


События

Равно подвигу...

Доноры Тамбовщины пришли на помощь страдающим онкологическими заболеваниями



Дом № 3, что по улице Бориса Васильева, знают многие жители Тамбова. Сюда, на станцию переливания крови, идут доноры, чтобы помочь попавшим в беду согражданам. Многие имеют на своём счету по несколько десятков акций кроводачи. И снова и снова приходят на станцию, чтобы проявить человечность, гуманизм... По большому счёту, каждый раз донор совершает осознанный поступок, равный подвигу...

Юрист А. Турецких и медсестра Ю. Оксюзьян всегда готовы помочь согражданам

— Нынешняя донорская акция — особая, — замечает председатель совета регионального общественного движения (РОД) «Доноры Тамбовщины» Евгений Преображенский. Об этом красноречиво говорит её девиз: «Доноры крови — больным онкологическими заболеваниями». По словам Е. Преображенского, в акции приняли участие свыше 350 человек. Среди них рабочие тамбовских предприятий, служащие

организаций, студенты. Были отмечены и коллективные посещения. Например, по традиции донорскую акцию закрыли партнёры РОД по проекту «На службе государству — в служении обществу!» сотрудники областной прокуратуры, Судебного департамента, Управления юстиции.

(Окончание на стр. 2.)

Фото Валерия ЧИСТЯКОВА.

Александр ФИЛИПЕНКО,
аудитор Счётной палаты РФ:

Финансовое обеспечение госпрограммы «Развитие здравоохранения» не соответствует параметрам федерального бюджета за 2014 г. почти на 3 млрд руб., а за 2015 г. — на 11 млрд.

Стр. 4.



Виталий ВОЛОБУЕВ,
главный врач Тисульской ЦРБ
Кемеровской области:

Считаю, что на федеральном уровне разговор нужно вести об укреплении здравоохранения всех малых территорий, а не только сельских...

Стр. 7.



Николай ДАВЫДКИН,
доктор медицинских наук, профессор:

Медицинской реабилитации не могут дать определение ... и вводят тем самым ... медицинский свет в заблуждение.

Стр. 10–11.



На контроль!

Росздравнадзор: медтехника используется неэффективно

Проанализировав материалы надзорных мероприятий в 2014 г., а также предоставленные Росстатом данные об эффективности использования медицинского оборудования в субъектах РФ в 2013 г., Росздравнадзор констатировал: во многих регионах дорогостоящая медицинская техника используется не в полном объёме.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, осуществляя контроль за эффективным использованием медицинского оборудования в регионах страны, выявила, например, что в Астраханской области низкая нагрузка на магнитно-резонансный томограф, в Карачаево-Черкесской Республике и Костромской области неэффективно эксплуатируются поставленные компьютерные томографы.

Низкая нагрузка на оборудование для маммографии отмечена в Магаданской области и Чеченской Республике, на оборудование для флюорографии — в Республике Адыгея и Чукотском автономном округе.

«Можно сделать вывод о частичном простом или неэффективном использовании оборудования. Следовательно, о низкой доступности для населения исследований, — говорит исполняющий обязанности руководителя Росздравнадзора Михаил Мурашко. — Свои выводы мы направили главам субъектов РФ для того, чтобы они обратили внимание на существующую проблему и усилили контроль за эффективностью использования дорогостоящего медицинского оборудования в подведомственных медицинских организациях».

Валентин МАЛОВ.
МИА Сито!

Сотрудничество

Немецкие студенты на Иртыше

В лучших лечебно-профилактических учреждениях Омска прошли обучение студенты-медики из Германии. Обучение это целевое — по курсу «детская гинекология», который входит в программу «Репродуктивное здоровье подростков» Международной зимней медицинской школы — 2015.

Целью этой школы является овладение студентами знаниями о совре-

менных проблемах детской андрологии и гинекологии, особенностях клинической картины хирургических и венерологических заболеваний репродуктивной системы у мальчиков и девочек. И 12 студентов медицинского факультета Рурского университета (Бохум, Германия) оказались здесь не случайно. Омские медики давно славятся своей педиатрической школой, а в областной детской клинической больнице успешно действует

центр патологии тазовых органов у детей. Подобный есть только в Москве. Ведущие омские специалисты в области детской гинекологии и андрологии провели для будущих медиков из Германии курс теоретических и практических занятий по специально разработанной программе.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.



МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОВОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ



Аппарат искусственной вентиляции легких Aeros 4500

- Встроенный компрессор
- Удобное управление и высокая информативность благодаря большому графическому монитору
- Встроенный небулайзер

Специальное предложение!
В наличии на складе

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Помогут государственные аптеки

В Приморском крае планируют создать сеть государственных аптек. Об этом заявил губернатор Владимир Миклушевский в ходе очередного заседания администрации Приморского края.

Как доложила заместитель директора Департамента здравоохранения Екатерина Елисеева, с начала года стоимость жизненно важных лекарств и препаратов первой необходимости в регионе остаётся неизменной. По её словам, в крае сохраняется значительный запас лекарственных препаратов, отпускаемых по льготным рецептам.

«В настоящее время на складах логистического оператора имеются все заявленные препараты. Кроме того, Департамент здравоохранения уже подписал контракты на закупку препаратов на общую сумму 47,5 млн руб. Ещё один контракт на приобретение лекарств для льготников будет подписан в течение следующей недели. Сумма заявки – около 30 млн руб.», – сказала заместитель Е.Елисеева.

«Провизоры и фармацевты обязаны организовать доступное информирование посетителей об имеющихся в наличии дешёвых аналогах препаратов, предоставлять дисконтные карты студентам, пенсионерам и иным социально незащищённым категориям граждан», – поставил задачу В.Миклушевский.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

10 лет борьбе с табаком

Исполнилось 10 лет с того момента, как вступила в силу в качестве международного документа Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака.

– Сторонами конвенции стали 179 государств и Европейский союз, что делает этот документ самым успешным и быстроратифицируемым международным соглашением в сфере здравоохранения за всю историю, – считает пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай. – 80% государств ужесточили своё анти-табачное законодательство после присоединения к конвенции. Стоимость одной пачки сигарет за это время в среднем выросла на 150%. В большинстве государств введены запреты на курение в общественных местах, активно используются графические предупреждения на пачках.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

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

Тенденции

ФАПы на колёсах

С ними жителям сельской глубинки становится намного спокойнее

В рамках реализации государственной программы «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2020 г.» Министерством здравоохранения организована закупка 5 передвижных ФАПов на базе автомобиля «КамАЗ» за счёт средств областного бюджета в размере 20 млн 950 тыс. руб. для Слободо-Туринской, Артинской и Сысертской центральных районных больниц, а также Туринской ЦРБ им. О.Д.Зубова и Серовской ГБ № 1.

Некоторые из них уже приступили к работе, например, в Серовской и Сысертской больницах.

В остальные лечебные учреждения автомобили поступят в течение I квартала этого года.



Основной функцией передвижного ФАПа является обеспечение сельских жителей качественным и доступным медицинским обслуживанием. Здесь ведёт приём фельдшер, который проводит ЭКГ-исследование, экспресс-анализ крови на сахар и холестерин, тонометрию артериального давления.

Результаты направляются участковому врачу-терапевту в поликлинику для определения дальнейшей тактики лечения или дообследования.

– Мобильные ФАПы обеспечивают первичную диагностику заболеваний и факторов их риска, – говорит начальник отдела организации первичной и скорой медицинской помощи областного Минздрава Ирена Базите. – Особенно это важно в случае ранней диагностики осложнений таких социально значимых заболеваний, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, онкология. Они также вносят весомую лепту в формирование у населения мотивации к здоровому образу жизни.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Острая тема

Насмешка над пациентами и госбюджетом

В лекарственном обеспечении наших сограждан требуется навести порядок

Миллионные списания просроченных дорогостоящих лекарств в регионах – это насмешка над пациентами и госбюджетом, они свидетельствуют о системных проблемах в организации закупок и недостаточно эффективной работе Минздрава России. Об этом заявил директор Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье» Эдуард Гаврилов.

Ранее, как мы уже сообщали, Росздравнадзор выявил в Калининградской области неэффективное расходование средств федерального бюджета: в регионе обнаружены просроченные лекарства на сумму около 28 млн руб. Власти этого субъекта Федерации пояснили, что препарат с истёкшим сроком годности остался на складе из-за невостребованности у пациентов. Речь идёт о препарате иматиниб, применяемом для лечения хронического миелолейкоза и входящем в реестр лекарств федеральной программы «Семь нозологий».

«Тому, что сегодня в Калининградской области и других регионах мы видим многомиллионные списания лекарственных средств, есть несколько объяснений. В первую очередь это отсутствие реального понимания на местах, сколько пациентов нуждаются в тех или иных препаратах. Во-вторых, сегодня нет гибких механизмов, позволяющих перераспределить закупленные лекарства, например, направить их в другой регион, если там они реально нужны. Подумать об этом нужно было уже вчера, ведь миллионы бюджетных средств фактически «сгорают». А где-то пациенты остаются без препаратов, срок годности которых истекает сегодня на складах», – сказал Э.Гаврилов.

Также он подчеркнул, что в каждом регионе должен вестись регистр пациентов, получающих лекарства в рамках программы «Семь нозологий», а органы управления здравоохранением должны ежегодно защищать свои заявки на закупку лекарств по этой программе в Минздраве России.

«Получается, что регион подал заведомо не просчитанную заявку. Существуют схемы лечения, все дозировки известны. Если иметь точное число пациентов, то определить потребность в лекарствах – элементарно. И здесь возникает вопрос к Минздраву России, почему в рамках информатизации здравоохранения до сих пор нет актуального федерального электронного регистра пациентов, нуждающихся в дорогостоящих лекарствах. Это позволило бы сверять, верно ли регионы рассчитывают объёмы лекарств, и избегать ситуаций со списанием препаратов впредь», – отметил Э.Гаврилов.

«Лекарственное обеспечение льготных категорий граждан сегодня находится в приоритете, и необходимо держать эти вопросы под особым контролем, – прокомментировала ситуацию руководитель рабочей группы «Социальная справедливость» в Калининградской области врач Татьяна Задоркина. – Участковые врачи должны выписывать пациентам те лекарства, которые им положены, главные врачи – очень внимательно и скрупулёзно составлять заявку на покупку лекарственных средств, ответственные лица, закупающие лекарства, должны следить за качеством и сроком годности препарата. Ведь обычного человека не интересует, почему он не получил лекарство или получил его с истекающим сроком годности. Пациента интересует выполнение государством

взятых обязательств. Если каждый сотрудник – и участковые врачи, и главные врачи, и чиновники на местах – добросовестно выполняет свою работу, то сбоев не будет и пациенты будут довольны».

По словам Т.Задоркиной, обязательно надо отрегулировать механизм возврата или перераспределения невостребованных лекарств на федеральном уровне, так как пациентам меняют схемы лечения, появляются более эффективные препараты. «Ну и самое главное – каждый должен понимать, что за закупкой и выдачей лекарств стоит не только эффективность траты бюджетных средств, а самое ценное – жизнь человека», – подчеркнула она.

Эксперты Фонда «Здоровье» с помощью сайта госзакупок установили, что с апреля по декабрь 2013 г. в Калининградской области препарат иматиниб был закуплен на сумму 1,8 млн руб. со средней ценой упаковки 10 тыс. руб., в 2014 г. закупок не осуществлялось, а в феврале текущего года закуплено всего 10 упаковок на 61,2 тыс. руб. (6 тыс. руб. за упаковку). «Мы видим разброс цен на один и тот же препарат в одинаковой дозировке, и это предмет для отдельного разбирательства. Например, в Челябинской области в ноябре 2014 г. это лекарство закупалось по цене 67 тыс. руб., а в Ярославской области – 1,8 тыс. руб. за упаковку, – заметил Э.Гаврилов. – Проблему пора решать. При условии должного контроля со стороны Росфиннадзора, его территориальных управлений, контрольно-счётных палат в регионах и правоохранительных органов экономия была бы значительной».

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Cito!

События

Равно подвигу...

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Организованно, как на работу, пришли выполнить свой гражданский долг перед обществом работники Управления Минюста России по Тамбовской области во главе с руководителем. Он первым занял кресло для донации. Забор крови провела медсестра Юлия Оксужан.

Знакомлюсь с донорами после окончания процедуры.

«Александр Турецких», – подаёт мне руку главный юрист Тамбовщины. Александр Владимирович сдаёт кровь во 2-й раз. В составе возглавляемой им «команды» и ветераны, и новички. По его словам, уговаривать никого не потребовалось, все пришли добровольно.

Алексей Денисов работает сварщиком на заводе «Комсомолец». Кровь сдавал в 44-й раз и планирует бывать здесь, пока позволит здоровье.

Их сосед по креслу и коллега по участию в акции Роман Колцов – преподаватель тамбовского филиала Академии при Президенте РФ. Занять донорское кресло его побудила болезнь отца жены. Роман Сергеевич считает, что не лишней будет его кровь, как и кровь всех доноров, пришедших в этот день на станцию, для других больных, находящихся в областном онкологическом диспансере.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тамбов.

Горькая утрата

На 62-м году ушёл из жизни наш коллега, заместитель генерального директора «Медицинской газеты» по издательской деятельности

Владимир Васильевич
МАНЯКА

Казалось бы, ещё несколько дней назад он обсуждал с нами ход подписной кампании. И не верится, что коварная болезнь смогла оборвать жизнь этого доброжелательного, светлого, доброго человека. Окончив Московский государственный институт международных отношений (факультет «международная журналистика») в 1981 г., он всю свою жизнь посвятил издательскому делу. В коллектив «МГ» Владимир Васильевич пришёл в 1998 г. и сразу предложил и реализовал несколько интересных проектов. Мы запомним его деятельным руководителем и отзывчивым товарищем.

Коллектив редакции «Медицинской газеты» выражает искренние соболезнования его родным и близким.



В центре внимания

В действующем Перечне ЖНВЛП — 608 лекарств

Вопросы, связанные с лекарственным обеспечением граждан, подняты Президентом РФ Владимиром Путиным на совещании с членами Правительства РФ, обсудившем государственную политику в социально-экономической сфере, а также изменение параметров федерального бюджета.

«Острыми остаются вопросы, связанные с лекарственным обеспечением граждан, — сказал В.Путин. — Ольга Юрьевна (вице-премьер О.Голодец. — И.М.), что там происходит?»

«Принято распоряжение о новом Перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) на 2015 г. В целях стабилизации лекарственного рынка на территории Российской

Федерации перечень был расширен, в него включены 50 важнейших препаратов, которые предполагают работу по онкологическим заболеваниям, орфанным заболеваниям, сахарному диабету и ещё целому ряду нозологий, — ответила Ольга Голодец. — На сегодняшний день список жизненно важных препаратов составляет 608 лекарств, которые «закрывают» все основные нозологии и все основные заболевания. В связи с принятием этого документа мы можем говорить, что мы контролируем значимую часть рынка: 608 препаратов из 2935, которые присутствуют на российском рынке. Очень важно, что из этих препаратов 413 имеют российское производство».

По словам вице-премьера, сегодня российские производители заявляют о своей готовности про-

должать локализацию на территории Российской Федерации и ставят вопрос о пролонгированных контрактах. «Вопрос, который мы обсуждали, — о семилетних контрактах. Они готовы удерживать цены и на будущее и локализовать производство при условии таких долгосрочных планов. Мы сейчас работаем в рамках правительства над этой задачей. Я думаю, что мы её довольно быстро сможем решить, оперативно, для того, чтобы обеспечить наш рынок лекарствами», — сказала О.Голодец. «Именно так и говорили: длительные контракты в обмен на снижение цен?» — уточнил глава государства, на что вице-премьер ответила утвердительно.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

Итоги и прогнозы

У сенаторов — свои вопросы к главе Минздрава

Недавний «правительственный час» в Госдуме с участием министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой не удовлетворил сенаторов. У членов Совета Федерации есть свои вопросы к главе Минздрава, говорит председатель Комитета по социальной политике Валерий Рязанский.

По его словам, есть четыре основные темы, которые сенаторы хотели бы обсудить с министром здравоохранения. Во-первых, это вопросы, связанные с обязательным медицинским страхованием граждан и ответственностью страховых компаний за выполнение условий страхования. «Понятно, что вопросы страховой медицины требуют очень серьёзной, тщательной аналитической доработки. Пока здесь вопросов больше, чем ответов», — говорит В.Рязанский.

Вторая тема — это оперативное реагирование государства на складывающуюся конъюнктуру цен на лекарственные препараты. «Совет Федерации хочет понять, каким инструментарием должен обладать Минздрав, а значит, и правительство, для того чтобы оперативно реагировать на изменение цен на лекарственные препараты. Учитывая, что лекарствами, как правило, пользуются люди больные, пожилые, с низкими доходами, здесь нужно эффективное государственное регулирование. Эта тема нас серьёзно беспокоит», — отметил глава сенатского комитета.

Третья тема, подлежащая обсуждению, — жалобы населения на «вымывание» услуг бесплатной медицинской помощи. «Учитывая, что разрешено часть медицинских услуг, выходящих за пределы программы ОМС, проводить на платной основе, мы получаем жалобы от населения, суть которых сводится к тому, что бесплатную услугу — скажем, не-

кое исследование, анализ — пациент может получить в порядке очереди только через несколько недель. В то же время платно ту же услугу он может получить немедленно», — констатировал В.Рязанский. — Учитывая менталитет наших граждан, которые не привыкли к такой организации дел, это вызывает серьёзные нарекания, суть которых сводится к тому, что платные услуги стали вытеснять систему бесплатного медицинского обеспечения».

Наконец, четвёртый вопрос, который особенно интересует сенаторов, — это Государственная программа развития здравоохранения. «Нас интересуют её основные направления, чего они будут касаться, где будет произведено сокращение, где, наоборот, будет усиление, — пояснил сенатор. — Например, очень интересует сегмент сердечно-сосудистых заболеваний как один из основных, приводящих к увеличению смертности населения. То же самое касается проблем лечения редких заболеваний, вопросов паллиативной помощи. Кроме того, нас тревожит проблема доступности медпомощи в регионах страны с большой территорией и малой плотностью населения. Тут есть специфика, касающаяся размещения мощностей медицинских учреждений. Эти регионы известны — Якутия, Красноярский край, Хабаровский край. Нужно понять: достаточно ли учтена в методике Минздрава, в установленных им коэффициентах возможность обеспечить на таких территориях главный критерий оценки эффективности медицинской помощи — её доступность».

В.Рязанский уверен, что помимо перечисленного члены Совета Федерации зададут при уже запланированной встрече с министром вопросы о состоянии здоровья школьников, о том, как увязываются школьные программы занятий физкультурой со здоровьем ребят, а также вопросы по геронтологии.

Отдельной темой обсуждения станет проводимая Минздравом программа оптимизации медицинских учреждений в различных регионах страны. По мнению В.Рязанского, очень часто при её проведении регионы ссылаются на некие нормативные документы, которые «спущены» из центра. Именно по ним и проводится такая оптимизация, которая в итоге даёт отрицательные результаты.

«Всё немножко не так, — замечает В.Рязанский. — Сегодня министерство весьма чётко даёт установки региональному здравоохранению на то, чтобы самостоятельно определять структуру медучреждений, исходя из принципа качества и доступности медицинских услуг. На примере Якутии мы сейчас исследуем этот вопрос и хотим понять, действительно ли региональные структуры здравоохранения недостаточно чётко выполняют свою миссию, или же слишком зарегламентирован порядок проведения оптимизации из центра. Но то, что оптимизировать систему оказания медицинских услуг нужно с умом и с учётом особенностей конкретных территорий, не вызывает сомнений. Думаю, что и общественность, и проект «Качество жизни (Здоровье)» должны включиться в процесс широкого мониторинга оптимизации медицинских учреждений в регионах России. Вполне допускаю, что общественный контроль этого процесса может дать свои, отличные от результатов мониторинга Минздрава, результаты. Можно и нужно совместить, выверить эти данные, вывести некий общий знаменатель не только для того, чтобы результаты такой оптимизации были понятны, но и чтобы вовремя исправить возможные ошибки и перегибы».

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Ситуация

Неприбыльные наркотики

«Коммерческие аптеки столицы не хотят торговать сильнодействующими наркотическими обезболивающими в связи с высокими требованиями, которые предъявляются к хранению таких препаратов, и низкой прибыльностью», — заявил заместитель московского мэра по вопросам социального развития Леонид Печатников.

«Нужна сейфовая комната, охранять их надо очень строго. А цены на них копеечные, маржинальность низкая, и коммерсанты не очень хотят с ними связываться, — отметил Л.Печатников. — На сегодняшний день в столице работают около 80 государственных аптек, где всегда

можно найти препараты, необходимые онкологическим больным. Это государственные бюджетные учреждения. Цены в этих госаптеках ниже, потому что власти их регулируют. Да, иногда в московских аптеках действительно завышают цены на лекарства. Мы проверили, и в некоторых случаях этот факт подтвердился. Но сказать, что это повально, я не могу. Однако надо отметить, что московский Департамент здравоохранения будет участвовать только в мониторинге цен, штрафовать он не может — не имеет юридического права».

Подготовил
Марк ВИНТЕР.
МИА Сити!

Угроза

Клещи появятся раньше

Из-за тёплой зимы и раннего начала весны клещи в России готовы активизироваться раньше, чем обычно, сообщили в Роспотребнадзоре.

В прошлом году из-за клещевого вирусного энцефалита погибли 23 человека. А всего зарегистрировано было, по данным Роспотребнадзора, почти 2 тыс. случаев заражения людей клещевым вирусным энцефалитом. С жалобами на присасывание клещей в медицинские учреждения обратились в прошлый эпидемический сезон (с 1 апреля по 1 октября) около 440 тыс. россиян, в том числе 100 тыс. детей. 150 тыс. пострадавших

потребовалась инъекция противоклещевого иммуноглобулина.

Тем не менее Роспотребнадзор обнадёживает: заболеваемость клещевым вирусным энцефалитом снизилась за 3 года более чем на четверть (27,5%).

Первое присасывание клеща к человеку в России в этом году уже зарегистрировано 24 февраля. Так что начало сезона клещей, считает Роспотребнадзор, будет в этом году, как никогда, ранним. Готовиться к этому придётся не только населению, но и медицинским работникам.

Валентин МАЛОВ.
МИА Сити!

Однако

Не больница, а вытрезвитель какой-то...



В столице Кубани может открыться медвытрезвитель. С предложением рассмотреть вопрос о его создании в городе выступил начальник Управления МВД России по г. Краснодару Дмитрий Остапенко. Причём организовать медвытрезвитель предполагается на базе одного из лечебных учреждений.

Как считает руководитель полиции, это даст возможность доставляемым туда гражданам

получать квалифицированную медицинскую помощь, а также ставить их на учёт и в последующем заниматься профилактикой. Надо сказать, что депутаты эту инициативу поддержали.

Напомним, что медицинские вытрезвители, действовавшие как раз в системе МВД, были закрыты в 2011 г. в рамках полицейской реформы.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Краснодарский край.

Многочисленные нарушения при реализации мероприятий в системе здравоохранения выявила в 2014 г. Счётная палата РФ. Рассказывая о них в рамках «правительственного часа» в Госдуме, аудитор Счётной палаты Александр Филипенко заявил, что обеспечение госпрограммы «Развитие здравоохранения» не соответствует параметрам федерального бюджета на 11 млрд руб.

Плохо считаем...

С 2014 г. всё планирование в здравоохранении и расходование средств осуществляются в соответствии с Государственной программой «Развитие здравоохранения», напомнил А.Филипенко. Однако, заметил он, до сих пор изменения в программу не внесены и замечания Счётной палаты не учтены. «В результате, финансовое обеспечение госпрограммы не соответствует параметрам федерального бюджета за 2014 г. почти на 3 млрд руб., а за 2015 г. – на 11 млрд», – сказал аудитор.

Говоря о наиболее острых проблемах здравоохранения, выявленных в ходе проверок контрольного органа, он отметил в первую очередь проблемы, связанные с реализацией Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ) и базовой программы обязательного медицинского страхования. «В связи с тем, что эти программы, по сути, были рассчитаны исходя из фактических затрат медорганизаций, а не на основе стандартов, как того требует законодательство, объективно рассчитать требуемый объём финансовых ресурсов не представляется возможным. В итоге в 2014 г. 59 регионов утвердили свои программы с дефицитом средств бюджета на 102 млрд руб., дефицит средств ОМС по 59 территориальным программам составил более 55 млрд. Ещё больший дефицит ПГГ мы прогнозируем в течение 2015 г.», – заявил А.Филипенко.

При этом он отметил, что, несмотря на поручения Президента и требования законодательства, в 2014 г. действенный мониторинг и контроль за реализацией территориальных программ Минздравом России не проводился. «Только по отдельным проверкам Счётной палаты было выявлено нарушений при формировании и реализации территориальных программ на сумму свыше 23,5 млрд руб.», – констатировал аудитор.

На контроль!

Медицине грозит дефицит

Счётная палата РФ: в 2015 г. здравоохранению не хватит 11 млрд рублей



Аудитор Счётной палаты РФ Александр Филипенко

Представитель Счётной палаты обратил также внимание на снижение доступности и качества медицинской помощи, в том числе в связи с проводимой оптимизацией сети медицинских организаций. При этом особенно настораживает сокращение медработников, отметил он. Например, Московская область при существующем дефиците планирует в рамках оптимизации уволить около 2 тыс. врачей. «Сейчас мы проводим проверку целесообразности и эффективности таких мероприятий», – сообщил А.Филипенко.

Вместо бесплатной медпомощи – платная?

Другая проблема, которую отметил аудитор, – это рост платных медицинских услуг. «За 2014 г.», – сказал он, – объём их вырос более чем на 20%, что может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платной».

В этой связи А.Филипенко обратил внимание на ограниченное участие медучреждений в системе ОМС. «Несмотря на продолжающееся сокращение федерального финансирования, участие федеральных медучреждений в системе ОМС остаётся ограниченным. Те объёмы медпомощи, которые им выделяют регионы, значительно ниже их возможностей и поданных в территориальные фонды за-

явок», – заметил аудитор. Например, по медорганизациям ФМБА, оказывающим помощь в закрытых административно-территориальных образованиях (ЗАО), сокращение финансирования в 2014 г. составило в среднем 10%. Соответственно, оно было замещено ростом платных услуг. В результате по итогам 9 месяцев 2014 г. доходы от платных услуг медорганизаций ЗАО уже на 39 млн руб. превышали доходы за весь 2013 г. При этом всё население ЗАО является прикрепленным к госмедучреждениям и должно получать медицинскую помощь в рамках программы госгарантий. Федеральная антимонопольная служба (ФАС), подготовившая предложения по развитию конкуренции на рынке медицинских услуг, предложила, кстати, разрешить оказание платных услуг в больницах и поликлиниках только по индивидуальным полисам ДМС.

Началось с того, что на совместном заседании экспертных советов при ФАС по развитию конкуренции в социальной сфере и здравоохранении и в сфере обращения медицинских изделий с предложением запретить платные услуги в госклиниках выступила прошлым летом главный врач «КардиоКлиники» Надежда Алексеева. В ФАС к идее прислушались и включили её в предложения по развитию конкуренции на рынках меди-

цинских услуг на 2015–2016 гг., которые были направлены в Минэкономразвития России. ФАС считает, что смешение платности и бесплатности медучреждений ставит в неравное положение частные клиники и госучреждения на рынке платных услуг.

«Государственные и муниципальные организации оказывают платные медучреждения, используя оборудование, расходные материалы, время и трудовые ресурсы, финансирование которых осуществляется в целях оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в то время как частные медицинские организации вынуждены покрывать все статьи расходов из одного источника финансирования», – отмечает ФАС. В итоге цена в госклинике становится ниже, так как в неё не включаются все вышеперечисленные затраты, а частная клиника должна учитывать все статьи расходов.

Кроме того, смешение платности и бесплатности приводит к устойчивому снижению доступности и качества медицинской помощи в бесплатной системе здравоохранения, а также к коррупции при оказании платных медицинских услуг в ЛПУ. Так, врачи осуществляют лечение за наличный расчёт, при этом потраченные материалы списываются на пациентов по ПГГ.

ФАС предлагает установить единые правила по оказанию государственными и муниципальными медицинскими организациями медицинских услуг населению, утвердить порядок и усилить информирование госклиниками населения о перечне бесплатных и платных услуг, порядке их оказания, условиях и ценах. Кроме того, считают в ведомстве, следует ввести ответственность главных врачей и медработников за незаконное оказание медицинских услуг за плату и несоблюдение предусмотренного пунктом 3 части 1 статьи 79 ФЗ-323 требования к медорганизациям об обязательном информировании граждан о возможности получения медпомощи в рамках государственной и территориальных ПГГ.

Куда ни кинь...

Рассказывая о нарушениях, выявленных Счётной палатой в ходе проверок медучреждений, А.Филипенко обратил внимание на большое количество нарушений при закупках медицинского оборудования. «По направленным материалам в следственные органы уже возбуждено 10 уголовных дел. Также установлено неэффективное использование учреждениями медоборудования на общую сумму свыше 1 млрд руб.», – сообщил аудитор.

Отдельное внимание в своём выступлении он уделил проблемам лекарственного обеспечения населения. В частности, аудитор отметил высокую зависимость от импортных лекарств. «В Перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов включено 597 наименований, из которых 37% в России не производится. 18 наименований только фасуется в России, при этом их стоимость превышает импортные аналоги», – сообщил А.Филипенко. Он также привёл данные Росстата, согласно которым производство отечественной фармпродукции в 2014 г. уменьшилось более чем на 6%. «Одновременно на 11% сократился импорт лекарств. Это создаёт серьёзные риски снижения доступности для населения», – полагает представитель Счётной палаты.

В числе проблем лекарственного обеспечения он также отметил рост числа отсроченных рецептов на льготное лекарственное обеспечение и значительный разброс цен на одни и те же препараты. В одном регионе они закупаются в 2,5 раза дороже, чем в соседнем, заметил А.Филипенко.

В общем, куда ни кинь, везде клин. Решение обозначенных проблем требует совместной работы Министерства здравоохранения России и регионов, подчеркнул он, завершая выступление. Между тем, как констатировала недавняя коллегия Счётной палаты РФ, далеко не все медучреждения обеспечили выполнение плановых показателей мероприятий по модернизации здравоохранения.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Новости

Министр здравоохранения Астраханской области Павел Джувалыков провёл выездной приём граждан по личным вопросам в Икрянинском районе, в здании районной администрации.

Жители района обратились к главе регионального Минздрава с проблемами, многие из которых копились в медицинской отрасли муниципалитета долгие годы. Это строительство и ремонт поселковых поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов, переоснащение районной больницы, износ автомобильной техники, оптимизация коечного фонда и многое другое.

Павел Джувалыков подчеркнул главную задачу сегодняшнего дня – вывод районной сферы здравоохранения из сложившейся

Приём граждан по наболевшим проблемам

Пути развития районного здравоохранения министр обсудил с местными жителями

непростой ситуации. Вывод системный, с координацией общих усилий, что сегодня и делается. На днях назначен новый главный врач районной больницы. Им стал Андрей Кашин, имеющий большой опыт руководящей работы. По ряду пунктов министр предложил объединить силы и средства

Минздрава и районных депутатов, решая проблемы в рамках реализации выборных наказов. Возможен также принцип долевого финансирования с участием бюджета района, если речь идёт о строительстве новых ФАПов. По отдельным вопросам, таким, к примеру, как приобретение ап-

паратов для физиотерапии, было дано поручение для немедленной проработки. «Многие вопросы сегодня приходится решать совместно с муниципалитетами», – отметил П.Джувалыков. – Также мы всегда готовы к сотрудничеству с общественными организациями района, и это тесное вза-

имодействие будет продолжено».

В этот день также состоялось заседание медицинского совета Икрянинской районной больницы по итогам 2014 г., в ходе которого были подведены результаты проделанной работы и намечены перспективы на год текущий. Заседание медсовета проходило в расширенном составе с участием главных специалистов министерства по направлениям. Подробно была проанализирована ситуация с заболеваемостью населения района. Подытоживая, министр выразил надежду, что недавно назначенный главный врач нормализует ситуацию и продолжит развитие местного здравоохранения.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Астрахань.

Высоко оценила в ходе рабочего визита в Кострому качество работы регионального сосудистого центра областной клинической больницы председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко.

Ознакомившись с возможностями медицинского учреждения, спикер Совета Федерации отметила качество его работы. В 2014 г. медпомощь в центре получили более 600 пациентов с самыми сложными заболеваниями. За это время здесь выполнено более 300 операций. В целом мощности центра позволяют оказывать медицинскую помощь примерно 2 тыс. пациентов в год.

Сосудистый центр был создан в рамках региональной программы развития здравоохранения в январе прошлого года в рамках соглашения между Министерством здравоохранения РФ и администрацией Костромской области. Для оснащения медучреждения из федерального бюджета привлечено 110 млн руб., из областного – более 45 млн.

Благодаря созданию центра показатель смертности от болезней сердечно-сосудистой системы в Костромской области значительно снизился, сообщили в администрации области. Жители региона получили возможность получать высококвалифицированную медицинскую помощь в первые часы после острого нарушения мозгового кровообращения, инфаркта миокарда и других заболеваний. Повысилось качество диагностики, появилась возможность неотложного оперативного вмешательства.

Жители региона получают высококвалифицированную медицинскую помощь в первые часы после острого нарушения мозгового кровообращения, инфаркта миокарда и других заболеваний. Можно пройти в центре и курс реабилитации – здесь созданы условия для физиолечения, механотерапии, занятий лечебной физкультурой, организованы консультации психолога и логопеда. Всё это привело к улучшению качества лечения, минимизации последствий заболеваний.

В.Матвиенко побывала также в нефрологическом центре, по-

Деловые встречи

Благодаря медцентрам смертность снижается

Это подтвердил визит в Кострому высокого гостя



Валентина Матвиенко: «Дело идёт на поправку?»

строенном в Костроме в рамках государственно-частного партнёрства. Он рассчитан на 40 аппаратов «искусственная почка», что обеспечивает возможность проведения высококачественной процедуры гемодиализа для 240 пациентов. Председатель СФ высоко оценила работу администрации региона по организации государственно-частного партнёрства в медицине – в его

рамках такие центры построены в трёх районах области.

Как сообщили в областной администрации, благодаря современному высокотехнологичному медицинскому оборудованию процедуры в Костромском нефрологическом центре стали максимально комфортными. Пациенты во время лечения могут смотреть фильмы, изучать свою электронную медицинскую карту,

получать телевизионные консультации у ведущих врачей страны. Очереди в центрах исчезли, а необходимые процедуры жители региона получают по первому обращению. Между медико-образовательной организацией «Нефрологический экспертный совет» и администрацией региона подписано соглашение о сотрудничестве, в соответствии с которым разработана областная

программа «Развитие нефрологической службы в Костромской области на 2013–2015 гг.».

В центре, который посетила В.Матвиенко, работают клиничко-диагностическая и гистологическая лаборатории, нефрологический стационар, кабинет ультразвуковой и функциональной диагностики. Помогает врачам интеллектуальная информационная система, которая позволяет вести мониторинг пациентов, структурировано регистрировать всю информацию, касающуюся процесса диагностики и лечения пациента, формировать единую базу данных, помочь в постановке диагноза и предложить оптимальный путь лечения каждого больного. Процедуры гемодиализа и перитонеального диализа в сутки могут пройти 120 больных.

Спикер подчеркнула важность государственно-частного партнёрства в здравоохранении и заявила, что Совет Федерации готов оказывать поддержку подобным проектам.

Строительство всех этих центров стало возможно в Костромской области во многом благодаря инициативе губернатора Сергея Ситникова. Администрация региона гарантирует инвестору на длительный период государственный заказ на лечение пациентов, который оплачивается из фонда ОМС, инвесторы вкладывают значительные средства в создание современных, оборудованных по последнему слову техники медучреждений.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Проблемы и решения

У головокружения — десятки причин

И оно влечёт за собой серьёзные издержки для общества

Недавно московские врачи ещё раз деликатно напомнили: **головокружение (вертиго) может быть вызвано целым рядом патологических процессов, приводящих к дисбалансу систем, контролирующим зрение, равновесие, тактильные и болевые ощущения, а также положение тела. Оно сопровождается более чем 80 разнообразных заболеваний. В частности, является характерным симптомом болезни Меньера – тяжёлого хронического заболевания, поражающего одного из 25 тыс. человек ежегодно во всём мире.**

– Головокружение является одной из самых распространённых жалоб в медицинской практике, – говорит ведущий научный сотрудник клиники нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Максим Зиммерград. – В среднем ежедневно не менее одного пациента посещают терапевта с подобными жалобами. И они далеко не всегда безобидны.

По словам М.Зиммерграда, социально-экономические аспекты головокружения включают в себя не только необходимость менять привычный образ жизни,

но и (в силу частых больничных) становятся причиной увольнения, что влечёт за собой серьёзные издержки для общества.

Это состояние представляет собой угрозу и для физического, и для психического здоровья человека. Исследование, направленное на изучение головокружения, его терапии и влияние на пациентов, показало, что 50% людей, страдающих этим недугом, сообщили о разного рода затруднениях, 11% отметили ограничения в повседневной жизни, 11% сменили работу или вообще отказались от неё.

Поэтому на встрече с журна-

листами, посвящённой данной теме, неврологи пояснили: методы лечения головокружения зависят от его причины. Так, головокружение, обусловленное болезнью Меньера, как правило, лечится медикаментозно; распространённый тип вертиго – доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение лечится, как правило, физиотерапией; для лечения вертиго, вызванного тревожностью, обычно применяют когнитивно-поведенческую терапию, а хронические головокружения зачастую требуют хирургического вмешательства.

Улучшить качество жизни людей, страдающих головокружением, призвана образовательная программа, запущенная в этом году с помощью одной из крупнейших компаний в сфере здравоохранения. Её задача – помочь пациентам преодолеть изоляцию, способствовать их реабилитации, а также содей-

ствовать укреплению приверженности пациентов длительному медикаментозному лечению.

Центры по лечению головокружения предоставляют информацию и обеспечивают поддержку медицинских специалистов, что способствует повышению качества медицинских услуг.

На сегодняшний день открыто более 30 центров по лечению головокружения в различных регионах России.

Кроме того, разработаны и образовательные проекты для врачей. Идёт речь о создании ассоциаций специалистов в области лечения головокружения, что даст возможность предоставлять необходимую информацию врачам и пациентам по проблеме, а также взаимодействовать с другими организациями.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Проекты

С нынешнего марта столичные жители смогут поделиться своими идеями относительно усовершенствования амбулаторного звена города на специальной краудсорсинговой площадке «Московская поликлиника».

«Московская поликлиника»

С помощью этого проекта столичные власти надеются узнать, что именно должно быть усовершенствовано в работе городских поликлиник, опираясь на мнение граждан. В реальном времени все желающие смогут обсудить собственные идеи друг с другом, а также получить мнение экспертов на этот счёт. В обсуждение войдут вопросы доступности и удобства получения медицинской помощи в базовых медучреждениях, качество обслуживания, очереди и другие актуальные для города темы.

«Принять участие в проекте можно уже сейчас, заполнив анкету на сайте www.crowd.mos.ru. Все предложенные горожанами идеи будут проанализированы», – сообщает на сайте Департамента здравоохранения Москвы.

Площадка будет работать 2 недели.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!

Москва.

У барона Мюнхгаузена подвиг был запланирован на конкретный день и час. От медиков Белогорска (посёлок в Тисульском районе Кемеровской области, на границе Красноярского края) жизнь может потребовать подвига в любую минуту. Перед самым Новым годом из местной участковой больницы уволился последний врач. С тех пор вся экстренная помощь почти 3-тысячному населению посёлка легла на плечи среднего медперсонала.

Простор для профессионалов

От Тисуля до Белогорска – 120 км. Дорога преимущественно грунтовая, часть её проходит по предгорьям Кузнецкого Алатау.

...Кипенно-белые пышные сугробы вдоль расчищенного грейдером серпантина... Чётко прорисованные на фоне неба хвойные деревья, стройные ряды которых то и дело «ломают» странные экземпляры с кронами, напоминающими кудрявые восточные иероглифы... И верба, выбросившая перламутровые шишечки прямо из глубоких снегов...

Впрочем, у жителей Белогорска, вынужденных преодолевать этот путь до «большой земли» и обратно, красоты природы восторгов давно уже не вызывают. По прикатанным ямкам «зимнего асфальта» да в ясный день добираться ещё ничего. А в метель, в гололёд, в весенне-осеннюю распутицу или по летней пыли (т.е. большую часть года) это удовольствие ниже среднего. Перевал Кедровый – вообще головная боль водителей. Случись что, в горах даже мобильной связи нет. Вот почему подарок администрации Кемеровской области – автомобиль скорой помощи с системой подключаемого полного привода администрация Тисульской центральной районной больницы да и сами белогорские медики восприняли на «ура»: возить в ЦРБ тяжелобольных стало и проще, и безопаснее.

А нужда в таких поездках случается. В конце декабря, в связи с выходом на пенсию последнего белогорского доктора, в посёлке закрыли 8-кочный круглосуточный стационар. Участковую больницу перепрофилировали во врачебную амбулаторию. Возглавила её... фельдшер с 47-летним стажем Надежда Кормышева. Главный врач Тисульской ЦРБ Виталий Волобуев считает её профессионалом с большой буквы. Поселковые медики того же мнения: остановить кровотечение, зашинуровать перелом, провести противошоковую терапию – всё это Кормышева, четверть века проработавшая в операционной, может не хуже доктора.

Сама Надежда Васильевна уверена, что и очень хороший фельдшер никогда не сможет подняться до уровня даже посредственного врача. «Потому что знаний у средних медработников меньше, – просто поясняет она. – У меня был случай: поступила женщина с приступом бронхиальной астмы, и я никак не могла его снять. Привезла больную в Тисуль, а там молодой психиатр с ходу говорит, что приступ на нервной почве. Будь в Белогорске врач, он бы с этим на месте разобрался, сразу бы успокаивающие препараты назначил...»

«Мы друг друга жалеем...»

Общая численность коллектива Белогорской амбулатории, вместе с разнорабочими-техниками, составляет сегодня около 30 человек. Набор медицинских услуг, которые жители посёлка могут получить рядом с домом, и сейчас вроде бы немаленький.

Наряду с приёмом взрослого

Ситуация

В режиме особого доступа

Красоты Кузнецкого Алатау меркнут перед трудностями повседневной работы здешних медиков



Заведующая Белогорской врачебной амбулаторией фельдшер Надежда Кормышева

населения открыт приём детей: в детской консультации работают фельдшер Наталья Контиевская и патронажная медсестра Елена Сониная. Действует лаборатория: «простые» анализы, включая определение уровня холестерина и сахара крови, выполняются на месте, на «сложные» кровь из вены забирают здесь же и санитарным транспортом отправляют в ЦРБ. Медсестра процедурного кабинета Валентина Кулешова выполняет тонометрию. Старшая медсестра Ольга Зайцева не только отвечает за доставку и сохранность лекарств, но и ведёт регистратуру, выписывает больничные. Зубной врач лечит зубы. Медсестра стоматологического кабинета при необходимости может записать ЭКГ...

«Мы все тут как в кулачке, – замечает заведующая амбулаторией Н.Кормышева. – Если попрошу девочек что-то сделать, никто не скажет, что это не его обязанности. Потому что мы друг друга жалеем».

Жалеют женщины и единственного водителя Сергея Баранова, берегут его силы для дальних поездок, которые могут случиться в любое время суток. Вызовы по по-

сёлку чаще всего обслуживают пешком. А посёлок, между прочим, не на плато расположен – на террасах. И на самую верхнюю, к амбулатории, мы смогли въехать только с третьей попытки...

Разговор с местными медиками проходил на бегу. Поступил «непонятный» больной, и Надежда Васильевна занялась им. Сняли ЭКГ, по факсу отправили в Тисуль, там специалисты расшифровали, успокоили, что не инфаркт, но сказали, везти больного в райцентр всё равно надо. Главный терапевт района объяснил, какую экстренную помощь следует оказать ему перед дальней дорогой, и мужчину тут же уложили под капельницу. Только Кормышева вернулась в кабинет, передали срочный вызов на дом. По

вызовам, а затем на диспансеризацию школьников убежала и фельдшер Наталья Контиевская.

«По случаю диспансеризации в посёлок приехала больная бригада врачей, – поясняет Н.Кормышева. – А мне нужен офтальмолог, осмотреть на дому неомобильную бабушку. Я уже договорилась с доктором, после школы сразу туда. Врачи ЦРБ вообще никогда не отказывают нам в помощи. Терапевт и педиатр приезжают в посёлок дважды в неделю. Надо – мы и узких специалистов приглашаем: кардиолога, эндокринолога, хирурга...»

Врачи выездной бригады ЦРБ подтвердили: медики Белогорска, а это самый удалённый посёлок района, обращаются к ним вове-

мя. Пациенты в стационар тоже поступают вовремя, запущенных случаев нет.

Но всё равно: Белогорску очень нужны собственные специалисты с высшим медицинским образованием.

Золотой век в прошлом?

На карте Кузбасса Белогорск появился в 1962 г., в результате переименования посёлка Кия-Шалтырь. Золотодобывающий прииск с таким названием возник ещё в конце XIX века. Второе рождение посёлка случилось после открытия в его окрестностях месторождения нефелиновых руд, ставших сырьём для алюминиевой промышленности.

По одной версии, своё новое имя он получил из-за снега, который на высоте 700 м над уровнем моря лежит 9 месяцев в году. По другой, был назван в честь горы Белой, мимо которой шла дорога на Кия-Шалтырский рудник. «Здесь начинается «Ру-



Главный врач Тисульской ЦРБ Виталий Волобуев

сал» – сообщает стела на въезде в Белогорск сегодня.

В 1968 г. население посёлка насчитывало 6,6 тыс. человек. Его расцвет пришёлся на 70-80-е годы. Число учеников в местной средней школе приблизилось тогда к тысяче, теперь меньше 300. В 1975 г. было введено в строй типовое здание трёхэтажной больницы со 105-кочным стационаром. Здесь работали терапевты, хирурги, акушеры-гинекологи (было своё родильное отделение), рентгенологи, анестезиологи-реаниматологи... В штате был даже челюстно-лицевой хирург!..

Сегодня «жилым» остаётся лишь первый этаж больницы, два верхних законсервированы.

«После 40 лет эксплуатации здание требует ремонта, – признаёт главный врач ЦРБ В.Волобуев. – Мы обсуждали этот вопрос с главой Белогорского поселения Сергеем Владимировичем Кирпичниковым. Но прежде нужно выполнить экспертизу фундамента. На карьеру идут взрывные работы, местами по посёлку есть оседания. Если комиссия скажет, что фундамент нормальный, можно вкладывать деньги в ремонт».

Для долгожданного доктора в

посёлке сегодня приготовлена полностью отремонтированная квартира. А комплексному решению кадрового вопроса могла бы помочь программа «Земский доктор». Добровольцам, которым нравится жизнь на свежем воздухе, земский миллион рублей позволил бы и жильё купить (однокомнатная квартира стоит здесь 160-250 тыс. руб.), и хорошее авто. Однако на посёлки городского типа действие программы не распространяется – только на рабочие. А это, с точки зрения закона, отнюдь не синонимы...

Выше «Г» не прыгнешь...

С 2012 г., когда началась реализация программы «Земский доктор», в сёла Кузбасса пришли работать 65 «миллионеров». В настоящее время в Департаменте охраны здоровья населения рассматриваются документы ещё 11 врачей.

«Благодаря участию в программе нам удалось поднять обеспеченность сельского здравоохранения врачами до 64,3%, – уточняет начальник отдела кадров департамента Лилия Ганиева. – Тогда как в целом по Кузбассу этот показатель составляет сегодня чуть более 50%».

Казалось бы, неплохо. Но здравоохранение Волгоградской области за этот же период пополнилось 188 врачами. А в Челябинской области за один только 2012 г. было трудоустроено 127 «миллионеров»!.. Что мешает не отставать Кемеровской области? Чрезмерная урбанизированность!

Дефицит врачей испытывают сегодня не только врачебные амбулатории и участковые больницы региона. В центральных районных больницах их тоже не хватает. Особенно острая потребность отмечается в Гурьевском, Крапивинском, Тисульском, Топкинском, Чебулинском, Яйском районах... Но все кузбасские ЦРБ расположены или в городах, или в райцентрах, имеющих статус пгт.

«В составе Кемеровской области такой административно-территориальной единицы, как рабочий посёлок, нет вообще, – поясняет начальник отдела статистики населения и здравоохранения Кемеровостата Татьяна Воробьева. – А вот пгт у нас 23. Раньше было больше, но потом часть из них изменили статус, стали сельскими населёнными пунктами».

«Тисульской ЦРБ сегодня крайне нужны хирурги и акушеры-гинекологи, фельдшеры и акушерки, потому что медики, проработавшие здесь не один десяток лет, собираются на заслуженный отдых, – подчёркивает В.Волобуев. – Мы ищем кадры по всей России и в ближнем зарубежье. На объявления о вакансиях есть отклики. Но многие, узнав, что миллион для приехавших в посёлок городского типа не положен, сразу теряют интерес. Считаю, что на федеральном уровне разговор нужно вести об укреплении здравоохранения всех малых территорий, а не только сельских...»

На всероссийском селекторном совещании, которое 29 января проводила член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Салия Мурзабаева, отмечалось, что в 2014 г. в целом по России программа «Земский доктор» была исполнена только на 56%. Наряду с регионами, которые выполнили и перевыполнили взятые на себя обязательства (в том числе и Кузбасс), были такие, кто или не дотянул до контрольных цифр, или вообще не привлёк ни одного специалиста.

Почему бы не передать их невостребованные вакансии посёлкам городского типа?..

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемеровская область.

Фото Фёдора БАРАНОВА.



Доставить экстренного больного из Белогорска в Тисуль водитель Сергей Баранов готов в любое время суток

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 16 (1868)

Экзогенный аллергический альвеолит – общее название группы аллергических пневмопатий, которые возникают вследствие аллергической реакции лёгочной ткани на интенсивные и длительные ингаляции определённого антигена. Заболевание представляет собой диффузный гранулематозный воспалительный процесс альвеол и интерстициальной ткани лёгких, развивающийся под влиянием интенсивной и продолжительной ингаляции органических и неорганических антигенов.

Термин «экзогенный аллергический альвеолит» был предложен J.Perus в 1967 г. В литературе встречаются и другие названия этой патологии: «гиперчувствительный пневмонит», «ингаляционная пневмопатия», «диффузная интерстициальная пневмония», «интерстициальный гранулематозный пневмонит», «зерновая лихорадка».

Согласно классификации пневмокониозов, принятой в 1996 г. НИИ медицины труда РАМН (утверждена методическими указаниями № 95/235 Минздравмедпрома России), экзогенный аллергический альвеолит относится к группе пневмокониозов, развивающихся от воздействия аэрозолей токсико-аллергического действия.

Этиология

Факторы, вызывающие развитие профессионального экзогенного аллергического альвеолита, можно разделить на несколько групп:

1) микроорганизмы (бактерии, термо-

фильные актиномицеты, грибы, простейшие) и продукты их жизнедеятельности (эндотоксины, белки, глико- и липопротеиды, полисахариды, ферменты);

2) биологически активные субстанции животного (сывороточные белки, шерсть животных и пр.) и растительного происхождения (опилки деревьев, заплесневелая солома, экстракты кофейных зёрен);

3) низкомолекулярные соединения (тяжёлые металлы и их соли, диизоцианат толуола, тримелитиковый ангидрид и др.), а также многие лекарственные препараты

Таблица 1

Основные вредные факторы, обуславливающие развитие экзогенного аллергического альвеолита у работников сельского хозяйства и перерабатывающей промышленности

Заболевание	Аллерген	Источник аллергена
Багассоз	Термофильные актиномицеты	Заплесневелый сахарный тростник
Лёгкое птицевода	Частицы перьев и помёта	Голуби, цыплята, индюки
Лёгкое сыровара	Penicillium casei	Некоторые сорта сыра
Лёгкое кофемола	Кофейная пыль	Зёрна кофе, молотый кофе
Болезнь заготовителей компоста	Aspergillus spp.	Компост
Лёгкое фермера	Термофильные актиномицеты	Прелое сено, зерно, силос
Болезнь рабочих рыбной промышленности	Белки рыб	Рыбная мука
Лёгкое изготовителя со- лода	Aspergillus fumigatus или Aspergillus clavatus	Заплесневелый ячмень
Лёгкое мукомола	Sitophilus granarius (долго- носик амбарный)	Заражённая долгоносиком пшеничная мука
Лёгкое грибовода	Термофильные актиномице- ты и др.	Компост для выращивания грибов
Болезнь вдыхающих ади- урекрин	Белки животных	Лиофилизированный порошок задней доли гипофиза свиней и крупного рогатого скота
Болезнь работников кар- тофелехранилищ	Термофильные актиномице- ты, Aspergillus spp.	Прелое сено, которым пере- сыпан картофель
Экзогенный аллерги- ческий альвеолит, вызван- ный Streptomyces albus	Streptomyces albus	Заражённые удобрения
Болезнь работающих в табачном производстве	Aspergillus spp.	Заплесневелый табачный лист
Лёгкое винодела	Botrytis cinerea	Заплесневелый виноград

Основные вредные производственные факторы, обуславливающие развитие экзогенного аллергического альвеолита в промышленности

Вид пыли	Производство, профессия	Производственный фактор
Неорганическая пыль	Металлообработка (плавильщики, шлифовщики, наждачники, токари)	Продукты термообработки различных соединений и металлов, отдельные составляющие смазочно-охлаждающих жидкостей
	Сварочное (электро- и газосварщики) и литейное производство	Аэрозоли металлов-аллергенов, газы, пары, дым, полимерные материалы
	Промышленность строительных материалов (крановщики, штукатуры)	Цементная пыль, краски, лаки, органические растворители, мастики
	Горнорудная промышленность (проходчики, машины- сты комбайнов, бурильщики, водители автопогрузчи- ков, подсобные рабочие)	Полиметаллическая пыль, продукты неполного сгорания дизельного топлива (газы, формальдегид, предельные и не- предельные углеводороды, технические смолы)
Смешанная пыль	Медицинская и химическая промышленность (фар- мацевты, лаборанты, аппаратчики, медицинские и ветеринарные работники)	Медикаменты, сыворотки, вакцины, ферменты, гормоны, микробные и белковые культуры
	Деревообрабатывающая, бумажная промышленность (от- делочники, сортировщики, подсобные рабочие)	Древесная пыль, фенолы, формальдегид, лаки, краски, гриб- ковая и бактериальная флора
	Машиностроительная промышленность (литейщики, слесари-ремонтники, земледелы)	Аэрозоли металлов, формальдегид в сочетании с грибковой и бактериальной флорой

(антибиотики, интал, нитрофураны, анти-
метаболиты, антимитотические препараты,
ферменты, гормоны и др.).

Заболевание (под названием «лёг-
кое фермера») впервые было описано J.Campbell в 1932 г. у 5 фермеров, у
которых наблюдалось развитие острых
респираторных симптомов после работы с
влажным заплесневелым сеном. Веду-
щими причинными агентами, приводящими
к развитию «лёгкого фермера» являются
термофильные актиномицеты – бактерии
размером менее 1 мкм, обладающие мор-
фологическими свойствами грибов, они
широко встречаются в почве, компосте,
воде (см. табл. 1).

митотических препаратов: метотрексата,
азатиоприна, 6-меркаптопурина.

Патогенез

У большинства больных с «лёгким фер-
мера» были обнаружены преципитирующие
антитела к экстрактам заплесневевшего
сена. Экзогенный аллергический альвеолит
считается иммунопатологическим заболе-
ванием, в развитии которого ведущая роль
принадлежит аллергическим реакциям
3-го и 4-го типов (по классификации Gell,
Coombs), имеет значение и неиммунное
воспаление. Циркулирующие иммунные
комплексы и специфические антитела
активируют систему комплемента и альве-

олярные макрофаги. Последние выделяют
интерлейкин-2, хемотаксические факторы,
протеолитические ферменты, активные
кислородные радикалы, способствующие
росту фибробластов, продукции коллагена.
В результате развивается альвеолобронхи-
олит, происходит образование гранулём,
фиброзирование интерстиция лёгких.

Для всех видов экзогенного альвеолита,
обусловленного действием химических со-
единений, наряду с развитием иммунных
реакций характерно наличие различных
токсических поражений лёгочной ткани
(локальных и общих). При данном типе
экзогенного аллергического альвеолита
почти всегда обнаруживаются антитела к
комплексам (соответствующее химическое
соединение – белок). Выявляются при этом
как IgG-антитела, так и IgE-антитела той же
специфичности.

Клиника

Различают острый, подострый и хрони-
ческий аллергический альвеолит. Харак-
тер течения экзогенного аллергического
альвеолита определяется длительностью
контакта с антигеном: интермиттирую-
щий контакт с антигеном ведёт к острым
реакциям, длительный – к хроническому
прогрессирующему процессу, когда чрез-
вычайно трудно заподозрить его аллерги-
ческий генез.

Для острой формы экзогенного ал-
лергического альвеолита от воздействия
органической пыли («лёгкое фермера») характерно появление лихорадки, озно-
ба, недомогания, кашля, одышки (но без
астматического компонента) через 4-8 ч
после работы с прелым сеном или другими
причинными факторами. Его нередко при-
нимают за грипп или пневмонию.

При острой форме экзогенного аллерги-
ческого альвеолита возможно развитие
процесса по пневмониеподобному вари-
анту, когда на первый план выходит выра-
женная одышка, в лёгких прослушиваются
крепитация, хрипы. При элиминации анти-
гена в течение нескольких дней больные
выздоровливают.

Возможен также астмоидный вариант
заболевания, при котором через 15-20
минут после контакта с соответствующим
АГ наблюдается клиническая картина,
весьма сходная с таковой при приступе
бронхиальной астмы: явления удушья, в
лёгких выслушиваются свистящие хрипы,
после разрешения приступа выделяется
серозная мокрота.

При любых вариантах острого течения
экзогенного аллергического альвеолита
выявляется так называемый «симптом
понедельника» (эффект элиминации): за
выходные дни (если антиген связан с проф-
фессиональной деятельностью) состояние
больного улучшается, практически исче-
зают жалобы и клинические проявления
экзогенного аллергического альвеолита,
а в первый же день выхода на работу всё
возобновляется.

(Окончание следует.)

Сергей БАБАНОВ,
профессор кафедры профессиональных
болезней и клинической фармакологии,
доктор медицинских наук.

Владислав КОСАРЕВ,
заведующий кафедрой профессиональных
болезней и клинической фармакологии,
доктор медицинских наук, профессор.
Самарский государственный
медицинский университет.

(Окончание. Начало в № 16 от 06.03.2014.)

Лечение может быть предложено пациентам с пальпируемым варикоцеле и патологической спермограммой, даже если у них нет планов завести детей немедленно. Молодых мужчин с варикоцеле и нормальным количеством сперматозоидов обследуют каждый год или через год. Лечение варикоцеле предлагают подросткам с варикоцеле и редукцией объёма ипсилатерального яичка. Тех из них, которые имеют нормальные размеры яичек, подвергают ежегодному осмотру для измерения объёма яичек и изучения спермограммы, когда последняя может быть выполнена на законных юридических основаниях, оценивают состояние предстательной железы и семенных пузырьков.

После лечения варикоцеле в течение года у пациента анализируют сперму каждые 3 месяца или до констатации у партнёрши состояния беременности.

Европейская ассоциация урологов (Guidelines on male infertility, 2013) привносит некоторые уточнения: нет свидетельств, указывающих на выгоду от лечения варикоцеле у бесплодных пациентов, которые имеют нормальный анализ спермы, или у лиц с субклиническим варикоцеле. В этой ситуации лечение варикоцеле не предлагают.

Оперативное лечение варикоцеле рассматривают в случае клинического проявления варикоцеле, олигоспермии, продолжительности бесплодия как минимум 2 года и отсутствия других причин бесплодия пары.

Подросткам лечение рекомендуют при прогрессивном нарушении развития яичек, подтверждённом серией клинических обследований.

Хирургическое лечение варикоцеле, как правило, эффективно у мужчин с субнормальным анализом спермы, клиническим проявлением варикоцеле и без признаков других причин бесплодия.

Послеоперационными признаками улучшения параметров спермы после варикоцелэктомии считают (M.Cocuzza M. et al.) варикоцеле высокой степени (III), отсутствие тестикулярной атрофии, нормальный уровень ФСГ сыворотки, общую подвижность сперматозоидов более 60%, общее число подвижных сперматозоидов более 5×10^6 , положительный стимуляционный тест с гонадотропин-рилизинг-гормоном.

При этом считают, что лучшие результаты PR могут быть достигнуты при суммарном объёме яичек более 30 см^3 , уровне ФСГ сыворотки $11,7 \text{ mIU/L}$, или 300 ng/ml . Авторы указывают на выявленную зависимость улучшения спермограммы после оперативного лечения и ответа на пробу со стимуляцией GnRH. При введении интраназально одновременно 100 мкг GnRH через 40–60 минут уровень ФСГ поднимается примерно в 1,5–2 раза выше базального, ЛГ – примерно в 2–2,5 раза. Показатели спермы улучшаются у 81% пациентов с таким ответом на стимуляцию, и только у 19% без него. Уровень достижения беременности – соответственно 67,4 и 9,3%.

Кроме того, Европейская ассоциация урологов (Guidelines on male infertility, 2013) приводит риски оперативного лечения варикоцеле.

Антероградная склеротерапия сопровождается рецидивами или неэффективностью операции в 9% случаев, осложнениями – в 0,3–2,2% наблюдений. Это атрофия яичка, гематома мошонки, эпидидимит, левосторонняя эритема.

Ретроградная склеротерапия: рецидив или неэффективность операции – 9,8%. Осложнения: отрицательная реакция на контрастное вещество, боли в боку, продолженный тромбоз, перфорация сосуда.

Ретроградная эмболизация: рецидив или неэффективность наблюдают у 3,8–10% пациентов. Осложнения: боль, связанная с тромбозом, кровоточащая гематома, инфекция, перфорация вены, гидроцеле, радиологические осложнения (в том числе реакция на контрастное вещество), смещение или миграция спирали, забрюшинная гематома, фиброз, обструкция мочеточника.

Операции на мошонке приводят к атрофии яичка, повреждению артерии с риском деваскуляризации и гангрены яичка, к гематоме мошонки и послеоперационному гидроцеле. Операция, предусматривающая паховый доступ: рецидив или неэффективность отмечают в 13,3%, отмечена возможность пропуща в время операции веточки тестикулярной вены.

Высокая перевязка сосудов – 29% рецидивов, 5–10% гидроцеле.

Операция с использованием микрохирургической техники подпаховым (очевидно, операция Мармара) или паховым доступом – 0,8–4% рецидивов. Осложнения: повреждение артерии, послеоперационная гематома, гематома мошонки.

Лапароскопия – 3–7% рецидивов. Осложнения: повреждение яичковой артерии или лимфатических сосудов, повреждение внутренних органов, сосудов, нервов, эмболия лёгочной артерии, перитонит, кровотечение, послеоперационные боли в правом плече

Варикоцеле

(из-за растяжения диафрагмы при пневмоперитонеуме), пневмоскротум, связанный с раневой инфекцией.

Из приведённого перечня видно, что лучшие результаты могут быть достигнуты при использовании ретроградной эмболизации, операций с использованием микрохирургической техники и подпахового (операция Мармара) или пахового доступов, лапароскопии.

Европейская ассоциация урологов поддерживает гипотезу о том, что развитие варикоцеле у некоторых мужчин связано с прогрессивным поражением яичек уже с подросткового возраста и старше и последующей редукцией фертильности. Несмотря на то, что орхопатия со временем прогрессирует, обычно после оперативного лечения в подростковом возрасте наблюдают выравнивание объёмов гонад за счёт опережающего роста ипсилатерального яичка. Считают, что проблемы с фертильностью могут развиваться в будущем у 20% подростков, страдающих варикоцеле. Хотя операция по поводу варикоцеле у подростков может быть эффективной, есть значимый потенциал риска неоправданных оперативных вмешательств.

Лечение варикоцеле у детей имеет свои особенности. Из руководящих указаний Европейского общества детских урологов, Европейской ассоциации урологов (2012) показания к оперативному лечению ставят при следующих обстоятельствах: варикоцеле в сочетании с маленькими яичками; дополнительные сведения о яичках, свидетельствующие об их плохом функциональном прогнозе; двустороннее пальпируемое варикоцеле; варикоцеле со сверхнормальным ответом на тест LH-RH-стимуляцией; идиопатическое или симптоматическое варикоцеле. Как показание к операции рассматривают варикоцеле больших размеров, вызывающее физический или психологический дискомфорт.

Остальных пациентов этого возраста наблюдают до тех пор, пока не появится возможность проведения реального анализа спермы в соответствии с существующим законодательством. И Европейская ассоциация урологов, и Европейское общество детских урологов подчёркивают: «данных о том, что операция при варикоцеле, выполненная в детском возрасте, приводит к лучшему андрологическому результату, чем выполненная позже, не существует».

В отличие от европейской практики, разноречивая трактовка причин возникновения варикоцеле, его патогенеза, отсутствие обоснованных единых взглядов на показания к его оперативному лечению, значительный рост количества этих операций в отдельных регионах и по России в целом превращают нас в страну, для которой варикоцеле становится «краевой патологией». Примером может служить следующее наблюдение: ранее в любой областной или городской детской больнице по количеству выполненных операций на первом месте, как правило, стоял острый аппендицит, и это было логично, в настоящее время это место занимает варикоцеле, и это – нелогично и вызывает недоумение.

Рост количества операций по поводу варикоцеле, как нам представляется, связан не только с повышением научных интересов. Это позволило нам в своё время на страницах журналов «Детская хирургия» и «Андрология и генитальная хирургия» поставить вопрос о наложении моратория на проведение этих операций, а какому-нибудь научному коллективу поручить за определённый промежуток времени выработать показания и, главное, противопоказания к проведению этих операций. Естественно, что выбранный коллектив разрабатывает всю проблему в целом, включая и организационный раздел, получая соответствующее финансирование. Пока это предложение не получило адекватной поддержки.

Итак, отметим, что наряду с ростом количества операций при варикоцеле, публикаций на эту тему в отечественной литературе возникают определённые эмоции, мысли и, главное, вопросы. Активность в этом отношении понятна и связана, как отмечалось выше, с определённой точкой зрения, как с научными, так и ненаучными интересами.

Варикоцеле – одно из самых распространённых заболеваний хирургического профиля у детей. Частота его в мужской популяции удивительна. Приводимые цифры колеблются между 10–20%. При этом мы вряд ли найдём обобщённый ответ на любой вопрос о варикоцеле. Каждый вопрос оспаривается. Но если это когда-нибудь удастся, то мы подойдём вплотную к вопросам, связанным с естественным отбором, однако это уже другая тема, другая философия, другая деонтология и этика, другая цивилизация.

Прежде чем закончить этот раздел, коснёмся женской стороны вопроса.

Варикооариоцеле – проблема, которую мы открыли для изучения в 1984 г. в ходе освоения новой единой базы педиатрического факультета РМАПО – Тушинской детской городской больницы. В ходе внедрения лапароскопии при urgentных состояниях, в частности, при синдроме острого живота, мы стали обращать пристальное внимание на варикозное расширение вен малого таза

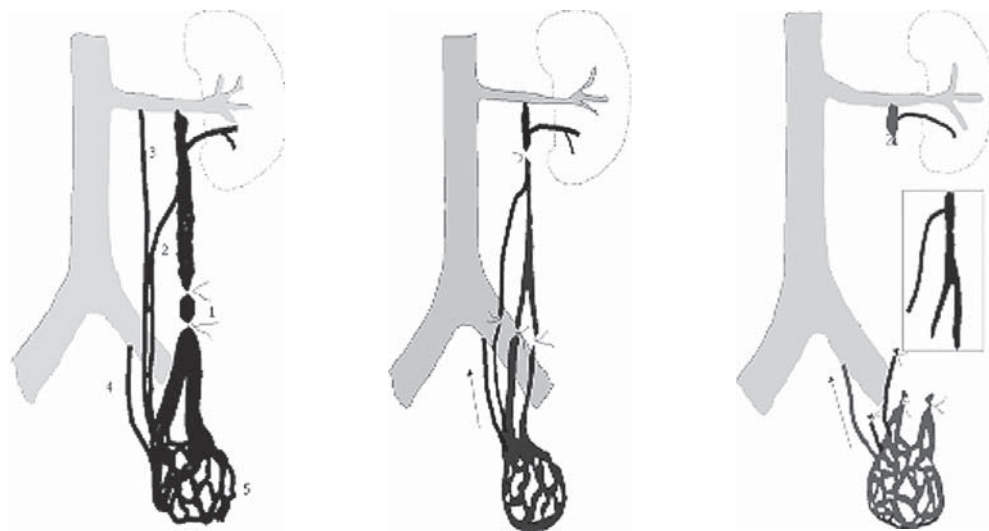


Схема модификации операции Иванисевича (авторское свидетельство № 1743590)

(ВРВМТ), особенно у девочек возрастом 14–16 лет. Первые обобщения мы попытались сделать на материале, состоявшем из 12 наблюдений, и пришли к определённому заключению.

Очевидно, что флестаз малого таза ведёт к стойкому болевому синдрому. В литературе мы нашли этому подтверждение: ВРВМТ составляет более 20% основных причин болевого синдрома (М.Григорян, 1999). Особое развитие эта тема получила на кафедре хирургии, возглавляемой академиком В.Савельевым и на кафедре акушерства и гинекологии (заведующий – профессор Н.Подзолкова) РМАПО.

В случае развития варикооариоцеле на фоне нарушения почечно-яичникового кровообращения патогенетически обоснованным считают операцию, направленную на выключение из кровотока левой яичниковой вены. Это очень хорошо обосновал З.Кадыров в 1998 г. С развитием эндоваскулярной хирургии окклюзию левой гонадной вены провёл С.Giacchetto et al. (1989). В настоящее время разработаны чёткие показания к консервативному и хирургическому лечению ВРВМТ. Эффект от эндоваскулярной окклюзии левых гонадных вен имел 100%-ный эффект.

Лечение

В настоящее время можно считать неоправданными сложные микрохирургические операции вено-венозного анастомозирования. Современные способы эндоваскулярной катетерной терапии имеют немногочисленных сторонников и выполняются, главным образом, в специализированных рентгенодиагностических центрах, соответственным образом оснащённых, авторами, которые их предлагают. По-прежнему в практике консультируют операции типа Паломо и Иванисевича, разными оперативными доступами. Последняя имеет большее патогенетическое обоснование.

Перевязка и обязательное пересечение тестикулярной вены (как этого требуют законы физиологической хирургии, сформулированные ещё Ляришем) усугубляют гемодинамические расстройства яичка, которые быстро стабилизируются и, вероятнее всего, не имеют отрицательных последствий. Одновременная перевязка тестикулярных артерий и вены по способу Паломо сопровождается серьёзными циркуляторными нарушениями. Это было доказано работами В.Трейваса (1985), А.Рябоконя (1990), Р.Тандилавы (1991) и др. Циркуляторные нарушения не компенсируются в течение длительного времени и поддерживают патологические процессы в тестикулярной ткани. Неудовлетворительные результаты операции Паломо и Иванисевича достигают соответственно 20–30 и 30–50% (Ю.Исаков и др., 1977; D.Volter, 1982).

Причина этого кроется в несовершенстве механизма операции и объясняется возобновлением кровотока в тестикулярном бассейне, обладающем множеством внутрисистемных запасных коллатералей. По ним кровь минует непроходимый участок и возвращается в исходное русло. Восстанавливается статус-кво. С учётом богатых

компенсаторных возможностей, которые в нашем случае оказывают нежелательный эффект и становятся причиной возникновения рецидива болезни, разработан новый вариант операции Иванисевича (см. схему). Он предусматривает радикальное иссечение основного ствола тестикулярной вены от её истоков на уровне глубокого пахового кольца до поясничного отдела вместе со всеми анастомозами и коллатеральными.

Таким образом, достигается возможность полного прерывания патологического кровотока. Функция эфферентных сосудов в послеоперационном периоде целиком перекладывается на систему кремастерных вен. Предлагаемый способ (авторское свидетельство № 1743590) осуществляют обычным доступом в подвздошной области. Катамнестические наблюдения сроком до 8 лет свидетельствуют, что рецидивы заболе-

вания отмечены всего у 0,2% оперированных. Социальная адаптация удовлетворительная. Фертильность сохранена, хотя у 20% больных имеются те или иные отклонения в спермиограммах. Содержание половых гормонов в плазме крови не изменено.

Способы лечения варикоцеле дискутируются до настоящего времени. Более того, фактически каждый из предложенных способов лечения варикоцеле является непредсказуемым по влиянию на сперматогенез.

И в заключение отметим, что в этой проблеме остаётся много неясного. Даже некоторые самые распространённые операции называют в нашей стране по-разному. Например, операцию Иванисевича именуют операцией Робба. Он усовершенствовал в 1955 г. операцию Полома путём отказа от одновременной перевязки артерии и вены. Артерию предложил не перевязывать! Самой распространённой в настоящее время следует считать операцию Мармара.

На практике мы чаще встречаемся с идиопатической формой страдания и очень редко со вторичной формой варикоцеле. В первом случае хирургическое лечение варикоцеле можно допустить по косметическим соображениям, из-за выраженного болевого синдрома, когда другие паллиативные способы не приносят желаемого результата. К такому же выводу приходит А.Першуков, который к тому же считает, что расширение вен семенного канатика не является самостоятельным заболеванием, а возникает как компенсаторный механизм в ходе развития пубертатного периода. Во втором случае операция неизбежна, поскольку на первый план выходит синдром венозной почечной гипертензии. Здесь можно «простить» и вены анастомозы.

Мы также предполагаем, что уровень и качество отбора больных для оперативного лечения должны повыситься и стать более индивидуализированными. В их основе, возможно, будет лежать дифференцированный подход к каждому конкретному пациенту, где будет обязательным определение качества спермограммы и других маркёров бесплодия (изменение структуры ДНК, определение 8-гидрокси-2-деоксигуанозина и т.п.), суммарная оценка которых поможет выбрать метод лечения и определить его прогноз. Это, несомненно, снизит общее количество операций. Но здесь мы видим организационные трудности по многим позициям, главная из них – это обновление медицинской документации призывных комиссий.

Дмитрий БРОВИН,
старший научный сотрудник,
кандидат медицинских наук.

Алексей ОКУЛОВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Дмитрий ГОДЛЕВСКИЙ,
старший научный сотрудник,
кандидат медицинских наук.

Елена ВОЛОДЬКО,
ведущий научный сотрудник,
доктор медицинских наук.

Российская медицинская академия
последипломного образования.

В настоящее время больных лечат, долечивают, восстанавливают, реабилитируют, проводят им восстановительное лечение, реабилитационное лечение, поддерживающую реабилитацию, медицинскую реабилитацию и оказывают медицинские услуги, не определяя значений этих понятий. В результате учёные и практикующие врачи перестают понимать друг друга, а чиновники от медицины иногда принимают некачественные решения, издают нелогичные распоряжения и пишут противоречивые приказы.

Как следовать закону?

Ещё в XVII веке Р.Декарт предупреждал: «Определяйте значение слов, и вы избавите свет от половины его заблуждений». О необходимости определения дефиниций основных терминов в здравоохранении мы выступаем уже более 10 лет (см. «МГ» № 90 от 22.11.2000, № 52 от 17.09.2009, № 88 от 19.11.2010, № 35 от 13.05.2011).

Важную роль в определении понятийного аппарата в здравоохранении сыграл Закон 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее Закон), опубликованный 23.11.2011. Вторая статья Закона называется: «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе».

Из них важнейшими, с моей точки зрения, являются термины «медицинская помощь» и «лечение». Первый из них фигурирует в статье 41 Конституции РФ и определяет, где и кому она должна оказываться бесплатно, второй – в дипломе врача-лечебника и указывает, что он должен заниматься лечебным делом.

В своих работах мы даём такое определение термину «лечение»: «Лечение – комплекс медицинских мероприятий, проводимых с целью восстановления или улучшения здоровья, трудоспособности и качества жизни больного». Все средства, включаемые медицинскими работниками в этот комплекс, считаем лечебными. Наша дефиниция термина «лечение» полностью включена в её определение, данное в Законе, только слово «больной» заменено на слово «пациент». Термин «лечение» считаем синонимом термину «медицинская помощь».

В пункте 8 статьи 2 Закона ему дано такое определение: «Лечение – комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни».

Как известно, лекарственные препараты, физиотерапевтические процедуры или проведение лечебной физкультуры назначают медицинские работники. Они имеют своей целью устранение или облегчение проявлений заболеваний. Такое определение термина «лечение» не оставляет места в лечебном процессе ни для «восстановительной медицины», ни для «медицинской реабилитации». Всё, что назначают медицинские работники больному, есть лечение.

Тем не менее статья 40 Закона вводит понятие «медицинская реабилитация» и в первом пункте даёт следующую дефиницию этому термину: «Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных

функций поражённого органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций повреждённых органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшения качества жизни, сохранение работоспособности

ной терапии и других методов». Но лечение осуществляется тем же. Как их разграничить?

Такое определение медицинской реабилитации ведёт на практике к неразрешимому терминологическому конфликту. Одни и те же назначения медработника можно считать как лечением, так и медицинской реабилитацией. Надо полагать, что в разработке Закона принимали участие юристы Министерства здравоохранения РФ. Поразительно, что они, а также юристы трёх самых высоких ветвей власти не за-

больным редко назначают лечебную физкультуру?» последовал ответ: «С этим вопросом нужно обратиться к главному специалисту по лечебной физкультуре области, а наша кафедра занимается медицинской реабилитацией». В своих публикациях он предлагал заменить термин «лечение» на «куративную реабилитацию», а студентов в медицинских вузах обучать только медицинской реабилитации.

«Любой врач является реабилитологом», – утверждает теперь и главный реабилитолог Минздрава

За новыми терминами следуют рекомендации к действиям и сами действия. В частности, по новому проекту предполагается создание отделений и центров медицинской реабилитации по каждому профилю заболеваний. Это аналоги бывших отделений и центров «восстановительной медицины», только с другим названием.

О скрытых целях нового проекта можно догадываться при анализе работы над приказом по медицинской реабилитации, которая была начата в 2010 г.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ 25.04.2011 вывесило в Интернете проект приказа под названием: «Порядок оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации». В пункте 1 проекта приказа сказано: «Утвердить порядок оказания медицинской помощи больным по медицинской реабилитации согласно приложению». В приложениях к нему, объёмом в 221 страницу, значилась организация медицинской помощи по физиотерапии, лечебной физкультуре, рефлексотерапии, мануальной терапии. Такого приказа давно ждали специалисты этих профилей. Из опубликованного проекта следовало, что «медицинская реабилитация» включает в себя все нелекарственные методы лечения, как это делала в своё время и «восстановительная медицина». Второй пункт упомянутого проекта приказа гласил: «Отменить приказ Министерства здравоохранения СССР № 1400 от 21.12.1984 «Об утверждении положений о физиотерапевтических подразделениях и их персонале» (в редакции приказа Минздрава СССР № 817 от 18.06.1987), приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 753 от 01.12.2005 «Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных образований» (в части физиотерапевтических кабинетов (отделений))». Однако этот проект приказа не был утверждён. Значит, приказ МЗ СССР № 1400, которому 30 лет и который был издан в другой стране, продолжает действовать? Приказ не утверждён, но все немедикаментозные методы лечения и профилактики заболеваний теперь считают частью медицинской реабилитации, и им, в частности физиотерапии, главные специалисты не нужны.

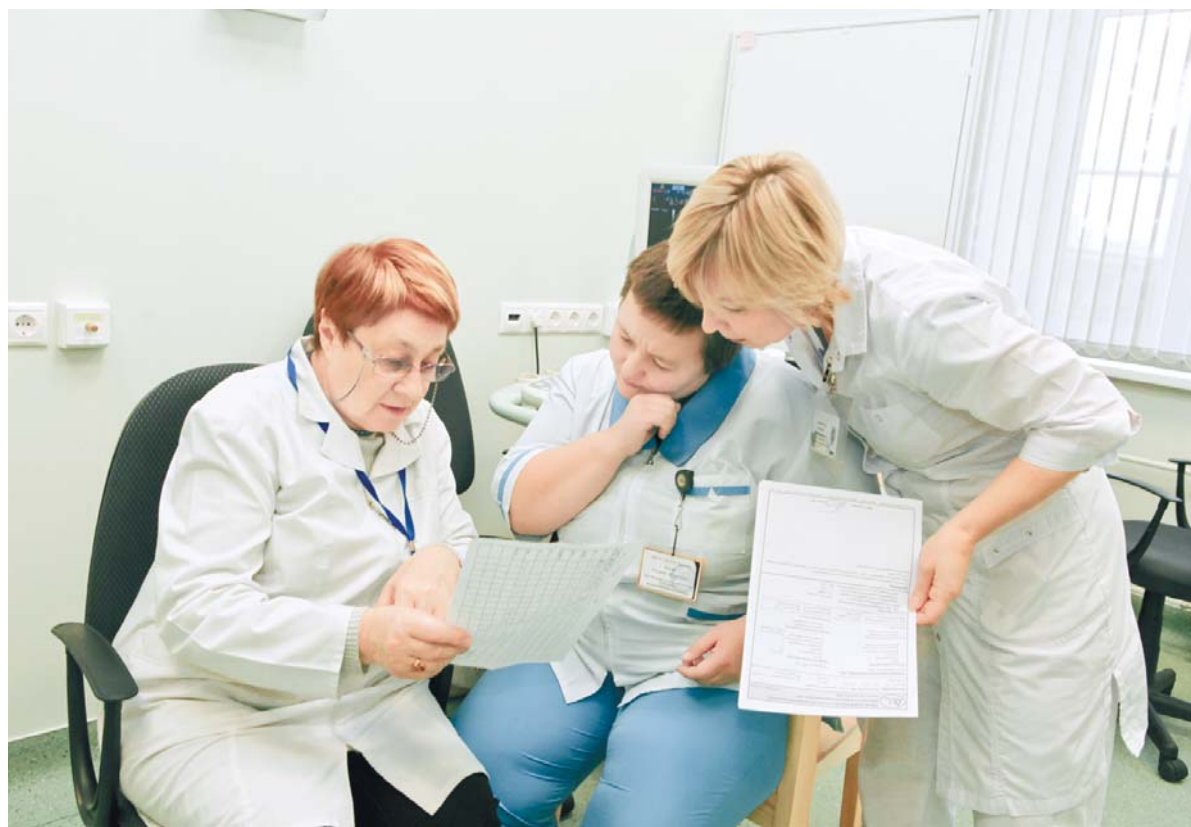
Во втором проекте приказа с тем же названием, вывешенном в Интернете 04.05.2012, приложения первого проекта и пункт 2 об отмене приказов МЗ СССР исключены. Проект приказа разбух до 273 страниц. В нём была расписана медицинская реабилитация больных по группам заболеваний в соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр). Он предусматривал проведение медицинской реабилитации, по сути, при всех заболеваниях и даже в участковых больницах. Об организации медицинской помощи по физиотерапии и другим нелекарственным методам ничего не сказано.

Наконец, теперь уже Министерство здравоохранения РФ 29 декабря, то есть в последний рабочий день, а может быть и час, уходящего 2012 г., издаёт приказ № 1705н под названием «О порядке организации медицинской реабилитации». Из названия приказа удалён бывший в проектах термин «медицинская помощь». В нём нет определения термина «медицинская реабилитация». Приказ, в котором нет определе-

Точка зрения

Чем слово твоё отзовётся?

Терминологические и организационные противоречия в здравоохранении



В медицине каждое слово – сверхважное

пациента и его социальную интеграцию в общество».

Полная лингвистическая абракадабра. В одном предложении 4 раза повторяется слово «организм», по 3 – «функция» и «процесс», по 2 раза слова «возможный», «либо», «предупреждение», словосочетание «патологический процесс» и союз «или». Лев Толстой повторно употребил слово после 200 других слов. Но это уже к вопросу о русском языке.

Приведённое определение термина «медицинская реабилитация» не согласуется с основными терминами Закона «медицинская помощь» и «лечение», противоречит им, а по сути подменяет их. Ведь медицинскую реабилитацию должен назначать медицинский работник, а это и есть лечение.

В пункте 2 этой статьи Закона сказано: «Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях». Но лечение осуществляется также в медицинских организациях. Для проведения медицинской реабилитации медицинский работник назначает больному «комплекс природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментоз-

метили этих противоречий. Приведённую в Законе дефиницию «медицинская реабилитация» не выдерживает даже компьютер. Не выдерживает её и главный реабилитолог, предлагая другое, теперь противозаконное определение.

В их основе – искусственный отрыв функции от структуры. Что есть причина, а что следствие? Структура и функция – это «две стороны одной медали», определяющие состояние здоровья. Как можно делить неделимое? А главное, с какой целью это делается?

Страсти по новому проекту

Как возникла «медицинская реабилитация» в России? В период перестройки кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, по образу цивилизованного Запада, переименовали себя в кафедры медицинской реабилитации и перестали заниматься лечебной физкультурой. На мой вопрос заведующему кафедрой медицинской реабилитации: «Почему в крупном многопрофильном лечебном учреждении, на котором базируется кафедра,

России. Это как? Специалиста, получившего высшее образования по направлению «лечебное дело», обычно называют врачом-лечебником. Педиатры тоже лечебники, только они лечат больных детей. И далее: «Лечащий врач должен, прежде всего, изменить своё отношение к больному и потребовать от врача ЛФК конкретной работы. Сегодня он её не требует. В историях болезни пишут: «Больному показана ЛФК». Это что, консультация?» (см. «МГ» № 63 от 19.08.2011). Врач ЛФК работает неконкретно, вероятно, оттого, что он занимается медицинской реабилитацией.

Теперь, по образцу цивилизованного Запада, запущен новый проект под названием «медицинская реабилитация», без чёткого определения предпосылок к его изданию, цели и определения ключевого слова.

Практика показывает, что новые, расплывчатые понятия без их чёткого определения вводят специально для того, чтобы вызывать путаницу в мозгах, а потом воспользоваться ею для достижения определённых целей.

ния ключевому слову, – обо всём и ни о чём.

Очевидно, поэтому в марте 2013 г. Министерство здравоохранения РФ на конференции «реабилитологов» в Чебоксарах разъяснило, что «в широком смысле реабилитация – это вся медицинская помощь, кроме профилактики». Разъяснение было опубликовано в Интернете. Становится ясно, целью приказа является подмена понятия «медицинская помощь», которая, согласно Конституции РФ, должна быть для больного бесплатной, на «медицинскую реабилитацию», о которой в Конституции ничего не сказано. Значит, за неё можно будет брать с больного деньги?

А может, «сто ударов розгами»?

В настоящее время о медицинской реабилитации не пишет только тот, кто ничего не пишет, и ею не занимается только тот, кто не работает в медицине. Так, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины проводит конференцию, посвящённую проблемам лечения и реабилитации кардиологических больных на этапах скорой помощи, стационарном, санаторном и поликлиническом. Вводит новое понятие: «поддерживающая реабилитация» (см. «МГ» № 28 от 12.04.2013). С какой стати «центр профилактики» озадачился проблемой реабилитации кардиологических больных? У нас что, все вопросы профилактики решены? Взять хотя бы профилактику заболеваний от потребления алкоголя и табака.

Если в первое десятилетие настоящего века учёные и врачи восстанавливали больных, то в последние 4 года – реабилитируют их. Отделения и кафедры физиотерапии снова переименовывают теперь в отделения и кафедры медицинской реабилитации. Врачей ЛФК и физиотерапевтов называют реабилитологами. Невольно вспоминается монолог главных героев кинофильма «Свадьба в Малиновке».

Попандупуло говорит Захару, играющему на баяне:

– Ты же вундеркинд!

Захар:

– А что это такое?

Попандупуло:

– А чёрт его знает?

Захар:

– А что ж говоришь?

Попандупуло:

– А слово красивое!

Медицинская реабилитация – «слово красивое», поэтому и реабилитируют больных на этапе оказания скорой медицинской помощи. Реабilitируют даже в отделениях реанимации больных, находящихся в состоянии комы.

Медицинской реабилитации посвящены конференции, многочисленные публикации в центральных медицинских журналах и СМИ. В них авторы не дают, а скорее всего не могут дать, определение этому термину и вводят тем самым себя и медицинский свет в заблуждение. По такому поводу Л.Толстой высказывался весьма сурово: «Если бы я был царь, то издал бы закон, что писатель, который употребил слово, значение которого не может объяснить, лишается права писать и получает сто ударов розгами». Пишущие научные статьи, распоряжения, приказы и законы – тоже писатели.

В оправдание пишущих необходимо подчеркнуть, что построение дефиниций является труднейшим видом научной деятельности. Дефиниция должна отвечать на вопрос «что это?» а не «что делать?», нести целевую информацию, и не противоречить уже сложившимся определениям

других терминов. Приказ 1705н отвечает на вопрос «что делать?», противоречит основным терминам Закона «лечение» и «медицинская помощь», в нём нет чётко обозначенной цели.

Вновь вводимые дефиниции должны быть краткими, конкретными, понятными пользователю и основанными на изданных нормативных документах.

Что же понимают под реабилитацией на цивилизованном Западе?

Председатель первого Европейского нейрореабилитационного конгресса профессор Леопольд Салтуари (L.Saltuari, Австрия) на вопрос «считаете ли вы нейрореабилитацию отдельной специальностью?» ответил следующим образом: «Это междисциплинарная специальность. Если вы невролог, то должны освоить лечебную физкультуру, а если вы специалист по реабилитационной медицине, то должны выучить неврологию. Например, у меня две специальности: неврология и лечебная физкультура (см. «МГ» № 9 от 08.12.2012). Таким образом, под реабилитацией профессор понимает лечебную физкультуру. Такого же мнения придерживается П.Шёнле. Вся его методика реабилитации связана с применением лечебной физкультуры (см. «МГ» № 16 от 01.03.2013).

Поинтересовался, что же понимают под термином «лечение» на цивилизованном Западе? Посмотрел «Большой толковый медицинский словарь» издательства OXFORD. В нём нет отдельного перевода термина «лечение» на английский язык. Он использует только в сочетании с другими словами: лечение консервативное (conservative treatment), лечение комбинированное (sandwich treatments), лечение радикальное (radikal treatment). То, что мы понимаем под термином «лечение», на цивилизованном Западе называют «медицинской реабилитацией». Качественное лечение больного в России связывают с комплексным применением, по показаниям, лекарств, операций и нелекарственных методов, которые назначают врачи соответствующих специальностей. На Западе говорят о междисциплинарном подходе в реабилитации больного, то есть в ней участвуют также врачи разных специальностей. Таким образом, между термином «лечение», употребляемым в России, и «медицинской реабилитацией», употребляемой на цивилизованном Западе, нет принципиальных различий.

Если учесть свой опыт

Реабилитация на цивилизованном Западе стоит немалых денег. «Реабилитационные мероприятия обходятся дороже, чем оказание высокотехнологичной медицинской помощи», – утверждает главный реабилитолог Минздрава России. Как быть, если финансирование здравоохранения недостаточно? – Подменить понятия. Внедряемый «медицинскими реабилитологами» тезис «из реанимации в реабилитацию», по сути, делает ненужными термины «лечение» и «медицинская помощь» и позволяет обойти статью 41 Конституции РФ. С момента издания приказа Минздрава России № 1705н прошло почти 2 года. Министр здравоохранения Свердловской области констатирует: «Самая сложная проблема для нас, как и для других регионов, – проблема реабилитации» (см. «МГ» № 63 от 27.08.2014).

Реформируя современное здравоохранение, с нашей точки зрения, нужно не только ориентироваться на цивилизованный Запад, но и учитывать опыт своей страны. Приказ Минздрава

России № 1705н отводит важную роль медицинской реабилитации больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Как же обходились ортопеды-травматологи без «восстановительной медицины» и пока обходятся в настоящее время без «медицинской реабилитации»?

Автору этих строк довелось в 70-е годы прошлого века организовывать медицинскую помощь ортопедотравматологическим больным в Новокуйбышевске Самарской области с населением 120 тыс. человек. Нормативным документом в ту пору был приказ Минздрава СССР № 480, изданный в 1967 г., продвигаемый главным травматологом страны академиком М.Волковым. В частности, он обязывал организацию круглосуточного травматологического пункта с долечиванием и 40-коеочного травматологического отделения на каждые 100 тыс. городского населения. И они были организованы в одном здании медсанчасти нефтеперерабатывающего завода. В настоящее время это городская больница. Здесь же круглосуточное дежурство рентгенолаборанта, отделения физиотерапии и лечебной физкультуры. Принципиально важным является последующее амбулаторное долечивание больных в этом же травмпункте. С этой целью был выделен повторный амбулаторный приём врача-травматолога. Сюда же направляют на долечивание травматологических больных, выписанных из стационара. При необходимости пострадавших направляли на консультацию или лечение в областную больницу, клинику и кафедру травматологии и ортопедии медицинского института. Физиотерапию и лечебную физкультуру назначали с первого, а при необходимости и до последнего дня лечения. Такая организация травматологической помощи сохранилась в этом городе до настоящего времени. Она не требует дополнительной медицинской реабилитации. «Всё включено» в лечение. «Междисциплинарно» надо лечить больных, чтобы потом их междисциплинарно не реабилитировать.

К сожалению, «перестройка», а затем реформы здравоохранения по образцу цивилизованного Запада не позволили в полной мере исполнить упомянутый приказ МЗ СССР. Травмпункты обычно оказывают только экстренную травматологическую помощь, отправляя больных на последующее лечение к хирургам и даже к врачам общей практики. Из-за сокращения штатов, площадей и объёмов медицинской помощи в отделениях физиотерапии и лечебной физкультуры ЛПУ возникли очереди, которые ведут к несвоевременному назначению этих важных методов лечения, плоды у больных атрофию мышц, контрактуры суставов и другие нарушения функции опорно-двигательной системы, требующие теперь «медицинской реабилитации». Так, может быть, на проблему взглянуть глубже и бороться с причиной, а не со следствием? Надо изучить и адаптировать приказ МЗ СССР № 480 от 1967 г. к современным условиям и вернуть долечивание травматологических больных в травмпункты, а не создавать для них новые реабилитационные отделения и центры.

Кстати, наши попытки организации межрайонных отделений восстановительного лечения в большом городе, каковым является Самара, вызвали неудовлетворённость больных, особенно с нарушениями функции опорно-двигательной системы. Им трудно передвигаться в городском транспорте с его постоянными

пробками. Поэтому они требуют получения возможности проведения методов физиотерапии и лечебной физкультуры «в шаговой доступности», то есть в своих районных поликлиниках.

Однако приказ Минздрава России № 1705н, и тем более 323-ФЗ нужно исполнять. Как это сделать? Прежде всего, уточнить определение понятия «медицинская реабилитация» и вспомнить один из действующих приказов Минздравсоцразвития России. Главный медицинский реабилитолог утверждает, что в СССР и новой России никогда не было медицинской реабилитации. Не могу согласиться.

В доперестроечный период в ряде областей СССР был запущен эксперимент по санаторному долечиванию больных с инфарктом миокарда и инсультом сразу же после стационарного лечения. В Самарской области отрабатывался проект по санаторному долечиванию больных с инфарктом миокарда. Он оказался высокоэффективным.

В развитие этого проекта Минздравсоцразвития России 27.01.2006 издаёт приказ № 44 «О долечивании (реабилитации) больных в условиях санатория». Последующими нормативными документами этот приказ дополняли, а отдельные положения его уточняли. Значение этого приказа, с нашей точки зрения, трудно переоценить.

Прежде всего, были понятны предпосылки для его издания. С одной стороны, недофинансирование здравоохранения требовало сокращения времени дорогостоящего пребывания больного в стационаре, особенно после высокотехнологичных методов лечения. С другой стороны, при ранней выписке больного из стационара возникала опасность развития осложнений и хронизации патологического процесса. Поэтому пациент нуждается в дальнейшем лечении у врача-специалиста.

Выход из этого противоречия был найден путём создания специализированных отделений долечивания в санаториях для больных, перенёсших инфаркт миокарда и операции на сердце и магистральных сосудах, при нестабильной стенокардии, нарушениях мозгового кровообращения, после операций по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, удаления желчного пузыря, по поводу панкреонекроза, при сахарном диабете, для беременных женщин группы риска.

Поэтому, с нашей точки зрения, долечивание или, если кому очень хочется, медицинская реабилитация – это этап оказания специализированной медицинской помощи, проводимый в санатории, после остро возникшего патологического процесса или операции, с целью сокращения сроков стационарного лечения больного, профилактики хронизации заболевания и развития осложнений. Это этап лечения, а не «вся медицинская помощь».

Иллюстрацией такого этапа медицинской помощи может служить санаторий «Русское поле», организуемый для долечивания детей с онкогематологическими заболеваниями, выписанными из Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва. В нём важная роль отводится физиотерапии, но особенно лечебной физкультуре. Академик А.Румянцев объясняет её роль так: «Сегодня в больницах и реабилитационных центрах всё организовано следующим образом: врач-реабилитолог идёт к больному в палату и там с ним работает. На самом деле он должен иметь хорошо оборудованный

зал, где можно осуществлять по крайней мере 3 вида воздействия, а именно дыхательную гимнастику (индивидуально), партерную гимнастику (в положении лёжа, сидя) и гимнастику на специальных тренажёрах с определёнными усилиями» (см. «МГ» № 46 от 27.06.2014). Таким образом, речь снова идёт о враче ЛФК, которого называют реабилитологом.

Очевидно, по этой причине в приказе № 1705н предусмотрено увеличение штата врачей и инструкторов ЛФК, а число врачей и медсестёр по физиотерапии «устанавливается в порядке и по нормативным документам соответствующих подразделений», то есть остаётся таким, как было.

Больные хроническими инфекционными заболеваниями нуждаются не в медицинской реабилитации и профилактических осмотрах, а в диспансеризации и вторичной профилактике у участкового врача. Они должны проводиться, в том числе, с широким использованием нелекарственных методов. Для этого нет необходимости в организации новых отделений и центров для медицинской реабилитации по каждому профилю заболеваний, а надо укомплектовать штаты, расширить площади и дооснастить существующие кабинеты и отделения ЛФК и физиотерапии ЛПУ современным оборудованием и аппаратами, так как проводимая модернизация здравоохранения, по большому счёту, обошла их стороной. А главное, как пишет главный медицинский реабилитолог, «потребовать от врача ЛФК конкретной работы».

В настоящее время в научных статьях требуют выделения ключевого слова. Было бы правильным требование дать определение этому термину. Тогда заблуждения каждого автора будут видны. Это же требование должно касаться нормативных документов и приказов Минздрава России. В этом случае удалось бы избежать терминологических конфликтов и противоречивости в декларируемых и предпринимаемых действиях нашего ведомства.

В приказе № 1705н нет чёткого отражения предпосылок для его издания, ясного определения цели и отсутствует дефиниция «медицинская реабилитация». Определение, данное в Законе, противоречит основным терминам Закона «медицинская помощь» и «лечение». Потому этот приказ будет трудноисполним. Скорее всего, проект закончится только очередной сменой названий отделений и кафедр и введением учёного звания академика теперь по «медицинской реабилитации», как это произошло с «восстановительной медициной».

Отрицая термин «медицинская реабилитация», мы приветствуем организацию специализированных отделений и центров по профилю заболеваний, в которых лечение больных будет проводиться с использованием, по показаниям, лекарств немедикаментозных и хирургических методов с последующим долечиванием пациентов в условиях специализированных отделений санаториев.

Что касается приказа № 1705н, то он может повторить судьбу приказов по «восстановительной медицине», тем более что термин «реабилитация» в переводе означает «восстановление».

Николай ДАВЫДКИН,
доктор медицинских наук,
профессор,
заслуженный врач РФ.

Самарский государственный
медицинский университет.
Фото Александра ХУДАСОВА.

Тесты 1916 года

«Ребёнок может двигать головой из стороны в сторону вслед за движущимся объектом, может поднять голову из положения лёжа на 45° следственной таблицы, улыбается, когда поощряется, и делает воркующие звуки. Он не может поддерживать себя в сидячем положении. Скорее всего, возраст ребёнка: 1 месяц; 3 месяца; 6 месяцев; 9 месяцев; 12 месяцев».

Что это? Это тест для студентов по педиатрии. Возникает вопрос, как определить, что ребёнок на 45° поднял голову от «следственной таблицы» (видимо, имеется в виду плотная горизонтальная поверхность)? Мы, когда преподавали педиатрию в «те баснословные года», показывали, что, если ребёнку 1,5–2 месяца и если взять его подмышки в вертикальном положении, он должен уметь держать голову, а не опускать её на грудь. Каким инструментом измерить эти 45°? Предположим, что такой инструмент под рукой есть. А если не 45°, а 40° или 50°, что тогда? Зависят эти градусы от возраста ребёнка или от состояния его здоровья? Значит, в задании надо оговорить – здорового ребёнка.

Далее, из присланных образцов тестов кафедре предлагается выбрать подходящие для целей обучения. Много страниц занимают примеры тестов разного типа и качества. Причём образцы и пояснения представляют собой математические задания.

Например, образец теста на выбор ответа. Число 2 является: простым, составным, дробным, отрицательным? Задание даётся в виде таблицы. Затем идут пояснения, как оценивать ответ. «Первая строка: колонка 1 – модуль, колонка 2 – тема 1, колонка 3 – подтема... Вторая строка: колонка 1 – номер задания в подтеме (от 1 до номера последнего задания); колонка 2 – признак «обязательности» задания; колонка 3 всегда пустая, колонка 4 – текст задания. Третья – шестая строка (по количеству ответов): колонка 1 – всегда пустая...» т.д. Не буду утомлять внимание читателя. В итоге, пройдясь по всем этим «строкам» и «колонкам», получаем ответ: 2 – простое число.

А вот тест «Работа с картинками». Изображён чёрный квадрат. Не Казимира Малевича, а на листе А4. Предлагаются варианты ответов: № 1 «чёрный квадрат», № 2 «чёрный круг», № 3 «чёрный треугольник», № 4 «чёрная звезда». Правильный ответ – № 1 «чёрный квадрат».

Итого – 22 страницы компьютерного набора.

Клиническим кафедрам предлагается по этим образцам составить тесты для контроля знаний студентов.

Как оказалось, эти тесты были разработаны Национальным советом медицинских экзаменов в США и применяются с 1916 г., скорее всего, в несколько модернизированном виде, то есть с обновлённым содержанием, согласно достижениям науки, до сих пор. Названный совет представляет собой организацию, ответственную за оценку знаний медицинских специалистов (!) и допуск их к врачебной деятельности. Вот почему в список для идентификации диагноза попали редкие болезни, часть из которых не входит в учебный план медицинского вуза. Стало быть, не для студентов.

Для клинических кафедр тесты не инновация. Там их создают давно, часто обновляют и пересматривают по собственной иници-

иативе или по рекомендации кафедры педагогики.

Наши схожи с американскими «собратьями». Отличие лишь в том, что решение и оформление решения у «американцев» обставлены весьма сложно.

Чему могут научить тесты

В лучшем случае – развить механическую память. Память нужна врачу. Споры нет. Но хорошо и надолго запоминается то, что подкреплено опытом –

Те, кто побывал за рубежом, восхищаются тем, как там работают. Больного врачи почти не осматривают. Болит голова – направление на КТ головного мозга. Кашель, боль в груди – на «рентген». Часто мочится – биохимический анализ крови, УЗИ почек. Приглашают прийти повторно, когда будет готов результат исследований.

В своё время такой подход, конечно без КТ, ПЭТ и УЗИ, в нашем отечестве среди врачей назывался «фельдшеризмом» (не в обиду будь сказано нашим младшим коллегам) – это

Острая тема

Возьми его ручку в свою руку...

К чему могут привести неклинические формы обучения клиническим дисциплинам



зрительным, слуховым... даже обонятельным. В вышеприведённом тесте обозначено, к примеру: кашель, хрипы в лёгких. Но кашель бывает разный, как и хрипы в лёгких.

Опыт показывает, что для студента решение тестов – одно из самых лёгких заданий на клинической кафедре. Возможность воспользоваться «помощью друга», как в популярной телеигре, получить её в полном комплекте вместе с ответами от товарищей, которые уже прошли этот «рубеж», – будь то контроль подготовки к занятию или этап тестирования на экзамене. В тестах невозможно отразить все особенности клинических симптомов болезни, их оттенки и вариативность. В клинической медицине мало математики. Разве что «высшая» – когда 2х2 не равно 4. Применять тесты – воспитывать с младых ногтей упрощённый подход к диагностике, а большинство тестов – именно на диагностику.

Не только от старшекурсников, но и от молодых врачей, недавних выпускников, часто приходится слышать: сейчас такие современные методы диагностики, как МРТ, ПЭТ, УЗИ, различные «-скопии», что собирать анамнез, вести беседы с больным – почти что пустая трата времени.

те, кто предпочитал не думать долго, что делать с больным, а действовал по трафарету.

Есть области знания и практики, в которых тестовый контроль неприемлем. Пример тому ЕГЭ. Пытались «втиснуть» (извините за вульгаризм) такие предметы, как литература, история, в прокрустово ложе ЕГЭ. Недолго это продолжалось. Поняли, что сделать это не удаётся. Медицина – это не только наука, но и искусство, особенно в области диагностики. «Поверить алгеброй» её возможно ли?

Вернёмся к американским тестам. Почему они оказались столь живучими и применяются с 1916 г.? Потому что они для аттестации специалистов. Не студентов. Специалист – это состоявший врач. Из своего опыта он реально представляет, что стоит за вопросами в тестах: конкретные симптомы, синдромы, виденные ранее и осмысленные больные. Для них они не абстракция, как для наших студентов. И ещё – тестирование применяется в западных странах как способ определения уровня квалификации, подготовки пришедших из других стран врачей и решения вопроса, можно ли их допускать к своим больным согражданам.

Чему не научат тесты

Иногда на обходах в клинике приходилось слышать от молодых врачей, что ребёнок не даёт себя осмотреть, капризничает, всячески сопротивляется. Чаще всего такой эскулап подступает к осмотру больного с налёту: раздевайте, мама, ребёнка. Реакция, естественно, негативная. Как маленький человек может её проявить – сопротивлением, отталкиванием рук врача, криком, когда прослушать лёгкие или сердечко его невозможно.

ча Давыдовского, профессора Алима Матвеевича Дамира. Их лекции нередко заканчивались аплодисментами аудитории. Студент воочию должен увидеть образцы манер, речи, внешнего вида учителя. И перенять их, сохранить преемственность отечественной медицины, славной именами и традициями. Формальными и формализованными методами обучения не получить полноценных врачей. Уповать на то, что по окончании вуза они смогут наверстать упущенное на студенческой скамье, работая под присмотром заведующего

Но если начать с того, что, оставив ребёнка на коленях матери, неторопливо беседовать, собирать у неё анамнез. Когда ребёнок успокоится, увидит, что ему ничего не грозит, взять его ручку в свои руки и продолжать разговаривать с его мамой и с ним, дать ему потрогать фонендоскоп, а потом попросить её поднять у него рубашечку и фонендоскопом провести аускультацию сердечка, лёгких. Всё получится: собрать нужную информацию об анамнезе жизни малыша, анамнезе его заболевания, провести врачебный осмотр и обследование.

Хорошо приглашать на такие обходы студентов. Лучшей методики преподавания клинической дисциплины и быть не может. Это возможно, когда кафедра располагает в отделении достаточно большим помещением, чтобы вместить порой до 20 человек – ординаторов отделения, студентов. Это стало невозможным, когда реформирование здравоохранения привело к отъёму у кафедры учебных помещений, когда доступ к больному для целей обучения закрыт.

По-видимому, в этих условиях стала проявляться тенденция к акценту на неклинические формы обучения клиническим дисциплинам. Качество учебного процесса стали оценивать по баллам, набранным при решении тестовых заданий. Они будут вывешены на сайте кафедры, и руководство будет по ним судить о работе преподавателей.

Применение симуляционных технологий расценивается как инновационный метод обучения. Какое количество муляжей и фантомов надо закупать, если после того, как на них поупражняется сотня-другая студентов, «парк» этих учебных пособий придётся обновлять? И неоднократно.

Дистанционные методы – лекции, семинары – из той же «оперы». Нужность профессорских лекций «в живую» ставится под сомнение. У меня до сих пор сохранились воспоминания и впечатления от лекций академика Ипполита Васильеви-

отделением или старшего ординатора, значит, строить воздушные замки. С 2016 г. не будет интернатуры. Выпускник, как кулёнок, будет брошен в водоворот участковой работы, не приобретя ни навыков, ни умений понастоящему работать с больным. Ни заведующему отделением, ни старшему ординатору дела до них не будет, особенно при теперешнем режиме работы врачей как в стационаре, так и на участке.

Теперешнее здравоохранение дегуманизируется. Дегуманизируется и медицинское образование. Никакими суперсовершенными методами диагностики – КТ, МРТ, ПЭТ, никакими сверхновыми методами лечения – персонализированной терапией, стволовыми клетками не удовлетворить ожидания больного от врача сочувственного отношения, умения разговаривать с ним так, чтобы после такого разговора становилось легче, одним видом своим и манерами внушать доверие.

Никакими тестами, муляжами и фантомами, дистанционными лекциями и семинарами не научить будущего врача ещё на студенческой скамье уметь общаться с больным, вести себя корректно, быть внимательным к жалобам больного человека. Это можно сделать только, если обучение проводится «на больном» под руководством преподавателя, который сам хороший врач, с соответствующими манерами, речью и внешним видом.

Дистанционное обучение хорошо для уже состоявшегося врача, а не для студента, тем более лишённого возможности проходить обучение в клинике, а не в коридоре или в подвале, как это нередко встречается.

Медицинское образование дорогое удовольствие для общества, как и хороший врач. Экономить на этом – значит обрекать больных на недодиагностику, недолечение, на предотвратимую инвалидизацию. Ущерб и моральный, и социальный.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Москва.

Эксперимент

Мы считаем, что контролируем процесс, когда ломаем голову над загадкой или читаем слова. Новый эксперимент демонстрирует, насколько активно наше подсознание.

Нам кажется, будто мы представляем себе, что творится у нас в голове. Не редки вопросы: «Почему я так поступил?» и попытка понять, почему же. Напрашивается логичный вывод: то, что я наблюдаю — это то, что происходит в моей голове. Логично, но неправильно.

Все психологи сходятся в том, что существует подсознание, а точнее, бессознательное, выполняющее немало сложных функций в процессе мышления.

Множество споров в психологии вызывает вопрос: за что именно отвечает бессознательное, а что требует осознанных размышлений? Или, цитируя название известной работы на данную тему, — «Бессознательное — умное или глупое?»

Многие придерживаются мнения, что бессознательное способно подготовить простые действия по типу «раздражитель — реакция», представить базовые факты, распознать объекты и выполнить натрениро-

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

ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России объявляет конкурс на замещение вакантной должности

старшего научного сотрудника отдела лазерной рефракционной хирургии.

Дату и условия проведения конкурса уточняйте на сайте www.mntk.ru

Справки по телефонам:
(499) 488 89 22 (отдел управления персоналом),
(499) 488 85 24 (учёный секретарь).

Своя голова — потёмки

Подсознание умнее, чем вам кажется

ванные действия. С другой стороны, процесс сложного познания — предполагающего планирование, логическую аргументацию и сочетание различных идей — требует сознательного мышления.

Результаты эксперимента, проведённого недавно израильскими учёными, противоречат подобному мнению. Ран Хассин и его коллеги использовали интересный визуальный приём (который они назвали «непрерывное подавление вспышек») — поместить информацию в мозг испытуемых так, чтобы они этого не осознали. По описанию кажется, что это болезненный процесс, однако на деле всё довольно просто.

Методика Хассина основана на одной особенности работы нашего мозга: два изображения, получаемые с двух глаз, как правило, соединяются в единую связную картину мира. В эксперименте использовались преломляющие свет очки, которые транслировали отдельное изображение для каждого глаза испытуемых.

Скажем, один глаз видит быструю смену светящихся ярких квадратов, которые отвлекают человека настолько, что когда во второй глаз транслируется содержательная информация, испытуемый не сразу это осознаёт. Теоретически второе изображение прекрасно видно, однако сознания оно достигает лишь спустя несколько секунд. Впрочем,



если вы закроете один глаз, чтобы не видеть цветные квадраты, то сможете тотчас увидеть «подавленное» изображение.

В ходе основного эксперимента Хассина подсознанию участников предлагались арифметические задачи. К примеру, человеку показывали следующий пример: «9 — 3 — 4 = ...», после чего явным образом демонстрировалось число, которое он должен был произнести вслух как можно быстрее. Это число могло быть как правильным ответом на поставленную задачу (в данном случае «2»), так и неправильным (например, «1»).

Удивительно, что испытуемые намного быстрее произносили показанное им число, если оно совпадало с правильным ответом. Получается, что пример был об-

работан и решён их разумом, хотя они этого не осознали, поэтому они были готовы назвать правильный ответ быстрее, чем неправильный.

Результаты эксперимента позволяют предположить, что возможности бессознательного куда более многогранны, чем казалось многим. В отличие от других испытаний, в ходе которых изучалась бессознательная обработка информации человеком, данный тест не предполагал автоматической реакции на раздражитель, а требовал от испытуемых точного ответа в соответствии с правилами арифметики. В отчёте об исследовании говорится, что используемый метод «станет прорывом в изучении бессознательного» и что «бессознательные процессы могут выполнять все основные функции сознательных процессов».

Авторы этих смелых заявлений признают, что впереди огромная работа, ведь мы только начинаем исследовать возможности нашего бессознательного. Подобно айсбергу большая часть процессов, происходящих в нашей голове, остаётся невидимой. А заглянуть в глубину мы можем благодаря таким вот экспериментам.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам Nature.

Исследования

Дым тревоги

Широко распространённое мнение, что курение обладает успокоительным эффектом, было опровергнуто британскими учёными, которые доказали, что курильщики значительно чаще страдают от тревожных состояний и депрессии.

Специалисты из Университетского колледжа Лондона наблюдали за 6,5 тыс. человек в возрасте старше 40 лет. Оказалось, что 18,3% курильщиков страдали от

депрессий и тревожных состояний. У никогда не куривших этот показатель составлял 10%, а у бросивших курить — 11,3%.

Это первое в своём роде ис-

следование, которое показало воздействие курения на психическое здоровье человека, сопоставив эти показатели с самочувствием людей, которые бросили курить, либо никогда ни курили. К числу бросивших курить относились только те люди, которые порвали с вредной привычкой более года назад.

Однако хорошей новостью является тот факт, что отказ от курения помогает привести психику в норму.

Борис БЕРКУТ.

По материалам medikforum.ru

✓ формирует устойчивый и продолжительный иммунитет против гриппа

✓ доказанная клиническими испытаниями безопасность

✓ содержит иммуномодулятор

✓ российская разработка от производителя вакцин №1 в России

www.sovigripp.ru

ФГУП «НПО «Микроген» Минздрава России

www.microgen.ru

Рег. удостоверение №ЛС-001049

Лицензия №12226 ЛС-П от 19.02.2013

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ

реклама

Если еда, которую подают на борту самолёта, безвкусна, в этом необязательно виновата авиакомпания. В действительности может оказаться, что всему виной наши вкусовые ощущения, меняющиеся по мере того, как самолёт набирает высоту.

Сухой воздух,
пониженное давление

Вкусовые рецепторы и обоняние начинают изменять нам на высоте около 10 тыс. м. Вкус еды – комбинация двух этих составляющих, и наше восприятие солёного и сладкого резко снижается, как только мы оказываемся в салоне самолёта, в котором искусственно поддерживается давление.

«Всё то, что мы ощущаем на борту самолёта, как выясняется, влияет на то, как мы воспринимаем вкус еды. В воздухе нам кажется, что еда и напитки имеют другой вкус, – говорит Чарлз Спенс, профессор экспериментальной психологии Оксфордского университета. – Этому есть несколько причин: недостаточная влажность, низкое давление воздуха, шум в салоне самолёта».

Атмосфера на борту воздушного судна в первую очередь влияет на обоняние. По мере того, как самолёт набирает высоту, давление в салоне понижается, а уровень влажности резко падает. На высоте около 10 тыс. м уровень влажности составляет менее 12%, то есть воздух в самолёте суше, чем в большинстве пустынь.

Сочетание сухости и низкого давления понижает восприимчивость вкусовых рецепторов к сладкой и солёной еде примерно на 30%. Такой вывод содержится в исследовании, которое провёл Институт строительной физики Общества Фраунгофера (Штутгарт, Германия) по заказу немецкой авиакомпании Lufthansa. Для изучения этого явления исследователи использовали специальную лабораторию, давление воздуха в которой было понижено до значений, соответствующих полёту на высоте 10,6 км. Кроме того, исследователи откачали влагу из воздуха и воспроизвели шум двигателей самолёта. В лаборатории даже учли

Мифы и факты

Откиньте столики

Почему еда в самолёте невкусная?



вибрацию кресел, чтобы полностью создать условия «полёта».

В ходе исследования выяснилась любопытная деталь: на большой высоте нас покидает лишь способность ощущать вкус сладкого и солёного. Восприятие кислого, горького и острого почти не меняется. Но дело не только в наших вкусовых рецепторах.

До 80% того, что люди воспринимают как вкус, на самом деле является запахом. Для того чтобы ощущать запахи, нам нужно испарение носовой слизи, однако в пересушенном воздухе салона самолёта наши обонятельные рецепторы работают по-другому. В результате еда кажется вдвойне безвкусной.

Поэтому авиакомпаниям приходится дополнительно сдабривать еду, которую подают на борту самолёта. Её солят и перчат настолько сильно, что повторить этого не осмелился бы ни один ресторан на земле. Зачастую рецепты блюд дорабатывают таким образом, чтобы дополнительные порции соли или

специй создавали у обедающих на борту нужные ощущения.

Шумовые помехи

Шеф-поварам авиакомпаний приходится учитывать и постоянный монотонный гул двигателей самолётов. Психологи установили, что ваши уши также играют существенную роль в восприятии пищи. (В этом вы можете убедиться сами,

если приготовите себе чашку кофе и попробуете его на вкус в сочетании с теми или иными звуками.) В ходе исследования выяснилось, что люди, которые ели в шумной обстановке, воспринимали еду менее солёной или сладкой, чем она была на самом деле. И ещё один неожиданный поворот: те, кого окружал громкий звук, воспринимали еду, как более хрустящую.

Впрочем, фоновый шум в 85 децибел на борту самолёта по-разному воздействует на восприятие вкусов. Такие приправы, например, как кардамон, лемонграсс и карри приобретают на большой высоте более интенсивный вкус, чем соль или сахар.

Приходится учитывать не только условия в салоне самолёта, но и другие факторы. По правилам безопасности, все блюда должны быть приготовлены на земле. Там еду упаковывают, быстро охлаждают, замораживают так, чтобы она могла пережить повторный разогрев в воздухе. Всё это изменило бы вкус еды, даже если бы её подавали на уровне моря.

Для разогрева еды на борту почти все авиакомпании по соображениям безопасности использу-

ют конвекционные печи, в которых контейнеры с пищей обдуваются горячим сухим воздухом. Использование микроволновых печей и открытого огня не допускается, хотя первые индукционные плиты уже появились на рынке.

Сохранить вкус пищи на борту может, например, метод sous-vide, при котором блюдо долго обрабатывают при относительно низких температурах в герметически запечатанном пластиковом пакете. Для улучшения качества еды авиакомпании начинают проводить эксперименты с опытными образцами блюд в специально созданных лабораторных условиях на земле либо на борту настоящего самолёта. Впрочем, в основном это касается блюд, которые подают в первом и бизнес-классе. Еда в эконом-классе может оказаться менее изысканной.

Авиаперевозчики постоянно совершенствуют способы приготовления еды. Сингапурская авиакомпания Singapore Airlines сотрудничает с кейтеринговой компанией SATS, которая имеет собственный симулятор салона самолёта в центре ресторанного обслуживания в аэропорту Чанги в Сингапуре. Здесь еду готовят и тестируют при пониженном атмосферном давлении.

Некоторые авиакомпании экспериментируют со столовыми приборами, полагая, что это может помочь делу. Замена тяжёлых металлических приборов на лёгкие пластиковые ножи и вилки ухудшает вкус еды. Дешёвые пластиковые стаканчики, из которых мы пьём джин с тоником или вино, также не добавляют удовольствия.

Кстати

Памятка бизнес-классу

Вина, которые на земле обладают довольно насыщенным фруктовым букетом, на борту становятся водянистыми, вяжущими, кислыми. Вино истощается, становится более плоским, меняется его структура. Жидкости расширяются и сжимаются в зависимости от изменения атмосферного давления. Очевидно, то же самое происходит и с вином. Вкус вина может стать менее фруктовым по мере изменения давления.

Чтобы решить эту проблему, авиакомпаниям при-

ходится выбирать вина с фруктовым вкусом, но с низким содержанием кислоты. С этой задачей не всегда легко справиться. Например, в шампанском очень высокое содержание кислоты, а многие люди предпочитают пить на борту именно шампанское, насыщенное танинами и кислотами. А нужно бы выбирать вино с учётом того, что произойдёт с ним в воздухе.

Поскольку низкий уровень влажности меняет вкусовые ощущения, лучше всего пить вино в начале полёта, а не ближе к его завершению, когда мы теряем существенно больше жидкости. По мере того, как мы «высыхаем», наши вкусовые рецепторы теряют свою восприимчивость».

Статистика

Спросите у Блумберга

Победители по «очкам эффективности»

В рейтинге самых эффективных систем здравоохранения разных государств мира, подготовленном агентством Bloomberg, в лидерах оказались Сингапур (показатель эффективности 78,6), Гонконг (77,5) и Италия (76,3). Япония и Южная Корея замыкают первую пятёрку. США – лишь на 44-м месте (34,3).

Каждая страна получила в этом рейтинге «очки эффективности», которые суммировались и в конечном итоге определили положение той или иной медицинской системы. В рейтинг были включены страны с населением как минимум 5 млн человек, ВВП на душу населения не менее 5 тыс. долл. и минимальной ожидаемой продолжительностью жизни 70 лет.

Именно ожидаемая продолжительность жизни получила наибольший удельный вес в рейтинге – 60% очков. Соответственно, в Сингапуре она составляет 82,1 года, в Гонконге – 83,5, в Италии – 82,9. В зависимости от затрат на здравоохранение в процентах от ВВП начислялось 30% очков.

Учитывались также затраты на медобслуживание на душу населения (10%): 2426 долл., 1944, 3032.

Рейтинг Bloomberg показывает отнюдь не то, где самое качественное лечение, скорее, речь о том, где вложения в сферу здравоохранения оказываются в конечном итоге наиболее эффективными. Единой формулы успешного здравоохранения вообще не существует, однако примеры Сингапура, Гонконга, Японии и Южной Кореи показывают, что важными факторами являются жёсткий контроль государства за вложенными средствами и прозрачность медицинского сервиса.

Там, на Дальнем Востоке, система здравоохранения действительно включает жёсткое государственное регулирование. Чего не скажешь об Италии. Часть экспертов достижение страны на Апеннинах, занявшей третью строчку в рейтинге Bloomberg, воспринимают с известной долей скептицизма. Если в итальянском здравоохранении всё так прекрасно, то почему Сильвио Берлускони делал операцию на сердце в Cleveland Clinic? И, дескать,

итальянцы живут долго потому, что им повезло с природными условиями, национальной кухней и умением радоваться жизни.

А что Россия? Мы заняли в этом рейтинге последнюю, 51-ю строчку с 22,5 «очка эффективности». Россия впервые попала в рейтинг Bloomberg, и это уже достижение. По сравнению с другими странами мы действительно тратим очень мало на здравоохранение (462 млрд руб. Минфин планировал потратить в 2014 г.). Учитывая коррупцию и все остальные привходящие сложности российской жизни, доходит до отрасли ещё меньше анонсированного. Продолжительность жизни у нас очень низкая, даже учитывая все государственные программы. А если принять во внимание общемировую тенденцию старения населения и увеличения в Европе и странах Азии продолжительности жизни, думается, РФ нескоро догонит остальных, если догонит вообще.

В 2015 г. из бюджета на здравоохранение будет потрачено ещё меньше (порядка 406 млрд руб.), и Россия может выпасть из рейтинга Bloomberg.

Ну и ну!

Известная шведская группа Army of Lovers («Армия любовников»), создавая свой хит, конечно, думала о себе. А попала – в Пентагон.

пришлось на действующий состав армии (менее 103 тыс. рецептов на 7,67 млн долл.). Остальные 90% были распределены между отставниками и членами семей военных.

Army of Lovers



Согласно информации Управления здравоохранения Министерства обороны США, в 2014 г. на борьбу с эректильной дисфункцией Пентагон потратил 84,24 млн долл. А за период с 2011 г. на эти цели было выделено 294 млн. Такой суммы хватило бы на покупку 4 ударных истребителей F-35.

Всего в 2014 г. медики Пентагона выписали 1,18 млн рецептов на лекарства от эректильной дисфункции. Лишь 10% от этого количества

Самым популярным средством остаётся виагра (более 905 тыс. рецептов) – на неё в 2014 г. ушло 41,6 млн долл.

Как следует из отчёта Управления здравоохранения Минобороны США, между 2004 и 2014 гг. коэффициент заболеваемости эректильной дисфункцией среди американских военнослужащих увеличился более чем в 2 раза (с 5,8 до 12,6 случаев на тысячу человек).

Подготовил Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам USA Today, BBC News, The Washington Post.

Недавно исполнилось 95 лет Самарскому государственно-му медицинскому университету, который почти за вековую историю развития превратился в многофакультетный учебный комплекс с разветвлённой структурой, многопрофильными клиниками, сплочённым коллективом сотрудников и студентов. Одни из самых ярких страниц в истории вуза, принёсших ему заслуженную славу, неразрывно связаны с профессором Александром Аминовым (1904–1984) и основанной им хирургической научно-педагогической школой. Обладая всеми данными научного деятеля, прекрасным общим и медицинским образованием, глубоким знанием основных наук, большой наблюдательностью и критичностью ума, Александр Михайлович занимался не только клинической хирургией. В сферу его деятельности входили также лапароскопическая хирургия и колопроктология, травматология и ортопедия, флебология, урология, онкология, челюстно-лицевая хирургия, нейрохирургия, гнойная и военно-полевая хирургия, а также диетология, физиотерапия, курортология и история медицины.

Тысячи спасённых человеческих жизней и высокий авторитет, который по заслугам снискал себе этот видный российский хирург, фронтовик, учёный и педагог, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РСФСР, профессор, заведующий кафедрой и клиникой госпитальной хирургии Куйбышевского (Самарского) медицинского института (университета), продолжают служить эталоном для нынешнего поколения врачей. Жизненный путь профессора А.Аминова переполнен резкими поворотами. Слишком богато был одарён этот прекрасный человек. Пытливый ум, чуткое сердце, строгие жизненные принципы заметно выделяли его среди других людей.

Становление

Александр Аминев родился 12 августа 1904 г. в селе Покровское Пермской губернии в семье сельских учителей. Окончив Ирбитскую мужскую гимназию, поступил в 1921 г. на медицинский факультет Уральского университета в Екатеринбурге. В 1924 г. медицинский факультет переводится в Пермский государственный университет, где в это время многие кафедры возглавляли выдающиеся учёные – физиолог Б.Вериги, гистолог А.Заварзин, зоолог В.Беклемишев, хирург В.Парин и другие. Они развивали в студентах и молодых учёных исследовательское и клиническое мышление, высокие этические принципы будущей профессии.

После окончания ординатуры начался активный и плодотворный научный, педагогический и административный этап творческой жизни Александра Михайловича. С 1929 по 1937 г. он ассистент кафедры общей хирургии медицинского факультета, затем медицинского института (в настоящее время Пермская государственная медицинская академия им. Е.А.Вагнера). В 1935 г. становится кандидатом медицинских наук. Затем директор пропедевтической хирургической клиники Пермского медицинского института (1936–1937), секретарь редакции «Труды Пермского медицинского института» (1936–1938), приват-доцент (1937), заведующий кафедрой общей хирургии медицинского института и одновременно директор Пермского стоматологического института (с 1937 г. по октябрь 1938-го).

В пермский период научно-педагогической деятельности Аминев проявил себя как высокоэрудированный специалист. Им проводились разработки и публиковались статьи по разным направлениям хирургии: травматологии и ортопедии, сосудистой и пластической хирургии, хирургии органов брюшной полости, нейрохирургии, урологии, стоматологии, хирургической инфекции, отдалённым результатам операций, курортологии.

Имена и судьбы

Профессор, хирург, полковник

Светлой памяти доктора и учёного Александра Аминова

Пионер лапароскопии

Интенсивно работая над докторской диссертацией, Аминев в 1937 г. начал изучать и разрабатывать лапароскопический метод под названием «перитонеоскопия». Это было время, когда лапароскопия не получила должной оценки и незаслуженно оставалась вне поля зрения большинства отечественных хирургов. Проведённое им исследование позволило сделать вывод о широких возможностях метода от простого осмотра брюшной полости до выполнения сложных манипуляций. Используя один из первых отечественных торакоскопов, Аминев первым в стране разработал технику и выполнил в эксперименте эндоскопическую биопсию печени, тампонаду раны печени, удаление инородного тела из брюшной полости и рассечение спаек.

В 1938 г. Аминев выезжает в научную командировку в 1-й Московский медицинский институт для проведения диссертационной работы под руководством профессора Н.Бурденко. В мае 1938 г. он выполнил две перитонеоскопии, а затем выступил на заседании Хирургического общества Москвы и Московской области с сообщением «Первый опыт перитонеоскопии». Он продемонстрировал торакоскоп, приспособленный им для осмотра брюшной полости, технику перитонеоскопии, сообщил о показаниях к данному методу и результатах выполненных процедур по поводу рака желудка, опухоли печени, водянки живота, туберкулёзного перитонита и лимфаденита, язвы желудка и других заболеваний.

В конце октября 1938 г. Аминев был назначен директором и одновременно заведующим кафедрой факультетской хирургии Астраханского медицинского института. Уже в астраханский период (1938–1942) он всё больший интерес начинает проявлять к проктологии.

От Сталинграда до Берлина

С началом Великой Отечественной войны вся жизнь и работа директора института круто изме-

нилась. Профессор был назначен по совместительству главным хирургом отдела госпиталей Астраханского облздравоотдела. В сентябре 1942 г. был призван в ряды действующей Красной армии. Армейским хирургом 28-й общевойсковой, затем 5-й танковой армии он прошёл боевой путь от Сталинграда до Берлина и закончил Великую Отечественную войну в звании полковника медицинской службы и в должности главного хирурга армии.

Несмотря на огромную практическую и организационную работу, Аминев продолжал свои научные наблюдения. Результатом

применения различных методов операций, занимаются разработкой новых способов хирургического лечения.

В 1964 г. проктологическое отделение клиники госпитальной хирургии увеличивается до 60 коек. А проктология как проблема начинает занимать ведущее место. Аминев создал крупную школу проктологов, которая стала одной из ведущих в стране. Под его руководством выполняется целая серия диссертационных исследований по анатомии и физиологии ободочной и прямой кишки, значение которых выходит за рамки обозначенных

В.Исаева, «искренняя радость при работе со студентами и молодыми хирургами, демократизм и открытость Учителя органично сливались с его требовательностью, жёсткостью (не жестоко-стью!) и каким-то спокойствием в общении. Рядом с ним, казалось, ты и сам вырастал и становился умнее. Он не боялся потерять так называемый престиж. Главным для него было излечить больного, избавить его от болезни...» Профессор Аминев очень много оперировал. А когда чувствовал, что коллеги пытаются оградить его от чрезмерных перегрузок, это вызывало у него какой-то



стали спасённые жизни бойцов Красной армии, в последующем – первая в СССР монография «Огнестрельные ранения прямой кишки» (1961).

У истоков проктологии

В августе 1945 г. профессор Аминев был избран заведующим кафедрой госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института. В классическую хирургию, науку и педагогику Александр Михайлович внёс богатый опыт военной хирургии, действенный по оказанию медицинской помощи в условиях боевой обстановки и чрезвычайных ситуаций. С его прибытием вырисовываются новые ветви общей хирургии, её логическое продолжение.

В 50-60-е годы проктология как научная проблема в клинике госпитальной хирургии постепенно выдвинулась на первый план, а затем заняла ведущее место. Аминев стоял у истоков ещё одного из наименее изученных разделов отечественной хирургии. Ещё работая в Перми, он опубликовал ряд работ по данной проблеме. Число выполняемых им операций постоянно увеличивалось. Под его непосредственным руководством проводится комплексное изучение заболеваний прямой и ободочной кишки, разрабатываются вопросы их диагностики и лечения, дифференцированного

тем и широко используется в клинической практике. Профессором Аминовым были разработаны сфинктерометры, широко вошедшие в повседневную практическую работу, новокаино-спиртовые блокады при геморрое, трещинах заднего прохода, кокцигодении, прокталгии и выпадении прямой кишки у детей. Получил известность авторский метод комбинированного оперативного лечения свищей, канал которых расположен вне сфинктера. Научные статьи Аминова широко печатаются в отечественных и зарубежных журналах. Он выступал на многочисленных отечественных и международных конгрессах. Начала проводиться подготовка и усовершенствование врачей для других лечебных учреждений страны. В октябре 1969 г. по решению Минздрава РСФСР в Куйбышеве состоялась 3-я Всероссийская конференция колопроктологов.

Научно-педагогическая школа

Кафедра и клиника профессора Аминова была настоящей кузницей замечательных врачей-учёных. А.Аминовым лично и в соавторстве опубликовано только по вопросам колопроктологии 17 монографий и 265 научных работ. Эрудиция, ум, такт, высокая общая культура, знание трёх иностранных языков создали профессору авторитет среди хирургов и проктологов мира. Под его руководством выполнено 145 диссертационных работ, в том числе 46 докторских. В 1964 г. профессору присвоено звание «Заслуженный деятель науки РСФСР». В последние 20 лет своей жизни он – бессменный председатель Куйбышевского областного научного общества, член правлений Всесоюзного и Всероссийского научных обществ хирургов, а также почётный член 11 научных хирургических обществ страны.

Штрихи к портрету

Александр Аминев был одержимым, целеустремлённым, цельным и открытым человеком. По воспоминаниям профессора

внутренний протест. Ему нужно было ощущать свою необходимость людям. И так почти всю жизнь – в активной роли лектора, оппонента, докладчика, консультанта или хирурга.

Аминев был прекрасным педагогом. Личное обаяние, большой опыт в практической и научной работе сделали его кумиром среди студентов и многих поколений хирургов. Он обладал удивительной способностью не только самому увлекаться работой, но и увлекать других. Традиционно лекции профессора начинались с того, что в аудиторию ввозили или вводили пациента, и он на этом конкретном примере развивал цепь своих размышлений. Лекции А.Аминова читал импровизируя. В этом были и класс лектора, и передача огромного практического опыта. Большой популярностью у студентов и врачей пользовались его совместные лекции с заслуженным деятелем науки РФ, профессором Г.Ратнером, где в интересной научной дискуссии обсуждались различные, порой противоположные, тактические и стратегические подходы к лечению хирургических заболеваний. В 1946 г. при активном участии профессора Аминова реорганизуется студенческое научное общество, а он становится его руководителем. Александр Михайлович был убеждён и настаивал, что каждый студент-субординатор обязан выполнить как минимум аппендэктомию.

Недавно исполнилось 110 лет со дня рождения и 30 лет со дня смерти профессора Аминова. Честь и слава Учителю! Конечно, весь объём воспоминаний о многогранной личности Александра Михайловича не может быть исчерпан на представленной странице. Ректор СамГМУ академик РАН Г.Котельников свято соблюдает традиции, заложенные его предшественниками и наставниками, и поэтому хочется закончить повествование об одном из них его часто повторяемыми словами: «Нет ничего более святого и благородного, чем память о своих учителях».

Сергей КАТОРКИН,
доцент кафедры и клиники
госпитальной хирургии
Самарского государственного
медицинского университета.

Как-то мы с супругой, взяв с собой внука, поехали на электричке к друзьям в деревеньку Куницино, что километрах в 30 от Владимира. Доехав до станции с оптимистичным названием «Новая жизнь» (прежде она называлась более мрачно – «Пропасти»), двинулись по дороге.

Передо нами шёл невысокий коренастый мужчина в спортивном костюме. Казалось, обычный дачник, если бы сзади на шее, сразу за ключьями седоватых волос, не виднелась надпись-татуировка «Привет парикмахеру!» Два слова чётко выделялись на бледной коже.

Мужчина с татуировкой шёл быстро, похоже, торопился и посередине села свернул на другую улицу, скрывшись за домами. Но вскоре вновь появился перед нами. Обогнав нас, обернулся, спросив о времени. Во рту его блеснули два золотых зуба.

– Таких людей, Саша, надо сторониться, – сказала жена внуку. – Человек он нехороший, похоже, сидел в тюрьме, там, наверное, ему и сделали надпись на шее.

...Прошло несколько лет. В один из ненастных осенних деньков мы с Володи́ей Беляковым из областной прокуратуры отправились в баню на Всполье. И хотя во Владимире бань тогда было немало, отстояли весьма длинную очередь. Среди толпы мужиков в ней выделялись два субъекта, перебарывающих блатными словечками и, похоже, с утра уже выпивших.

Они стояли на десяток человек впереди нас, а когда дошла наша очередь, уже в парной мы вновь увидели эту «сладкую парочку». На ногах одного выделялась знаковая надпись: «Они устали», у другого на шее я увидел знакомую татуировку: «Привет парикмахеру!»

Мне тотчас вспомнился тот гражданин на станции. Приглядевшись, убедился, что это он: невысокий, коренастый, седоватые волосы, во рту два жёлтых зуба...

А ещё был случай

Привет парикмахеру!



«Надо бы быть поосторожнее», – подумал я. Но, как иногда случается, развитие событий уже пошло по своему сценарию. Когда после очередного захода в парную Беляков предложил выпить пива (в моём дипломате находилась единственная на двоих бутылка чешского), ни дипломата со всем содержимым, ни почти новых джинсов Levis, присланных братом из Израйля, в шкафчике не оказалось.

Поначалу полный шок. Обезав банные помещения и парную, мы убедились, что тех подозрительных «сопарников» с татуировками след простыл. «Это тебе привет из прошлого, – не без печального юмора подумал я.

Вызываем банщика, тот – милицию. Приезжает дежурная машина Октябрьского РОВД с молодым следователем – весьма эффектной блондинкой – и сотрудником уголовного розыска. Далее следует нудный распрос о содержимом дипломата, спрашивают о приблизительной сумме похищенного. Перечис-

ляю: дипломат, в нём японский зонтик «Три слона» (большая в ту пору редкость), редкий, ручной работы нож с разными приспособлениями, махровое полотенце, свежая смена белья, почти новые американские джинсы...

Милиция вяло слушает, оперативник делает какие-то пометки в записной книжке. И тут их безмятежное состояние прервал Беляков.

– Областная прокуратура, – веско заявляет он, достав алое удостоверение. – Начальник Следственного управления. А это, – он кивает на меня, – судмедэксперт владимирского бюро. Так что, ребята, действуйте как полагается и составьте протокол о краже.

Немая сцена, почти по «Ревизору». Вызываются понятые, блондинка с голубыми глазами тотчас начинает строчить протокол. Мы описываем приметы подозреваемых, включая примечательные надписи – «Они устали» и «Привет парикмахеру!» Банщик выдал мне простыню,

закутавшись в которую, я добрался до дома.

Впрочем, все усилия милиции тогда ни к чему не привели, хотя, учитывая высокую должность Володи́и Белякова, банных воров настойчиво искали.

Месяц спустя по судебному иску мне выплатили некую сумму за похищенное, которая отнюдь не компенсировала утрату.

...Шло время. И вот летом, взяв с женой отпуска, поехали мы в Лазаревское, что под Сочи. Море, солнце, великолепный пляж при закрытом военном санатории, куда с помощью коллег-врачей удалось получить доступа. Казалось бы, что ещё для отдыха надо?

Но... баня, тоскует душа. Узнаю, что в Лазаревском есть таковая, единственная на весь город. Без проволочек отправляюсь туда. Парная в самом деле неплоха. Когда основательно напарившись, я попил зелёный чаек, то вдруг заметил средних лет мужчину, вошедшего с большим пластиковым пакетом в руках. Кажется, я где-то видел его, присматриваюсь. Пока он снимал поношенные синие джинсы, замечаю сзади на шее татуировку «Привет парикмахеру!»

«Это он!» – мелькнула в голове мысль... Пойдя за ним следом, понял, что не ошибся: в парной сел на лавку напротив, во рту у соседа блеснули два металлических зуба.

«Стопроцентная идентификация», – профессионально прикинул я. – Да и джинсы с той же этикеткой, похожи на мои бывшие».

Покидал я ту баню со сложными чувствами. Поначалу думал вызвать милицию, однако, размышляя, понял: ну какие

претензии можно ему предъявить? Всё-таки столько времени прошло, и Лазаревское не Владимир – незнакомый город... Однако для профилактики, едва опознанный мной бывший вор вошёл в моечную, я отозвал банщика в сторону и предупредил его об опасном посетителе.

А вечером того же дня сделал в своём дневнике запись: «Пошел париться в городскую баню, узнал о ней в очереди за газетами. Очень хорошая парная, одни отдыхающие. Мыла не было – одолжил, а у меня одолжили свежий «Советский спорт». Все здесь, словно одна семья, и пара веников на 15 человек. Наконец, главное, неожиданно встретил субъекта, что свистнул у меня во Владимире дипломат и джинсы. Это уже третья наша встреча, и две из них произошли в банях! Похоже, именно бани стали постоянным местом его промысла, иначе зачем ему столь вместительный пакет?»

А три дня спустя, лениво просматривая на пляже местную газету, под рубрикой «Происшествия» я прочёл: «...августа в городской бане при краже брюк и мобильного телефона задержан гражданин Т., 51 года, без определённого рода занятий. Начато следствие. Ранее потерпевших от краж граждан просим обращаться в городской отдел внутренних дел или по телефону...»

Но в милицию я тогда так и не пошёл.

Вспомнилось ещё, что в парилке остроумный пожилой грузин, обрабатывая себя общественным веником, афористично сказал: «В бане, как в тюремном лагере. Курорт, людей в городе тьма, а моются избранные...» Про лагерь, курорт и баню он в точку попал. Что ж, в который раз – «Привет парикмахеру!»

Марк ФУРМАН,
судебно-медицинский эксперт,
кандидат медицинских наук,
заслуженный врач РФ.

Владимир.

Актриса ... Мороз					Опера Кавалли	Любов- ная игра	СКАНВОРД										Нижняя часть пиджа- ка		Луанда		Ориен- тир, судно			
Манок		Лечит склероз		Нержа- вейка				Риваро- ксабан									Петля на тросе (мор.)		Приток Урала	Опера Генделя		Омали- зумаб		
... пожа- ловать!						Ездил на печи	Город, Брянск, обл.	Швейц. живо- писец	Пятна на теле		Возм. опас- ность	Итал. живо- писец		Ход рассуж- дений								Овча- ров, фильм		
Амер. молек. биолог		Брат Рема		Декор. папо- ротник								Сын Ревекки							2-стор. барабан					
				Дерев. башма- ки	Расто- читель			Груда		Еле-еле ... в теле	"Сефия"			Часть речи	Мясо на Севере									
	Одежда вкруг шеи		Хлыст при верх. езде					Спорт. ботинок		Житель Афин	Тенни- систка ... Ива- нович		Да (разг.)	Символ					Отбро- сы					
					Карел. муз. инстру- мент			Твер- дый знак		Ларец, мощи				Э Л В И С С					С Ъ Е М З А					
														А К Л А Д О А Р Ш Т А Н Г А Н И А Н										
	Театр. осве- щение		Бокерия				Змея, Австра- лия							А Е Р А Н Т В Е Р П Е Н В О П О К О Н Г О										
														К А Й Я И Т А К К И Ж И Ч А С Д И А Н А										
														И Б С Е Н С О С У Д К А С К А										
Автор Валерий Шаршуков					Гармонь	Заква- ска для теста				Ритуал. напиток в Оке- ании				Н Д О З А А В И З О М О Р										
														А К Н Е Л Е Й Д Л И Н А										

Ответы на сканворд, опубликованный в № 15 от 04.03.2015.