

ТЕМА НОМЕРА

МЕДОБРАЗОВАНИЕ

1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

«Сегодня выпускники медвузов имеют очень смутное представление о клинической части своей работы»

О проблемах организации подготовки медиков — в интервью **Леонида ПЕЧАТНИКОВА**

2 ТОЧКА ЗРЕНИЯ

О роли врачебного сообщества в управлении и модернизации отрасли рассказывает **Леонид РОШАЛЬ**

3 ИНИЦИАТИВА

Московские медики в очередной раз приняли участие в проведении Дня диагностики меланомы в России

4 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

В рубрике представлены материалы мартовской и апрельской клинико-анатомических конференций

5 100 ЛЕТ НАЗАД

В начале прошлого века общины сестер милосердия заложили профессиональные основы сестринского дела



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

Амплеева Татьяна Викторовна, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения Москвы

Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы

Бакулин Игорь Геннадьевич, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения Москвы

Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения Москвы

Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения Москвы

Гехт Алла Борисовна, главный внештатный специалист психоневролог Департамента здравоохранения Москвы

Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения Москвы

Жиляев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения Москвы

Журавлев Александр Иванович, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

Колтунов Игорь Ефимович, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения Москвы

Конопляников Александр Георгиевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения Москвы

Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения Москвы

Мазус Алексей Израильевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения Москвы

Малышев Николай Александрович, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения Москвы

Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения Москвы

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель совета главных врачей Москвы

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения Москвы

Орехов Олег Олегович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения Москвы

Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения Москвы

Потекаев Николай Николаевич, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

Разумов Александр Николаевич, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению Департамента здравоохранения Москвы

Тюрин Владимир Петрович, главный внештатный специалист терапевт, специалист общей врачебной практики (семейный врач) Департамента здравоохранения Москвы

Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения Москвы

Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения Москвы

Шпектор Александр Вадимович, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Альфия Анваровна Саитгареева**

(e-mail: info@niiiozmm.mosgorzdrav.ru; тел.: 8-499-940-99-72)

Ответственный секретарь: **Ева Александровна Василевская**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

Редакция журнала «Московская медицина» 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций

28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

Издательство: ООО «Бионика Медиа» 117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
Выпуск № 2(5) 2015 журнала «Московская медицина» отпечатан 5 июня 2015 года

ООО «ПОЛИГРАФ-ПЛЮС»

107023, г. Москва, ул. Электrozаводская, д.21

Тел.: 8 (903)511-04-26, E-mail: rostest-iv@inbox.ru

Тираж 10000 экз.

Бесплатно

В преддверии профессионального праздника, Дня медицинского работника, редакция журнала решила обратиться к теме крайне актуальной для текущего момента – образованию. У российской медицины славные традиции и в свое время отечественная медицинская школа была одной из лучших в Европе. Во многом на багаже того времени держится и современное высшее медицинское образование в России. Однако в последнее время наметились и негативные тенденции, многие специалисты критически оценивают уровень преподавания и подготовки в медвузах.

— Медицинское образование — очень специфический процесс, в котором учебную и лечебную составляющие невозможно разделить, — говорит в своем интервью журналу Леонид Печатников. — Главная проблема сегодня — отсутствие клинической практики у преподавателей вузов. А для врача, как и для музыканта, некоторое время не заниматься профессиональной подготовкой смерти подобно — это равносильно профессиональной дисквалификации.

Он убежден, что интегрирование лечебного процесса в процесс обучения будущих медиков — задача, решение которой не требует отлагательств. Но задача эта непростая, требующая существенных изменений в федеральном законодательстве.

Сегодня в Москве пытаются изменить ситуацию в рамках своей компетенции. Одно из направлений этой работы — создание университетских клиник, о котором читателям журнала рассказывает проректор по лечебной работе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Виктор Фомин.

Впрочем, многие из практикующих сегодня врачей убеждены: если молодой человек действительно хочет стать врачом, у него для этого есть все возможности. Главное, иметь желание и быть уверенным в своем выборе. Как в свое время был уверен в нем Александр Иосифович Коган, начавший свою профессиональную карьеру в середине прошлого века, прошедший военным фельдшером Великую Отечественную войну и до сегодняшнего дня ведущий клиническую и научную деятельность.

— Главное, найти себе хорошего учителя! — советует врач-ветеран молодым коллегам в интервью нашему журналу, — не стесняйтесь консультироваться с коллегами, которые имеют более богатый опыт. Больше читайте, анализируйте свою работу, обобщайте полученные данные.

Возможность учиться у таких людей дорогого стоит, и пока она есть традиции российской медицинской школы будут передаваться от поколения к поколению. А значит, будет кому лечить наших детей и внуков.

Хочется надеяться, что и материалы нового номера журнала будут полезны в процессе образования и самообразования московских медиков. Авторы прилагают к этому максимум усилий.

Искренне поздравляю всех коллег с профессиональным праздником с пожеланием профессионального долголетия и возможности приносить пользу и радость своей деятельностью окружающим!



Николай ПОТЕКАЕВ,
первый заместитель
руководителя
Департамента
здравоохранения
Москвы

ОТ РЕДАКЦИИ

Обращение к читателям первого заместителя руководителя Департамента
здравоохранения Москвы Николая ПОТЕКАЕВА

02**ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА**

**Леонид ПЕЧАТНИКОВ: невозможно научиться лечить,
не подходя к больному**

1**05****АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА**

Улица с двухсторонним движением

Об университетских клиниках рассказывает проректор Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова Виктор ФОМИН

8**ТОЧКА ЗРЕНИЯ**

**Леонид РОШАЛЬ: наша цель – сделать так, чтобы
в России было больше качественных врачей**

2**11****ЕСТЬ МНЕНИЕ**

**Александр МЯСНИКОВ: надо воспитать новое поколение
врачей**

16**ИНИЦИАТИВА**

День, спасающий тысячи жизней

В этом году День диагностики меланомы в России прошел уже 9 раз

3**21****ПРОФЕССИЯ – ВРАЧ**

**Александр КОГАН: личность врача – главное в нашей
профессии**

27**ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Негодные средства для отсутствующей цели

31

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

На обсуждение в рамках мартовской клинико-анатомической конференции была представлена история болезни пациентки, умершей вскоре после родов по причине пневмонии тяжелого течения и септического шока _____ **34**

В апреле на клинико-анатомической конференции специалисты обсуждали историю болезни пациента, причиной смерти которого стал хронический обтурационный гнойный пиелонефрит _____ **4** **48**

ПРАВОВАЯ ПРАКТИКА

Увольнение по статье возможно и реально _____ **61**

Необходимая процедура _____ **64**

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

**Объединяя усилия
Секрет успешной дентальной имплантации —
совместный труд стоматологов и оториноларингологов** _____ **66**

НАУКА И ПРАКТИКА

У постели больного
О работе лаборатории по изучению тромбозов рассказывает Елена ВАСИЛЬЕВА _____ **72**

ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ
**Современные реалии патологоанатомической службы
столицы** _____ **75**

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
**Аттила ВАРАДИ: трудно представить себе, что врач
будет назначать препарат, которому не доверяет** _____ **81**

ПОСТДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
Передовой опыт в герниологии теперь доступен _____ **84**

100 ЛЕТ НАЗАД
С любовью и милосердием _____ **5** **87**

ЛЕОНИД ПЕЧАТНИКОВ: НЕВОЗМОЖНО НАУЧИТЬСЯ ЛЕЧИТЬ, НЕ ПОДХОДЯ К БОЛЬНОМУ

В России имеются колоссальные традиции медицинского образования, когда-то отечественное медицинское образование считалось лучшим в Европе, да и в мире. Однако сегодня, по мнению многих, уровень подготовки выпускников медвузов не всегда соответствует требованиям времени. Одна из причин этого, по мнению заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, заслуженного врача России Леонида ПЕЧАТНИКОВА, в разрыве, образовавшемся между теоретической и практической составляющими образовательного процесса.

— Леонид Михайлович, как вы оцениваете уровень преподавания в современных российских медвузах?

— В свое время, примерно до 70-х годов XX века, это образование было на достаточно высоком уровне, но затем ситуация начала меняться. На мой взгляд, именно в 70-е годы произошел некий перелом не в лучшую сторону. До этого вершиной врачебной профессии как с точки зрения престижа, так и материального обеспечения, было место преподавателя на клинической кафедре. Для этого надо было окончить университет, клиническую ординатуру, после чего поступить в аспирантуру, защитить кандидатскую диссертацию, стать ассистентом на кафедре, доцентом, а потом, защитив докторскую диссертацию, стать профессором. Это был непростой путь, который проходили лучшие из лучших. В 70-е годы произошло, на мой взгляд, трагическое изменение в этой системе, в результате чего в клиническую ординатуру стали поступать не самые лучшие студенты, а те, у которых, грубо говоря, было больше блата. За основу брались не профессиональные знания, а общественная работа, партийность, национальность и прочие обстоятельства, не имевшие никакого отношения к профессиональным и реальным знаниям студента, оканчивающего университет. Причем формально ничего не менялось, по-прежнему люди поступали в ординатуру, аспирантуру, защищали кандидатские, докторские, но качество их диссертаций не всегда было приемлемым. Очень многие диссертации того времени писались в библиотеках, без опоры на собственный клинический опыт. И сегодня мы пожинаем плоды такого подхода.

Мы столкнулись с тем, что преподавателями часто, хотя и не всегда, становятся люди, не подготовленные к преподавательской деятельности, которые ничему реально научить не могут. А с переходом на рыночные рельсы люди, которые профессионально ничего из себя не



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

представляют, получили возможность нормально существовать. Стали возникать коммерческие вузы, в том числе и медицинские, и цена медицинского диплома девальвировалась. Я не говорю, что его можно было купить в переходе, но можно было получить диплом медицинского вуза, по сути дела, не учась. Главная проблема сегодня — отсутствие клинической практики у преподавателей вузов. А для врача, как и для музыканта, некоторое время не заниматься профессиональной подготовкой смерти подобно — это равносильно профессиональной дисквалификации. И нагнать упущенное невозможно, медицина стремительно уходит вперед. Усугубляют ситуацию и особенности правового регулирования взаимодействия медвузов и их же клинических баз в клиниках. Раньше медицинский вуз и его клиническая база были единым целым, это всегда был единый коллектив профессионалов, эффективно взаимодействующих друг с другом. Однако законодательство «совершенствовалось», и это привело к тому, что кафедра и больница стали совсем чужими друг другу, и студенты, приходя в больницу для того, чтобы научиться профессии, сталкиваются с тем, что для больницы они персоны нон-грата. Персонами нон-грата стали и кафедральные сотрудники. И понять главврачей можно в определенной степени, ведь, как я уже сказал, у многих преподавателей медвузов совершенно отсутствует клиническая практика. Как же можно их подпускать к больному?

— А зачем же нужны такие «усовершенствования» правового поля?

— Почему так произошло, сказать сейчас сложно, наверняка не по злomu умыслу, а в силу недостаточного понимания одного существенного обстоятельства. Медицинское образование — очень специфический процесс, в нем учебную и лечебную составляющие невозможно разделить. В итоге те юридические нормы, которые в любой другой сфере действуют вполне эффективно, для сферы медицины оказываются неприменимы — буквально убивают медицинское образование. Именно это в первую очередь повлияло на качество преподавания в медвузах и уровень подготовки медиков. Сегодня выпускники медвузов имеют очень смутное представление о клинической части своей работы.

Все это, к слову, происходит на фоне катастрофического снижения престижности работы в медвузах и снижения уровня материальной заинтересованности профессоров в учебном процессе. Раньше должность преподавателя кафедры была не только престижна, но и высокооплачиваема. Например, ассистент кафедры получал зарплату кафедрального сотрудника и одновременно имел еще клиническую ставку. То есть, по сути, он получал две зарплаты. Ассистент имел зарплату примерно 300 рублей, что для того времени было немало, профессор — 500 рублей, заведующий кафедрой — 550. Сегодня же преподаватели кафедры вынуждены искать подработки, учитывая уровень их зарплат в вузах. Их не стала интересовать их главная задача — учить студентов. И это катастрофично!

На мой взгляд, ключевая задача, стоящая сегодня перед Минздравом, так как высшее образование — компетенция федеральных органов власти, — интегрировать образовательный процесс в лечебный. Невозможно научиться лечить больного, не подходя к больному, не участвуя в лечебном процессе под руководством своих преподавателей, не набираясь клинического опыта. И если не исправить ситуацию сегодня, завтра может быть уже поздно, мы отстанем навсегда от современных требований к медицинской профессии.

— А в Минздраве это понимают?

— Да, я это многократно обсуждал с Вероникой Игоревной, и она прекрасно понимает суть проблемы, будучи сама хорошим врачом и получив прекрасное образование. Но поменять правовое поле непросто. Только недавно внесены поправки в законы, которые позволяют преподавателю кафедры легально заниматься лечебной работой. Уму непостижимо: профессор-хирург не имеет права подойти к операционному столу, если он не оформлен на 0,25% ставки врача-дежуранта в приемном отделении.

Еще раз повторю: медицинское образование — процесс уникальный и для регулирования трудовых взаимоотношений в нем нужен отдельный закон, а в законе «Об охране здоровья граждан в РФ» должно обязательно присутствовать учебное заведение. Иначе мы это дело не сдвинем с мертвой точки никогда.

— Можно ли что-то сделать на региональном уровне?

— Мы пытаемся. Сегодня идет работа над созданием университетских клиник. Это то, что мы можем сделать на уровне региона, привлекая к медицинскому образованию подведомственные нам клинические учреждения, то есть больницы. Этот проект я пытаюсь продвинуть 5 лет, и вроде бы процесс пошел, несмотря на огромное количество юридических капканов, которые стоят на пути. Капканов, которые мы сами себе и расставили неосознанно.

— Что будут представлять из себя университетские клиники?

— Мы хотим на уровне уже существующих законов дать преподавателям клинических кафедр медвузов юридическую возможность лечить больных и обязать их участвовать в лечебном процессе. Механизм может быть таким: если вы профессор кафедры, давайте будете заведовать и отделением в клинике. То есть получается двойное подчинение, когда преподаватель кафедры является одновременно подчиненным своего заведующего кафедрой, который определяет его задачи в плане учебного процесса, и подчиненным главного врача клиники. В итоге такой профессор получает возможность со своими ординаторами, аспирантами, интернами и студентами участвовать в лечении больных и отвечает за результат этого лечения. При этом в клиниках работают практики, которые готовы и хотят преподавать, и им в рамках этого проекта мы хотим дать такую возможность. Возможность занимать должность ассистента или доцента кафедры на полставки, к примеру, и учить студентов, передавать им свой опыт. Иными словами, стоит задача легализовать интеграцию клинической кафедры в вузе и клинического отделения в клинике, они не должны быть независимыми друг от друга, они должны стать единым медицинским механизмом. Если вы зайдете летом в парк любой московской больницы, у вас рябит в глазах от белых халатов. Людей в белых халатах огромное количество, такое впечатление, что их больше, чем самих больных. Но найти из их числа того, кто реально задействован в лечебном процессе, думаю, будет крайне непросто. Всех этих интернов, ординаторов, ассистентов, студентов-старшекурсников, которые должны быть у постели больного, отгоняют от больного. Совершенно не думая о том, а кто же будет лечить наших детей, наших внуков.

— А что происходит сегодня в постдипломном образовании? Есть какие-то подвижки в процессе перехода к системе непрерывного постдипломного образования, о котором так много говорилось в последнее время?

— Это опять вопрос, лежащий в компетенции федеральных органов власти. Это не может произойти в одном субъекте, это должно произойти по всей стране. На мой взгляд, для такого перехода все есть: информационные ресурсы, на которых можно проводить непрерывные практические опросы, система кредитов и баллов — то, что во всем мире давно внедрено. Мне кажется, это вопрос желания и политической воли. Я думаю, что врачи давно до этого дозрели, и Минздрав это хорошо понимает. И мы к этому придем рано или поздно, так как действующая сегодня у нас система давно уже устарела и носит очень формальный характер.

— Леонид Михайлович, учитывая все трудности, есть ли сегодня у студентов и молодых врачей возможность учиться по-настоящему и в итоге стать профессионалом с большой буквы?

— Если студент хочет учиться и стать врачом, у него сейчас возможностей даже больше, чем у меня в свое время. Появился доступ к самым разным источникам информации, в том числе и зарубежным. А студент обязан знать хотя бы один иностранный язык, хотя бы английский. Поэтому когда он, окончивая университет, говорит, что его не научили, это лукавство. Тот, кто хочет, научится. Есть для этого все возможности. Конечно, было бы лучше, если бы и преподаватели были более высокого уровня. Но даже на той базе, что есть, студент может и должен научиться лечить. И тех, кто учится, стремится к этому, немало. Я вижу достаточно много молодых ребят, которые хотят быть врачами и, уверен, станут мастерами своего дела. Ведь главное желание, желание помочь другому — способность к состраданию. Если человек не может сострадать, он не сможет быть врачом, даже если у него невероятно развито аналитическое мышление.

УЛИЦА С ДВУСТОРОННИМ ДВИЖЕНИЕМ

Важным инструментом как совершенствования медицинской помощи в системе столичного здравоохранения, так и повышения качества медвузовского образования по плану Департамента здравоохранения Москвы должна стать организация на базе городских стационаров университетских клиник. Одна из задач — наладить продуктивное взаимовыгодное взаимодействие преподавательского состава и врачей московских клиник. О подробностях реализации проекта рассказывает проректор по лечебной работе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Виктор ФОМИН.



Виктор ФОМИН,
проректор по лечебной работе Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

— Виктор Викторович, расскажите подробнее о целях данного проекта и о том, что необходимо сделать для его реализации технически?

— Проект «Университетские клиники» стартовал в 2014 году по поручению мэра города Москвы Сергея Собянина. Инициатива по реализации проекта принадлежит ректору Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Павлу Глыбочко, а его реализацию курирует заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников. Целью проекта является консолидация усилий Департамента здравоохранения Москвы и ведущих кафедр образовательных организаций (медицинских вузов), подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, по дальнейшему повышению качества оказания медицинской

помощи жителям города Москвы и совершенствованию практической подготовки обучающихся. Рабочей группой департамента и Первого МГМУ им. И.М. Сеченова уже разработан пакет нормативных документов, регламентирующих деятельность университетских клиник. В рамках проекта ведущие представители профессорско-преподавательского состава медицинских вузов будут приняты в штат медицинских организаций. Таким образом они получат право в полном объеме выполнять функции лечащих врачей. Врачи больниц в свою очередь приступят к работе преподавателей в вузах, что позволит обучающимся получать наиболее востребованные навыки и умения, необходимые для полноценного осуществления медицинской деятельности «из первых рук», непосредственно от тех, кто ежедневно применяет наиболее передовые медицинские технологии на благо конкретных пациентов.

— Сколько клиник уже участвует в проекте? Что проект дает самим клиникам?

— К настоящему моменту 20 клиник участвует в проекте, но подчеркну, что его не следует рассматривать только как кадровый. Объединение кадрового потенциала больниц и медицинских вузов делает университетскую клинику приоритетной площадкой для разработки и внедрения медицинских инноваций. Принципиально важным было то, чтобы сотрудники кафедр — профессора, доценты и ассистенты — получили возможность непосредственно осуществлять врачебную деятельность и отвечать за ее результаты. То есть директор университетской клиники — как правило, заведующий или ведущий профессор кафедры — несет персональную ответственность перед ректором и главным врачом за качество лечебной работы.

— Какие препятствия сейчас на пути реализации проекта и как планируется их устранить?

— Не секрет, что ни один медицинский вуз, в том числе располагающий собственным коечным фондом, не может обойтись без взаимодействия с субъектовой системой здравоохранения. В Москве трудно найти стационар или амбулаторно-поликлиническое учреждение, в котором не базировалась бы кафедра одного или нескольких медицинских вузов. Для примера: только базами летней производственной практики студентов Первого МГМУ являются более 60 медицинских организаций и их филиалов, подведомственных Департаменту здравоохранения города. Исторически преподаватели клинических кафедр всегда участвовали в лечебной деятельности, и именно московское здравоохранение всегда было в этом отношении образцом для подражания с точки зрения организации взаимодействия кафедр и больниц. Однако произошедшие в последние годы глобальные изменения федеральной нормативной базы, регламентирующей охрану здоровья граждан Российской Федерации, четко разграничили зоны ответственности медицинских работников за свои действия. Одним из ключевых изменений стало внятное обозначение статуса лечащего врача с условием, что он обязательно состоит в штате медицинской организации. Таким образом, преподаватели кафедр, даже самые высококвалифицированные, формально стали в больницах людьми «с улицы», а допуск их к медицинской деятельности стал целиком и полностью



В РАМКАХ ПРОЕКТА ВЕДУЩИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ БУДУТ ПРИНЯТЫ В ШТАТ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ. ТАКИМ ОБРАЗОМ ОНИ ПОЛУЧАТ ПРАВО В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ ВЫПОЛНЯТЬ ФУНКЦИИ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ.

риском для руководителя медицинской организации. Закономерно и то, что в этой ситуации заинтересованность многих преподавателей в медицинской деятельности в больнице заметно снизилась. Мы рассчитываем, что реализация проекта «Университетские клиники» позволит вернуть процесс взаимодействия медицинских вузов и медицинских организаций в логическое русло, и организовать его с максимальной пользой на благо пациента.



Анатолий Корсунский, главный врач Детской городской клинической больницы №9 им. Г. Н. Сперанского, профессор

— Университетская клиника организована в нашей больнице в январе этого года. Основой для ее создания стала кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. В клинике проходят обучение ординаторы, интерны и студенты, начиная с четвертого курса. Обучение проводится по трем направлениям: «педиатрия», «детские инфекционные болезни» и «поликлиническая педиатрия». Во втором квартале на базе больницы планируется организация зала с медицинскими тренажерами для отработки студентами практических навыков оказания медицинской помощи.

Работа организована следующим образом: сотрудники университетской клиники активно участвуют в лечебном процессе в качестве консультантов, заведующие отделениями вместе со студентами, интернами и ординаторами проводят совместные клинические разборы, обходы пациентов, дают оценку историй болезни. Только в первом квартале текущего года с участием сотрудников университетской клиники проведено 102 консилиума, более 1 тысячи консультаций в стационаре, 147 консультаций для амбулаторных больных.

В чем я вижу преимущества такого сотрудничества для больницы и ее пациентов? Главное из них заключается в том, что к лечебному процессу привлечены опытные преподаватели с большим клиническим опытом в различных областях медицины. Это плюс, прежде всего, для пациентов, которые получили возможность, бесплатно, в рамках ОМС, проконсультироваться у опытных сотрудников кафедры, профессоров и доцентов. Университет в свою очередь приобрел в лице заведующих отделениями и врачей опытных воспитателей-тьюторов с огромным клиническим опытом. Выстроенное таким образом взаимодействие, как я думаю, позволит достичь двух целей: обеспечить рост качества оказываемой медпомощи, в которой теперь участвуют еще и специалисты университета и, параллельно, сделать академическую науку ближе к пациентам.



Ольга Шарпова, главный врач Городской клинической больницы № 64

— По решению Департамента здравоохранения Москвы на основе кафедры хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова для осуществления постдипломной подготовки специалистов в нашей больнице была организована университетская клиника гнойной хирургии. Тем не менее пока особой активности в плане участия в работе медучреждения со стороны университетской клиники мы не отмечаем. Каким нам хотелось бы видеть подобное сотрудничество в будущем и как построена работа университетских клиник во всем мире? Как правило, в обязанности работающего в них профессорско-преподавательского состава входит консультирование сложных пациентов, проведение операций, обучение врачей хирургического профиля. Вуз в лице сотрудников университетской клиники также осуществляет на базе медицинского учреждения внедрение новых медицинских технологий. Хотелось бы видеть больше инициативы именно в этом направлении. В конце концов именно новые технологии, которые готовы и могут предложить практическому здравоохранению вузы, позволяют существенно улучшать качество медицинской помощи, уменьшать среднюю продолжительность пребывания пациента на койке, увеличивать ее оборот.

Подготовила
**Татьяна
БЕСКАРАВАЙНАЯ**

ЛЕОНИД РОШАЛЬ: НАША ЦЕЛЬ – СДЕЛАТЬ ТАК, ЧТОБЫ В РОССИИ БЫЛО БОЛЬШЕ КАЧЕСТВЕННЫХ ВРАЧЕЙ

Леонид РОШАЛЬ в представлении не нуждается, его мнение весомо как в медицинском профессиональном сообществе, так и среди сильных мира сего. Не случайно ему удалось объединить многих коллег под эгидой Национальной медицинской палаты и, главное, добиться того, что эта общественная организация медленно, но верно набирает вес в деле реформирования отечественного здравоохранения. О планах НМП и проблемах самоорганизации профессионального медицинского сообщества Леонид Михайлович рассказывает в интервью «ММ».

— Леонид Михайлович, вы наверняка помните книжки про Незнайку. Незабвенный доктор Пилюлькин, наверное, один из первых врачей, с которыми сталкивается ребенок. Помимо тех, кто работает в детской поликлинике по месту жительства, конечно. Но интересно, что в Цветочном городе было два врача: доктор Пилюлькин, который лечил мальчиков, и доктор Медуница, лечившая девочек. Причем они находились в постоянном профессиональном конфликте друг с другом, Пилюлькин был сторонником касторки и йода, а Медуница предпочитала лечить сочувствием и медовыми компрессами. Примечательно, что и реальные врачи далеко не всегда сходятся во взглядах на то, как должна быть организована медицинская помощь, у каждого есть своя точка зрения. Возглавляемая вами Национальная медицинская палата тоже лишь одна из нескольких функционирующих сегодня профессиональных медицинских общественных организаций общероссийского масштаба, скажите, зачем они нужны в принципе, да еще



Леонид РОШАЛЬ,
президент
Национальной
медицинской палаты

И в таком количестве? И можно ли врачам прийти к консенсусу относительно места общественных объединений в сегодняшней системе здравоохранения России?

— Медики, как, собственно, и многие другие профессионалы живут и трудятся не в вакууме, я бы не отделял их от социума. Связь между врачом и пациентом более чем тесная во всех смыслах, а значит, проблемы, казалось бы, чисто профессиональные неразрывно связаны с общественно значимыми и находят отклик всего общества. В этой ситуации разница во мнениях и наличие большого спектра различных позиций только во благо, на мой взгляд. А когда нет этой разности мнений, это диктатура. А я не очень люблю диктатуру, не люблю, когда мне приказывают. Я сам должен прийти до того, как нужно или не нужно делать. Но достижение консенсуса при этом вполне возможно, ведь известно, что в споре рождается истина.

Скажу прямо — были люди, не заинтересованные в создании в России единой мощной врачебной ассоциации. Позиция была примерно такая: пусть будет одна, вторая ассоциация, пусть борются между собой, тратят нервы, но не занимаются решением проблем общих для всего здравоохранения и для врачей вне зависимости от того, в какой организации они состоят. В некоторых случаях на профессиональные ассоциации смотрели и вовсе как на игрушку, на механизм выпуска пара. В свое время Пироговское движение было очень мощным, его съезды собирали тысячи участников, на них неизменно присутствовали представители профильного министерства. Я помню, на Пироговских съездах, когда здравоохранение возглавлял Зурабов, в президиуме был чуть ли не весь руководящий состав министерства. Но все это была игра. На съездах принимались замечательные, толковые и актуальные решения, но сложно назвать хотя бы одно из них, которое было исполнено. В итоге в последнее время внимание к Пироговскому движению упало: уже 300—200 человек собираются, а один из последних съездов и вовсе стал просто митингом коммунистической партии. Активность Пироговского движения постепенно сходит на нет, несмотря на усилия отдельных ярких его участников.

Аналогично развивалась и судьба Российского медицинского общества (РМО), которое возглавлял Михайлов. При министре Дмитриевой во многих регионах страны были организованы подразделения РМО, но где они сейчас? Руководитель медицинского общества якобы представлял врачей России за рубежом, не представляя медицинское сообщество в своей стране. В этой ситуации создание действительно работающей общероссийской профессиональной организации врачей было просто необходимо. И мы, собравшись на площадке Общественной палаты России, в количестве 200—300 наиболее активных представителей врачебного сообщества, единогласно проголосовали за создание такой организации. Заметьте, в пике Минздраву, который не очень поддерживал активизацию профессионального движения.

Становление НМП шло в непростых условиях. В то время Минздрав решил реанимировать Российское медицинское общество, поставив во главе очень уважаемого мною человека — академика Чазова, хотя почему он согласился на это, мне непонятно. Вроде бы был съезд, приняли устав, начали работать, но в итоге результатов работы никаких не видно. Многие из тех врачей, которых звали в эту организацию, говорят сегодня, что не очень понимали, в чем суть этой активности. В итоге общество распалось.

Я все это рассказываю к тому, что необходимость единой мощной общественной профессиональной медицинской организации очевидна. Не зря попытки ее создания предпринимались не единожды. НМП работает в том же направлении. Скажу без ложной скромности, палата стала достаточно мощным объединением медиков в России. Мы объединяем подавляющее число территорий страны, в которых организованы свои палаты в виде отдельных юридических лиц. В НМП вошли очень известные общероссийские ассоциации по специальностям, ассоциации частнопрактикующих врачей, представители ведомственной медицины.

—Чем же все-таки планирует заниматься НМП и что уже удалось сделать?

— Знаете, во многих западных странах министерства здравоохранения профессиональной деятельностью медиков не занимаются. Этим ведают профессиональные врачебные организации. Особенно ярко это можно видеть на примере Германии, где профсообществу передан ряд ключевых функций. Там профессиональные организации отвечают за качество подготовки врачей, за клинические рекомендации и их внедрение, за этические нормы, за профессиональную деятельность в целом. Государство в эти вопросы не вмешивается, его задачи несколько иные: финансирование, обеспечение определенных социальных гарантий гражданам и прочее. Собственно, и мы в уставе НМП записали: целью организации является саморегулирование профессиональной деятельности. Правда, в то время мы не до конца понимали, какой трудный путь надо пройти, чтобы это сделать в России. Но знали, что делать это необходимо, и стали работать в этом направлении.

Первый реальный шаг — введение на уровне Минздрава формата взаимодействия, который называется «государственно-общественная форма управления профессиональной деятельностью». Теперь ни один документ Минздрава не принимается в окончательном виде без консультации со специалистами НМП. Перед подписью министра ставится подпись вице-президента или президента НМП. То есть палата берет на себя ответственность за качество документов министерства, касающихся профессиональной медицинской деятельности.

Отдельное направление работы — совершенствование системы послеузовской подготовки медиков. Действующую сейчас систему нужно менять. В Англии, например, врачам государство дает деньги на обучение, а в конце года каждый специалист отчитывается о том, как эти деньги потрачены, где он был, что слушал и какие у него планы на следующий год. На мой взгляд, это нормальная практика — отслеживание развития человека в его профессии. Недавно по инициативе Национальной медицинской палаты был проведен пилотный проект по апробированию дистанционных методов повышения квалификации. Мы предоставили педиатрам, терапевтам, участковым врачам общей практики дополнительные возможности дистанционного обучения без отрыва от работы, не разрушая существующую систему. Активно в проекте были задействованы профессиональные ассоциации по специальностям. Опыт удался, схему надо отшлифовать и можно распространять по стране. Важно, что при таком подходе врачу не нужно ездить куда-то, тратить свои деньги или деньги ЛПУ. Считаю, что возможности дистанционного обучения также должны предоставляться врачам бесплатно, и главное — учитывать их загруженность на работе. Ведь не секрет, что многие врачи работают не на одну ставку, свободного времени у них минимум.

Сейчас мы обсуждаем результаты пилотного проекта с Минздравом и предлагаем готовить общий документ на всю Россию по введению кредитной системы набора баллов по результатам непрерывного процесса повышения квалификации медика. Причем, по моему мнению, за эту работу должны отвечать не департаменты здравоохранения и министры, а профессиональные организации. Государство должно помочь запустить программу финансово и закрепить основные принципы ее реализации на законодательном уровне. По этому поводу уже говорили с Вероникой Скворцовой, вероятно, потребуется внести определенные изменения в ФЗ №323.

Занимается НМП и профессиональными стандартами. По нашему мнению, в их основе должны лежать требования к врачам разных квалификационных категорий. То есть



**СЕГОДНЯ У НАС ПЕРЕХОДНЫЙ
ЭТАП: МЫ ФАКТИЧЕСКИ СОЗДАЛИ
ГОСУДАРСТВЕННО-ОБЩЕСТВЕННУЮ
ФОРМУ УПРАВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, СЕЙЧАС СПУСКАЕМ ЕЕ
В РЕГИОНЫ, СЛЕДУЮЩИЙ ШАГ – ЗАКОН О
САМОРЕГУЛИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНЕ.**

должно быть прописано, например, какими знаниями и навыками должен обладать педиатр 2-й категории, каков механизм и критерии получения специалистом следующей категории. Разработку квалификационных категорий мы сейчас ведем по трем специализациям: для ортопедов-травматологов, реаниматологов-анестезиологов и педиатров. Это работа не простая, кропотливая и не быстрая, но мы должны поторопиться, так как ее результаты лягут фактически в основу аккредитации медицинских работников.

Сейчас предложена общероссийская схема аккредитации без должного участия представителей профессиональных медицинских ассоциаций, но уже есть договоренность о том, что при проведении первых аккредитаций выпускников медвузов в комиссии будет включен представитель профессиональной организации. Все-таки ключевое слово в решении о допуске к профессии должен иметь специалист.

Наконец, мы работаем над совершенствованием процесса подготовки клинических рекомендаций. Ведь в законе написано, что ответственность за клинические рекомендации и протоколы несут профессиональные медицинские организации. Они должны создавать протоколы. Но до последнего времени ключевую роль в их подготовке играли главные внештатные специалисты по направлениям в министерствах и департаментах здравоохранения. Мы же за то, чтобы протоколы создавались в результате обсуждения и дискуссий между ведущими специалистами. Представители различных медицинских школ должны встречаться, спорить друг с другом, приходить к компромиссу и выдавать протоколы и клинические рекомендации, которые не должны быть односторонними. И должен быть определенный люфт для лечения, потому что, если лечить точно по протоколу, человек умрет.

В целом же наша конечная цель сделать так, чтобы в России было больше качественных врачей, чтобы, когда пациент приходит к доктору, тот встречал его улыбкой, а не выглядел как загнанная лошадь.

— Много говорится и о важности выработки в сообществе этических норм профессиональной деятельности.

— Да, это важный аспект деятельности профессиональных организаций. Вроде бы был принят этический кодекс, но сам по себе он не заработает. Конечно, есть врачи, которым никакой кодекс и не нужен, он у них внутри, но есть и те, кого нужно поправлять и направлять. И реально работать кодекс может только через организацию с обязательным членством всех практикующих медиков. Если ты практик, то должен быть членом профессиональной организации, нарушил этический кодекс, потерял членство, а значит, и возможность заниматься врачеванием. Такой должна быть схема в первом приближении. У нас это пока не работает.

— А в США работает... рассказывали такой случай: один советский доктор эмигрировал в США, там подтвердил свой диплом и начал врачебную практику. Очень хороший грамотный врач. Однажды к нему пришел на прием пациент, и врач понял, что лечили его не совсем правильно до этого. Возможно, так и было, но он по старой русской привычке говорит пациенту: «Какой дурак вас лечил?». А пациент, усомнившись в качестве американской медицины, сообщает о реакции специалиста в то профессиональное сообщество, к которому принадлежал врач, лечивший его до этого, с просьбой разобраться. В итоге наш соотечественник из-за такого резкого высказывания, поставившего под сомнение доверие к профессиональному уровню врачей ассоциации вообще, не смог больше практиковать в США, ему выдали «волчий билет» за несоблюдение этических норм при общении с пациентом.

— Я тоже слышал про этот случай. Он наверняка не единичный и наталкивает на размышления еще об одной российской проблеме: защите медработника. У нас пока нет

отработанной общей системы страхования профессиональной ответственности. В этой связи мы в Тюмени заканчиваем пилотный проект по отработке формы коллективной защиты членов профобъединений. Мы не связываемся с коммерческим страхованием, а прорабатываем схему в виде касс взаимопомощи. Будем получать лицензию на эту работу. Кроме того, в планах реализация различных форм досудебного урегулирования споров между врачами и пациентами. У нас накоплен в некоторых регионах опыт работы третейских судов, значительная часть жалоб снимается на досудебном этапе. Реализуется и еще один актуальный формат — независимые профессиональные медицинские экспертизы врачебных ошибок. Мы выбрали три региона — Московскую, Смоленскую, Липецкую области, где будем внедрять эту систему. Схема такая. Поступает жалоба на действие конкретного врача. Она обезличивается, то есть снимается какая-либо привязка к конкретному врачу и медорганизации и направляется в таком виде судье, который по своему усмотрению может разослать документ с изложением обстоятельства дела трем независимым экспертам. Причем они тоже не будут знать, что одновременно работают над одной и той же жалобой и выдают независимое заключение по сути проведения лечения. Недавно мы направили жалобу из Смоленской области трем разным экспертам и все они независимо друг от друга дали фактически одно и то же заключение. Так что объективность тут на высоте, если эксперт действительно профессионал своего дела. Судья принимает во внимание эти рецензии и выносит решение, о котором сообщает предъявившему жалобу. Иными словами мы пытаемся наладить обоюдовыгодное взаимодействие между медиками и судебной системой, ищем форматы этого взаимодействия. Пока сконцентрировались на вторичных жалобах, когда человека не удовлетворяет реакция, скажем, страховой компании на его жалобу, он может обратиться к нам за независимой профессиональной медицинской экспертизой.

— Одним словом, вы не сидите сложа руки...

— Именно. Мы работаем каждый день. Сегодня у нас переходный этап: мы фактически создали государственно-общественную форму управления профессиональной деятельностью, сейчас спускаем ее в регионы, следующий шаг — закон о саморегулировании профессиональной деятельности в медицине.

— НМП требуется какой-то законодательный инструмент, чтобы влиять на ситуацию?

— Пока все, что мы делаем, укладывается в действующее законодательство. Но, повторю, нам нужен закон о саморегулировании профессиональной деятельности. Мы написали концепцию развития этого направления, провели ее обсуждение у себя на площадке, в Госдуме, потихоньку подходим к выработке позиции относительно того, что нам делать дальше в этой области.

— Участвуют ли московские медики в деятельности НМП?

— Судите сами. Четыре года назад я приходил к Леониду Печатникову с предложением создать городскую организацию, он не возражал. Я собрал московских медиков, мы говорили о создании ассоциации, все проголосовали «за». И только недавно мне сообщили, что устав этой ассоциации утвержден. Видимо, кто-то не очень заинтересован в том, чтобы в Москве была сильная врачебная организация... Я не понимаю почему. Ведь это и для Департамента удобно, можно часть работы поручить самим врачам. Приходят, например, к мэру, Печатникову или Хрипуну с жалобами на какого-то врача, а они говорят: это не ко мне, это в палату, там отвечают за своих членов и их профессиональный уровень. Мы же говорим о квалификации врачей независимо от их места работы — во ФСИН, в частной практике, в государственном учреждении... это и есть системный подход к решению проблем отечественного здравоохранения. И другого пути я ни для Москвы, ни для России не вижу.

Беседовала
Ева ВАСИЛЕВСКАЯ

АЛЕКСАНДР МЯСНИКОВ: НАДО ВОСПИТАТЬ НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ ВРАЧЕЙ

При поверхностном взгляде в нашем здравоохранении все вроде неплохо. Оснащенность больниц и поликлиник улучшилась, оборудование крупных центров соответствует мировым стандартам, целевые программы в действии, зарплаты медработников растут. Но почему же, несмотря на все это, быстро попасть на прием к врачу и получить квалифицированную помощь трудно? По мнению руководителя ГКБ № 71 Александра МЯСНИКОВА, дело в том, что в медицине главное звено — медик, а это значит, что без масштабного реформирования системы медобразования перемен к лучшему ожидать не стоит.



Александр МЯСНИКОВ,
главврач ГКБ № 71

— Александр Леонидович, нужна ли масштабная реформа медобразования или можно обойтись какими-то точечными изменениями?

— Необходимость масштабной реформы не вызывает никаких сомнений! Никакие полумеры, точечные меры помочь не могут. И это самая большая проблема, потому что на какие-то изменения люди согласны, но на проведение масштабной реформы ни у кого нет ни сил, ни желания. А спасти может только это.

Общий уровень врачей ужасающе низок. И не надо кивать на отдельных людей. Когда я говорю про общий уровень врачей, я беру сотни тысяч врачей в массе. Даже если мы

говорим о тысячах грамотных врачей, это все равно капля в море. У нас абсолютно неправильная ситуация: общая безграмотная, не очень желающая обучаться масса перемежается с бриллиантиками самоучек, которые осваивают английский, ездят на стажировки, читают, занимаются самообразованием и становятся блестящими, европейски образованными врачами. Лучше бы их не было! Лучше бы вся масса была обучена по чуть-чуть, но на твердую «тройку». Потому что мы похожи на человека, который стоит в грязном белье, но с бриллиантами в ушах.

И не надо обижаться, кричать: у нас самые лучшие, самые добрые врачи! Самые добрые — может быть, самые лучшие — нет. Не надо показывать пальцем на отдельных людей. Когда мы берем медицину в целом, общий профессиональный уровень массы врачей оказывается низок. Это, кстати, знают все.

— С чего нужно начать, по вашему мнению?

— Самое главное — понять, где мы находимся, поскольку все волнения в медицинской среде происходят оттого, что люди не понимают, чего от них хотят, считают себя несправедливо обиженными (это, кстати, и так, и не так). Считаю, что надо было уже давно сделать или сделать в ближайшем будущем следующее: не просто сокращать пять врачей из десяти, а провести жесткую переаттестацию. Я бы сказал: ребята, я вам даю год на переподготовку, будут вот такие вопросы, но только процедуру эту будете проходить не за деньги, не за красивые глаза, будет проверять компьютер. Я взял бы западные тестовые вопросы, и тех, кто их прошел, оставил бы в профессии.

Понимаю, что если делать серьезную переаттестацию, то 90% ее просто не пройдут, и у нас страна оголится, врачей не будет. Но все равно этот путь должен быть пройден. Во многих странах он был пройден за рекордно короткий срок. Да, это страны с небольшим населением, пример — Непал. Но посмотрите на успехи Индии. Понимаете, страны третьего мира, которые принимают правильный алгоритм действий, очень быстро выходят из вот этого медицинского тупика. Потому что медицина не есть оборудование.

Приведу пример недельной давности. На совещании в Департаменте здравоохранения Москвы Леонид Печатников разбирает случай смерти женщины вскоре после родов. У нее заболела спина, она вызывала врачей, сначала участковых, потом «скорую». В течение недели к ней приезжали шесть раз. У нее не было одышки, ничего другого, просто боль в спине, и все ей говорили: остеохондроз, остеохондроз... В итоге ей стало плохо, она вызвала «скорую», ее госпитализировали в московскую больницу, полностью оснащенную современным оборудованием. Там моментально разобрались, в чем дело, и лечили ее на грамотном европейском уровне. Сделали все необходимое, но, к сожалению, пациентка умерла от абсцесса легкого, от пневмонии, потому что слишком долго не получала лечения. Теперь, когда начали копать, обнаружили записи врачей, которые посещали больную. Все они отмечали, что не было одышки, кашля, температуры. Но в первый день была внесена фраза, что у нее есть боль, из-за которой она соблюдает вынужденное положение стоя, то есть ей становится хуже, когда она ложится или сидит. А ведь еще Гиппократ, а это, извините меня, 400 лет до нашей эры, написал, что больной при резкой боли в спине, при усилении болей в положении лежа при отсутствии лечения умирает через 7 дней. Больная умерла на 7-й день. Незнание пропедевтики (если больной лег, а боль не прошла, а усилилась, то ищи либо инфекцию, либо онкологию), незнание элементарных вещей сводит потом на нет дорогостоящее лечение в больнице. Там ей все сделали грамотно, потратили колоссальные деньги, но было уже поздно, вся аппаратура оказалась бессмысленной только потому, что шесть врачей не оценили примитивного синдрома, описанного Гиппократом. Это к вопросу об уровне образования.



**ПОКА МЫ НЕ ПОДГОТОВИЛИ ТВЕРДЫХ
КРЕПКИХ РЕМЕСЛЕННИКОВ, У НАС НЕ БУДЕТ
КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ.**

— Так что же мешает начать переаттестацию — только страх, что останемся без врачей?

— О нет! На самом деле причина значительно глубже, в сакраментальном — а судьи кто? Дело в том, что проводить переаттестацию некому. Дело в том, что король абсолютно голый. Дело в том, что у нас преподают неправильно. У нас в стандартах написано такое, что в Фейсбуке грамотные врачи, те самые единицы-самоучки, с юмором размещают на своих страницах в сети фотокопии из стандартов 2014 года, где по-прежнему значатся лекарства кордамины, мезатоны и прочая мура. И издеваются: ну, смотрите, в стандартах 2014 года рекомендации 40-летней давности, никто это уже не применяет! Кто будет учить? Чему будет учить? У нас медицины как специальности нет как таковой. У нас полно кандидатов, докторов наук, академиков, а школы медицины нет. Мировая медицина за последние 40 лет ушла далеко, сейчас это вообще другая специальность. То, что было в 80–90-х годах прошлого века, где мы остались, это уже давно прошлый век. Сегодня медицина — это математика, генетика. Не зная основ иммунологии, генетики, биостатистики, сегодня в медицине делать нечего. У нас об этом даже не слышали. Даже я, лицензированный американский врач, подтверждал свой диплом. Мне уже встречаются трудности в современной профессиональной литературе, я многое учу заново. Это говорит о том, что, если ты непрерывно не образовываешься, не читаешь, ты безнадежно отстаешь. Самая большая беда в том, что мы даже не осознаем пропасть отставания. Мы говорим на разных языках, вот что страшно.

— А как правильно выстроить систему непрерывного образования врачей в наших условиях? Возможно, это поможет...

— Нам надо умерить гордыню. Надо перестать кричать, что мы самые лучшие, что сами с усами. Надо грамотно оценить ситуацию, понять, где мы находимся. Закон любого сражения, любого конфликта — оценить ситуацию, противника, обозначить задачи. Пока мы не остановимся и не оценим обстановку, ничего не будет. Мы поймем, что медицины не бывает русской, западной, американской... Медицина бывает правильная и неправильная. Так вот, медицина — это одна наука, и если весь мир шагает так, то и нам надо подстроиться. Надо не придумывать велосипеды, а взять за основу стандарты обучения в западном мире. Они в открытом доступе, не надо заниматься промышленным шпионажем, не надо их покупать, никакие санкции их не задевают. Это путь любых государств — Индии, Пакистана, стран Африки. Многие идут по этому пути и очень быстро ликвидируют отставание в области медицины. Это не бог весть что, это уже отработанные алгоритмы, готовые материалы, готовые стандарты. Люди потратили миллиарды на исследования, на доказательства, на разработку, возьмите эти знания бесплатно. Но только наш гонор мешает нам это сделать.

Я не говорю, что нужно перечеркивать наши достижения. Но когда мы говорим об обучении, то имеем в виду массовое обучение врачей. Натаскивать на алгоритмы — это тяжело физически, но очень просто технически, особенно если у человека чистая голова, не заполненная ложными догмами. Поэтому, пожалуйста, занимайтесь наукой, новыми разработками, новыми методами, но общую массу извольте учить так, как учит весь мир. Пока мы не подготовим твердых крепких ремесленников, у нас не будет качественной медицины.

Мы построили пятый этаж и не построили четыре этажа внизу. У нас есть отдельные технологичные центры, отдельные умные врачи, мы этому очень радуемся и пускаем население пыль в глаза. В центры попадают единицы, а основная масса населения просто вымирает на просторах страны от неграмотной деятельности большинства наших врачей. Есть система, которая применяется во всем мире. Если раньше врач обязан был знать латынь, то сегодня врач без английского языка — это ноль. Например, медицинское преподавание в Турции почти полностью ведется почему-то не на турецком, а на английском,

по английским пособиям. Со знанием английского языка все становится значительно проще, потому что система непрерывного обучения есть в интернете.

Возьмем США — там каждые 10 лет врач должен сдавать экзамен. Но! Тебя до экзамена просто так не допустят. Каждые два года ты сдаешь промежуточные экзамены, и только в случае сдачи этих четырех экзаменов тебя через 10 лет допускают к основному. Но чтобы тебя допустили к промежуточному экзамену, ты должен набрать определенное количество образовательных баллов. Если ты их за два года не набрал, к экзамену не допускают, и ты сходишь с дистанции.

— Но как сдвинуть дело с мертвой точки?

— Во-первых, нужны люди, которые готовы брать на себя ответственность за преобразование. Такие люди в Москве, к счастью, есть. Но должна быть система, которая планомерно бы меняла менталитет работающих в ней людей, настраивала их на работу в новых условиях, которых уже не изменить. Сейчас очень много протестов против реформ в Москве, и это говорит только о том, что мы — сами врачи — не готовы к переменам. Нужны новые врачи. Я всегда говорил, что настоящая реформа в здравоохранении начнется ровно через пять лет, после того как мы начнем учить студентов по-новому. Вот если мы сегодня приступим к их подготовке, реформа начнется только через 5 лет. Это будут люди с другой психологией, другим настроем, другими знаниями. А с большинством тех, кто сегодня работает, мы ничего не сможем изменить.

Учиться надо! Учиться у врачей широкого профиля, у профессионалов. У Гиппократов, труды которого я упоминал, есть целая глава о том, что студентам надо учиться в лечебницах у практикующих врачей. Он прямо пишет, что без такого опыта, по бумажкам, на лекциях не выучишься.

Нужна масштабная реформа медицины, которая должна начаться именно с обучения новых врачей, а потом уже продолжиться переподготовкой старых. Один врач в поле не воин, должна быть система. Вот созданием системы и надо заниматься.

— Заинтересованы ли в обучении своих сотрудников главврачи клиник? Некоторые ведь предпочитают формальный подход к этому делу...

— Любой главный врач вам скажет, что ему не хватает грамотных врачей, не хватает кадров — рентгенологов, других специалистов, а самый редкий зверь — терапевт. Не хватает кадров катастрофически. При этом, если вы скажете, что вам нужно пойти поучиться, получить сертификат, любой главврач сморщится и будет думать: «Он сейчас уйдет, место надо кем-то закрывать. А кто будет дежурить, кто будет работать? Он худо-бедно работает».

Но если бы я отпустил человека, допустим, даже на полгода учиться, и понимал, что он будет учиться по 12 часов в день, что через полгода получу действительно обученного врача, то сам стал бы за него дежурить. Но понятно, что он будет слушать лекции очень низкого уровня. У меня приходит человек с обучения, говорит: «Александр Леонидович, вы нам рассказываете про новые методы, а там говорят про дибазол». Да дибазолом мой дедушка еще лечил. Такое обучение мне не нужно, оно лишь формально нужно для получения аттестата. Учить надо качественно. Здесь все упирается в необходимость масштабных изменений, пока их не будет, ничего не будет.

— Как вы оцениваете инициативу по переобучению терапевтов и педиатров на врачей общей практики? Достаточно ли трех-четырех месяцев, на которые сегодня рассчитан курс переподготовки?

— Врач общей практики — широкая и самая важная специальность, которая несет 90% медицинской помощи и нагрузки в мире. Назвать участкового терапевта врачом общей практики — это бред. У нас после ординатуры становятся неплохими кардиологами. Но врача общей практики, просто хорошего терапевта вы не найдете днем с огнем по всей Москве. Их настолько мало, что я знаю по именам тех, кому могу доверить пациентов

или своих знакомых. Врач общей практики (я прошел такую переподготовку) готовится сначала в медицинской высшей школе, а потом — трехлетняя интернатура, нужно 3 года, чтобы сделать ну мало-мальски сырого врача общей практики.

Три-четыре месяца — это взлет-посадка, это как во время войны. Но сейчас и есть война. Нам надо хотя бы три-четыре месяца, хотя бы взлет-посадка. Сейчас все упирается в учебные пособия, в строительство учебного процесса, надо решить эти вопросы и начинать учить по-новому. Это изменит нашу медицину. Без этого все деньги, которые мы тратим на медицину, выкидываются зря, и никакой реформы не будет. Потому что все остальное надо рушить, а это надо вырастить, любое семечко должно иметь время вырасти. Если бы мы начали менять систему образования, когда начали об этом говорить, семечко уже бы проросло.

— Чем в сложившейся ситуации может и должен помочь Департамент здравоохранения?

— Ситуация парадоксальная. Знаете известную фразу о революционной ситуации: «когда верхи не могут, а низы не хотят жить по-старому». Сейчас в московском здравоохранении все наоборот — Департамент стал проводником новых идей. Не врачи, не главврачи, не заведующие, не масса, не население, а вице-мэр, руководитель Де-



С БОЛЬШИНСТВОМ ИЗ ТЕХ, КТО СЕГОДНЯ РАБОТАЕТ, МЫ НИЧЕГО НЕ СМОЖЕМ ИЗМЕНИТЬ.

партаменты здравоохранения, правительство Москвы. И есть люди в департаменте, которые живут этими реформами. Департамент во времена моей юности, молодости мне всегда представлялся косной системой, которая заваливает врачей ненужными инструкциями. Сегодня там готовы к переменам, а внизу нет. И оказалось, что власти департамента не хватает для того, чтобы сдвинуть систему.

Когда я пришел на должность главврача в ГКБ № 71, то думал, ну, сейчас все здесь перестрою и сделаю по уму. Посмотрел и понял: это покосившееся здание, но оно стоит, я выну кирпичик — и оно все разрушится. Оно худо-бедно

работает, а мне надо бульдозером все снести, вырыть котлован и выстраивать новое. А если так нельзя, то лучше и не трогать. Может, подпорочку поставить, что-то подмазать... А ведь вся страна в таком положении.

Ко мне приезжали работать врачи из США. Они покрутились здесь, и деньги получали хорошие, но уехали: «Мы не можем, мы не верим». У меня таких четыре человека вернулись домой, на меньшие деньги, чем они получали здесь (это миф, что в Америке много получают, у нас, кто работает, прилично получает). Они приехали с энтузиазмом, с желанием помочь, по 2 года поработали и уехали. Именно потому, что уперлись в эти системные вопросы.

И я боюсь, что департамент устанет от жалоб, от итальянских забастовок, от давления со стороны правительства, и перестанет пытаться что-то изменить. То же самое и на более высокой ступени. Министром здравоохранения стала Вероника Скворцова — умнейшая женщина, грамотнейший врач. Я ее лично знаю, и у меня к ней самые теплые чувства. Почему она не начинает что-то кардинально менять? Да потому, что, как только она скажет, что король голый (а он голый), станет изгоем в медицинском сообществе. А снизу желания менять ситуацию нет вообще никакого. Все хотят перемен, все хотят реформ, но при этом: «Меня не трогайте. Я хочу перемен, хочу получать зарплату, но учиться не хочу, не трогайте меня». Так не бывает! Если ты хочешь деньги, то должен доказать, что можешь их зарабатывать.

Реализация идеи всегда буксует на этапе подбора исполнителей, на этапе решения вопроса, с кем работать, с кем ее реализовывать. Поэтому еще раз повторю: нам надо воспитать новое поколение врачей.

Подготовила
Римма ШЕВЧЕНКО

ДЕНЬ, СПАСАЮЩИЙ ТЫСЯЧИ ЖИЗНЕЙ

День диагностики меланомы (Melanomaday) в нынешнем году прошел в России уже в 9-й раз. В конце мая любой желающий мог пройти обследования у специалистов-дерматологов более чем в 60 городах страны с целью профилактики и раннего выявления одной из самых злокачественных опухолей — меланомы, а также других новообразований кожи. Не исключение и столица, с момента начала проведения акции в России московские клиники и врачи активно принимают в ней участие.

Обследуйте родинки — сохраните жизнь!

В 1999 году при поддержке Европейской академии дерматологии и венерологии (EADV) был создан комитет «Евромеланома», миссией которого стало активное выявление людей с диагнозом меланома на ранних стадиях или подверженных факторам риска развития этого заболевания, а год спустя — с 2000-го в 14 европейских странах стартовал проект «День диагностики меланомы», во время которого дерматологи проводят бесплатные осмотры пациентов. На сегодняшний день эту инициативу поддержали более 30 европейских стран. Россия присоединилась к проекту в 2007 году. За предыдущие 7 лет география проекта расширилась с 17 до 70 городов. Количество врачей-участников выросло со 105 до 770, количество пациентов, проходящих качественную диагностику в течение одного дня проведения мероприятия — с 3000 до 13 000 человек. Москва активно включилась в акцию с самого начала, то есть с 2007 года. В 2014 году в День диагностики меланомы консультации проводили 150 московских врачей, осмотр прошли 3200 москвичей. В 2015 году число врачей и прошедших обследование горожан увеличилось вдвое. Благо попасть на прием к специалисту было несложно, надо было либо записаться на сайте

www.melanomaday.ru, либо позвонить по телефону горячей линии.

Вышли с инициативой

В России инициатором проекта стал Национальный альянс дерматологов и косметологов. В партнерстве с маркой LaRoche-Posay альянс проводит просветительскую работу среди населения, направленную на борьбу с меланомой и другими опухолями кожи, в частности, пациентам разъясняют важность ежедневной защиты от солнечных лучей, так как воздействие ультрафиолета является одним из основных провоцирующих факторов развития злокачественных новообразований кожи. Немаловажная часть работы по подготовке к ежегодному Дню диагностики меланомы — обучение врачей современному методу диагностики — дерматоскопии.

— Предварительно собирается информация из регионов России от врачей, которые готовы принять участие в акции, — рассказывает директор по связям с общественностью и медицинской коммуникации LaRoche-Posay, врач-дерматолог Ольга Ганелина. — Для этого им необходимо отменить прием пациентов в этот день и полностью посвятить его приему людей, записавшихся на диагностику. Гражданам для того, чтобы пройти

осмотр, необходимо предварительно записаться на прием по месту своего проживания, в то или иное лечебное учреждение в районе, городе, области. Запись нужна, поскольку для каждого врача составляется индивидуальное расписание — чтобы не создавать ненужного ажиотажа в приемной, дать возможность пациенту прийти к определенному времени и спокойно пройти осмотр.

В основе отбора врачей, желающих принять участие в программе, два условия: добровольное желание специалиста, так как участие в акции и владение методом дерматоскопии не оплачивается.



**ЕЖЕГОДНО В РОССИИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ДО
75 000 НОВЫХ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ
КОЖИ, И ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ИМЕЮТ ТЕНДЕНЦИЮ К РОСТУ.**

— Мы очень заинтересованы в том, чтобы акция проходила на высоком профессиональном уровне, чтобы диагностика проводилась не на глазок, а на качественном оборудовании и хорошо обученным специалистом, — поясняет Ольга Ганелина. — Когда 9 лет назад проект только стартовал, оказалось, что немногие специалисты владели дерматоскопией. Мы вышли с инициативой обучить желающих и в союзе с Альянсом дерматологов и косметологов уже 8 лет проводим обучение врачей в регионах, привлекая ведущих специалистов, профессионально владеющих дерматоскопией. Благодаря проводимым курсам и мастер-классам врачи-участники смогли получить новые навыки, повысить свой профессиональный уровень.

Россияне не придают значения защите от солнца

В числе причин развития рака кожи специалисты называют следующие: ухудшение экологической ситуации и увеличение проницаемости атмосферы для УФ-лучей, мода на загар и, как следствие, длительное пребывание на солнце, использование средств с более низким фактором защиты от солнца, чем того требует фототип кожи, активное посещение солярия, низкий уровень осведомленности населения о роли УФ-излучения в развитии

меланомы и других видов рака кожи. При этом важное значение играет уровень осведомленности о проблематике рядовых граждан, их отношение к своему здоровью и своеобразная солнцестороженность.

Между тем отношение к солнцу и загару в разных странах мира различается. Согласно данным исследования международного агентства, проведенного для LaRoche-Posay эксклюзивно в 23 странах на пяти континентах, чемпион мира в защите от солнца — Австралия. А вот Россия оказалась в списке стран с самыми низкими показателями использования защиты от солнца.

Россияне не придают особого значения защите от солнца и уделяют гораздо меньше внимания (ниже средних показателей) защитным мерам, а солнцезащитный крем практически не используют. Процент людей, которые носят солнцезащитные очки или стараются находиться в тени, также ниже среднего. Напротив, многие россияне считают загорелую кожу признаком сексуальности и здоровья. Они не представляют, как можно вернуться из отпуска без загара, меньше осведомлены об опасностях солнечного излучения и больше всех убеждены, что загорелым людям можно находиться на солнце без защиты (это заблуждение распространено только в России), а уровень информированности о рисках, связанных с воздействием солнца, значительно ниже среднего. Россияне меньше знают о том, как их привычки и поведение (особенно в детстве или юности) влияют на риск развития рака кожи. Что касается настораживающих признаков, россияне недостаточно осведомлены о них (намного ниже среднего показателя) и практически не разбираются в самых тревожных симптомах изменения родинок. Кроме того, они гораздо реже, чем в среднем в других странах, посещают дерматолога для обследования родинок и редко осматривают родинки самостоятельно. Учитывая эти выводы экспертов, неудивительно, что ежегодно в России диагностируется до 75 000 новых случаев заболевания раком кожи и, к сожалению, эти показатели имеют тенденцию к росту.

Главное оружие — профилактика и ранняя диагностика

— Меланома относится к наиболее агрессивным формам рака кожи — быстро развивается, быстро прорастает в глубокие слои кожи, быстро метастазирует, — отмечает врач-дерматовенеролог, член Европейской академии дерматовенерологии, участница Дня диагностики меланомы, кандидат медицинских наук Каринэ Варданян. — Поэтому задача номер один врача-дерматолога — ранняя диагностика меланомы и других видов рака кожи, а также предраковых заболеваний кожи, и их своевременное устранение. В 90% случаев меланома излечима при

ранней диагностике. С применением хирургического лечения человека можно спасти, если не успеваем, прогноз выживаемости, к сожалению, уменьшается.

В связи с этим очевидно, что главным оружием в борьбе с меланомой и другими раковыми заболеваниями кожи остаются профилактика и раннее выявление изменений родинок. Что и можно реализовать при осмотре специалистом. Причем, когда пациент попадает на прием, очень важно осматривать его полностью – все кожные покровы и видимые слизистые оболочки. Может оказаться так, что человек пришел с жалобами на одно образование, но оно с точки зрения медицины опасности не представляет, зато может быть обнаружено образование, представляющее угрозу, о котором пациент не догадывается.

В этом контексте трудно переоценить значение грамотно проведенной дерматоскопии. Уникальность этого метода состоит в том, что можно быстро, абсолютно безболезненно провести диагностику с помощью специального оптического устройства — дерматоскопа. Этот неинвазивный метод исследования образований кожи помогает диагностировать ранние изменения, которые происходят в родинках. Но, безусловно, существуют и другие современные смотровые системы, позволяющие сканировать все тело, все родинки и сохранять полученные данные в медицинском файле как паспорт кожи. Процедура картирования предполагает наблюдение за изменениями на протяжении любого выбранного отрезка времени. Для этого все изображения, описание врача и заключения загружаются в медицинскую базу данных. По истечении необходимого количества времени процедура дерматоскопии новообразований кожи проводится повторно необходимое количество раз. Результаты обследований сравниваются, позволяя дерматологу своевременно и верно диагностировать заболевание в самом начале его развития, что обеспечивает высокую эффективность лечения.

Предупрежден – значит, вооружен

— В идеале мы стремимся к тому, чтобы процедура ежегодного осмотра у специалиста стала нормой, — подчеркивает Каринэ Варданян. — На сегодняшний день диагностикой меланоцитарных образований, так называемых предшественников меланомы, диспластических невусов, голубых невусов, занимаются в основном дерматологи. Однако я убеждена, что следует также информировать врачей других профилей о методах диагностики предраковых образований кожи и меланомы, в первую очередь терапевтов и педиатров. Мы делаем на них ставку, поскольку очень часто пациенты с первичными новообразованиями обращаются именно к терапевтам или врачам общей практики. А значит, необходимо, чтобы



**НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ДИАГНОСТИКОЙ
МЕЛАНОЦИТАРНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ
ЗАНИМАЮТСЯ В ОСНОВНОМ ДЕРМАТОЛОГИ.
ОДНАКО Я УБЕЖДЕНА, ЧТО СЛЕДУЕТ ТАКЖЕ
ИНФОРМИРОВАТЬ ВРАЧЕЙ БОЛЕЕ ШИРОКИХ
ПРОФИЛЕЙ О МЕТОДАХ ДИАГНОСТИКИ
ПРЕДРАКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КОЖИ
И МЕЛАНОМЫ.**

Каринэ Варданян

они обладали навыками ранней диагностики, а также навыками дерматоскопии.

Важна, по мнению специалиста, и информированность педиатров.

— К сожалению, сейчас рак кожи помолодел, и в нашей практике встречаются случаи развития меланомы у совсем маленьких детей, причем раки у детей еще более агрессивны, чем у взрослых, — продолжает Каринэ. — Педиатры осматривают ребенка полностью раздетым, и это правильно. Повторю, пришло время информировать об актуальности проблемы не только население, но и врачей широких профилей.

Никак иначе

В части лечения, предупреждения развития новообразования специалисты подчеркивают важность удаления обнаруженного новообразования на коже хирургическим путем.

— Не лазер, не азот, не криометоды, широко рекламируемые клиниками, для удаления сомнительных образований не подойдут! — категорически заявляет Каринэ Варданян. — Дело в том, что только хирургический метод позволяет провести гистологический анализ, посмотреть под микроскопом все слои удаленного образования. Иногда перед биопсией мы видим диспластический невус, опасности вроде никакой нет. А гистологи нам дают ответ, что была уже меланома на начальных стадиях. Хирургическое иссечение, а не лазерное удаление! Когда удаляют лазером, судьба новообразования потеряна...



Что должно вас насторожить?

Неожиданное появление новых родинок.

В 8 случаях из 10 меланома возникает на ранее неизменной коже, поэтому очень важно отслеживать появление нового пигментного новообразования на коже.

Изменение существующих родинок.

Меланома может появиться на фоне уже существующей родинки, приводя к ее быстрому росту, изменениям формы и цвета. Правило ABCDE широко используется дерматологами и позволяет невооруженным глазом выявить подозрительное на меланому пигментное образование.

РОДИНКА

МЕЛАНОМА

Asymmetry
Асимметрия



Достаточно ровное образование



Асимметричное образование

Border
Границы



Ровные края



Неровные изрезанные края

Color
Цвет



Однотонный



Многоцветный

Diameter
Диаметр



Маленький размер



Большой размер

Evolution
Эволюция



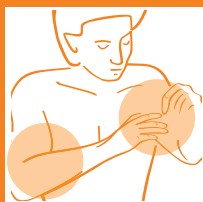
Изменение размера, цвета или толщины

Как обследовать родинки?

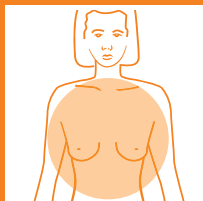
Внимательно осмотрите родинки, следуя критериям метода ABCDE. Для самообследования кожи используйте зеркало. Это позволит вам оценить состояние давно существующих и вновь появившихся родинок на теле и вовремя обратиться к дерматологу.



Обследуйте лицо, включая ушные раковины, и кожу волосистой части головы.



Тыльную и ладонную поверхность кистей, включая ногти, а также локти, руки и подмышечные впадины.



Шею, грудь (женщины должны внимательно обследовать область под грудью) и живот.



Затылок, плечи, спину с помощью двух зеркал.



Обследуйте стопы, голени, внутреннюю и наружную поверхность бедер и ягодицы.

Когда пациент попадает на прием, очень важно осматривать его полностью — все кожные покровы и видимые слизистые оболочки



К сожалению, в последнее время мы получили огромное количество пациентов, которые 5 лет назад удаляли образования не хирургическим путем, а сегодня мы видим у них уже метастазы в лимфоузлы. Все потому, что не было выполнено гистологическое исследование, и в течение последующих лет меланома развивалась.

Нужно подчеркнуть и тот факт, что в настоящее время в отечественной системе здравоохранения в компетенции дерматологов — только выявление заболевания, для удаления меланомы больные направляются к онкологу. — К сожалению, эта связка не всегда работает, — сетует Каринэ. — Поэтому судьбу этих людей мы не всегда можем проследить. В других странах лечение назначает и проводит дерматолог.

Есть, конечно, и меры, которые помогают снизить риск развития меланомы. Специалистами установлено, что в группу риска входят пациенты:

- с наследственной предрасположенностью (случаи рака кожи у родственников);
 - обладатели 1 и 2 фототипа кожи (светлая кожа, веснушки, светлые волосы, так называемый кельтский тип);
 - часто посещающие солярии;
 - имеющие случаи солнечных ожогов в прошлом;
 - с наличием часто травмируемых родинок (травмируются нижним бельем, одеждой, во время занятий спортом и т.п.).
- Для того чтобы заподозрить заболевание и вовремя обратиться к врачу, специалисты рекомендуют использовать систему самоконтроля, так называемый принцип ABCDE: A — asymmetry, асимметрия; B — borders,

границы; C — color, цвет; D — diameter, диаметр; E — evolution, эволюция.

А в качестве мер профилактики врачи советуют избегать воздействия УФ-лучей, в чем помогут головной убор, солнцезащитные очки для защиты глаз и чувствительной кожи около них, одежда, солнцезащитный крем. В период сильной солнечной активности, то есть с 12:00 до 16:00, лучше вообще не находиться на солнце более 20 минут, а солнцезащитные средства использовать в течение всего солнечного или даже облачного летнего дня.

— Благо их выбор сегодня широк: для лица, для тела, для чувствительных мест, есть семейные, детские форматы и прочее, — рекомендует Каринэ Варданян. — Есть заблуждение, что если нет солнца, то загореть невозможно, наоборот, можно загореть еще больше, поэтому в пасмурную погоду тоже обязательно используйте фотозащитные средства. Особое внимание специалист уделяет защите от солнца детей:

— Находиться на открытом солнце не следует детям младше 6 месяцев. Их кожу нужно тщательно защищать одеждой. У детей до 3-летнего возраста меланоциты, которые отвечают за пигментацию, еще сформированы не до конца, и солнечные лучи проникают глубоко в кожу. Солнечные ожоги, полученные в детстве, могут стать предпосылкой для развития рака кожи. Детям старшего возраста, поскольку они более независимы от взрослых, необходимо рассказывать об опасности чрезмерного пребывания на солнце. Использование солнцезащитных средств также является одним из способов предупреждения развития рака кожи.

АЛЕКСАНДР КОГАН: ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА — ГЛАВНОЕ В НАШЕЙ ПРОФЕССИИ

Медицинские работники, отважно сражавшиеся за жизни солдат в годы Великой Отечественной войны, заслуживают глубокого уважения и почтения, ведь они внесли огромный вклад в общую Победу. Увы, с каждым годом их все меньше остается с нами. Тем ценнее возможность побеседовать с непосредственным участником тех событий, одним из сотен тысяч незаметных героев, в военные и послевоенные годы самоотверженно выполнявших свой профессиональный долг. О своем пути в профессии в военное и мирное время рассказывает один из старейших работников московского здравоохранения Александр Иосифович КОГАН.

— Александр Иосифович, почему вы решили стать врачом?

— Получилось так, что в моей семье врачей не было. Отец был инженером-химиком, мать педагогом, и рос я в этой среде. Но в те довоенные годы престиж врача был очень высок, эта профессия для меня была окутана неким ореолом таинственности. Поэтому после окончания школы я решил пойти в медицинский институт. Поступил в Харьковский медицинский институт, закончил первый курс, и тут началась война. Меня призвали на службу и направили на обучение в Харьковское военно-медицинское училище. Окончил я его уже в Саратове, куда оно было эвакуировано. Так я стал военфельдшером, работал в целом ряде военных лечебных учреждений.

— Часто вспоминаете военное прошлое, рассказываете о тех годах?

— Что рассказывать... Мы были юные мальчишки и девчонки, по 19–20 лет. Только сдали экзамены за первый курс — и сразу в военкомат, армии требовались медики. Начало войны в нашей жизни все смешало: романтика и кровь, надежды и мечты, смерть и слезы. Это поколение назвали поколением победителей. Я написал стихотворение «Сонет памяти» и посвятил его моим сверстникам. Многие из этих ребят остались в моей памяти навсегда.



ОТ РЕДАКЦИИ

Сердечно поздравляем Александра Иосифовича Когана и всех здравствующих медиков-ветеранов с 70-летием Дня Великой Победы! Искренне желаем вам здоровья, долгих лет жизни, плодотворной деятельности на благо России! Ваши достижения в медицине — славная страница истории, непреходящая ценность для последующих поколений.

*Мои сверстники — люди рожденья 20-х годов,
Кто из нас чашу горечи полную не пил!
На земле вами много оставлено сирот и вдов,
Знал я с фронта калек, а иные — давно уже пепел.*

*Но из пепла, как Феникс, немало из вас поднялось,
Нас убить не смогли даже самые лютые звери,
Наше знамя Победы из вашей крови занялось,
Ваши подвиги, знаю, ничем никогда не измерить.*

*Много мук вы снесли, испытали тяжелых годин.
Вам судьба начертала в суровые годы родиться.
Знаю я хорошо цену ваших прекрасных седин
И всегда буду вами, как правдой своею, гордиться.*

*Ты однажды спокойно на звездное небо взгляни.
Там горят мои сверстники — вечно живые огни.*

Я прошел войну военным фельдшером через всю Украину. Служил в конце войны в Каменец-Подольской области, куда вошли наши войска. Много ранений и смертей пришлось видеть, кровь и слезы — все было. Вспоминать все это страшно.

— А почему дерматология? Что повлияло на выбор специальности?

— В 1945 году, после окончания войны, я поступил на второй курс Харьковского медицинского института. Я еще состоял на службе в армии (уволился только через год), работал в военной поликлинике, мне дали возможность дежурить по ночам, а днем я ходил в институт. На одном курсе со мной учился сын Александра Моисеевича Кричевского. Это замечательный педагог, профессор крупнейшего в республике Украинского кожно-венерологического института (такой же был в Москве — ЦКВИ), — и стал моим учителем. Мы дружили с Юрой, я часто бывал у них дома, и под влиянием его отца выбрал специальность дерматовенеролога.

— Вы и работали с вашим другом первое время в одном городе, да?

— Да, так получилось. В 1949 году мы вместе окончили институт и совершенно случайно по распределению вместе же отправились работать в Кривой Рог. Юра работал инфекционистом, а я дерматовенерологом. Чуть позже меня назначили главным врачом, и я стал организатором Межрайонного кожвендиспансера Кривбасса. Там я начал собирать материалы по геморагическому отеку нижних конечностей, что позволило мне впоследствии дать обширную клиническую характеристику этого заболевания и опубликовать ряд трудов по этой теме. Я первый описал в литературе полный клинический симптомокомплекс этого недуга.

— А потом опять армия...

— Совершенно верно. В 1951 году меня повторно призвали в армию — на этот раз я попал на флот. Служил врачом-дерматовенерологом 4-го Балтийского флота в Калининграде. Правда, недолго, менее года, потом меня направили в Москву, где тогда создавался Спецстрой СССР при Министерстве обороны СССР. В 1953 году был создан Центральный военный госпиталь Спецстроя, в котором я 28 лет прослужил главным дерматовенерологом и начальником кожно-венерологического отделения. В 1971 году я привлек внимание к заболеваемости лепрой в армии и к диспансеризации кожных больных в армейских условиях, посвятил ряд работ развитию военной медицины. Позже, в 1981-м, обобщил свой многолетний опыт по комплексному лечению тяжелейшего заболевания — синдрома Рейтера в журнале «Клиническая медицина».

Из армии я уволился в ноябре 1979 года, а уже в январе 1980 года начал работать в Московском научно-практическом центре дерматовенерологии и косметологии, где работаю по сегодняшний день.

— Расскажите, пожалуйста, чем занимались в Москве.

— В 1982 году, столкнувшись с заболеваемостью эризипелоидом на рыбокомбинате (он располагался в Красногвардейском районе Москвы, где и наш филиал «Бирюлевский»), я заинтересовался патогенезом данной инфекции, дал ей своеобразное обоснование и предложил эффективное направление в ее лечении, что позволило заметно сократить сроки нетрудоспособности больных. Эта работа привлекала тогда внимание американских коллег из медицинского центра «Канзас-Сити», а также дерматологов Германии и Польши.

Много занимался вирусными заболеваниями кожи, особенно остроконечным кондиломатозом, вирусными бородавками. Мною предложено несколько методов лечения кондиломатоза. В 1989 году в сборнике Академии наук СССР в соавторстве с Институтом микробиологии опубликовал работу «Папилломавирусы и рак человека». Это важная работа, с большим обзорным и практическим значением. В последние годы занимаюсь вопросами патологии старческой кожи, проблемами реабилитации дерматологических больных данной возрастной группы. Совместно с Анной Юрьевной Кладовой мы разработали подход к обследованию и лечению больных старческим зудом, возрастными кератозами, трофическими кожными нарушениями. По моей инициативе в нашем учреждении ведется наблюдение по течению ряда дерматозов, протекающих на фоне различных вегетоневрозов, разработаны эффективные методы лечения этих больных.

В ряде своих работ я подробно описал течение диабетических уретритов. Только за последние годы мне удалось установить первичный диагноз сахарного диабета у больных в возрасте 55–65 лет исключительно по уретральной симптоматике. Я дал подробную дерматологическую характеристику диабетической стопы, что помогает в практической работе врача.

— Сильно изменилась медицина за время вашей профессиональной деятельности? Есть ли разница между врачом в середине прошлого века и современным специалистом?

— Мне часто задают вопрос, есть ли разница между врачами выпуска тех лет и сейчас. Могу сказать, что методика преподавания, конечно, сильно изменилась. Изменилось и оснащение. Дерматологические клиники в Москве располагают современной диагностической аппаратурой. На современном этапе развития дерматологии удается достичь хороших результатов и прогнозов в отношении таких заболеваний, которые еще несколько десятилетий назад считались неизлечимыми.

Тем не менее всегда считал и считаю, что личность врача — главное в нашей профессии, все зависит от самих людей.

ДОСЬЕ «ММ»



Александр Иосифович КОГАН — врач-дерматовенеролог высшей категории, заслуженный врач РФ, полковник медслужбы в отставке. Его непрерывный врачебный стаж по специальности — 65 лет, из них в Москве — 63 года. В настоящее время работает врачом-дерматовенерологом филиала «Бирюлевский» Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы. Коллеги и руководство характеризуют его как высококвалифицированного специалиста-практика, который много сделал для развития дерматовенерологической службы города, для воспитания молодых врачей. Многие ученики Александра Иосифовича работали и работают в лечебных учреждениях Москвы и области. За годы профессиональной деятельности Александром Иосифовичем опубликовано около 160 научно-практических работ по самым актуальным аспектам практической дерматовенерологии. Врач имеет более 20 правительственных наград, в том числе орден Красной Звезды, награды органов здравоохранения Москвы, Министерства обороны. В 2006 году Указом Президента России присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации», в 2007 году удостоен общественной награды Российской геральдической палаты — серебряного ордена «За заслуги в развитии медицины и здравоохранения» и внесен в столичную биографическую энциклопедию «Врачи Москвы» Департамента здравоохранения Москвы, а в 2012 году награжден дипломом правительства г. Москвы «За преданность и верность профессии».

Знаю некоторых пожилых врачей, которые ничего из себя не представляют, за всю жизнь ничего не достигли. В то же время есть много молодых, очень способных, грамотных ребят, достаточно перспективных и вдумчивых. За этими врачами — будущее медицины, они основа и костяк нашей профессии. Их обучение — наша обязанность и повседневная задача.

— А методики лечения сильно изменились?

— Конечно. Одновременно изменились и медицинские препараты, появилось много современных лекарственных средств, такого количества препаратов ранее не было. И тут главное — знание и опыт врача. Знать действие и взаимодействие различных средств, уметь сочетать их при совместном применении — это искусство. Убежден, что врачебная профессия — искусство, а в искусстве достичь успеха можно только большим трудом и совершенствованием.

— Охотно ли идут молодые медики в эту специальность?

— Сейчас в дерматовенерологию идут многие. Возможно, это обусловлено некоторыми меркантильными интересами. Когда я начинал учиться и работать, этот вопрос не стоял: мы все работали на ставку, все знали, что ставку нам заплатят, другого ничего не дадут. Сейчас услуги по дерматологии осуществляются многими частными учреждениями разного профиля. Они вывешивают вывески «Клиника», «Центр», обещают качественную клиническую диагностику, лечение широкого спектра кожных заболеваний, гарантию результата. К сожалению, многие из них, особенно различные частные кабинеты, — в ряде случаев профанация. Я же вижу это, ко мне потом приходят больные, которые в них побывали.

— А учат в медвузах сегодня хорошо? Довольны ли вы уровнем сегодняшних выпускников?

— Все возможности учиться у тех, кто этого хочет, есть. В этой связи я глубоко убежден, что в крупных лечебных учреждениях, как наше, например, обязательно должна быть ставка врача-консультанта, то есть наставника, который бы работал с молодыми врачами. Этот врач не должен вести прием, его задача — быть консультантом и наставником молодых врачей. Нам нужно учить молодых — это самый верный путь. Интернаттура закладывает только основы, фундамент знаний, в дальнейшем врач формируется практически повседневно на работе, особенно первые пять лет. И все зависит от того, к кому он попадет. Вот это очень важно. Учредить такую должность ничего не стоит, оплата не такая уж большая. Думаю, нашим организаторам здравоохранения стоило бы всерьез об этом подумать.

Конечно, не только в дерматологии нужны наставники. Но в нашей специальности это особенно важно, потому что правильная визуальная оценка дерматологической патологии вместе с анализом всех собранных данных о больном может направить врача по верному пути. Чем больше врач видит и анализирует, тем успешнее результат лечения. Без этого не будет толку. Врач должен уметь обобщать! Я умел и постоянно привлекал молодых специалистов к научно-практической работе, многие из них со мной обобщили свои данные и опубликовали их в печати. Нужно учить умению обобщать и анализировать свои наблюдения. Задача наставника — помочь в этом молодому врачу. А зазнайство в нашей профессии должно осуждаться. Попадают такие молодые «специалисты», которые с первых шагов уже считают себя профессорами, а консультироваться считают для себя унижением. Но, к счастью, большинство стремится совершенствоваться и профессионально расти. Тут все зависит от самого человека. Считаю также, что в медучреждениях необходимо возрождать консилиумы, проводить совместные обсуждения всех сложных и интересных случаев.

— Что бы вы посоветовали молодым врачам, ищущим себя в профессии?

— Найти себе хорошего учителя! Не стесняйтесь консультироваться с коллегами, которые имеют более богатый опыт. Больше читайте, анализируйте свою работу, обобщайте полученные данные. Я считаю, что молодой врач, проработавший 2–3 года, уже должен собрать материал, достаточный для публикации. Но для этого у него должен быть грамотный и опытный наставник, врач-консультант.

Подготовила
Римма ШЕВЧЕНКО

НЕГОДНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ОТСУТСТВУЮЩЕЙ ЦЕЛИ

Активно и повсеместно обсуждаемая тема государственно-частного партнерства (ГЧП) в социальной сфере может, как это часто бывало и бывает, превратиться в очередной фетиш и имитацию бурной деятельности. Все детально обсуждают формы, способы и инструменты, но нигде не формулируются предмет и цели. Сатирик заметил: «Когда результат не нужен, трудно процесс сделать захватывающим...».

Уходящая натура

В части медицины предмет партнерства, как я полагаю, следует сформулировать следующим незатейливым образом: управляемая отрасль, существующая в универсальных условиях экономического, финансового и клинического менеджмента, обеспечивающая тем самым доступную и высококачественную медицинскую помощь большинству населения страны. Клинический менеджмент, конечно, самый важный, хотя и стоит на третьем месте. Однако следует сказать, что в условиях антиэкономики — именно этот статус следует иметь в виду, говоря о российской системе здравоохранения, — серьезное занятие по построению современной клинической практики в условиях федерального или муниципального лечебного учреждения доступно лишь энтузиастам или самоотверженным оптимистам. И то и другое, увы, уходящая натура, да и «битва за урожай» давно уже не метод для свободных людей, живущих в свободной стране. И так, с самого начала. Здравоохранение — единственная отрасль экономики и важнейшая сфера нашей жизни — до сих пор управляется министерством. В СССР все отрасли управлялись министерствами, которые являлись вершинами в организационном построении. Сельское хозяйство, все виды промышленности, сырьевые производства, культура, наука, оборонный комплекс и т.д. Министерство было главным отраслевым субъектом. Эти времена канули в Лету. Сегодня все отраслевые министерства играют второстепенную роль или исчезли вовсе. Ключевыми игроками являются предприятия, они и стали главными субъектами рынка. За одним исключением, пожалуй, двух областей: здравоохранения и образования.

До сегодняшнего дня главным субъектом в здравоохранении является министерство во всех своих федеральных, субъектных и муниципальных ипостасях. «Министерства» управляют всем имуществом в здравоохранении без особого успеха, но очень устойчиво, давно достигнув степени собственной некомпетентности, вмешиваются в



Артем ГАПЕЕВ,
заместитель директора по экономическим вопросам НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы

клиническую практику, определяют все кадровые вопросы, решают, что покупать, кого и как модернизировать, ремонтировать, учить или не учить, финансировать или не финансировать и многое другое. Ни одно, пусть даже самое крупное, носящее самое уважаемое имя, лечебное учреждение в отрасли не является субъектом процесса. Место субъекта занято «министерствами». Результаты налицо, вернее на лице... главным образом, у пациента, продолжительность жизни которого, как известно, увеличивается, смертность от инфаркта и инсульта снижается, коэффициенты смертности стремятся к нулю и прочее, и прочее. Если кто-нибудь когда-нибудь видел формулу для расчета вероятностного показателя под названием «ожидаемая продолжительность жизни», он бы немало подивился оптимизму декларанта.

Штрихи к портрету

Далее по списку. В России не функционирует система обязательного медицинского страхования. Это важно констатировать. Положение вещей сводится к тому, что амбулаторный сектор уже давно работает по принципу подушевого финансирования (тарифы здесь не поддаются никакому осмыслению), а весь госпитальный сектор манипулирует двумя десятками тарифов с шестизначными цифрами, пытаясь хоть как-то решить проблему покрытия текущих издержек.

До сих пор мы имеем дело с «дивовинкой» под названием поликлиника. Проблема не в самой поликлинике, а в ее



ПРИ РАССУЖДЕНИЯХ О ГОСУДАРСТВЕННО- ЧАСТНОМ ПАРТНЕРСТВЕ НЕ СТОИТ ЗАБЫВАТЬ, ЧТО В НАШЕЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧАСТНОГО ПАРТНЕРА НЕТ... ИЛИ ПОЧТИ НЕТ!

статусе самостоятельной, читай изолированной, клинической единицы. Все призывы идти в поликлинику, смещать акценты в сторону амбулаторной помощи — тщетны, хотя и справедливы, так как разрозненность амбулаторного и госпитального звеньев не дает никакой возможности вести пациента с учетом всех аспектов диагностического, лечебного и реабилитационного этапов. Да и система финансирования не позволяет смещать эти акценты, так как в структуре московской, к примеру, территориальной

программы на 2015–2017 годы 41% затрат обеспечивает госпитальную помощь и лишь 32% — амбулаторную.

«Министерские» лечебные учреждения не имеют даже прообраза информационной среды, без которой существование современного лечебного учреждения невозможно. Единое информационное пространство, объединяющее общемедицинскую, лабораторную, радиологическую, финансовую информационную системы, является базисом для управления столь сложным предприятием, каковым является медицинское учреждение. Пока все заменяет бумага, что стало уже притчей во языцех. Подобное положение вещей не только сводит к нулю вопросы планирования, анализа и статистики, но является существенным препятствием в деле развития собственно клинических технологий, особенно в части инструментальной и лабораторной диагностики.

Дополнительными штрихами к портрету могут быть: тяжелое состояние объектов муниципального и федерального здравоохранения, как в части их износа, так и в части соответствия современным технологическим и санитарным требованиям, разрушенная система постдипломного образования, коррупция, отсутствие в принципе института управления, так как до сегодняшнего дня лечебным учреждением продолжает управлять главный врач, назначенный министерством.

Все вышесказанное в общих чертах характеризует сторону, которая в законопроекте о ГЧП изящно именуется «публичный партнер».

Входной билет в здравоохранение

Одним из участников мероприятия под названием ГЧП соответственно является партнер частный. Кто это? Вернее, где он? Здесь следует констатировать следующее обстоятельство: частного партнера нет... или почти нет! В современной России существуют две-три инвестиционные группы, которые структурно занимаются инвестициями в компетентную медицину, строят госпитали, развивают сложные, наукоемкие и технологические сферы медицины. Суммарные инвестиции этих групп за последние примерно 10 лет составляют от 500 до 700 млн долларов США, не более. Для 140-миллионной страны — это капля в море. Их общая доля в обороте российского рынка медицины, включая ОМС, ДМС, прямые контракты и прямые платежи, не превышает 1,5%. Повторю, речь идет о стратегических инвесторах, создающих высокотехнологическую медицину. К слову, подобное положение вещей есть еще одна заслуга «министерского» правления, блокирующего какие-либо значимые возможности для привлечения инвестиций в совершенно недокапитализированную сферу российской экономики, каковой является медицина. Трудность

положения состоит еще и в том, что стопроцентный блок на медицинские активы государства заставляет частного инвестора заниматься девелопментом, покупать землю, строить здания, отвлекая существенные инвестиции, время и силы на непрофильное производство. Развитие же специализированного, отраслевого (нишевого) рынка недвижимости невозможно по причине ограниченного числа успешных медицинских операторов. То есть — замкнутый круг. В России работают два, от силы три фонда прямых инвестиций, которые участвуют в капитале российских медицинских операторов. И только одна медицинская компания смогла осуществить публичное размещение. Вот это и есть частный партнер. Уж больно дорог входной билет в российское здравоохранение!

Бесцельный инструмент

Кратко охарактеризовав потенциальных участников партнерства, сконцентрируемся все же на предмете. В чем он?

Государство, боясь как огня понятия приватизации в здравоохранении, пытается решить проблему полумерой. Эта полумера и есть пресловутое ГЧП. Собственно, все потенциальные формы ГЧП никаким новшеством не являются и давно уже могли бы быть реализованы в строго правовом поле. Можно создать совместное предприятие и передать имущество в его (предприятия) капитал, можно подписать концессионное соглашение и передать имущество в концессию, можно, преобразовав лечебное учреждение, например, в форму некоммерческой организации, нанять управляющую компанию и т.д. Все эти способы партнерства давно и вполне подробно описаны в российском законодательстве. Однако ничего похожего не происходит, вернее, почти ничего. А почему, собственно, что-то должно происходить? На каком основании инвестор будет принимать на себя сложный, во всех смыслах плохо организованный актив и инвестировать в него свои финансовые, временные, интеллектуальные и прочие ресурсы? Резон здесь может быть только один: использование этого актива в своих коммерческих целях, т.е. в целях оказания медицинской помощи вне системы ОМС, так как система ОМС не занимается реализацией экономически обоснованной и технологически адекватной тарифной политики, а занимается перекачкой через несколько инстанций части налоговых поступлений (взносы от ФОТ) и объективно ограниченных средств консолидированных бюджетов субъектов РФ. Заметим, с существенными потерями по дороге! Тогда возникает другой вопрос: для чего же это партнерство государству, главной задачей которого как раз наоборот является обеспечение гарантий бесплатной медицинской помощи, т.е. развитие ОМС?

Иными словами, никакой фундаментальной основы для ГЧП сегодня в России нет. Причина совершенно очевидна, и состоит она в том, что в российском здравоохранении нет универсальной экономической модели, которая могла быть приемлема для всех предприятий вне зависимости от формы собственности. В общем виде такая модель является основой для конструкции, которая именуется системой метауправления в социальной сфере. Отсутствие такой модели может породить только конфликт интересов при реализации этого партнерства.



В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ НЕТ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ, КОТОРАЯ МОГЛА БЫТЬ ПРИЕМЛЕМА ДЛЯ ВСЕХ ПРЕДПРИЯТИЙ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ СОБСТВЕННОСТИ.

Ныне активно дискутируются различные модели паллиативных механизмов, которые могут хоть как-то нивелировать потенциальный конфликт интересов сторон в рамках ГЧП. Обсуждаются способы гарантий для частного партнера, «специальные» тарифы для него, возможные формы компенсаций и прочее. На мой взгляд, оптимального решения в такой постановке вопроса найти не удастся ни в правовом, ни в экономическом аспектах. До тех пор, пока государство фундаментально не займется вопросом универсального тарифа, не обеспечит финансовые и экономические инструменты его наполнения, разговор о ГЧП будет лишь манифестацией периодического (впрочем, и вполне регулярного) обострения гуманитарной мысли в «министерских» кабинетах.

ГЧП есть инструмент, не более. Цель же — обеспечение максимального участия предприятий всех форм собственности в производстве медицинской помощи, что, как уже было сказано, возможно только при наличии универсальной тарифной политики. В этом случае гарантия со стороны государства сводится не к управлению министерскими методами неповоротливым и неэффективным активом, а к максимизации количества участников отрасли в рамках единой экономической модели. В этих условиях ГЧП в его разных формах может вполне вписаться в это построение, и никаких специальных законов для этого не потребуется.

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ДВУХСТОРОННЯЯ ПНЕВМОНИЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 23 марта, обсуждалась история болезни 41-летней женщины, родившей пятерых детей и умершей вскоре после последних родов по причине пневмонии тяжелого течения и септического шока.

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль, с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Первым историю ведения пациентки начал представлять главный врач Центра планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения Москвы Олег Латышкевич:

— Пациентка наблюдалась в филиале нашего центра, в женской консультации № 1. Хотелось бы обратить внимание на следующие особенности анамнеза: в 2006 году диагностическая лапароскопия и дренирование брюшной полости по поводу колото-резаного ранения передней брюшной стенки, курение с 15 лет. Данная беременность десятая по счету, предстоящие роды пятые. Предыдущие четверо родов произошли в родильном доме № 4 без осложнений.

По словам специалиста, первый раз по поводу данной беременности пациентка обратилась в женскую консультацию 1 июля 2014 года, где ее осмотрел акушер-гинеколог и было выполнено УЗИ. Ни один из проведенных анализов (клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма, общий анализ мочи, мазок на флору) не обнаружил существенных отклонений показателей от нормы. Заключение:

прогрессирующая маточная беременность 10 недель. Так как пациентка не была заинтересована в беременности, ее направили на консультацию психолога, и началось обследование для проведения медицинского аборта.

— Олег Александрович, — уточнил Леонид Печатников, — я правильно понял ситуацию, что, несмотря на десятую беременность и предстоящие пятые роды, у пациентки уровень гемоглобина был в норме и остальные результаты обследований — без серьезных отклонений?

— Совершенно верно, — ответил Олег Латышкевич, — и подчеркну, что пациентка отрицала любые перенесенные гинекологические заболевания. То есть мы говорим о благоприятно протекающей беременности у практически здоровой женщины.

На аборт пациентка не пришла, более того, на следующем приеме 23 сентября 2014 года по ее просьбе была оформлена индивидуальная карта беременной и выдано направление на анализы.

— Обследование на этом приеме показало, что состояние будущей мамы удовлетворительное, — продолжил Олег Латышкевич. — Пациентке был поставлен диагноз: «беременность 23—24 недели, головное предлежание, без каких-либо патологий» и рекомендовано пройти полное клиническое обследование с перечислением всех анализов и инструментальных исследований, которые она должна пройти, и объяснением их предназначения.

Однако пациентка — по ее замечанию, в связи с семейными обстоятельствами — с начала осени и вплоть до 15 декабря на прием не явилась ни разу, несмотря на многократные звонки по телефону и поездки к ней. — Дверь она не открывала, на звонки ответила лишь раз, обещала появиться в центре, но свое слово не сдержала, — добавил главврач.

15 декабря при осмотре пациентки обнаружился отек нижних конечностей.

Диагноз: беременность 34—35 недель, головное предлежание, отеки беременных. Женщине рекомендовали белковую растительную диету, охранительный режим, УЗИ и повторные лабораторные исследования.

Обследование 24 декабря обнаружило в целом удовлетворительное состояние пациентки.

— После назначенного нами лечения отеки уменьшились, однако уровень гемоглобина снизился до 96 г/л. Был поставлен диагноз: «беременность 35—36 недель, головное предлежание, отеки беременных, анемия в легкой степени». Назначена антианемическая терапия, — продолжил главврач.

В 5-й и последний раз больная пришла в клинику на прием 30 декабря. Она отмечала, что чувствует себя хорошо, отеки прошли. Ее состояние было оценено как удовлетворительное.

— УЗИ показало, что размеры плода соответствуют сроку 36—37 недель беременности, — резюмировал Олег Латышкевич. — Подчеркну, что, за исключением умеренного многоводия, никаких отклонений в состоянии матери и плода обнаружено не было.

— А вы направляли пациентку на обследования к другим врачам? — уточнил Леонид Печатников.

— Да, — ответил главный врач, — женщину проконсультировали терапевт, офтальмолог, оториноларинголог в Диагностическом клиническом центре № 1. Все они



К СОЖАЛЕНИЮ, ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ, ОСОБЕННО ОБЩЕЙ РЕАНИМАЦИИ, ЧАСТО СТАНОВЯТСЯ ИСТОЧНИКАМИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ. ОСОБЕННО КОГДА МЫ ИМЕЕМ ДЕЛО С РЕАНИМАЦИОННЫМИ ПОСОБИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ИНТУБАЦИЕЙ, АППАРАТАМИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ.

Леонид Печатников

нашли пациентку практически здоровой, в том числе и по результатам оценки ее гемодинамических показателей. Затем она опять не явилась на прием, перестала отвечать на наши телефонные звонки. И только 19 января мы смогли связаться с ней через мобильный телефон. Пациентка сообщила, что сейчас находится в родильном доме № 4, а за два дня до этого, то есть 17 января, у нее здесь же произошли нормальные роды, родилась здоровая девочка.

Изложение истории ведения пациентки продолжил заместитель главного врача Станции скорой и неотложной помощи им. А.С. Пучкова Георгий Введенский:

— 17 января в 3:34 утра на станцию поступил вызов с поводом «схватки». Акушерская бригада прибыла на место вызова через 10 минут. Схватки начались с двух часов ночи, длились по 25 секунд с интервалом 15–20 минут. В карте вызова бригады было отмечено, что высота стояния дна матки 35 см, окружность живота — 98 см, положение плода — продольное. Предлежит голова плода, она прижата к входу в малый таз, шевеление плода ощущается, его сердцебиение 140 в минуту, ясное и ритмичное. Выделений из половых путей нет, воды не подтекают. Состояние женщины удовлетворительное, сознание ясное, по шкале комы Глазго — 15 баллов, положение активное. Кожные покровы обычной окраски, сыпи и отеков нет. АД 120/70 мм рт. ст., тоны сердца звучные, пульс — 78 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 17 в минуту, температура — 36,6 °С.

Диагноз: «беременность 40–41 неделя, головное предлежание, предвестники пятых родов».

В течение 12 минут после прибытия бригады пациентка была доставлена в филиал № 1 Городской клинической больницы № 64 (родильный дом № 4).

— При осмотре в приемном покое, — продолжила заведующая родильным домом № 4 Анастасия Николаева, — состояние пациентки было удовлетворительное. Она жаловалась на тянущие боли внизу живота. Регулярной родовой деятельности еще не было. АД, пульс, дыхание, температура — все в пределах нормы. В состоянии плода также не было отклонений. В то же время клиничко-лабораторное и инструментальное обследование обнаружило снижение уровня гемоглобина до 108 г/л, а при УЗИ выявилось умеренное многоводие. Индекс амниотической жидкости, означающий количество околоплодных вод, составил 200 мм. 17 января в 8:45 излились светлые околоплодные воды, начались потуги. В 8:55 в переднем виде затылочного предлежания родилась живая доношенная девочка массой 3 кг 160 г, длиной 51 см, оценена по шкале Апгар 7–8 баллов. В 9 часов самостоятельно отделилась плацента, выделился послед. Послед был осмотрен, он оказался цел. Матка сократилась хорошо, плотно, кровопотеря составила 250 мл. Учитывая пятые роды, пациентке было показано контрольно-ручное обследование послеродовой матки, от которого она отказалась. Осмотр родовых путей показал, что они целы.

Данные клиничко-лабораторного обследования на 3-и сутки после родов:

■ общий анализ крови (гемоглобин 105 г/л, эритроциты $3,04 \times 10^{12}/л$, гематокрит 30,0%, лейкоциты $7,2 \times 10^9/л$, нейтрофилы $4 \times 10^9/л$, нейтрофилы 56,8%, эозинофилы 5,5%, базофилы 0,8%, моноциты 6,5%, лимфоциты 30,4%, тромбоциты $214 \times 10^9/л$)

■ общий анализ мочи (белок отсутствует, лейкоциты 0-1 в п/зрения, эритроциты 0-1 в п/зрения)

■ УЗИ после родов — размеры тела матки 147 x 88 x 131 мм. Объем = 0,122 см³. М-эхо 13 мм. Кровоток в полости матки не определяется. Остатков плацентарной ткани нет. Миометрий однородной структуры. На передней стенке матки имеется субсерозный миоматозный узел 15 мм.

Послеродовый период, по словам заведующей, протекал без осложнений, что подтвердили данные УЗИ и лабораторные анализы. Родильница находилась на совместном пребывании с ребенком. Девочка получала грудное вскармливание с первых суток жизни. Пациентка была выписана домой с ребенком на четвертые сутки его жизни в удовлетворительном состоянии.

Диагноз при выписке: «четвертые сутки после 5-х своевременных самопроизвольных родов, миома матки небольших размеров, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез».

— Уточните, пожалуйста, — попросил Леонид Печатников, — температура тела была нормальной при выписке?

— При поступлении, как и при выписке, — сообщила Анастасия Николаева, — она была одинаковой — 36,6 °С.

Далее слово было передано заместителю главного врача по медицинской части Диагностического клинического центра № 1 Александру Егоршину. Из его доклада следует, что пациентка наблюдалась в филиале № 2 центра с 2006 года (на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний не состояла): в сентябре 2006 года лечилась по поводу колото-резаного ранения грудной клетки, в апреле 2010 года прошла обследование при оформлении на работу (патологий не выявлено), в августе 2011 года перенесла без осложнений острый фарингит, 30 декабря 2014 года по направлению врача женской консультации была осмотрена терапевтом, офтальмологом, лор-врачом (патологий выявлено не было).

— 23 января 2015 года пациентка вызвала на дом врача-терапевта по поводу болей в правой половине грудной клетки, — сообщил далее Александр Егоршин. — Из анамнеза терапевт выяснил, что 20 января пациентка была выписана домой после благополучных родов и считала себя больной с 21 января, когда, по ее словам, сразу же после неудачного поворота туловища, появились боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при движениях. При осмотре общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7 °С, периферические лимфатические узлы не увеличены, кожные покровы бледно-розового цвета, чистые, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД — 17 в минуту, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС — 80 в минуту, АД — 105/70 мм рт. ст., язык чистый и влажный. Живот увеличен в объеме за счет избыточного развития подкожной жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный, периферических отеков нет. Местно при пальпации грудной клетки отмечалась болезненность в правой половине по межреберным промежуткам. Движение при поворотах туловища было ограничено из-за незначительной боли.

Как уточнил Александр Егоршин, пациентке был поставлен диагноз «межреберная невралгия» справа и назначена обезболивающая терапия (вольтарен, мильгамма, нимесил). Помимо этого женщине была рекомендована флюорография органов грудной клетки, ЭКГ, клинический анализ крови, общий анализ мочи и назначена явка на прием 26 января, на который она не явилась. Однако в этот же день в отделение неотложной медицинской помощи ДКЦ № 1 поступил вызов от этой пациентки.

— А для чего, — попросил уточнить Леонид Печатников, — когда ставится диагноз «межреберная невралгия» и даже описывает статус локалис, назначать флюорографию органов грудной клетки, клинический анализ крови? Не логичнее было бы использовать рентген грудного или шейного отдела позвоночника?

— Пациентка была не обследована в плане флюорографии более двух лет, поэтому ей и назначили такое обследование, — ответил Александр Егоршин.

26 января в ответ на вызов пациентки к ней прибыл врач-терапевт неотложной медицинской помощи. Женщина жаловалась на боли в шейном и грудном отделах

позвоночника и на этот раз указала другую причину заболевания: она больна уже около 7 дней после того, как ее «продуло» на кухне. Согласно назначению врача пациентка получала лечение (вольтарен и мильгамма) с положительным, по ее отчету, эффектом.

— Общее состояние больной было описано врачом в основном так же, как и его коллегой за 3 дня до этого, — подытожил Александр Егоршин, — но теперь у больной появилось вынужденное положение стоя, которого не было до этого. Больной был поставлен диагноз: «дорсопатия шейного и грудного отделов позвоночника, болевой синдром» и внутримышечно выполнена инъекция раствора кетопрофена 5%, 2,0 мл. К ранее назначенной терапии был добавлен сирдалуд по 4 мг 2 раза в день и катадолон по 100 мг 2 раза в день курсом 7 дней. Рекомендована консультация невролога. 27 января в 1 час ночи в отделение неотложной медицинской помощи от больной поступил повторный вызов, однако от нового осмотра врачом она отказалась, после чего была оставлена под наблюдением участкового терапевта.

— В филиал № 2 ДКЦ был передан актив на 27 января, но при выполнении актива на дому врач выяснил, что в этот же день в 15:30 больная уже была госпитализирована в ГКБ № 7, — уточнил Александр Егорышев.

— А как себя ведет пациент с дорсопатией? Что значит вынужденное положение стоя? — спросил Леонид Печатников.

— Видимо, в этом положении пациентка отмечала уменьшение болей, — последовал ответ докладчика.

— Но любой невролог скажет, что больной с таким расстройством лучше чувствует себя лежа, потому что так уменьшается тяжесть на позвонки, — возразил Леонид Печатников и развил свою мысль: — Очевидно, мы столкнулись с первым в истории медицины случаем, когда у пациента в положении стоя с увеличенной нагрузкой на позвоночник симптомы корешковых болей уменьшаются? Конечно, теперь мы понимаем, что у пациентки никаких корешковых болей не было и это были плевральные боли. Но хотелось бы понять, на каком же пропедевтическом этапе произошла эта грубейшая ошибка и почему врач-терапевт в такой, в общем-то несложной клинической ситуации не усомнился в диагнозе «дорсопатия»?

Далее слово взял Георгий Введенский, который уточнил, что с момента выписки из роддома и по 26 января на станцию скорой помощи пациентка не обращалась и наблюдалась в поликлинике по месту жительства. 26 января в 07:59 больная обратилась на станцию по поводу болей в поясничной области. Прибывшей бригаде она предъявила жалобы на постоянные боли в спине с локализацией в грудном отделе позвоночника, усиливающиеся при наклоне. Осмотр больной не обнаружил заметного ухудшения состояния по сравнению с тем, какое было описано 23 и 26 января. К диагнозу «дорсопатия поясничного отдела позвоночника», по поводу которого и было назначено лекарственное лечение, добавилась формулировка «опьянение под вопросом». Больной был обеспечен актив в отделение неотложной медицинской помощи поликлиники по месту жительства, но она от нового обследования отказалась, а 27 января в 00:25 пациентка снова вызвала бригаду скорой помощи, причем ситуация развивалась таким же образом, как и в предыдущий ее приезд к больной. Третье обращение пациентки на станцию СМП последовало 27 января в 15:28. На этот раз поводом для вызова были уже не боли в спине, а отек ног и сильные боли в правой половине грудной клетки при глубоком дыхании и движениях. Кроме того, пациентка предъявила жалобы на сухой кашель с мокротой серого цвета, общую слабость, потливость, а также боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при движении. Причем Георгий Введенский подчеркнул, что на этот раз больная сообщила при сборе анамнеза, что уже через два дня после

родов, то есть 19 января, у нее появились сухой кашель, общее недомогание, боли в правой половине грудной клетки.

— Это она вдруг первый раз рассказала про кашель? — удивился Леонид Печатников. — А в течение 5 дней до этого пациентка от всех этот кашель скрывала и за все время, пока врачи ее наблюдали, она ни разу не кашлянула?

— Верно, — ответил Георгий Введенский, — наличие сухого кашля было впервые отмечено только в карте осмотра пациента от 27 января, причем при уже втором за этот день приезде СМП в 15:28. Состояние пациентки было расценено уже как тяжелое. Было описано ее вынужденно щадящее положение с ограниченным движением в правой половине грудной клетки. Температура была нормальной, но частота дыхания увеличилась до 22 в минуту. При измерении сатурации был отмечен показатель SpO_2 — 75% (Рис 1). Была проведена оксигенотерапия раствором кислорода 50%. В результате быстро проявился выраженный положительный эффект. ЧДД снизилась до 20 в минуту, сатурация увеличилась до 95%. Поставлен диагноз: «госпитальная двухсторонняя нижнедолевая пневмония, дыхательная недостаточность II степени, состояние после родов от 17 января». Терапия продолжилась в процессе транспортировки больной в стационар — ГКБ № 7, где ее передали дежурному персоналу больницы.

— Сколько времени прошло, — задал вопрос Леонид Печатников, — от самого первого вызова СМП до госпитализации, проведенной только 3-й бригадой?

Рисунок 1. Карта вызова СМП к больному

Повод к вызову: «Отекли ноги, боль в грудной клетке».

Жалобы и анамнез: на сухой кашель с периодически отделяемой мокротой серого цвета, боль в правой половине грудной клетки при движении, глубоком дыхании, кашле, общую слабость, потливость. 17.01.15г. состоялись срочные, одноплодные роды, естественным путем. Через два дня после родов стала отмечать сухой кашель общее недомогание, затем присоединились боли в правой половине грудной клетки. Обращалась за медицинской помощью на станцию, наблюдалась участковыми врачами и ОНМП. Получала терапию соответствующую лечению дорсопатии.

Объективный осмотр:

Состояние тяжелое, сознание ясное, по шкале комы Глазго — 15 баллов, положение вынужденное, щадящее с ограничением подвижности в правой половине грудной клетки; кожные покровы обычной окраски, сыпи нет, пастозность голеней; живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Больная так же отмечает снижение объема выделяемой мочи.

t — 36,6 °С.

ЧД—22 в мин. Аускультативно — в проекции нижних долей дыхание жесткое, влажные мелкопузырчатые хрипы, шум трения плевры справа с III по VIII ребро по подмышечным линиям. Отставание в акте дыхания правой половины грудной клетки. SpO_2 —75%.

АД — 110/70 мм рт.ст. (привычное 110/70);

тоны сердца звучные, пульс — 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Диагноз: «Госпитальная двухсторонняя нижнедолевая пневмония. ДН II ст. Сухой плеврит справа. Состояние после родов от 17.01.2015 г.».

На догоспитальном этапе проводилась оксигенотерапия (50% O_2) с положительным эффектом, показателя SpO_2 — 95%;

Доставлена в ГБУЗ «ГКБ № 7 ДЗМ»

Транспортировка без ухудшения состояния. (в приемном отделении диагноз подтвержден)

Время «звонок «03» — «стационар» составило 56 мин.

— Чуть больше суток...

— И за это недолгое время, — заметил Леонид Печатников, — произошло ухудшение от относительно нормального состояния до почти реанимационного? Как вы оцениваете произошедшее?

— Достаточно сложно было в данном случае диагностировать пневмонию, — заметил Георгий Введенский. — Пациентка употребляла много нестероидных противовоспалительных препаратов, отсутствовала типичная клиника поражения легких. И бригады скорой помощи, и врачи из поликлиник отмечали отсутствие лихорадки и изменений в легких, как и учащение дыхательных движений.

Следующий докладчик, заместитель главного врача ГKB № 7 по анестезиологии и реанимации Андрей Бабаянц начал свое выступление следующим образом:

— Уточню, что направительный диагноз пациентки, когда она поступила к нам 27 января в 16:43, был сформулирован так: госпитальная двухсторонняя пневмония, сухой плеврит справа и состояние после родов. При осмотре терапевтом в приемном отделении проявились типичные жалобы при дыхательной недостаточности. Нам понадобилось провести срочную дифференциальную диагностику между внебольничной двухсторонней пневмонией тяжелого течения и тромбоэмболией легочной артерии. Обращало на себя внимание положение пациентки «ортопное», в целом достаточно тяжелое состояние. Но при столь низкой сатурации одышка была небольшой, показатели гемодинамики стабильные. Таким образом, картина дыхательной недостаточности была нетипичной.

Как сообщил Андрей Бабаянц, пациентке в клинике была выполнена рентгенография органов грудной клетки, подтвердившая поражения, характерные для двухсторонней плевропневмонии и малого двухстороннего гидроторакса. Приглашенный для уточнения диагноза ангиохирург рекомендовал провести КТ-ангиопульмонографию. Пациентка была переведена в реанимационное отделение, где обследования продолжились. В ходе обследования были выявлены значительная лейкопения, левый сдвиг палочкоядерных нейтрофилов, повышение содержания в плазме крови маркеров системного воспалительного ответа. УЗИ плевральных полостей обнаружило, что гидроторакс был незначительным, расстояние листков плевры составляло не более 1–1,5 см. Согласно консультации хирурга, пункция не была показана. Ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей не выявило признаков тромбоза. Состояние пациентки по шкале АРАСНЕ II оценивалось в 14 баллов.

— Затем пациентку осмотрел гинеколог, — уточнил Андрей Бабаянц, — и рекомендовал дообследование: УЗИ органов малого таза, брюшной полости, почек, забрюшинного пространства. Мы безотлагательно выполнили все это и обнаружили крупную кисту правой почки. На следующий же день эта киста была спунктирована, эвакуировано 80 мл серозной жидкости. Ангиопульмонография не подтвердила тромбоэмболию ветвей легочной артерии.

Результат обследования — КТ органов грудной клетки

■ в правой плевральной полости определяется свободная жидкость с максимальной толщиной слоя до 13 мм;

■ в паренхиме нижней доли справа с частичным распространением на верхнюю долю определяется массивная инфильтрация легочной ткани в паренхиме;

■ в верхней и нижней долях слева определяется идентичная массивная инфильтрация легочной ткани;

■ трахея, крупные бронхи не деформированы, в средостении определяются парааортальные лимфоузлы до 12 мм, паратрахеальные до 13 мм;

■ тень средостения не смещена, камеры сердца не расширены, костно-деструктивных изменений в зоне исследования не отмечено.

Заключение: правосторонний малый гидроторакс, двухсторонняя полисегментарная пневмония, лимфаденопатия.

Помимо этого у пациентки был взят биоматериал, а именно кровь, моча и бронхоальвеолярный лаваш, и отправлен на микробиологический анализ. Также было выполнено эхокардиографическое обследование, которое не выявило патологических изменений в миокарде. На основании всех вышеперечисленных анализов и инструментальных обследований был поставлен диагноз: «внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония, сепсис, септический шок, синдром полиорганной недостаточности, ДВС-синдром».

— На основании чего вы поставили диагноз «сепсис и ДВС-синдром»? — уточнил Леонид Печатников.

— Первый из этих диагнозов, — ответил Андрей Бабаянц, — был поставлен на основании клинической картины септицемии, исследования биоматериала, динамики маркеров системной воспалительной реакции, в частности, увеличенного уровня С-реактивного белка и прокальцитонина, а также нарастающей лейкопении. 28 января уровень С-реактивного белка составлял 451 мг/л, а прокальцитонина — 62 мг/л. Диагноз же «ДВС» мы поставили, обнаружив гиперфибринемию свыше 13 г/л фибриногена и острую тромбоцитопению. Исходя из диагноза, мы применили стартовую антибактериальную терапию сульперазоном, инфузионную терапию, были назначены ингибиторы протонной помпы в качестве гастропротекции, тромбопрофилактика, искусственная вентиляция неинвазивным путем, учитывая тяжесть состояния пациентки.

— Почему вы начали антибактериальную терапию с сульперазона? — спросил Леонид Печатников

— Это комбинированный препарат, — сообщил Андрей Бабаянц, — включающий цефалоспорины III поколения и сульбактам, который является ингибитором β -лактамаз. Препарат считается эффективным при госпитальной пневмонии. Напомню, что в первые сутки при поступлении больной дежурный врач расценил пневмонию как госпитальную. Но затем консилиум, проведенный 28 января с участием администрации больницы, главного внештатного специалиста акушера-гинеколога Департамента здравоохранения Москвы Александра Коноплянникова, главного внештатного специалиста анестезиолога-реаниматолога Департамента здравоохранения Москвы Дениса Проценко, главного анестезиолога-реаниматолога ЮАО Игоря Тюрина, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова академика Александра Стрижакова и нескольких других ведущих специалистов, пришел к выводу, что, скорее всего, эта пневмония носит внебольничный характер. И тогда антибактериальная терапия была изменена на эртапенем и моксифлоксацин, то есть антибиотики широкого спектра действия, в отличие от сульперазона, влияющего в основном на пневмококки. К тому времени, когда собрался консилиум, мы уже получили результаты микробиологических анализов. Поэтому назначение этих препаратов было вполне обоснованно. Но, конечно, консилиум рассматривал не только вопрос антибиотикотерапии. Мы собрали этих экспертов потому, что достаточно быстро после поступления к нам пациентки ее состояние стало ухудшаться. Андрей Бабаянц уточнил, что, несмотря на проводимую комплексную интенсивную терапию, ингаляцию O_2 , дыхательная недостаточность у пациентки стала нарастать, перейдя в острую форму. Оценка по шкале APACHE II увеличилась с 14 до 22 баллов. В ответ на столь серьезное ухудшение состояния 28 января в 01:20 пациентке

была выполнена оротрахеальная интубация трахеи, начата ИВЛ в режиме SIMV+PS. Однако в течение дня дыхательная недостаточность усугублялась, причем появились признаки и острой сердечно-сосудистой недостаточности. После этого, в соответствии с показателями PICCO-мониторинга, больной начали проводить инфузию вазопрессора норадреналина, а также экстракорпоральную детоксикацию в режиме постоянной вено-венозной гемодиализации. Консилиум, по словам докладчика, одобрил продолжение проводимой терапии в прежнем объеме, но с добавлением инфузии добутрекса, бета1-адреномиметика, оказывающего положительное инотропное действие, а также иммунозаместительной терапии пентаглобином. Однако, несмотря на проводимую терапию и достаточно агрессивные режимы ИВЛ, показатель сатурации не поднимался выше $SP O_2$ — 88%, дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность усиливалась, нарастала тромбоцитопения, АД упало до 80/55 мм рт. ст., при ЧСС — 125 в минуту. ИВЛ была переведена в режим Intellivent, проводились трансфузии тромбоцитарной массы, инъекции норадреналина и мезатона.

После совместного осмотра с главными специалистами Департамента и консультации кардиореаниматолога было рекомендовано продолжение терапии в прежнем объеме, учитывая уже имеющиеся высокие дозы прессорной поддержки.

— На вторые сутки пребывания в нашей больнице, — продолжил Андрей Бабаянц, — у пациентки возникло острое нарушение сердечного ритма — мерцательная брадиаритмия. Был назначен атропин, увеличены дозы инотропной поддержки. На следующие сутки 29 января обнаружилась отрицательная неврологическая динамика, появилась анизокория, то есть симптом, характеризующийся разным размером зрачков правого и левого глаза. Уровень сознания был диагностирован как кома I. КТ головного мозга выявила нетравматическое кровоизлияние в левом полушарии объемом 7 см³. Согласно заключению сосудистого нейрохирурга, показаний к оперативному лечению не было.

А 30 января у больной проявилось новое тяжелейшее осложнение — ишемизация кожи стоп на фоне ДВС-синдрома и кризиса микроциркуляции в результате жизненно необходимого применения вазопрессоров.

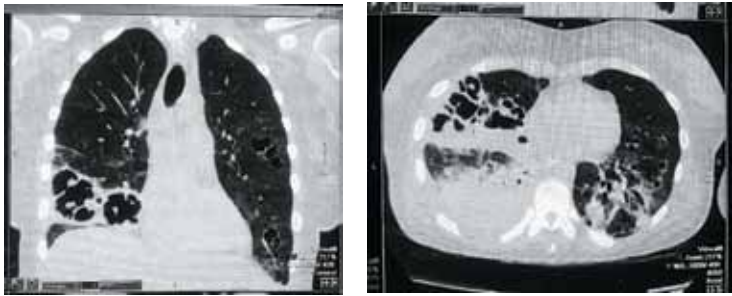
— Ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей показало, что все магистральные сосуды проходимы, — продолжил Андрей Бабаянц. — Признаков тромбоза не обнаружили. Но микроциркуляция нижних конечностей, как и верхних, где уже появились признаки этого расстройства, была критически нарушена, несмотря на все проводимые меры. Начался сухой некроз пальцев стоп.

В тот же день был собран новый консилиум. По мнению специалистов, тяжесть состояния больной была обусловлена клиникой септического шока, синдромом полиорганной недостаточности, отеком головного мозга, острой дыхательной и сердечной недостаточностью, тяжелым нарушением периферического кровообращения, тромбоцитопенией, ДВС-синдромом с развитием нетравматического геморрагического инфаркта головного мозга. Консилиум рекомендовал продолжение комплексной интенсивной терапии в прежних объемах, а также ряд новых обследований и консультаций со специалистами.

— Как развивалась пневмония, что происходило в легких, и как продолжалась антибиотикотерапия? — попросил уточнить Леонид Печатников.

В ответ Андрей Бабаянц представил результаты КТ легких, выполненной 09 февраля (рис. 3). На снимках видно, что двухсторонняя полисегментарная пневмония уже приобрела деструктивный характер. Относительно же антибактериальной терапии он уточнил, что 5 января микробиологический анализ обнаружил в качестве возбудителей *Klebsiella pneumoniae*. В связи с этим тактика антибиотикотерапии

Рисунок 3. КТ-картина легких



Правосторонний малый гидроторакс.

Двухсторонняя полисегментарная деструктивная пневмония.

была изменена. С 05 февраля назначались имипенем, линезолид, колистин и тайгециклин.

— Очередной консилиум собрался 9 февраля в связи с развитием гангрены нижних конечностей, — сообщил Андрей Бабаянц. — Очень непросто для нас оказалось решение о минимально возможной ампутации нижних конечностей. Тем не менее после анализа всех данных, которыми мы располагали о состоянии пациентки, консилиум решил, что такое вмешательство необходимо. В тот же день была выполнена операция — ампутация на уровне нижних третей обеих голени.

Но, несмотря на продолжающуюся комплексную интенсивную терапию, прогрессировала полиорганная недостаточность, и 13 февраля в 13:00 была констатирована биологическая смерть пациентки.

Основной диагноз согласно патологоанатомическому заключению: «внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония тяжелого течения».

Осложнения: «Сепсис. Септический шок. Синдром полиорганной недостаточности, острая дыхательная недостаточность, отек головного мозга, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая печеночно-почечная недостаточность, лейкопения, тромбоцитопения, ДВС-синдром. Нетравматическое внутримозговое кровоизлияние в левом полушарии головного мозга. Пункционная дилатационная трахеостомия. Сухая гангрена обеих стоп. Ампутация обеих нижних конечностей на уровне нижней трети голени».

Сопутствующие заболевания: «Состояние после самостоятельных 5-х родов. Чрескожная пункция кисты правой почки».

В свою очередь заместитель директора по научной работе ФГУ НИИ пульмонологии Минздрава РФ Андрей Черняев в качестве основного заболевания по результатам вскрытия указал следующее: «очагово-сливная и сливная плевропневмония в 4–10 сегментах правого легкого, очагово-сливная плевропневмония в 6–10 сегментах левого легкого, абсцессы в 3-м сегменте правого и во 2-м сегменте левого легкого (бактериологически — *Klebsiella pneumoniae*), осложнившие течение послеродового периода». По его мнению, как осложнения имели место геморрагический трахеобронхит с расплавлением хрящевых пластинок трахеи после ее интубации, тромбоцитопения, анемия, а также ДВС-синдром. Его признаками были обтурирующие и пристеночные тромбы в венах матки, правой подвздошной вены, нижней трети верхней полой вены, правой подвздошной артерии, геморрагический инфаркт в 1-м сегменте левого легкого, кровоизлияния в коже в области лица, передней брюшной стенки и передней поверхности правого бедра, кровоизлияние по типу гематомы в разных частях мозга. Также были обнаружены стеатонекрозы в хвосте

поджелудочной железы, пролежни в слизистой оболочке пищевода, гангрена обеих стоп (ампутация нижних конечностей в области голеней), «шоковые» почки, азотемия, декомпенсированный метаболический ацидоз, отек легких и головного мозга. По мнению специалиста, основной причиной смерти стала двухсторонняя клебсиеллезная субтотальная плевропневмония справа с абсцессами в обоих легких, которая развилась на фоне ДВС-синдрома с преимущественным поражением головного мозга у родильницы в послеродовом периоде. Непосредственной же причиной смерти оказалась полиорганная недостаточность и гнойная интоксикация при явлениях отека легких и головного мозга.

Выступления рецензентов

Первым из рецензентов выступил главный внештатный специалист акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Москвы Александр Коноплянников:

— Прежде всего, хотел бы напомнить о приказе № 651 ДЗМ об организации медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации, который требует тщательной медицинской помощи таким женщинам, самого бережного к ним отношения. На эту беременную 41 года, многодетную мать, не состоявшую в браке, требовалось обратить особое внимание на амбулаторном этапе. И тогда, возможно, не произошло бы трагедии, о которой мы сегодня говорим. Да, пациентка небрежно посещала приемы, которые ей назначали, но ведь она уже родила 4-х детей, причем в одном и том же учреждении. И, наверное, знала об акушерстве не меньше, чем мы. Теперь несколько слов о послеродовом периоде. Напомню, что в течение 4-х дней пятеро врачей осматривали эту пациентку: однократно терапевт, бригада неотложной медицинской помощи и трижды бригады СМП. Были последовательно поставлены диагнозы, которые переходят с межреберной невралгии в дорсопатию, причем сначала грудного, потом шейного, грудного и, наконец, поясничного отдела, и только когда бригада СМП ставит диагноз «пневмония», госпитализировали. Являлась ли смерть пациентки предотвратимой? Мое заключение: запоздалая госпитализация этой пациентки привела к летальному исходу. Смерть пациентки я считаю условно предотвратимой.

Александр Коноплянников заострил внимание участников конференции на том, что за последние 2 года в Москве уже 2 женщины в раннем послеродовом периоде умерли в результате пневмонии. А у 4-х женщин были выставлены ошибочные диагнозы дорсопатии, причем они умерли на 11–38 неделе беременности от бактериально-вирусной инфекции неуточненного генеза, разрыва аневризмы селезеночной артерии, разрыва аневризмы нисходящего отдела грудной аорты и злокачественной опухоли левого яичника с метастазами.

Выступивший затем главный внештатный специалист пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы Александр Белевский дал следующее определение внебольничной пневмонии: острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях, то есть вне стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в отделениях длительного медицинского наблюдения свыше 14 суток. Внебольничная пневмония сопровождается симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно, гнойной; боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками свежих очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

— Итак, — продолжил Александр Белевский, — мы помним, что в определенный момент участковый терапевт диагностировал «межреберную невралгию». Когда я

прочитал этот диагноз, я вздрогнул, потому что нет хуже для пульмонолога диагноза, чем межреберная невралгия. На моей памяти при разборах клинических ситуаций со смертельным исходом в Департаменте мы обсуждали уже 4 случая якобы межреберной невралгии, которая в результате заканчивалась развившейся тяжелой пневмонией с летальным исходом. Уверен, что в амбулаторных условиях заболевание пациентки, а именно начавшаяся внебольничная пневмония, было пропущено в итоге серьезной медицинской ошибки. По ведению пациентки в ГКБ № 7 в части лечения пневмонии у меня нет нареканий. Терапия проводилась грамотно и адекватно, причем как в части антибактериального лечения, так и остальных направлений борьбы с этим заболеванием.

В своем выступлении главный внештатный специалист анестезиолог-реаниматолог Департамента здравоохранения Москвы Денис Проценко представил свое заключение о качестве оказания анестезиолого-реанимационной помощи пациентке в ГКБ № 7:

— Начну с главного, все стратегические направления ведения больной с тяжелым сепсисом и пневмонией были реализованы достаточно адекватно по всем направлениям: идентификации инфицирования, микробиологическим исследованиям, купировании сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, тромбопрофилактике и так далее. Но были и недостатки, причем часть из них существенны. Обращает на себя внимание такое обстоятельство госпитализации пациентки: она поступила в приемное отделение стационара и находилась там почти час, прежде чем ее перевели в реанимацию. И это, несмотря на показатель сатурации 75% и другие признаки быстро ухудшающегося состояния! Но ведь в ГКБ № 7 реанимационная помощь организована таким образом, что здесь есть возможность принимать больного, минуя приемный покой, сразу в шоковый зал. И врачи службы скорой помощи об этом знают. Далее рецензент остановился на антимикробной терапии:

— Для госпитальной пневмонии стартовая терапия сульперазоном по 4 г 2 раза в сутки — верное решение, которое «перекрывает» большинство штаммов, в том числе со сложным профилем резистентности. Но обратите внимание на время назначения антибиотика. Речь сейчас пойдет о самой серьезной, по-моему, ошибке, допущенной при ведении пациентки на госпитальном этапе. Все российские и зарубежные рекомендации указывают, что ранняя адекватная антимикробная терапия тяжелых пациентов с сепсисом — исключительно важный фактор, который достоверно снижает летальность. Врач должен начать антимикробную терапию в течение часа после постановки диагноза, не дожидаясь результата микробиологического анализа, назначив антибиотик широко спектра действия. Если он затем скорректирует назначение антибиотиков и назначит препарат, применение которого обосновано результатами анализа, то есть взамен эмпирической терапии начнет терапию целенаправленную, эффективность лечения, конечно, повысится. Именно первый час крайне важен в том, чтобы пациент не остался вообще без антибиотикотерапии. Согласно современным рекомендациям, пациентка с тяжелой инфекцией и ухудшением дыхательных показателей и гемодинамики однозначно относилась к тем, где время назначения адекватной антимикробной терапии сужается до 60 минут, а в нашем случае больная получила первую дозу антибиотиков через 6 часов 30 минут от момента поступления в больницу.

Далее рецензент привел последние зарубежные рекомендации по респираторной терапии:

— Действительно, неинвазивная респираторная терапия допускается как первый шаг лечения тяжелой дыхательной недостаточности, но, зная реалии наших больниц, спросим, насколько адекватно мы могли обеспечить качество неинвазивной вентиляции этой пациентки при ее транспортировках в КТ-кабинет и при других

перемещения по больнице? Думается, правильнее было бы раньше перевести ее на искусственную вентиляцию легких более агрессивными режимами. Последние 2 года были серьезно пересмотрены рекомендации и по лекарственной терапии пациента с тяжелым сепсисом, не относящейся к антибиотикам. В них не осталось места добутрексу. Препаратом выбора, согласно этим рекомендациям, является норадреналин. А при его неэффективности надо добавлять адреналин, и не рекомендуется метазон. Однако больная получала и метазон, и добутрекс.

В заключение своего доклада Денис Проценко призвал коллег, особенно в отделениях интенсивной терапии, более внимательно относиться к взаимодействию лекарственных препаратов. Публикации последних лет продемонстрировали резкое повышение риска некроза кожи при совместном использовании норадреналина и антимикробного препарата линезолида.

— Пациентка же в течение нескольких дней получала оба этих лекарства, — подчеркнул рецензент.

Качество хирургического лечения больной оценил главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения Москвы Алексей Шабунин:

— Хирургическое лечение врожденной кисты забрюшинного пространства у пациентки было выполнено качественно и по показаниям. Хотелось бы подробнее остановиться на

лечении симметричных периферических некрозов нижних конечностей, то есть гангрены. По клиническому течению гангрена бывает сухая и влажная. В первом случае нарушение кровоснабжения происходит медленно, и организм успевает отреагировать защитной реакцией, называемой демаркацией, то есть изоляцией этого некроза от системы кровотока. Влажная гангрена сопровождается быстрым распадом, гниением тканей. Здесь показано экстренное вмешательство по жизненным показаниям. Если этого не сделать срочно, пациент погибнет. У пациентки была типичная сухая гангрена. Не было признаков гиперкоагуляции, а также, судя по исследованиям сосудистого русла, данных о нарушениях магистрального артериального и венозного кровотока. Такой диагноз подтвердили и гистологические данные, показавшие, что произошла мумификация конеч-



РАЗВИТИЕ СУХОЙ ГАНГРЕНЫ И СТАЛО ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕЧЕНИЙ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКИМИ ДОЗАМИ ВАЗОПРЕССОРОВ, ЧТО БЫЛО НЕИЗБЕЖНО В ДАННОЙ СИТУАЦИИ.

Алексей Шабунин

ностей. Суть этого процесса в том, что кожа и подкожная клетчатка как бы высыхают, кровоснабжение тканей прекращается, патологический процесс если и прогрессирует, то медленно и не распространяется дальше. Поэтому появляется время для того, чтобы стабилизировать пациента, а с операцией можно не торопиться.

Как подчеркнул Алексей Шабунин, хронология применения вазопрессоров четко коррелировала с клиническими данными относительно развития гангрены. В частности, 1 февраля пациентка стала получать комбинацию уже из трех вазопрессоров, с проведением интенсивной терапии, и в тот же день хирургами впервые констатируется ишемия пальцев, а затем стоп.

— То есть развитие сухой гангрены и стало одним из осложнений течений тяжелого сепсиса на фоне лечения высокими дозами вазопрессоров, что было неизбежно в данной ситуации, — уточнил Алексей Шабунин.

В заключение своего выступления специалист подчеркнул, что обследование и многокомпонентное лечение пациентки с тяжелейшим сепсисом и септическим шоком проводилось в полном объеме, но ампутацию нижних конечностей у этой больной, хотя она и не повлияла на исход, следует считать преждевременной.

В анализе оказания помощи больной, представленном главным внештатным специалистом неврологом Департамента здравоохранения Москвы Аллой Гехт, не содержалось резких

критических замечаний по поводу тех ошибочных диагнозов межреберной невралгии и дорсопатии, которые ставили врачи, обследовавшие пациентку после родов. Как заметила Алла Гехт:

— Если мы говорим о болевом синдроме вообще в области грудной клетки и грудном отделе позвоночника в частности, то даже у опытного врача всегда есть вероятность спутать заболевание органа грудной клетки или живота с патологией неврологического характера, и надо с пониманием относиться к такой ситуации, — заметила рецензент.

Не было замечаний у Аллы Гехт и по части проведенного больной неврологического лечения на госпитальном этапе.

Итог обсуждению подвел Леонид Печатников:

— Сначала выскажу мое мнение о лечении пациентки на амбулаторном этапе. Мы слышали, как рецензенты говорили о том, что за этими «дорсопатиями» и «радикулитами» часто скрывается отнюдь не банальный остеохондроз, а весьма серьезные заболевания. И плевральные боли при пневмониях, и миеломная болезнь, и метастазы различных опухолей в позвоночник часто дебютируют с проявлением симптоматики радикулита. Но обратите внимание: женщина, наверное, не очень благополучная, может быть, и злоупотреблявшая спиртным, выносила беременность в 41 год и ни разу не пожаловалась на радикулит. А как только разрешилась, вдруг у нее начинаются серьезные проблемы. Причем «радикулит» стартовал бурно, с настолько сильными болями, что пациентка не раз вызывала СМП, врачей неотложной помощи. И к тому же присутствовал такой симптом, как вынужденное положение стоя, нехарактерный для радикулита. Поэтому подчеркну: если приезжавшие к ней врачи обнаруживали это будто бы имевшее место заболевание, надо было по крайней мере назначить общий анализ крови, который бы выявил отклонения, не свойственные радикулиту. Это минимальное обследование, которое, учитывая непростой анамнез этой женщины, здесь надо было выполнить. Словом, налицо явное упущение в оказании медицинской помощи. А теперь о некоторых особенностях той пневмонии, которая оказалась фатальной для больной. Начальные клинические проявления поражений клебсиеллой, или палочкой Фридлендера, — а именно этот вид пневмонии и был установлен у пациентки — включают лихорадку, признаки интоксикации, кашель, кровохарканье по типу «малиновое желе». Плевральные боли присоединяются позднее. В обсуждаемом же нами случае сразу появились плевральные боли, тогда как все остальные перечисленные мной симптомы отсутствовали. Кроме того, фридлендеровская пневмония — первично деструктивное заболевание, а в нашей ситуации такие очаги были выявлены отнюдь не в начале заболевания. Поэтому я полагаю, что пациентка сначала заболела действительно внебольничной пневмонией, но, скорее всего, крупозной пневмококковой, а не фридлендеровской.

Проанализировав литературные данные, сравнивающие симптомы и характер течения обеих видов пневмоний, и сопоставив их с теми, что были описаны в истории болезни пациентки, Леонид Печатников представил достаточно убедительные доказательства того, что первичным заболеванием легких в данной ситуации могла быть пневмококковая пневмония.

— Но откуда же взялась клебсиелла? — продолжил он. — Если я прав, и к первичной внебольничной пневмонии добавилась фридлендеровская внутрибольничная бронхопневмония, то это произошло, судя по всему, как раз в ГКБ № 7. К сожалению, отделения реанимации, особенно общей реанимации, часто становятся источниками внутрибольничных пневмоний. Особенно когда мы имеем дело с реанимационными пособиями, связанными с интубацией, аппаратами искусственной вентиляции легких. Подытоживая, еще раз подчеркну: на мой взгляд, больная перенесла две разные по этиологии и патогенезу пневмонии, и, исходя из обсуждаемого ведения пациентки, администрация ГКБ № 7 и заведующий реанимационным отделением этой клиники должны принять срочные меры профилактики, направленные против распространения в этом учреждении внутрибольничных инфекций.

СИНДРОМ РОЖДЕСТВЕНСКИХ КАНИКУЛ

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 14 апреля, обсуждалась история болезни 57-летнего мужчины, причиной смерти которого стал хронический обтурационный гнойный пиелонефрит с формированием пионефроза.

Историю ведения пациента начал излагать заместитель главного врача Станции скорой и неотложной помощи им. А.С. Пучкова Георгий Введенский:

— 6 января в 12:09 на станцию поступил вызов к пациенту с поводом «плохо с сердцем на рабочем месте». Бригада СМП прибыла к нему через 11 минут (рис. 1). Пациент жаловался на боли в грудной клетке, а также в области между лопатками, отдающими в левую руку. По его словам, подобное состояние он отмечал впервые. Боли появились, с его слов, 2 января и в течение 4-х дней носили постоянный характер, были разной интенсивности в продолжение суток. Однако больной продолжал работать. Хронические заболевания пациент отрицал, к врачам в последнее время перед вызовом не обращался.

По словам докладчика, при обследовании обратила на себя внимание синусовая тахикардия по результатам ЭКГ, депрессия ST в отведениях I, II, AVL, V5 и V6 до 2 мм, горизонтальное положение электрической оси сердца, ЧСС — 108 в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

— Поэтому можно было предположить признаки ишемии миокарда передней боковой стенки, — продолжил Георгий Введенский. — Предварительный диагноз: «нестабильная стенокардия, впервые выявленная». Также было зафиксировано значительное повышение АД до 160/90 мм рт. ст. (привычное АД, по словам больного, 150/90 мм рт. ст.). Проведенная терапия: спрей изокет 1,25 мг — две дозы, ацекардол 300 мг, плагрил 300 мг, гепарин 4000 Е. Проведена инфузия нитратов. В результате боли были купированы, и пациент в стабильном состоянии доставлен, минуя приемный покой, в кардиореанимационное отделение ГКБ № 71. По словам следующего выступающего — заместителя главного врача ГКБ № 71 Михаила Глотова, пациент — курящий мужчина с тяжелым алиментарным ожирением, нелеченной

Рисунок 1. Карта вызова СМП к больному

Повод к вызову: «Плохо с сердцем, рабочее место»

Жалобы и анамнез: боль в грудной клетке, спине, между лопатками, отдающая в левую руку. Подобное состояние впервые. Заболел 02.01.2015 г. Все дни боли носили постоянный характер, разной интенсивности, больной продолжал работать. Хронические заболевания отрицает. К врачам не обращался.

Объективный осмотр:

АД – 160/90 мм рт. ст. (привычное 150/90)

тоны сердца звучные, пульс — 108 в мин., ритмичный, хорошего наполнения

дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 16 в мин.

t – 36,6 °C

Данные ЭКГ - исследования: синусовая тахикардия, горизонтальное положение ЭОС, ЧСС 108 в мин. ГЛЖ, ишемия миокарда передне-боковой стенки, депрессия ST в отведениях I, II, AVL, V5, V6 до 2 мм. PQ — 0,19 с.; QT — 380 мс.

■ спрей Изокет 1,25 мг — 2 дозы

■ Ацекардол 300 мг

■ Плагрил 300 мг

■ Гепарин 4000 ЕД

■ раствор Изокета 0,1%—10 мл. в разведении раствора натрия хлорида 0,9 % — 250 мл.

БОЛИ КУПИРОВАНЫ

Диагноз: «Нестабильная стенокардия, впервые выявленная».

Доставлен в ГБУЗ «ГКБ № 71» блок кардиореанимации.

Время «звонок «03» – «стационар» составило 74 мин.

артериальной гипертонией, анамнезом длительного употребления алкоголя, был доставлен в кардиореанимационное отделение клиники.

— Михаил Николаевич, — уточнил Леонид Печатников, — вы говорите «с алиментарным ожирением». Сколько же весил больной?

— Его невозможно было взвесить, — ответил Михаил Готов, — вес был заметно выше 140 кг при росте 192 см. Пациент жаловался на боли в нижней трети грудины с иррадиацией в шею и спину. Он сообщил, что заболел за несколько дней до госпитализации, когда после переохлаждения стали беспокоить боли в обоих плечевых суставах, грудной клетке, шейном и грудном отделах позвоночника. Боли, с его слов, не были связаны с эмоциональной или физической нагрузкой. Лихорадки в предыдущие дни у пациента не было.

При осмотре в ГКБ № 71 состояние больного было квалифицировано как состояние средней тяжести. Пациент был гемодинамически стабилен, температура тела 36,6 °C.

— Единственной патологической находкой была болезненность при пальпации по паравертебральным линиям шейного и грудного отделов позвоночника, — добавил Михаил Готов.

При лабораторном обследовании выявлены: макроцитарная анемия, выраженная протеинурия, повышение уровня сахара крови до 12 ммоль/литр, гиперглицидемия, незначительное повышение уровня аспартатаминотрансферазы (АСТ) и билирубина. Диагноз: «острый коронарный синдром, дорсопатия, ожирение, артериальная гипертония, впервые выявленный сахарный диабет».

Назначение: аторвастатин, бисопролол, периндоприл и ибупрофен как обезболивающий препарат.

В течение всего периода лечения в стационаре больной получал короткий инсулин для нормализации гликемии.

— Уточните, — попросил выступающего Леонид Печатников, — почему вы заподозрили острый коронарный синдром?

— Поскольку у пациента с несколькими факторами риска ишемической болезни сердца были боли в области нижней трети грудины с иррадиацией в спину, характерные отклонения на ЭКГ, которые подтвердились также и при нашем обследовании, — последовал ответ.

После 20 часов наблюдения в кардиореанимационном отделении острый коронарный синдром был исключен, но мониторинг ЭКГ продолжился (рис. 2). Наблюдение пациента Г.А. с 06 по 17.01 в ГКБ№ 71).

Рисунок 2. Карта наблюдения пациента в ГКБ № 71

	06.01.15	07.01.15	12.01.15	13.01.15	17.01.15
Суставной с-м	+	++	++	+++	+++
Лихорадка				+	
Протеинурия	+++			++	
Лейкоцитурия	+			++	
Анемия	109 г/л	91 г/л		92 г/л	
Лейкоцитоз	8,7	8,0		14,1	
Диагноз	ОКС Дорсопатия ГБ II, СД 2	Дорсопатия ГБ II, СД 2		Полиартрит Дорсопатия ГБ II, СД 2	
Лечение	САТ, БАБ иАПФ, НПВП статины, инсулин	БАБ иАПФ НПВП, инсулин		Преднизолон Цефтриаксон БАБ, иАПФ, НПВП	инсулин

— Больному был сделан анализ крови на содержание тропонина, отклонений не обнаружилось, — продолжил заместитель главного врача. — Пациент был переведен в неврологическое отделение с диагнозом: «дорсопатия грудного отдела позвоночника, впервые выявленный сахарный диабет 2-го типа, гипертоническая болезнь, ожирение». За время наблюдения в отделении неврологии существенной динамики состояния пациента не отмечалось. Попытка проведения КТ-исследования оказалась безуспешной из-за чрезмерного веса больного. Все исследования пациента нам пришлось проводить в палате ввиду резкого снижения подвижности больного, наступившего из-за сильных болей в плечевых и тазобедренных суставах.

— А какое он получал лечение? — спросил Леонид Печатников.

— Бета-адреноблокаторы, иАПФ, статины, НПВП, инсулин, — уточнил Михаил Готов.

— Каким из перечисленных диагнозов вы объяснили тяжелую анемию, которая была выявлена у больного 7 января? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Уточню, что это была макроцитарная анемия, — ответил Михаил Готов. — Мы расценили эту анемию как признаки алкогольного анамнеза.

— Скорее всего, вы считали, что пациент страдает алкогольным циррозом, так? — продолжил Леонид Печатников.

— Это было одно из наших предположений, — ответил Михаил Готов.

— Тогда вы бы обнаружили тромбоцитопению, гипопроотеинемию и ряд других расстройств, которых на самом деле не было, — возразил Леонид Печатников.

— Но известно, — заметил Михаил Готов, — что регулярное употребление алкоголя ухудшает всасывание V_{12} и фолиевой кислоты. Это приводит к витамин- V_{12} -фолиеводефицитной анемии. Данное заболевание относится к группе мегалобластных анемий, связанных с нарушением синтеза ДНК и РНК вследствие дефицита витамина V_{12} или фолиевой кислоты. Их общим признаком является подавление нормального кроветворения с переходом на эмбриональный мегалобластный тип эритропоэза. И, возвращаясь к вопросу об алкогольном поражении печени, скажу, что мы подозревали его также потому, что обнаружилось резкое изменение отношения активности ферментов печени. Уровень АСТ в плазме крови был в 2 раза выше, чем аланинаминотрансферазы (АЛТ). Итак, мы наблюдали классическую ситуацию: макроцитарная анемия, изменение соотношения АСТ и АЛТ — все это говорило в пользу алкогольного анамнеза.

— Насколько это действительно классическая ситуация, мы попросим ответить рецензента, — заметил Леонид Печатников, — но я не заметил, чтобы вы отразили ситуацию с анемией в диагнозе этого пациента.

13 января, по словам Михаила Готова, больной был консультирован терапевтом и эндокринологом и переведен из неврологического в терапевтическое отделение со следующим уточненным диагнозом: «системный воспалительный полиартрит, сахарный диабет 2-го типа, гипертоническая болезнь и ожирение». Состояние больного было расценено как тяжелое. Его основными жалобами были сильные боли в шейном отделе позвоночника, плечевых и тазобедренных суставах.

— Поскольку уровень гемоглобина продолжал падать, больной получал внутривенную инфузионную терапию по 1 литру в день, — рассказал выступающий. — В связи с системным воспалительным полиартритом к лечению был добавлен преднизолон в дозе 40 мг в сутки. На следующий день после перевода в терапевтическое отделение у пациента был зафиксирован единственный за время его лечения в ГКБ № 71 эпизод фебрильной лихорадки без озноба с температурой до 38 °С.

Лабораторный контроль (проведен 13 января 2015 года) зафиксировал: повышение лейкоцитов периферической крови с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево, то есть с увеличением количества незрелых (палочкоядерных) нейтрофилов; протеинурия, лейкоцитурия. Концентрация С-реактивного белка в крови оказалась повышенный до 371 мг/л (референсное значение — до 5 мг/л), однако показатель ревматоидного фактора не превышал нормальных значений.

— На основании этих данных, — сказал Михаил Готов, — мы и предположили аутоиммунный характер полиартрита. Поэтому был сделан выбор в пользу глюкокортикоидов. А поскольку была выявлена лейкоцитурия, то есть признак мочевого инфекции, был также назначен цефтриаксон — антибиотик цефалоспоринового ряда широкого спектра действия по 2 г в день внутривенно.

УЗИ, проведенное 13 января, обнаружило гепатоспленомегалию и увеличение размеров почек без изменения их структуры.

Через два дня после эпизода фебрильной температуры (16 января 2015 года) из-за отсутствия положительной динамики и ясной диагностической концепции у больного был расширен круг дифференциального диагностического поиска, куда были включены следующие заболевания: боррелиоз, туберкулез, псевдотуберкулез, бруцеллез.

— В этот день, — уточнил Михаил Готов, — я сам обследовал больного. Его состояние было действительно тяжелое. Из-за выраженных болей в суставах он был резко ограничен в подвижности. Но уровень АД, ЧСС, частота дыхательных движений — все это было в пределах нормы. На следующий день — 17 января в 20:45 поступил вызов дежурного врача в палату к больному. Дыхание, АД, тоны сердца, пульсация на центральных и периферических артериях не

определялись. Реакция зрачков на свет отсутствовала, обнаружилась атония и арефлексия. Была констатирована биологическая смерть.

Основной посмертный диагноз: «ИБС, атеросклеротическая болезнь сердца».

Фоновые заболевания: гипертоническая болезнь 2 стадии, сахарный диабет 2-го типа.

Осложнения: легочно-сердечная недостаточность 2 стадии, отек легких и головного мозга, ТЭЛА (?), двухсторонняя пневмония.

Сопутствующие заболевания: полиартрит плечевых, коленных, тазобедренных суставов; дорсопатия шейного отдела позвоночника, макроцитарная анемия.

Данные патологоанатомического обследования представил заведующий патологоанатомическим отделением ГКБ № 71 Александр Сердюк:

— Уже в процессе отделения мягких тканей от ребер, из мышц и окружающей их области левого грудино-ключичного сочленения начала выделяться вязкая желто-зеленая гнойная масса. Межреберные мышцы слева, с первого по третье межреберье, оказались дряблые, тусклые, при надавливании из них выделялся гной. При вскрытии левого плечевого сустава признаков гнойного воспаления не было выявлено. Другие суставы не вскрывались. Структуры нервной системы без особенностей, за исключением отека головного мозга. В просвете трахеи и бронхов — желто-зеленые вязкие массы. Ткань легких плотностластичная, темно-красная во всех долях. На разрезе все доли легких застойно полнокровные, красно-синюшные с множеством серо-красных очагов диаметром 0,2–1 см, сливающихся между собой и формирующих очаги общим диаметром 3,5 см. Из поверхности разреза выделяется пенная темно-красная жидкость. Результаты микроскопии подтвердили присутствие очагово-сливной пневмонии с деструкцией стенок альвеол. В сосудах легких обнаружены бактериальные тромбы (кокковая флора). Миокард на разрезе дряблый, глинистого вида. Полости сердца резко расширены, содержат свертки желтого и красного цвета. Клапаны без изменений, коронарные артерии с атеросклеротическими бляшками, сужающими просвет не более чем на 20%. Печень была массой 3 кг, желто-коричневая, ее поверхность мелкоузловая. Консистенция плотная, на разрезе выявилась желто-коричневая ткань внутри также мелкоузлового строения. Внечепеночные желчные проходы не расширены, внечепеночного холестаза не обнаружено. Поджелудочная железа плотная, на разрезе бледно-розовая с белесоватыми прожилками и очагами жирового перерождения. В печени видны многие ложные дольки, а также широкие фиброзные прослойки. При микроскопическом исследовании обнаружили гепатоциты с крупнокапельной жировой дистрофией. В сосудах печени были выявлены колонии кокковой флоры. И самое важное при этом вскрытии. Правая почка массой 110 г без особенностей. Левая почка массой 125 г, в ее верхнем полюсе обнаружена гнойная многокамерная полость размером 5 см. При ее вскрытии отмечалось активное истечение желтовато-зеленого гноя. Слизистая оболочка лоханок левой почки бледно-серая, тусклая. Конкрементов в чашечно-лоханочной системе и мочеточнике не обнаружено (рис. 3).

— Микроскопическое исследование почки проводилось? — спросил Леонид Печатников.

— Оно показало диффузную инфильтрацию почечной ткани лейкоцитами.

— А как вы считаете, Александр Александрович, — задал вопрос Леонид Печатников, — верно ли было бы назвать карбункулом почки ту гнойную многокамерную полость, о которой вы рассказали?

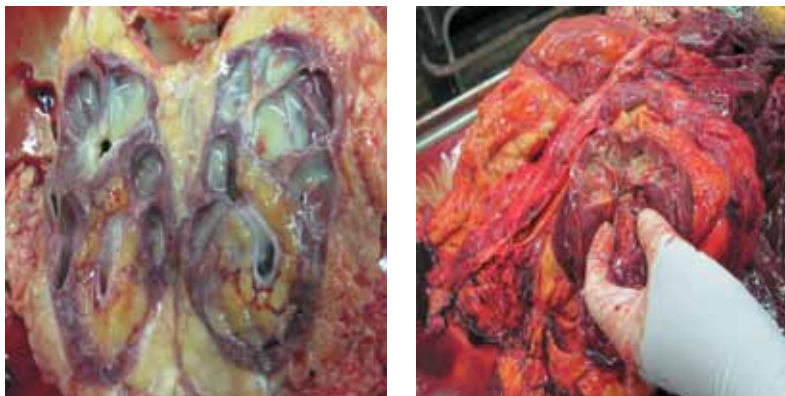
— Да, по сути, это был карбункул почки.

Патологоанатомический диагноз

Комбинированное основное заболевание

Криптогенный сепсис. Септикопиемия (гистобактериоскопически — бактериальные метастазы стафилококковой флоры); флегмона мягких тканей области ключично-грудинного

Рисунок 3. Левая почка на разрезе



сочленения слева, глубоких мышц шеи и межреберных мышц слева (I–III межреберье), карбункул верхнего полюса левой почки, двухсторонняя очаговая сливная деструктивная пневмония.
Фоновое заболевание

Хроническая алкогольная интоксикация: мелкоузловой цирроз печени, дилатационная кардиомиопатия, хронический индуративный панкреатит, атрофия эндокринных органов и слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта.

Осложнения основного заболевания

Острое венозное полнокровие внутренних органов. Симптоматический сахарный диабет, впервые выявленный. Отек легких. Отек головного мозга.

Заключение о причине смерти

Смерть больного Г.А., 57 лет, наступила от криптогенного сепсиса с поражением мягких тканей области грудино-ключичного сочленения, межреберных и глубоких мышц шеи, левой почки и легких, осложненного гнойной интоксикацией.

— А «входных ворот» для этого сепсиса вы не нашли? — уточнил Леонид Печатников.

— Нет, не получилось, — ответил Александр Сердюк.

Выступления рецензентов

Рецензию на патологоанатомическое исследование представил главный внештатный специалист патологоанатом Департамента здравоохранения Москвы Олег Орехов:

— Напомню, сепсис представляет собой тяжелый ациклически протекающий инфекционно-воспалительный процесс. Он характеризуется выраженными системными проявлениями в ответ на присутствие микроорганизмов или их инвазию. Причем заболевание, вызванное грамположительной флорой, протекает по типу септикопиемии. При этом основным морфологическим критерием генерализации инфекции являются метастатические гнойные очаги. Заболевание же, вызванное грамотрицательной флорой, протекает по типу бактериального или эндотоксинового шока. И здесь основными морфологическими критериями генерализации инфекции являются изменения, характерные для шока любой этиологии, а именно развитие ДВС-синдрома (диссеминированное внутрисосудистое свертывание) с некрозами и кровоизлияниями в гипофизарно-надпочечниковой системе, дистрофические изменения паренхиматозных органов, гиперпластические процессы в лимфоидной и кроветворной ткани. Как заметил Олег Орехов, на вскрытии больного в различных органах была обнаружена кокковая флора. Причем, учитывая то, что применялась окраска гематоксилином, который окрашивает только грамположительную флору, были выявлены именно бактерии указанного типа. Инфицирование ими протекает по типу септикопиемии и характеризуется статическими гнойными очагами.

— Таким образом, — подвел итог Олег Орехов, — хотя микробиологического посева проведено не было, нет никакого сомнения в том, что мы имеем дело с сепсисом, развившимся по типу септикопиемии, которую вызвала кокковая флора. Что же касается первичного очага, то, по единому мнению всех пяти патологоанатомов, участвующих в комиссионном разборе результатов вскрытия, этот очаг, скорее всего, находился в левой почке, точнее — в стенке ее лоханки.

— А каким образом мог возникнуть этот очаг? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Больной страдал хроническим обтурационным гнойным пиелонефритом, — пояснил Олег Орехов, — обострение этого заболевания и привело к формированию именно в почке первичного очага сепсиса. Кроме сепсиса, этот же очаг стал причиной пионефроза — гнойно-деструктивного расплавления почки. Указанное заболевание является терминальной стадией гнойно-деструктивного пиелонефрита. Однако ни сепсис, ни пионефроз, ни ряд других патологий у больного клинически диагностированы не были. Причина неправильной оценки клинической картины, по нашему мнению, заключалась в переоценке данных инструментальных методов исследования. Вспомним, например, что УЗИ почек не выявило их тяжелейшее поражение — пионефроз. И, к сожалению, врачи ГКБ № 71 не применили других методов для обследования этих органов.

Патологоанатомический диагноз после комиссионного разбора

Основное заболевание: хронический обтурационный гнойный пиелонефрит в стадии обострения с формированием пионефроза и карбункула левой почки.

Фоновые заболевания

Хроническая алкогольная интоксикация: мелкоузловой цирроз печени, дилатационная кардиомиопатия, хронический индуративный панкреатит, атрофия эндокринных органов и слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта. Сахарный диабет 2-го типа, впервые выявленный.

Осложнения: сепсис, септикопиемия (бактериоскопически — стафилококк?); синдром системного воспалительного ответа, метастатический гнойный артрит левого грудино-ключичного сочленения, флегмона мягких тканей области ключично-грудинного сочленения слева, глубоких мышц шеи и межреберных мышц слева (I–III межреберье), двухсторонняя очаговая сливная пневмония, микробные тромбы легких, печени, миокарда. Синдром полиорганной недостаточности: респираторный дистресс-синдром: гистологические признаки диффузного альвеолярного повреждения, ателектазы легких, шоковые почки: некротический нефроз, очаговые некрозы печени.

Вывод: расхождение по основному заболеванию 2–3 категории; причины — неправильная оценка клинической картины, переоценка и недооценка данных инструментальных методов исследования, в частности УЗИ почек. Не был диагностирован цирроз печени.

Следующим анализ проводимого пациенту лечения представил главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения Москвы Владимир Тюрин:

— Напомню, что заведующий неврологическим отделением ГКБ № 71, разобравшись, что дорсопатия, если и присутствует у данного пациента, то это — отнюдь не основное заболевание, перевел его под предлогом впервые выявленного сахарного диабета в терапевтическое отделение. Здесь при осмотре был поставлен диагноз, кроме диабета, еще и полиартрит неясной этиологии. При этом больной продолжал жаловаться на сильные боли в шее, плечевых, тазобедренных суставах и выраженную слабость. На следующие сутки и был выполнен тот единственный общий анализ крови, который показал, что у пациента имеется выраженный лейкоцитоз и сдвиг влево в нейтрофильном ряду до метамиелоцитов. Это говорит об очень тяжелом воспалительном процессе. Подчеркну, что лимфоцитов было обнаружено всего 3%. Это 420 клеток, на которые приходятся и Т-лимфоциты, и В-лимфоциты. То есть был обнаружен

абсолютный лимфоцитоз. А значит, больному практически нечем было сопротивляться тяжелой инфекции. Считается, что уровень С-реактивного белка больше 198 мг/л — достоверно доказанный признак неблагоприятного исхода заболевания. А у нашего пациента был выявлен показатель С-реактивного белка в 2 раза больше этого критерия! В анализе мочи в тот же день было продемонстрировано наличие лейкоцитов 75 в поле зрения. Однако бактериологический посев мочи, как и крови, так и не был выполнен. По поводу полиартрита был назначен преднизолон, причем без разделения схемы приема в течение суток, а также цефтриаксон. Вместо этого антибиотика следовало бы назначить другой — линезолид, относящийся к классу оксазолидинов, активный в отношении широкого спектра аэробных грамположительных, некоторых грамотрицательных и анаэробных микроорганизмов. На 8-й день больной уже не встает с койки, не может себя обслуживать. А между тем его состояние все еще расценивалось как «средней степени тяжести»! Нам уже пояснили, что из-за сильного ожирения пациента нельзя было выполнить МРТ и КТ-исследования, которые бы помогли быстро найти очаги воспаления. А при УЗИ почек никаких изменений в них не было выявлено из-за пневматоза кишечника. Но, спрашивается, почему нельзя было повернуть больного на бок и провести это исследование со стороны спины? В начале того дня, когда больной умер, дневник его осмотра составляет всего 6 строчек: «состояние средней тяжести, температура утром нормальная, днем — 37,3 °С». Значит, повышение было совсем небольшое. Это естественно последствия назначения преднизолона. И в 20:45 больного находят умершим в кровати. Убежден, что внезапная смерть от септического шока больного оказалась полной неожиданностью для терапевтов ГКБ № 71. Доктора были в глубоком неведении относительно этого заболевания. Потому и поставили в заключении «кардиологический диагноз», который несколько не соответствует истинному диагнозу. Следует констатировать, что в течение всех 11 суток пребывания больного в стационаре была очевидная недооценка его состояния. Не были выполнены посевы крови при наличии выраженного лейкоцитоза со сдвигом формулы влево, а главное — лейкопении и лимфопении, несомненно, отрицательного прогностического признака. Отдельно Владимир Тюрин остановился на назначении больному преднизолона: — Назначать этот препарат в ситуации, когда врач еще не знает, какую болезнь у пациента он лечит, — это грубейшая ошибка. В НИИ ревматологии долгое время заведовала отделом артрологии выдающийся ученый и клиницист профессор Эльза Романовна Агабабова (1929–2005). Она говорила своим ученикам: «квалификация артролога обратно пропорциональна дозе назначаемого преднизолона». Считаю, что использование этого препарата значительно затруднило постановку диагноза у этого пациента, а в итоге сократило его жизнь.

Еще одно обстоятельство, которое способствовало быстрому развитию сепсиса у пациента, по мнению специалиста, — сахарный диабет, заболевание, значительно усиливающее развитие нагноительных процессов, в том числе и в почках. Алкоголизм — вторая причина, которая ведет к генерализации инфекции. Инфекционным эндокардитом, по данным некоторых авторов, болеют до 27% лиц, злоупотребляющих алкоголем.

— Эти два заболевания могли ухудшить состояние больного и привести к развитию тяжелого сепсиса и летальному исходу, — подытожил Владимир Тюрин.

Свои замечания высказала и заведующая организационно-методическим отделом Департамента здравоохранения Москвы Лариса Дорофеева:

— Я позволю себе, уважаемые коллеги, остановиться на важных обстоятельствах, которые пока не были озвучены. Пациент, приезжий из Липецкой области, работал вахтенным методом на бетонном заводе. Там же, видимо, он и жил. Я уверена, что именно с такой работой и образом жизни были связаны грубые нарушения режима питания и воздействия целого «букета» профессиональных вредностей. Среди них постоянные переохлаждения, поскольку пациент трудился под открытым небом. Они и могли привести к пиелонефриту. Данный больной имел в анамнезе много факторов риска пиелонефрита, сахарного диабета 2-го типа, ожирения, артериальной гипертензии.

По мнению специалиста, сразу же при поступлении в ГКБ № 71 больному было назначено грамотное и адекватное лечение сахарного диабета — короткий инсулин, дробно, под контролем уровня гликемии по 4 единицы подкожно. Смерть больного наступила от криптогенного сепсиса, сопровождавшегося явлениями нарастающей интоксикации. Сахарный диабет оказался фоновым заболеванием, и он не послужил непосредственной причиной летального исхода. Дефектов в оказании специализированной медицинской помощи больному в плане лечения сахарного диабета 2-го типа в ГКБ № 71 не было выявлено.

Главный внештатный специалист анестезиолог-реаниматолог Департамента здравоохранения Москвы Денис Проценко представил свое заключение о качестве оказания анестезиолого-реанимационной помощи пациенту в ГКБ № 71. По его мнению, в 20-часовой период нахождения пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии врачами не было выявлено убедительных данных в пользу синдрома системно-воспалительной реакции септического или любого другого генеза. Существенных ошибок в оказании медицинской помощи при нахождении пациента в этом отделении допущено не было.

— Вадим Эрикович, — обратился Леонид Печатников к главному внештатному специалисту травматологу-ортопеду департамента, — как мы слышали, при патологоанатомическом обследовании был вскрыт один сустав. Он был полон гноя. Я думаю, что и в других суставах были не менее серьезные поражения. Но остановимся на том, который был обследован. Что бы вы могли нам сказать?

— Гнойный артрит грудино-ключичного сочленения, — сообщил Вадим Дубров, — это весьма редкая патология. Она встречается в 1% всех гнойных артритов, почти никогда не бывает самостоятельным и первичным заболеванием. Эта болезнь — практически всегда результат развития либо ревматоидного артрита, либо сепсиса, либо инфицированных зон подключичного катетера. Факторы риска гнойного артрита грудино-ключичного сочленения: алкоголизм, ВИЧ, почечная недостаточность, внутривенное злоупотребление наркотиками, сахарный диабет. Как рассказал дальше Вадим Дубров, основной симптом этой патологии — боль. Причем не только в зоне грудино-ключичного сочленения, но и в области обеих верхних конечностей. Лихорадка, озноб, ночная потливость возникают реже.

— Грудино-ключичное сочленение — небольшой сустав, и появление в нем даже небольшого количества гноя вызывает сильнейший болевой синдром, который иногда может быть купирован только наркотиками, — пояснил Вадим Дубров. — Патогенез гнойного артрита грудино-ключичного сочленения — это гематогенный путь и редко инфекция после катетеризации подключичной вены. Нередко диагноз ставится уже после возникновения гнойных осложнений. И он очень затруднен у больных, у которых нет предрасположенности к развитию данного заболевания.

Специалист подчеркнул, что лечение этой болезни консервативное, на ранней фазе возможно при помощи антибиотиков. Но если диагноз даже немного запоздал, то необходимо оперативное лечение с широким раскрытием зоны артрита и дренированием мягких тканей, расположенных рядом с суставом.

— В 2011 году были опубликованы алгоритмы лечебно-диагностических мероприятий при гнойном артрите грудино-ключичного сочленения, — напомнил специалист. — Но, к сожалению, в истории болезни обращает на себя внимание, что никаких сколько-то логичных и целенаправленных обследований, которые позволили бы уточнить диагноз у пациента, проведено не было.

Далее он разобрал действия медиков в течение всего хода лечения:

— Уже в день поступления больного в ГКБ № 71 была обнаружена болезненность паравerteбральных зон шейно-грудного отдела позвоночника, но затем с 6 по 12 января никаких новых записей о пальпации грудной клетки в истории болезни нет. Больному была произведена обзорная рентгенография грудной клетки, биохимические исследования крови, но без оценки уровня С-реактивного белка. А также клинический анализ крови, но без подробного

исследования лейкоцитарной формулы. И только 12 января появилась запись о резкой болезненности в области грудино-ключичного сочленения, межреберных промежутков слева, шейном отделе позвоночника, а также о том, что движения в указанных зонах были ограничены из-за болевого синдрома. Пациента перевели в отделение терапии, но, обратите внимание, неврологи так и не определили перед этим причину резкой болезненности при пальпации! Убежден, что еще в неврологическом отделении можно было выполнить УЗИ, МРТ, но никаких записей об этом в истории болезни мы не находим.

Вадим Дубров обратил внимание также на то, что 13 января при исследовании крови были обнаружены палочкоядерный сдвиг до 22%, повышенный уровень С-реактивного белка, СОЭ — 73 мм/ч, лейкоцитурия и другие признаки сильнеешего гнойно-септического воспаления. Однако оценки этим фактам дано не было, и какой-либо активизации лечебно-диагностического процесса не наступило. Лишь при обходе заместителя главного врача ГKB № 71 после того, как он сделал запись, что «дыхание везикулярное, хрипов нет», больному были рекомендованы исследование уровня прокальцитонина и рентгенография суставов. Но ни в этот, ни на следующий день исследования выполнены не были. По его мнению, результаты патологоанатомического исследования позволяют достоверно установить, что первичным очагом гнойной инфекции являлась почка. Однако это исследование не может ответить на вопрос: оказалось ли в данном случае развитие флегмоны мягких тканей мышц шеи и I–III межреберных промежутков вторичным по отношению к гнойному артриту?

Как сообщил Вадим Дубров, сопоставление материалов истории болезни, протоколов вскрытия и современных литературных данных демонстрирует несоответствие ряда записей в истории болезни реальному состоянию больного. Например, патологоанатомическая характеристика легких отрицает возможность везикулярного дыхания без хрипов. Патологоанатомическое обнаружение карбункула почки с такими крупными размерами делает сомнительным приведенный в истории болезни близкий к норме результат ультразвукового исследования почек. Непонятно и отсутствие назначений рентгеновского и ультразвукового исследования грудной клетки и шеи у пациента с болезненной пальпацией этих зон.

— Это исследование, — заметил Вадим Дубров, — можно было выполнить и в палате. Для этого достаточно исследовать переднюю грудную стенку.

По его мнению, поздние клинические исследования крови, так и не проведенный прокальцитониновый тест, широко используемый для диагностики генерализованных бактериальных и грибковых инфекций, — очевидные недостатки и упущенные возможности в борьбе за жизнь этого больного.

— Наконец, гнойное пропитывание мышц порождает развитие не симптома Нери, который был упомянут в истории болезни, а почти классической клинической картины выраженного болевого синдрома с неподвижностью шеи, верхних конечностей, описанного В.Ф. Войно-Ясенецким в «Очерках гнойной хирургии», — продолжил докладчик. — Снижение уровня гемоглобина и числа эритроцитов является вовсе не признаком макроцитарной анемии, а одним из элементов симптомокомплекса сепсиса. В него входят также апластическая анемия наряду с палочкоядерным сдвигом, чрезвычайно высоким уровнем С-реактивного белка. Одним словом, обнаруженные уже при поступлении пациента в ГKB № 71 признаки гнойно-воспалительного поражения грудино-ключичного сочленения, мягких тканей шеи не были должным образом интерпретированы. Обследование и лечение пациента на основании поставленного ему ошибочного диагноза — «атеросклеротическая болезнь сердца и дорсопатия шейного отдела позвоночника» — было проведено недостаточно обоснованно и своевременно, не в полном объеме. И наличие выраженного болевого синдрома, ожирение больного, невозможность его самообслуживания не могут быть поводом к неполноценному обследованию пациента. А обнаружение столь значительного расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов требует проведения более подробного патологоанатомического исследования, в том числе и с бактериологическим анализом.



**В ОТЛИЧИЕ ОТ ПРЕДЫДУЩИХ РЕЦЕНЗЕНТОВ,
Я СЧИТАЮ, ЧТО ТЕ ПРИЗНАКИ СИСТЕМНО-
ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ, КОТОРЫЕ
ДОЛЖНЫ ПРЕДШЕСТВОВАТЬ СЕПСИСУ,
У ЭТОГО ПАЦИЕНТА В ПЕРВЫЕ ДНИ ЕГО
ПРЕБЫВАНИЯ В БОЛЬНИЦЕ ОТСУТСТВОВАЛИ.**

Андрей ЗАЙЦЕВ

По просьбе Леонида Печатникова оценить состояние почек у больного согласился профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Андрей Зайцев:

— Вместе с профессором Дмитрием Пушкарем мы должны были ответить на вопрос, криптогенный ли это был сепсис с поражением паренхиматозных органов с образованием множественных гнойников, причина которого не выявлена, или больной страдал уросепсисом, источником которого явилась почка. Напомню, что так называемый уросепсис — это 25% всех случаев сепсиса. Частота развития этой патологии между 2005-м и 2009 годом неуклонно увеличивалась. Уросепсис развивается на фоне осложненной инфекции мочевых путей с вовлечением прежде всего паренхиматозных органов. Тяжесть протекания этой болезни зависит от состояния иммунной системы и ее ответной реакции. Тяжелый сепсис или септический шок наступает в 10–30% случаев уросепсиса. Летальность достигает 30–40%. Лечение включает

раннюю диагностику и антибиотикотерапию, устранение осложняющих факторов со стороны мочевой системы. Время от момента поступления до начала терапии является критическим показателем. Чем оно короче, тем успешнее лечение. Этот аспект должен обязательно учитываться в организационном процессе урологами, радиологами, реаниматологами. Тактика антибактериальной терапии определяется совместно с микробиологами и клиническими фармакологами. В самых последних рекомендациях по лечению уросепсиса названы антибиотики цефтолозан, цефтазидим, финафлоксацин, новые аминогликозиды, эравациклин, моносультфам. Андрей Зайцев обратил внимание собравшихся на то, что у пациента был обнаружен такой признак системной воспалительной реакции, как повышение температура более 38 градусов, но это была однократная вспышка. Не было тахикардии, одышки. Количество лейкоцитов крови в начале лечения пациента в больнице было близко к норме, и только

к 13 января этот показатель значительно вырос.

— В отличие от предыдущих рецензентов я считаю, что те признаки системно-воспалительной реакции, которые должны предшествовать сепсису, у этого пациента в первые дни его пребывания в больнице отсутствовали, — подытожил профессор. — Читаем далее в истории болезни, что во все дни обследований пальпация поясничной области была безболезненной, симптом поколачивания неизменно оказывался отрицательным. И в анализе мочи не было выявлено нитритов, что указывает на отсутствие мочевой инфекции. Вы спросите меня, откуда же тогда появились лейкоциты в моче, и не единичные, а 75 в поле зрения? Но ведь больной получал преднизолон. А мы знаем, что существует так называемый преднизолоновый тест при диагностике хронического пиелонефрита. Согласно этой пробе при применении данного препарата содержание лейкоцитов в моче должно увеличиваться. УЗИ выявило диффузное изменение печени, поджелудочной железы, почек, да и увеличение размеров почек, однако без расширения части их лоханочной системы. К сожалению, более детального исследования проведено не было. И специально обращаю ваше внимание на то, что даже 15 января, всего за два дня до летального исхода, не только симптом поколачивания поясничной области был отрицательный с обеих сторон, но и не было дизурических явлений.

— Так что же все-таки происходило в почках? — спросил Леонид Печатников.

— То, что мы видим в почках по результатам вскрытия, — ответил Андрей Зайцев, — нельзя назвать карбункулом. Карбункул — это локальное утолщение паренхимы почки, возникающее в результате бактериального тромбоза локального участка почки. Карбункул превращается в абсцесс обычно спустя неделю, по мере того, как эта полость заполняется гноем. Мы же увидели то, что многие чашечки содержат гнойные массы, но их наполнение произошло в результате

хронического процесса, который, безусловно, начался еще до поступления данного пациента в стационар и, полагаю, задолго до госпитализации. В пользу этого предположения указывает, в частности, истончение паренхимы почки как признак такого длительного процесса, каким является пиелонефрит. Нефрологи хорошо знают, что некоторые пациенты живут и даже ходят на работу с таким пиелонефритом месяцами. У них еще нет уросепсиса, и они поступают в плановом порядке в больницу для выполнения нефрэктомии. Согласно представленным нам макропрепаратам нельзя исключить и туберкулез почки. Наконец, отмечу, что сочетание уросепсиса с тяжелыми гнойными поражениями суставов встречаются крайне редко. В литературных источниках я нашел всего 8 таких упоминаний. Считаю, что на момент поступления в больницу у пациента уросепсиса не было.

В свою очередь главный врач ГКБ № 71 Александр Мясников признал, что его подчиненные при оказании помощи больному допустили серьезные ошибки. Однако согласился с предыдущим докладчиком в том, что при протекании заболевания у пациента не было выраженного системно-воспалительного ответа, что по крайней мере отчасти оправдывает медиков, не сумевших диагностировать сепсис.

— А теперь я хотел бы предложить гипотезу, которая, может быть, ответит на вопросы, которые остались для нас неясными по итогам сегодняшнего обсуждения, — продолжил Александр Мясников. — Я буду говорить о внелегочном туберкулезе.

Как сообщил главврач, фтизиатры США в 20% случаев активного туберкулеза встречаются с процессом внелегочной локализации, то есть наблюдается поражение каких-то других органов при сохраненных легких. И пятая часть случаев туберкулеза внелегочной локализации диагностируется лишь на аутопсии. Факторами риска для этого заболевания являются злоупотребление алкоголем, ВИЧ, злокачественные новообразования, хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет, лечение кортикостероидными препаратами. 10–35% туберкулеза данной разновидности приходится на костно-мышечную систему. Туберкулезное поражение почек, включая абсцесс в них, — вторая по частоте локализация внелегочного туберкулеза. При туберкулезном поражении костно-мышечной системы развивается патология, называемая туберкулезным остеомиелитом. Кроме позвонков он может поражать любую кость, включая грудину, ребра, череп и фаланги пальцев. Начало болезни обычно постепенное. Туберкулезный остеомиелит часто протекает с вовлечением прилегающих мышц по типу «холодного абсцесса». Из симптомов присутствует боль и умеренный отек, но практически без локального покраснения и «горячих участков». Может наблюдаться спонтанное дренирование. Существуют и еще 2 типа туберкулезных поражений костно-мышечной системы. При инфекционном туберкулезном артрите чаще всего поражен только 1 сустав, и лишь в 15% случаев наблюдается полиартрит. Воспалительный симметричный полиартрит означает, что в патологический процесс, видимо, иммунной этиологии, вовлечены несколько крупных суставов. Деструкции их нет, однако функции теряются по причине сильнейших болей и отека.

— И вот что очень важно, — заметил Александр Мясников, — при туберкулезном артрите, сустав, как правило, «холодный». Эритема и потепление сустава отсутствуют. Вспомним, что именно так проявлялись суставные поражения и у нашего пациента. Что же касается мочевыделительной системы, то при ее туберкулезном поражении отмечается широкий спектр патологических процессов. В том числе поражения чашечно-лоханочного аппарата, гидронефроз, формирование абсцесса верхнего полюса почек. В таких ситуациях часто присутствует асептическая пиурия и протеинурия, но при отсутствии бактериурии. Зато конституциональные симптомы, а именно лихорадка и потеря веса, встречаются только у 30% больных. И во всех случаях внелегочного туберкулеза при посеве гнойного содержимого имеет место полибактериальная флора. Нормоцитарная анемия присутствует у 50% таких больных, тогда как лейкоцитоз обычно отсутствует. Изредка встречается макроцитоз, тромбоцитоз или тромбоцитопения. Зато очень часто наблюдается сочетание нормоцитарной анемии и лейкоцитоза со сдвигом влево при отсутствии явной бактериальной инфекции. Согласно литературным данным, подобные

лабораторные показатели считаются весьма серьезным основанием для того, чтобы заподозрить внелегочный туберкулез. Исходя из вышеизложенного, я допускаю, что пациент страдал внелегочным туберкулезом, где поражение затрагивало и костно-мышечную систему, и почки. Однако Леонид Печатников не согласился с возможностью такой интерпретации:

— Сначала вспомним, что такое туберкулезные артриты. Обычно они становятся проявлениями инфекционно-аллергической реакции на туберкулез, причем самой палочки Коха в суставах, как правило, нет. И по своим клиническим признакам это чаще всего все-таки «летучие артриты». Но совсем не те поражения суставов с сильнейшим и стойким болевым синдромом, которые наблюдались у нашего пациента.

Опроверг Леонид Печатников и другие аргументы в пользу туберкулезного поражения почек и суставов, предложенные Александром Мясниковым.

— Так отчего же умер больной? — поставил вопрос Леонид Печатников, — К сожалению, от синдрома рождественских каникул. Вот эта болезнь, по-видимому, и стала главной. Потому



**ТАК ОТЧЕГО ЖЕ УМЕР БОЛЬНОЙ?
К СОЖАЛЕНИЮ, ОТ СИНДРОМА
РОЖДЕСТВЕНСКИХ КАНИКУЛ. ВОТ ЭТА
БОЛЕЗНЬ, ПО-ВИДИМОМУ, И СТАЛА ГЛАВНОЙ.**

Леонид ПЕЧАТНИКОВ

я и решил провести нашу конференцию именно сейчас, в преддверии майских праздников. Когда они наступят, многие врачи воспользуются ими для того, чтобы отдохнуть две полные недели, прибавив к праздничным выходным еще и дни отпуска. Так вот, в это время ни в одной из московских больниц не должно повториться то, что случилось с пациентом, об истории болезни которого мы с вами сегодня говорили! Он поступил в ГКБ № 71 6 января, перед рождественской ночью. Был сделан малоинформативный скрининговый анализ крови, где не оценивались ни РОЭ, ни уровень С-реактивного белка. А следующий анализ, который позволял предположить, что у больного есть выраженная системно-воспалительная реакция, ему сделали только через неделю, в течение которой его качественно не обследовали, да и не лечили. Но значит ли это, что больной погиб из-за недостаточного внимания к нему со стороны врачей в эту рождественскую неделю? Думаю, когда пациент поступил в больницу, это был уже некурабельный пациент, у которого, судя по тому, что показало вскрытие, сепсис начался как минимум за неделю до госпитализации. И, по-моему, он не только работал и жил на бетонном заводе, но там же его и лечили какие-нибудь сердобольные женщины, которые давали ему, конечно, антипиретики, противовоспалительные и обезболивающие препараты из тех, что каждый день рекламируют в ТВ-программах. Поэтому ни лихорадки, ни других проявлений тяжелейшего воспалительного процесса бригада СМП у больного не обнаружила. Словом, клиническая картина здесь была «смазана» сильнейшим образом. Тем не менее анализ крови, даже такой беглый, который был проведен, выявил выраженную анемию, которая была одним из проявлений септического процесса. Почему же на нее не обратили внимание? Ответ на этот вопрос я уже дал. Беда в том, что больной был доставлен в больницу во время «развития каникулярного синдрома». Когда не работают лаборатории, которые на самом деле должны работать. И когда в больницах остаются молодые и чаще всего малоопытные врачи, тогда как их коллеги со стажем проводят праздники дома. Присутствием на дежурстве малоопытных врачей, скорее всего, объясняется и то, что пациенту был назначен преднизолон в высоких дозах. Конечно же, это было явной ошибкой, как и многое другое в лечении этого пациента. Обращаюсь ко всем присутствующим здесь главным врачам с напоминанием: скоро наступят майские праздничные каникулы, многие из вас уйдут в отпуск, и, конечно, будут другие праздники в году. А по «законам бутерброда», который нам хорошо известен, самые трудные, тяжелые, неясные больные поступают как раз в пятницу вечером или в праздники. Поэтому ваша обязанность — организовать работу так, чтобы в праздничные дни в больницах работали лаборатории, чтобы дежурил как минимум один опытный врач на весь коллектив молодых ординаторов и интернов. И пусть наиболее сложных больных консультирует именно этот специалист.

УВОЛЬНЕНИЕ ПО СТАТЬЕ ВОЗМОЖНО И РЕАЛЬНО

Статья 81 Трудового кодекса Российской Федерации дает исчерпывающий перечень причин, по которым работодатель может уволить работника. Так, например, в п. 4 ст. 81 ТК РФ закреплено, что руководителя, его заместителей и главного бухгалтера можно уволить при смене собственника организации.



Татьяна КУРНОСОВА,
директор по правовым
и кадровым
вопросам GEMC

Чаще всего в практике встречаются следующие основания увольнения работника по инициативе работодателя.

1. Увольнение согласно п. 3 ст. 81 Трудового кодекса «Несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации».
2. Увольнение согласно п. 5 ст. 81 ТК РФ «Неоднократного неисполнения работником без уважительных причин трудовых обязанностей, если он имеет дисциплинарное взыскание».
3. Увольнение согласно п. 6 ст. 81 ТК РФ «Однократное грубое нарушение работником трудовых обязанностей».
4. Увольнение согласно пп. Г п. 6 ст. 81 ТК РФ «Совершения по месту работы хищения (в том числе мелкого) чужого имущества, растраты, умышленного его уничтожения или повреждения, установленных вступившим в законную силу приговором суда или постановлением суда, органа, должностного лица, уполномоченных

рассматривать дела об административных правонарушениях».

5. Увольнение согласно п. 7 ст. 81 ТК РФ «Совершения виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности, если эти действия дают основание для утраты доверия к нему со стороны работодателя».

Остановимся на последнем. Итак, уволить за недоверие можно сотрудника, как работающего в сфере частного бизнеса, так и в сфере государственной службы. Однако прекратить трудовые отношения с сотрудником принудительно по указанной статье можно лишь в том случае, когда он совершил виновные действия. И это правило распространяется не на всех сотрудников, а лишь на тех, кто обслуживает материальные ценности, в частности деньги, или имеет полную материальную ответственность. Материальная ответственность работника должна быть закреплена за ним и трудовым договором, и должностной инструкцией, относящейся именно к этой профессии. Судебная практика в случае применения данной статьи категорично устанавливает, что при увольнении за виновные действия вина сотрудника должна быть доказана работодателем, у которого он провинился.

Решение суда

Рассмотрим судебный прецедент, касающийся увольнения работника по статье п. 7 ст. 81 ТК РФ «Совершения виновных

действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности, если эти действия дают основание для утраты доверия к нему со стороны работодателя». Представленный случай не имеет непосредственного отношения к медицине, но наглядно показывает механизм проведения разбирательств относительно работников обличенных материальной ответственностью перед организацией.

В 2009 году в Пресненском районном суде г. Москвы рассматривалось гражданское дело г-ки С. к юридическому лицу — компании-работодателю о признании увольнения незаконным, восстановлении на работу в должности кассира и взыскании среднего заработка за время вынужденного прогула в размере 200 102,21 рубля.

Г-ка С. обратилась в суд, обосновывая свои требования тем, что с 30 апреля 2007 года она работала, в должности кассира в компании, но 23 марта 2009 года приказом генерального директора была уволена с должности на основании п. 7 ст. 81 ТК РФ за совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности, если эти действия дают основание для утраты доверия к нему со стороны работодателя. Г-ка С. считала свое увольнение незаконным. Компания-работодатель иск не признавала. Из материалов дела Пресненский районный суд г. Москвы установил, что г-ка С. в соответствии с приказом № 075/4-п от 30.04.2007 г. была принята на работу с 30.04.2007 г. на должность кассира, с ней был заключен трудовой договор, а также договор о полной индивидуальной материальной ответственности. За период работы г-ка С. неоднократно нарушала кассовую дисциплину, в связи с чем ей было объявлено замечание, а также выговор в устной форме. Процедура вынесения дисциплинарного взыскания была соблюдена компанией-работодателем. 11.02.2009 г. г-ка С. не пробила по кассе 6954,00 рубля и не выдала чек клиенту компании: о данном факте своевременно не сообщила, в связи с чем, приказом генерального директора была уволена на основании п. 7 ст. 81 ТК РФ. Аргументируя свою позицию, представитель компании основывался также на действующих в компании внутренних локальных актах, инструктажах, законодательстве Российской Федерации. Представитель подчеркивал, что согласно п. 3.2.9. трудового договора г-ка С. обязывалась руководствоваться в своей работе действующим законодательством Российской Федерации, а

также нормативными актами работодателя, как то: правила внутреннего трудового распорядка, правила и инструкции по технике безопасности и охране труда, должностная инструкция работника и другие действующие политики и процедуры работодателя. Согласно приказу генерального директора компании все сотрудники при приеме на работу ознакамливаются с внутренними локальными документами под роспись, а также проходят вводный инструктаж по охране труда и инструктаж на рабочем месте. Г-ка С. прошла вводный инструктаж и была ознакомлена со всеми локаль-

ными документами компании-работодателя под роспись. Также в компании действовало Положение о кассовой дисциплине, утвержденное соответствующим приказом, в п. 4 которого говорилось, что при приеме наличных действующих средств, а также при расчетах с использованием платежных карт обязательно применяются контрольно-кассовые аппараты. Это же правило подтверждается ст. 2 ФЗ «О применении

контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием платежных карт» от 22.05.2003 № 54. Принимая во внимание материалы дела, а также то, что г-ка С. неоднократно ранее совершала дисциплинарные проступки, процедура увольнения была соблюдена согласно положениям ТК РФ, Пресненский районный суд вынес решение о признании увольнения законным и отказе в иске в полном объеме.

Вывод

Таким образом, исходя из существующих требований трудового законодательства и судебной практики, для увольнения сотрудника согласно п. 7 ст. 81 ТК РФ «Совершения виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности, если эти действия дают основание для утраты доверия к нему со стороны работодателя», работодателю необходимо:

1. Исполнить обязательство по установлению виновных действий при обслуживании материальных, товарных, денежных ценностей.

Работодатель вправе самостоятельно квалифицировать действия работников, но, исходя из судебной практики, к таким действиям можно отнести следующие:

■ хищения, утраты, уничтожение товарно-материальных ценностей или денежных средств, вверенных работнику, даже если по данному основанию не проводилось



УВОЛИТЬ ЗА НЕДОВЕРИЕ МОЖНО СОТРУДНИКА, КАК РАБОТАЮЩЕГО В СФЕРЕ ЧАСТНОГО БИЗНЕСА, ТАК И В СФЕРЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ. ОДНАКО ПРЕКРАТИТЬ ТРУДОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ С СОТРУДНИКОМ ПРИНУДИТЕЛЬНО ПО УКАЗАННОЙ СТАТЬЕ МОЖНО ЛИШЬ В ТОМ СЛУЧАЕ, КОГДА ОН СОВЕРШИЛ ВИНОВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ.

расследование правоохранительными органами и не было вынесено решение суда;

- нарушение кассовой дисциплины;
- продажа товаров по цене выше или ниже установленной;
- фиктивное списание товаров и ценностей;
- мошеннические действия;
- нарушение локальных нормативных актов, содержащих порядок выдачи товарных и денежных ценностей.

2. Исполнить обязательство по приведению доказательств фактов существования вины именно конкретного сотрудника в данном правонарушении или халатности, которая привела к значительным убыткам для компании.

Доказательствами, или подтверждением вины, служат документальные материалы, в частности, докладные записки, акты проведения инвентаризации в компании, акты служебных проверок или проверок со стороны государственных органов. В случае выявления недостачи также нужно составить акт в присутствии нескольких уполномоченных предприятием лиц. При выявлении нарушения в осуществлении трудовых функций, которые могли повлечь или повлекли убытки, нужно обязательно истребовать от работника письменное объяснение. Если он отказался их давать — необходимо составить об этом соответствующий акт.

Действия работодателя

Чтобы правильно уволить по статье за недоверие, необходимо:

- создать комиссию по служебному расследованию в компании. Как правило, в состав комиссии должны входить главный бухгалтер, руководитель организации, сотрудник кадровой службы, лицо, работающее в отделе, где было совершено деяние, его непосредственный руководитель;
- обратить внимание на тот факт, что в статье 81 п. 7 и п. 7.1 разрешают применять такое дисциплинарное взыскание, как увольнение за недоверие лишь к тем сотрудникам, которые имеют утвержденные функциональные обязанности;
- хранение материальных ценностей;
- прием и транспортировка материальных и товарных ценностей;
- обслуживание материальных или товарных ценностей;
- выяснить, кто виновен в недостаче или в иных неправомерных деяниях, чем подтверждается вина подозреваемого

(акты, докладные записки, совершены ли проступок на участке, за который отвечает сотрудник, доверие к которому утрачено);

- оформить протокол, акт инвентаризации, другой документ, где будет подтвержден факт причастности к проступку именно данного специалиста;

- издать приказ о применении к нему дисциплинарного взыскания, предусмотренного Трудовым кодексом РФ, — прекращение трудового договора в связи с утратой доверия.

При вынесении дисциплинарного взыскания необходимо обратить внимание на то, что согласно статье 192 ТК РФ дисциплинарный проступок — неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных

на него трудовых обязанностей. Дисциплинарное взыскание допускается только в виде: замечания; выговора; увольнения по соответствующим основаниям. Однако взыскание должно соответствовать тяжести проступка. Наложить дисциплинарное взыскание в виде увольнения на работника за мелкий проступок нельзя. Перед применением дисциплинарного взыскания согласно ст. 193 ТК РФ работодатель должен за-

требовать у работника письменное объяснение. Если по истечении двух рабочих дней указанное объяснение работником не предоставлено, составляется соответствующий акт. Дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени: болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников. Таким образом, дисциплинарное взыскание могут наложить в течение месяца после обнаружения проступка. Дисциплинарное взыскание оформляется приказом (распоряжением). Работник должен быть с ним ознакомлен под роспись в течение трех рабочих дней со дня его издания, не считая времени отсутствия работника на работе. Если же работник отказывается ознакомиться с указанным приказом (распоряжением) под роспись, то составляется соответствующий акт. Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственную инспекцию труда и (или) органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров. Иными словами, при соблюдении всех необходимых формальностей увольнение по статье работника возможно и реально. Однако следует помнить, что работник, уволенный по статье, может обратиться за защитой своих прав в Государственную инспекцию по охране труда или в суд.



ПРИ СОБЛЮДЕНИИ ВСЕХ НЕОБХОДИМЫХ ФОРМАЛЬНОСТЕЙ УВОЛЬНЕНИЕ ПО СТАТЬЕ РАБОТНИКА ВОЗМОЖНО И РЕАЛЬНО. ОДНАКО СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ, ЧТО РАБОТНИК, УВОЛЕННЫЙ ПО СТАТЬЕ, МОЖЕТ ОБРАТИТЬСЯ ЗА ЗАЩИТОЙ СВОИХ ПРАВ В ГОСУДАРСТВЕННУЮ ИНСПЕКЦИЮ ПО ОХРАНЕ ТРУДА ИЛИ В СУД.

НЕОБХОДИМАЯ ПРОЦЕДУРА

РЕГИСТРАЦИЯ РЕБЕНКА, РОЖДЕННОГО ДОМА: СВИДЕТЕЛИ ИЛИ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ?

Выбор места и условий проведения родов является достаточно важным моментом для любой женщины, ожидающей рождения ребенка. Некоторые делают выбор в пользу квалифицированных специалистов и планируют роды в стенах медицинского учреждения под присмотром врачей, другие же решаются прибегнуть к такому альтернативному виду родов, как «домашние роды», которые с каждым годом набирают все большую популярность среди населения, в том числе и жителей мегаполисов. Как в этом случае правильно зарегистрировать рождение?

Алина ДМИТРИЕВА, юрисконсульт ЗАО «Семейный юрист»

Достаточно свидетеля?

Беременность представляет собой естественный биологический процесс, результатом которого является появление на свет человека. Если же рассматривать понятия беременности и родов в юридической плоскости, результатом этих процессов является появление на свет прежде всего нового гражданина, которому в силу п. 2 ст. 17 Конституции РФ от рождения принадлежат основные права и свободы человека и которого следует официально зарегистрировать в соответствующих государственных органах. Это, на первый взгляд, бюрократическая, но в то же время необходимая процедура, которая способствует не только признанию государством гражданина, но и наделяет его правовым статусом (т.е. комплексом прав и обязанностей). Государственная регистрация актов гражданского состояния, в т.ч. и рождения, устанавливается в целях охраны имущественных и личных неимущественных прав граждан, а также в интересах государства, и осуществляется органами записи актов гражданского состояния (загс), которые вносят соответствующую запись акта о рождении и выдают родителям свидетельство о рождении.

В случае, когда женщина рожала в стенах медицинской организации или же в присутствии врача, все предельно ясно: основанием для государственной регистрации рождения будет

являться медицинская справка о рождении, выданная соответствующей медицинской организацией (абз. 1 и абз. 2 п. 1 ст. 14 № 143-ФЗ от 15.11.1997 г. «Об актах гражданского состояния»). Процедура же регистрации рождения ребенка, появившегося на свет вне медицинского учреждения, выглядит иначе и порождает множество вопросов у квалифицированных юристов. Ответы на эти вопросы, казалось бы, урегулированы на законодательном уровне. Так, согласно абз. 2 и абз. 3 п. 1 ст. 14 № 143-ФЗ и п. 21 «Административного регламента предоставления государственной услуги по государственной регистрации актов гражданского состояния органами, осуществляющими государственную регистрацию актов гражданского состояния на территории РФ» от 29.11.2011 г. № 412, основаниями для государственной регистрации рождения при родах вне медицинской организации будет являться документ установленной формы о рождении, выданный индивидуальным предпринимателем (частнопрактикующим врачом), осуществляющим медицинскую деятельность, а при родах без оказания медицинской помощи — заявление лица, присутствовавшего во время родов, о рождении ребенка. Заявление о рождении может быть сделано устно или в письменной форме работнику органа загс. На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что для регистрации рождения ребенка, появившегося на

свет вне медицинской организации и без участия медицинских работников, достаточно будет свидетельских показаний лица, присутствовавшего во время родов. Данное положение подтверждается п. 1 ст. 48 СК РФ, согласно которой происхождение ребенка от матери (материнство) устанавливается, помимо всего прочего, на основании свидетельских показаний.

Стимул для злоупотреблений

Однако такой подход в вопросе родов и регистрации рождения детей вызывает вопросы не только с точки зрения соответствия медицинским нормам, поскольку представляется крайне опасным для жизни и здоровья как женщин, так и новорожденных, но и с правовой стороны, поскольку является своего рода стимулом для злоупотреблений, связанных с хищением и куплей-продажей детей, регистрацией несуществующих новорожденных с целью получения государственных выплат. Следует также отметить, что на сегодняшний день существует судебная практика по признанию недействительными свидетельств о рождении и аннулированию актовых записей в связи с регистрацией несуществующих детей и осуществлением на фоне этого мошеннических действий. Так, по сообщению органов загс субъектов Российской Федерации, случаи мошенничества зафиксированы в следующих регионах: Астраханская область, Новосибирская область, Пензенская область, Рязанская область. Так, в Астраханской области в 2012–2013 годах в судебном порядке аннулированы 43 записи акта о рождении, составленные по заявлениям граждан. В названных случаях мошеннические действия были совершены с целью получения денежных средств (государственных выплат), в том числе материнского (семейного) капитала.

Первые попытки исправить сложившуюся ситуацию были сделаны летом 2014 года. Тогда Министерство юстиции РФ предложило законопроект, направленный на борьбу с регистрацией несуществующих детей, а также младенцев, чье происхождение неизвестно. Было предложено внести изменения, закрепив положение о том, что материнство устанавливается органом загс только на основании медицинской справки, при этом исключается положение о показаниях свидетелей. Одновременно с этим, согласно законопроекту, в качестве исключения предлагалось оставить регистрацию новорожденных на основании свидетельских показаний (только письменных) и только для жителей труднодоступных и малонаселенных местностей, в которых отсутствуют родовспомогательные и медицинские организации. Перечень таких населенных пунктов должно устанавливать Правительство РФ.

Данный законопроект вызвал сильнейший резонанс среди населения, поскольку был воспринят как попытка Правительства РФ ограничить права женщин рожать на дому и, как следствие, запрет на регистрацию младенцев в органах загс на основании свидетельских показаний. В Минюсте в ответ на такую реакцию разъяснили, что выступают не за

усложнение процедуры получения свидетельства о рождении, а лишь за исключение пунктов, которыми активно пользуются мошенники.

Однако жесткая общественная критика предлагаемых правок приостановила дальнейшее обсуждение на законодательном уровне указанного законопроекта и по состоянию на сегодняшний день проект ФЗ «О внесении изменений в статью 48 СК РФ и статьи 14 и 16 ФЗ «Об актах гражданского состояния» не внесен в ГД ФС РФ.

Исключить формальный подход

Эта ситуация показывает, что подход в решении данного вопроса не должен носить лишь формальный характер. Статистика количества мошеннических схем в вопросе регистрации детей, рожденных дома, указывает на необходимость разработки четкого механизма регистрации рождения, как с учетом мнения общественности, так и объективных факторов, таких как местность, доступность медицинского обслуживания, медицинские показатели.

В связи с тем, что положительный результат в решении данной проблемы во многом зависит от определения на законодательном уровне документа, подтверждающего происхождение регистрируемого ребенка от матери, что, по сути, является чисто медицинским вопросом, немаловажно, чтобы в законодательный процесс были вовлечены компетентные медицинские специалисты, которые бы смогли дать квалифицированные разъяснения и определить единственно возможный и менее трудоемкий в получении вариант установления происхождения новорожденного от матери (факт родства), а также факт существования ребенка в принципе. Кроме того, с учетом интересов рожениц, изъявивших желание рожать в домашних стенах, рассмотреть возможность использования в качестве альтернативной формы оказания медицинской помощи при родах обслуживание родов квалифицированными акушерками в домашних условиях.

Следует также исключить формальный подход сотрудников органов загс в вопросе регистрации рождения путем введения административной (а в некоторых случаях и уголовной) ответственности за ненадлежащее исполнение своих обязанностей по проверке достоверности предоставляемых гражданами сведений.

Наконец, в четком урегулировании данной процедуры должны быть заинтересованы в первую очередь непосредственно сами родители, поскольку именно государственная регистрация актов гражданского состояния, в том числе рождения, создает правовую основу взаимоотношений новорожденного гражданина с государством. Отсутствие четкой правовой составляющей будет существенно затруднять не только легальные правовые связи детей с государством, но и способствовать разрушению основ гражданского общества, его криминализации.

ОБЪЕДИНЯЯ УСИЛИЯ

СЕКРЕТ УСПЕШНОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ — СОВМЕСТНЫЙ ТРУД СТОМАТОЛОГОВ И ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ

Укомплектованность штата стоматологического центра лишь врачами-стоматологами — явление стандартное и привычное для обывателя. Однако некоторые хирургические вмешательства, проводимые стоматологами, требуют тщательного предоперационного обследования пациента, в том числе врачами других специальностей, которые не представлены в стоматологических клиниках. В данном материале мы хотим остановиться на проблеме дентальной имплантации верхней челюсти, а также поговорить о предоперационном протоколе, который необходимо соблюдать при подготовке таких пациентов.

Филлипп ДАКРЕМОН, имплантолог-ортопед, один из ведущих специалистов в области имплантологии, автор уникального запатентованного метода имплантации — техники «прямой постановки» (immediateloading)

Юлия СЕЛЬСКАЯ, оториноларинголог-хирург, кандидат медицинских наук, врач высшей категории

Александр СЛАВСКИЙ, оториноларинголог-хирург, кандидат медицинских наук, врач высшей категории

Медицинская статистика показывает

По данным иностранной литературы, процент установки имплантатов при полной и частичной адентии верхней челюсти по сравнению с нижней варьируется от 38,7 до 45% (Riccardo Guidi, Alessandro Viscioni, Francesco Dattola, Francesco Carinci. Dental implants inserted in native bone: Cases series analyses. Dental Research Journal, Dec 2012; 9(Suppl 2): S175–S180. Chun-Ri Zhao, In-Ho Cho, Eun-Soo Moon. A retrospective statistical analysis of dental implants. Journal of Korean Academy of Prosthodontics, Jun 2009, 47(3). p. 266–272.). Учитывая, что почти у 43% населения дно верхнечелюстного синуса располагается ниже уровня дна полости носа и, следовательно, высоты альвеолярного

отростка недостаточно для успешной установки имплантатов, операция по аугментации опорных тканей альвеолярного гребня проводится достаточно часто. Большинство практикующих имплантологов сходятся во мнении, что высота альвеолярного отростка менее 4 мм является абсолютным показанием к наращиванию костной ткани, сопровождающемуся поднятием дна полости пазухи (синус-лифтинг). При принятии решения о костной подсадке критичным становится вопрос состояния околоносовых пазух пациента.

Любое хирургическое вмешательство на верхнечелюстной пазухе активизирует клеточные медиаторы воспаления и способствует реактивным воспалительным явлениям. Причем чем больше площадь повреждения, тем больше вероятность того, что будет развиваться послеоперационная воспалительная реакция и, как следствие, возникнет дисфункция работы слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, нарушится мукоцилиарный клиренс. Медицинская статистика показывает, что самое частое послеоперационное осложнение после проведения синус-лифтинга — это воспалительный процесс в области верхнечелюстного синуса. Частота возникновения данного осложнения составляет от 2 до 20% в зависимости от сопутствующих заболеваний и вредных привычек пациента, выбора методики синус-лифтинга и вида костного трансплантата.

Благодаря накопленному клиническому опыту хирургов-стоматологов Европейского стоматологического центра ЕМС был выработан алгоритм действий при подготовке пациентов к проведению синус-лифтинга. Прежде всего каждый пациент, направленный на имплантацию, должен пройти конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ) костей лицевого скелета. Многие стоматологи считают достаточным назначение ортопантограммы, которая до сих пор популярна как предоперационный метод обследования в стоматологических клиниках. Данный метод не лишен недостатков: он не дает полной информации о состоянии верхнечелюстных синусов, поэтому невозможно полностью оценить степень риска возникновения одонтогенного синусита. В процессе ее проведения возникает определенное проекционное искажение объекта по величине или конфигурации, что может привести к ошибкам при интерпретации изображения, а сама пазуха и ее анатомически важные структуры, такие как соустья, не визуализируются в полном объеме. Невыявленными могут остаться такие заболевания, как полипозная дегенерация синуса, кистозные изменения верхнечелюстных пазух, мукоцеле и другие новообразования, которые зачастую протекают бессимптомно в течение многих лет. Учитывая вышеизложенное, становится очевидным, что при денальной имплантации верхней челюсти абсолютно показана не только КЛКТ, но и последующая консультация оториноларинголога.

Клинические признаки

На начальном этапе совместной деятельности имплантологов и оториноларингологов ЕМС все пациенты консультировались у оториноларинголога. В настоящее время в Клинику оториноларингологии направляются только те пациенты, у которых сами стоматологи выявляют те или иные изменения синусов. В сложных случаях проводятся коллегиальные консилиумы по типу клинического разбора.

На чем должен сделать акцент стоматолог? Важным клиническим признаком при интерпретации данных КЛКТ является состояние соустья верхнечелюстного синуса



**БОЛЬШИНСТВО ПРАКТИКУЮЩИХ ИМПЛАНТОЛОГОВ
СХОДЯТСЯ ВО МНЕНИИ, ЧТО ВЫСОТА
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА МЕНЕЕ 4 ММ ЯВЛЯЕТСЯ
АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАРАЩИВАНИЮ
КОСТНОЙ ТКАНИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕМУСЯ
ПОДНЯТИЕМ ДНА ПОЛОСТИ ПАЗУХИ (СИНУС-
ЛИФТИНГ).**

и остеоэпителиального комплекса: особенности строения крючковидного отростка, клеток *aggenasi*, решетчатой буллы, которые могут негативно влиять на вентиляционную функцию пазухи. Другими не менее важными признаками являются утолщение слизистой оболочки пазухи или затемнение синуса, что говорит о наличии в ней патологического процесса.

— Когда к нам приходит пациент, направленный из Стоматологического центра ЕМС, он в обязательном порядке проходит общий осмотр оториноларинголога и эндоскопическое обследование, позволяющее значительно лучше оценить анатомию и состояние полости носа, — говорит руководитель Клиники оториноларингологии Европейского медицинского центра, кандидат медицинских наук Юлия Сельская. — Мы также тщательно изучаем конусно-лучевую томограмму пациента. Если с нашей точки зрения противопоказаний к синус-лифтингу нет, пациент продолжает реабилитацию у стоматологов.

Оториноларингологические противопоказания должны быть обнаружены до операции и, если возможно, исправлены перед началом процедуры синус-лифтинга. Эти противопоказания можно разделить на две большие группы: абсолютные и относительные (Pignataro L., Mantovani M., Torretta S., Felisati G., and Sambataro G.. ENT assessment in the integrated management of candidate for (maxillary) sinus lift. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* Jun 2008; 28(3): 110–119).

К абсолютным противопоказаниям относятся:

- устойчивые и не подлежащие хирургической коррекции анатомически-структурные изменения слизистой оболочки и/или стенок носовой полости, которые могут серьезно препятствовать физиологическому функционированию верхнечелюстных пазух (например, посттравматические и постхирургические рубцы, остаточные явления лучевой терапии);

- воспалительно-инфекционные процессы, в том числе рецидивирующий и хронический синусит, который не может быть устранен из-за врожденного нарушения муко-

цилиарного транспорта (например, муковисцидоз, синдром Картагенера), повышенная чувствительность к аспирину, которая обычно сочетается с наличием полипов в носу и диагностируется как астматическая триада (бронхиальная астма, полипоз носа и непереносимость аспирина) или иммунологические дефекты (например, синдром иммунодефицита, фармакологическое угнетение иммунитета);

- системные аутоиммунные гранулематозные заболевания (например, болезнь Вегенера, саркоидоз);

- доброкачественные и злокачественные новообразования в области носа и околоносовых пазух (например, решетчато-верхнечелюстная фиброма, переходноклеточная папиллома), которые всерьез препятствуют физиологическому функционированию пазух как до, так и после лечения.

Также есть много относительных лор-противопоказаний, которые, однако, не будут препятствовать проведению синус-лифтинга после соответствующего медикаментозного или хирургического лечения:

- анатомически-структурные нарушения дренажных путей верхнечелюстной пазухи (например, искривление перегородки носа, парадоксальное искривление или буллезное увеличение средней носовой раковины, гипертрофия клеток *aggenasi*, наличие клеток Галлера и т.д.);

- воспалительно-инфекционные процессы (например, острый вирусный или бактериальный риносинусит, неинвазивный грибковый риносинусит, рецидивирующий



**САМОЕ ЧАСТОЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИНУС-ЛИФТИНГА — ЭТО
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ОБЛАСТИ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА.**

и хронический риносинусит, спровоцированный вышеуказанными анатомическими нарушениями, аллергический риносинусит, полипоз полости носа и околоносовых пазух);

- инородное тело в околоносовых пазухах;
- оро-антральная фистула;
- доброкачественные и злокачественные новообразования в области носа и околоносовых пазух, нарушающие дренаж, удаление которых восстановит физиологию пазух и не нарушит мукоцилиарный транспорт (например, мукозная киста, холестериновая гранулема, хоанальный полип).

Методики лечения

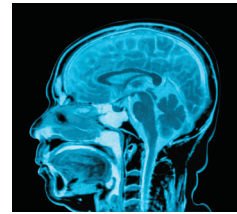
Многие из относительных противопоказаний поддаются лечению с применением функциональной эндоскопической синусохирургии (Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS)), которая выполняется в Клинике оториноларингологии с момента внедрения ее во врачебную практику и является золотым стандартом хирургии при лечении большинства заболеваний пазух носа на сегодняшний день. FESS — современная хирургическая методика, ставшая возможной за счет последних достижений в области технологий, в том числе появления носовых эндоскопов. Данная процедура проводится без разрезов и исключительно через нос. Эндоскоп помещается в полость носа, и за счет освещения и оптического увеличения хирург может видеть все структуры полости носа и пазухи во время операции. Некоторые врачи-исследователи даже предлагают эндоскопическую хирургию в качестве диагностического контроля при аугментации альвеолярного гребня для отслеживания положения трансплантата интраоперационно и непосредственной оценки целостности мембраны Шнайдера, наблюдая за ее деформацией (Patent US 2011/0171601). Однако сейчас это рассценивается не как стандартная процедура, а скорее научное исследование, требующее дополнительных клинических испытаний. Кроме того, эндоскоп поможет визуализировать перфорацию мембраны, но не сможет помочь избежать ее появления.

В дополнение к FESS Клиника оториноларингологии взяла на вооружение новейшую малоинвазивную атравматичную методику хирургического лечения хронических и острых синуситов различной этиологии — баллонную синусопластику, разработанную в 2004 году. Методика заключается в раскрытии обтурированных естественных соустьев с помощью баллонного катетера под давлением около 12 атм и последующем промывании пазух носа с целью восстановления естественной вентиляции и дренажа пазух. Метод включен в стандарты и покрывается страховкой в США, большинстве стран Западной Европы и некоторых странах Азии. По данным на июль 2014 года, в мире было проведено 405 000 операций с использованием баллонной синусопластики. Экспертный совет Общества ринологов Российской Федерации также оценил данную методику и включил ее в клинические рекомендации по лечению хронических риносинуситов в 2014 году. В нашей клинике за последние годы накоплен самый большой в России опыт применения этой технологии хирургами-оториноларингологами: было прооперировано 403 пазухи (односторонняя синусопластика — 37 пациентов, двухсторонняя синусопластика — 64 пациента и полисинусопластика — 21 пациент), из них реокклюзия наблюдалась в 1,1% случаев.

Время реабилитации

Срок реабилитации пациента после хирургического лечения у лор-врача составляет от 1 до 6 месяцев. После чего пациент проходит санацию полости рта у врача-гигиениста, сдает анализ крови по протоколу при проведении сложного хирургического вмешательства и направляется на процедуру синус-лифтинга.

ПОДРОБНОСТИ



Современный метод

Конусно-лучевая компьютерная томография — это современный метод исследования с использованием рентгеновского излучения, который является разновидностью компьютерной томографии. Принципиальное отличие КЛКТ от мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) заключается в форме пучка рентгеновского излучения. При конусно-лучевой томографии применяется не узкий пучок лучей, а конический луч, что позволяет в один оборот системы отсканировать необходимый анатомический объем и представить его трехмерную модель, изучить любые точные измерения. Другими достоинствами КЛКТ являются более низкая (чем при спиральной КТ) лучевая нагрузка и отсутствие наложений анатомических структур и искажений их размеров, что очень важно для диагностики оториноларингологических заболеваний.

Не секрет, что сама по себе процедура синус-лифтинга — это дополнительное сложное хирургическое вмешательство, и многие пациенты всегда очень насторожены, когда им предлагается провести его как подготовительный этап перед установкой имплантата ввиду увеличения времени, количества операций и послеоперационных рисков. Самый часто задаваемый вопрос пациента имплантологу: «Сколько времени должно пройти с момента начала лечения до его завершения?» И если после обследования выясняется, что высоты альвеолярного отростка недостаточно, то долгожданный день отодвигается на 3–6 месяцев при удачном стечении обстоятельств.

Стоматологический центр EMC предлагает своим клиентам установку имплантационных систем с немедленной нагрузкой, что сокращает время реабилитации пациентов с частичной и полной адентией до 72 часов. В клинике применяется эксклюзивная запатентованная технология Saddle Implant Technologies® (Patent US 2011/0171601), разработанная под руководством одного из самых опытных имплантологов Стоматологической клиники EMC доктора Филлиппа Дакремона, который начал свою деятельность по установке различных имплантационных систем еще в далекие 80-е годы в частной клинике в Каннах.



**ЖЕЛАНИЯ И ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ
ОТНОСИТЕЛЬНО ИМПЛАНТАЦИИ ЗА 30 ЛЕТ НЕ
ПРЕТЕРПЕЛИ ИЗМЕНЕНИЙ: ПОТЕРЯВ ЗУБ, ОНИ
ХОТЯТ ВЕРНУТЬ ЕГО НА МЕСТО КАК МОЖНО
БЫСТРЕЕ.**

Филлипп Дакремон

Желания и ожидания

— Желания и ожидания пациентов относительно имплантации за 30 лет не претерпели изменений: потеряв зуб, они хотят вернуть его на место как можно быстрее, что, кстати, с физиологической точки зрения также является верной стратегией, так как отсутствие жевательной нагрузки ведет к началу процесса атрофии костной ткани уже через три месяца после удаления зуба, — подчеркивает Филлипп Дакремон. — Очевидным остается, что будущее за системами имплантатов с немедленной нагрузкой, которые позволяют пациенту получить красивую улыбку в течение трех дней с момента начала лечения.

Еще в 1981 году доктором Альбрекстоном были обозначены 6 факторов, оказывающих влияние на остегенерацию костной ткани и на долгосрочный успех при имплантации с немедленной нагрузкой: состояние костной ткани в месте установки имплантата, условия нагрузки, хирургическая техника, конструкция имплантата, обработка поверхности имплантата и материал (Albrektsson T., Brånemark P-I., Hansson H-A., Lindström J. Osseointegrated titanium implants: requirements for ensuring a long-lasting direct bone-to-implant anchorage in man. Acta Orthop Scand 1981; 52:155–170.). Установлены и критерии отбора пациентов, подходящих для установки имплантационных систем с немедленной нагрузкой (Goswami Roma, Singh S.P., Arora Gurleen, Agarwal Kanika. Overview: Immediate and Delayed Loading of Implants. National Journal of Medical and Dental Research, April-June 2013: Volume-1, Issue-3, Page 70–78):

- к хирургическому фактору относится прежде всего первичная и вторичная стабилизация имплантата и хирургическая техника;
- физиологический фактор включает в себя не только качество костной ткани, но и общее состояние пациента, наличие у него вредных привычек;
- имплантационный фактор основан на конструкции применяемой системы;
- жевательный фактор связан с важностью правильного выбора конструкции протеза с учетом окклюзии.

Разработанная HRS-система (High Retention System) отвечает всем четырем факторам. В чем же отличие этой системы от других систем с немедленной нагрузкой? Принцип был перенят у челюстно-лицевых хирургов, использующих технологию скрепления костей лицевого скелета титановой мини-пластиной при травмах челюстно-лицевой области. HRS-система — это комбинация хорошо зарекомендовавшей себя технологии классической имплантации, что говорит в пользу первого фактора, и технологии установки титановой стабилизационной пластины. Она фиксируется на имплантате в нескольких точках кортикального слоя (4 или 6, в зависимости от формы альвеолярного гребня). Эта система подходит для пациентов с любой стадией атрофии костной ткани, вплоть до D4, что является строгим противопоказанием к применению других имплантационных систем с немедленной нагрузкой (Goswami Roma, Singh S.P., Arora Gurleen, Agarwal Kanika. Overview: Immediate and Delayed Loading of Implants. National Journal of Medical and Dental Research, April-June 2013: Volume-1, Issue-3, Page 70–78). Физиологический фактор в виде низкой плотности кости также не является противопоказанием. Стабилизационная пластина исключает возможность ротации имплантата при первичной стабилизации, предотвращает вертикальную подвижность имплантата при сохранении жевательной нагрузки и дает сопротивляемость латеральным нагрузкам даже при длине имплантата 6 мм. Таким образом, стоматолог-имплантолог может предложить 95% пациентам обрести красивую улыбку за 3 дня и гарантировать успешный результат в долгосрочном периоде. Механические испытания HRS-системы, проведенные в лаборатории биомеханики Университета Экс-Марселя, показали, что использование стабилизационной пластины увеличивает резистентность конструкции к латеральным, вертикальным и крутящим нагрузкам на 20% при уменьшении длины имплантата с 13 до 6 мм, следовательно, большее количество пациентов может быть реабилитировано. В соответствии с четвертым фактором некоторые стоматологи, проводя имплантацию с немедленной нагрузкой, выводят установленную конструкцию из прикуса, нивелируя нагрузки, так сильно мешающие в других одномоментных системах в период остеоинтеграции, однако такая тактика может привести к еще большей резорбции костной ткани и в результате к отторжению имплантата.

Понимая актуальность этой проблемы для специалистов обеих специальностей, Стоматологический центр и Клиника оториноларингологии ЕМС 27 октября 2014 года провели совместную конференцию «Синусит — это проблема стоматолога?» на базе Медицинской школы ЕМС. К участию были приглашены как стоматологи (терапевты, хирурги, ортодонты и ортопеды), так и лор-врачи частных и государственных клиник Москвы, Московской области и других регионов. На конференцию приехали врачи из Ростова-на-Дону и Воронежа. Темы, затронутые на конференции, вызвали большой интерес и бурные перекрестные обсуждения. В 2015 году конференция «Синусит — проблема стоматологов?» планирует расширение своей географии как в России, так и за рубежом.

В заключение хотелось бы сказать, что успех дентальной имплантации напрямую зависит от соблюдения описанного предоперационного протокола, а значит, в стоматологической клинике должен быть оториноларинголог-консультант, осматривающий пациентов перед процедурой синус-лифтинга и установки имплантатов верхней челюсти. Предварительно проведенное оториноларингологическое лечение — залог успеха дентальной имплантации. Оно позволяет снизить риск отторжения имплантата и возникновения осложнений и в конечном счете сократить время реабилитации пациента.



**HRS-СИСТЕМА — ЭТО КОМБИНАЦИЯ ХОРОШО
ЗАРЕКОМЕНДОВАВШЕЙ СЕБЯ ТЕХНОЛОГИИ
КЛАССИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И ТЕХНОЛОГИИ
УСТАНОВКИ ТИТАНОВОЙ СТАБИЛИЗАЦИОННОЙ
ПЛАСТИНЫ.**

У ПОСТЕЛИ БОЛЬНОГО

Несколько лет назад на базе Московского государственного медико-стоматологического университета была создана единственная на сегодняшний день в России клиническая лаборатория по изучению тромбоза. Руководитель лаборатории профессор МГМСУ Елена ВАСИЛЬЕВА рассказала о ее работе и перспективах этого направления научных исследований.



Елена ВАСИЛЬЕВА,
профессор МГМСУ

— Елена Юрьевна, расскажите, пожалуйста, поподробнее о возглавляемой вами лаборатории, для чего она была создана и как построена ее работа?

— Если быть совсем точным, это не одна лаборатория, а две, которые относятся к университетской клинике, возглавляемой заведующим кафедрой кардиологии МГМСУ, профессором Александром Шпектором. В объединение входят несколько подразделений: клинический центр атеротромбоза с отделениями кардиологии, кардиореанимации, сосудистой неврологии, двумя рентгенооперационными, отделениями КТ, МРТ и лабораторией. Мы исследуем больных с ранними тромбозами, ранним атеросклерозом, у которых пытаемся выяснить причины возникновения патологии как на генетическом, так и на клиническом уровне. Сюда же поступают пациенты с особенно повторяющимися тромбозами стентов, и второе направление — это собственно научно-исследовательская лаборатория атеротромбоза, на базе которой мы изучаем причины возникновения и прогрессирования атеросклероза, клеточный состав бляшек, причины воспаления.

Лаборатория была создана в тесном контакте с лабораторией профессора Маргулиса из Национального института здоровья США после получения нами мегагранта

Правительства РФ по фундаментальной медицине. Поскольку обследование больных и научное изучение причин атеросклероза ведутся практически на одной территории, это дает нам уникальную возможность объединить науку и клинику, что отражает общемировой тренд «наука у постели больного». Известно, что, именно наблюдения за конкретными пациентами нередко бывают полезны для фундаментальной науки. Подобных лабораторий, где достигается столь тесное сближение академической науки с практической медициной не так много в мире, и это дает молодым врачам и биологам хорошие возможности для роста.

— Каковы перспективные направления научных исследований проводимых в лаборатории?

— Вместе с лабораторией профессора Маргулиса нам удалось разработать методику, которая позволяет исследовать причины возникновения воспалительного процесса. При помощи коллагена можно разделить бляшку на клетки, сохраняя при этом антигены на самой клетке. Эту суспензию из клеток мы потом пропускаем через флуоцитометр. Данный прибор может распознавать и описывать клетки по их антигенам. Таким образом, в частности, мы описали очень подробно состав лимфоцитов в бляшке. Известно, что большую роль в возникновении атеросклероза играет воспаление в сосудах. Мы заинтересовались, а что же служит причиной возникновения воспалительного процесса? Традиционно считается, что причиной выступают окисленные липопротеиды. Однако только их наличием воспаление трудно объяснить, должно быть что-то еще, что служит дополнительным триггером. Так было выдвинуто предположение, что в бляшках могут существовать разные микроорганизмы. Мы стали изучать, нет ли в активированных бляшках вирусов герпеса, так как было понятно, что это не могут быть высокопатогенные вирусы, такие как вирус, например, оспы. И да, мы доказали, что такие вирусы имеются, более того, оказалось, что вирусы имеются и у совершенно молодых, здоровых людей. Теперь вопрос в том, насколько часто они активируются? Надеемся, что получим ответ на этот вопрос.

В последние два года мы также занялись исследованием темы межклеточного взаимодействия с образованием экстраклеточных везикул. Это своеобразная почта клеток, представляющая собой сигналы в виде пузырьков или межклеточных везикул, которые одна клетка посылает другой. Думаю, это очень перспективное направление, которое позволит разобраться в патогенезе целого ряда заболеваний, причем не только в кардиологии, но и в онкологии. В перспективе рассматривается теоретическая возможность подменять содержимое этих везикул и использовать их как направленные письма с лекарственными препаратами или с ложным сигналом. В клинической лаборатории ведется работа по изучению больных с повторяющимися тромбозами различной локализации. В последнее время проводится все больше и больше операций стентирования, и выявляются тромбозы стентов. Как следствие, растет число пациентов, у которых проявляется недостаточная чувствительность к дезагрегантной терапии. Мы показали, что при наличии воспалительного процесса чувствительность к аспирину и другим дезагрегантам понижена, а также выявили, что если таким больным с высоким СРБ дать большую дозу статинов, которые снижают воспаление, то чувствительность к дезагрегантам повышается.



ПОСКОЛЬКУ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ И НАУЧНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН АТЕРОСКЛЕРОЗА ВЕДУТСЯ ПРАКТИЧЕСКИ НА ОДНОЙ ТЕРРИТОРИИ, ЭТО ДАЕТ НАМ УНИКАЛЬНУЮ ВОЗМОЖНОСТЬ ОБЪЕДИНИТЬ НАУКУ И КЛИНИКУ, ЧТО ОТРАЖАЕТ ОБЩЕМИРОВОЙ ТРЕНД «НАУКА У ПОСТЕЛИ БОЛЬНОГО».

— Насколько актуальна проблема исследования тромбоза для российской медицины?

— Тромбозы — это общая проблема для самых разных медицинских областей. Пациенты умирают от тромбообразования, остановки сердца, остановки дыхания или внутрисосудистого свертывания крови. Если же говорить о кардиологии, то здесь одна из основных проблем: как найти баланс между терапией тромбоза и одним из ее возможных последствий — кровотечениями. Современным пациентам назначается целый ряд препаратов, очень активных — дезагреганты, антикоагулянты, которые предупреждают тромбообразование. Побочной стороной такого активного лечения являются кровотечения, на опасность которых обратили внимание не так давно. Если больному поставили стент, ему дали дезагреганты и, может быть, в каких-то случаях, антикоагулянты. Но если возникает кровотечение, врач естественно все противосвертывающие препараты сразу

отменяет. В том случае, когда с кровотечением удастся справиться, врач уже боится вернуть прием дезагрегантов. Однако в этом случае пациент может умереть от случившегося уже повторно инфаркта, тромбоза стента, то есть от тромботической причины. Мы должны найти ответы на вопросы, как правильно выбрать терапию, в каких случаях дать двойную терапию, а в каких случаях, если у больного еще есть мерцательная аритмия, тройную терапию, вместе с антикоагулянтом, как правильно оценить соотношение «риск—польза», как верно пройти между опасностью тромбоза и опасностью кровотечения?

Встречаются в нашей практике и совсем анекдотические ситуации. Так, например, совсем недавно я осматривала больного, которому врач, видимо,

прослушав информацию от представителей разных фирм, назначил сразу три препарата одной группы. Пациент с мерцательной аритмией принимал одновременно три препарата — ривороксабан, дабигортран и апиксабан, да еще и дезагреганты — и просто чудом выжил, к счастью, для себя и врача.

— Занимаетесь ли вы преподаванием? В целом уровень подготовки российских кардиологов можно считать удовлетворительным?

— Всю свою профессиональную жизнь я преподаю в медицинском институте, но все же вынуждена признать: российское образование оставляет желать лучшего. Главный совет, который я могу дать в этой ситуации, молодым специалистам — стараться больше читать, хорошо знать европейские рекомендации. Ведь если врач сам не стремится читать профессиональную литературу, никакие лекции этого заменить не смогут. К сожалению, когда я спрашиваю молодых врачей, что последнее из профессиональной литературы вы прочитали, зачастую они не могут дать ответ на этот вопрос. Кстати, не менее важно читать и художественную литературу. И не только я так думаю. Замечательный американский кардиолог Джозеф Альперт регулярно печатает в журнале American Journal of Medicine список того, что должен прочесть каждый кардиолог. И этот список немаленький: туда, например, входит, помимо классики такой как Шекспир, Толстой и Достоевский, и современная литература, например, «Благоволительницы» Джонатана Литтелла. Это действительно выдающийся роман.



ВСЮ СВОЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЖИЗНЬ Я ПРЕПОДАЮ В МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ, НО ВСЕ ЖЕ ВЫНУЖДЕНА ПРИЗНАТЬ: РОССИЙСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ОСТАВЛЯЕТ ЖЕЛАТЬ ЛУЧШЕГО.

СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СТОЛИЦЫ

Завершена модернизация патологоанатомической службы столицы. Специалисты рассуждают о возможностях, появившихся благодаря техническому перевооружению отрасли, перспективах развития службы и задачах, стоящих перед современной отечественной патологоанатомией.

Людмила МИХАЛЕВА, заведующая патологоанатомическим отделением ГKB № 31, доктор медицинских наук, профессор

Артем БОРБАТ, руководитель направления «Онкопатология» отдела молекулярной диагностики ООО «Рош Диагностика Рус», врач-патологоанатом, кандидат медицинских наук

Сергей ЛИЩУК, заведующий патоморфологической лабораторией Европейского медицинского центра

Решающая роль диагностики

Понятие патологоанатомической диагностики обычно ассоциируется с изучением причин смерти от заболеваний и оценкой адекватности клинической диагностики и выбранной тактики лечения. Тем не менее во многом благодаря онкологической службе в последние десятилетия все большую роль играет прижизненная диагностика. Расширение арсенала средств для диагностики биопсийного и операционного материала вышло за пределы традиционного окрашивания гематоксилином и эозином и вобрало в себя молекулярно-биологические и генетические методы, прежде всего иммуногистохимию, инситу гибридизацию, ПЦР-диагностику и др. В онкологии гистологической лаборатории принадлежит решающая роль в выборе тактики лечения и вида терапии. Однако в настоящее время без гистологической лаборатории трудно представить диагностическую работу не только онколога, но также и гастроэнтеролога, гинеколога, дерматолога, в рутинной практике которых патологоанатом способен пролить свет на характер воспалительных, дегенеративных или гормональных изменений.

Расширение диагностической роли и возможностей сформулировало новые задачи перед службой. Цена ошибки становится высокой как для пациента, который может получить неадекватное или неправильное лечение, так и для клиники, где проблемы в диагностике приведут к дополнительным койко-дням, дополнительным исследованиям и лишним лечебным процедурам. В связи с этим морфологам, клиницистам и администраторам необходимо обратить внимание на решение вопросов качества и безопасности морфологического исследования и адекватной подготовки специалистов — как лаборантов, так и врачей.

Автоматизация: первый шаг на пути к качеству

Очевидно, что качество гистологического исследования на финальном этапе, когда врач проводит оценку за микроскопом, всецело зависит от качества подготовки материала. И столь же очевидно, что наиболее разумным и адекватным решением на первом этапе является максимальная автоматизация процессов.

Рабочие процессы в гистологической лаборатории представляют собой набор последовательных, дискретных этапов, которые характеризуются несколькими особенностями, отличающими их от клинично-диагностической лаборатории:



В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ МОСКВЫ СЛОЖИЛАСЬ ПРАКТИКА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА (ВРАЧА И ЛАБОРАНТА) НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ.

- процессы могут быть автоматизированы лишь частично: по-прежнему сохраняются этапы, на которых требуется ручной труд и участие специалиста как в лаборатории, так и за микроскопом при формулировании диагноза, это приводит лишь к частичной компенсации ручного труда и накладывает более высокие требования к квалификации специалистов;

- даже автоматизированные процессы не могут быть объединены в одну цепочку: движение материала от этапа к этапу в большинстве случаев обеспечивается лаборантами, что также создает риски потери или путаницы материала;

- сотрудники гистологических лабораторий только начинают осваивать аппаратные методы, поскольку оснащение патологоанатомической службы сильно отстало от других, в том числе лабораторных, отраслей клинической медицины, а образовательные учреждения оснащены достаточно скромно, чтобы знакомить слушателей с современным оборудованием.

Эти особенности заставляют внимательно относиться к выбору оборудования (язык программного обеспечения, удобство использования, соответствие задачам отделения, ремонтпригодность) и поставщика (прежде всего возможности методической и сервисной поддержки), поскольку риски простоя оборудования очень велики из-за естественного консерватизма персонала, отсутствия сформированных навыков работы на приборах, поломок и прочего.

В Москве в настоящее время завершена модернизация городской патологоанатомической службы: все городские прозектуры получили необходимый минимум современного оборудования для автоматизации гистологических процессов. Кроме того, «опорные» патологоанатомические отделения городских клинических больниц № 5, 12, 15, 31, 57, 68, Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, госпиталь ветеранов войн № 2 имеют в своем арсенале аппараты для дополнительной диагностики, например, иммуногистохимической. А в онкологической городской больнице № 62, где требования к морфологической диагностике особенно высоки, можно увидеть оборудование, на первый взгляд, аналогичное и взаимозаменяемое. Но при детальном рассмотрении оказывается, что это не совсем так. Тут следует отметить, что необходимость приобретения того или иного оборудования нужно привязывать не только к кругу решаемых задач, но и к особенностям решений от конкретного производителя, так как каждый конкретный круг задач с точки зрения эффективности и безопасности решается

различными производителями медицинского оборудования по-разному.

Естественно, что вновь открывающиеся частные лаборатории (в Москве они представлены в структуре ОАО «Медицина», ГК «Европейский медицинский центр», диагностическая лаборатория «Гемотест», медицинская лаборатория НАКФФ, ООО «Инвитро») стремятся максимально автоматизировать процессы уже с первого дня работы, поскольку с коммерческой точки зрения выгода аппаратных методов очевидна. Так, например, в Европейском медицинском центре, где имеется онкологический стационар, помимо использования автоматизированных иммуногистохимических методов и инситу-гибридизации, также ставится задача внедрения автоматизированной клинически значимой ПЦР-диагностики. Тем не менее лаборатория Европейского медицинского центра скорее является исключением из правил, поскольку гистологическая диагностика — довольно дорогой метод с невысокой доходностью и нередко решает узкие, коммерчески непривлекательные задачи. В то же время городская патологоанатомическая служба Москвы имеет достаточный ресурс для полноценной автоматизации, поэтому в городских отделениях представлены все современные аппаратные технологии, а «опорные» лаборатории соответствуют максимально высокому технологическому уровню.

Методология управления качеством

Полноценная автоматизация гистологической лаборатории дает возможность добиться стабильности, обеспечивая высокое качество выполняемых процессов. Однако сохранение дискретности и ручного труда не позволяет полностью положиться на аппаратные методы.

Вторым этапом, который поднимает качество и безопасность исследования на принципиально новый уровень, является методологический. И в данном случае работа должна строиться сразу по нескольким направлениям.

Таблица 1. Сегменты контроля качества патологоанатомической службы

Контроль качества		
	внутренний	внешний
Лабораторные процессы	информационные технологии внедрение системы ИСО	UK Neqas, NordiQC, CAP
Микроскопическая диагностика	система «второго мнения» взаимодействие с клиницистами	CAP внешние консультации и телепатология

Внутренний контроль качества лабораторных процессов

Внутренний контроль качества лабораторных процессов реализуется путем внедрения системы управления качеством ИСО (ISO 9001) и применения информационных технологий, которые позволяют через штрих-кодирование и отслеживание материала на каждом из



РАСШИРЕНИЕ АРСЕНАЛА СРЕДСТВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ВЫШЛО ЗА ПРЕДЕЛЫ ТРАДИЦИОННОГО ОКРАШИВАНИЯ ГЕМАТОКСИЛИНОМ И ЭОЗИНОМ И ВОБРАЛО В СЕБЯ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ.

этапов исключить потерю или путаницу материала, а следовательно, сделать исследование максимально безопасным для пациента.

Следует признать, что в вопросах ИСО-сертификации частные лаборатории опережают учреждения государственного сектора, поскольку данный процесс требует существенных расходов, которые для администратора не несут очевидной выгоды и трудно осязаемы.



**ПОЛНОЦЕННАЯ АВТОМАТИЗАЦИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ
ЛАБОРАТОРИИ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОБИТЬСЯ
СТАБИЛЬНОСТИ, ОБЕСПЕЧИВАЯ ВЫСОКОЕ КАЧЕСТВО
ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПРОЦЕССОВ.**

Аналогичным образом крайне сложно обосновать необходимость полноценной информационной системы, которая не только хранит гистологические заключения, но и отслеживает каждый блок и каждое стекло отдельного пациента, исключает потерю или путаницу материала за счет сквозного штрих-кодирования, позволяет определять сбои в качестве, характер преемственности процессов, «бутылочные горлышки», а следовательно, обеспечить не только отлаженную работу лаборатории, но и полную защищенность пациента. Результаты данной работы уже видны в Федеральном научно-клиническом центре детской гематологии, онкологии и гематологии им. Д. Рогачева, где более года функционирует такая система. Учитывая

этот опыт, уже сейчас в патологоанатомической службе Москвы изучаются возможности и эффективность внедрения такой же системы.

Внешний контроль качества лабораторных процессов

Внешний контроль качества лабораторных процессов касается качества подготовки материала. В таблице представлены наиболее известные системы из Дании (NordiqC), Британии (UK Neqas) и США (CAP), однако их применение требует пересылки гистологического материала через границу, что существенно ограничено нормативными актами Российской Федерации. Некоторые клиники в Москве (МГОб № 62, ГК «Европейский медицинский центр») уже начали работу с данными системами, что лишний раз подтверждает высокий уровень патологоанатомической службы города как в коммерческой, так и в муниципальной среде.

Внутренний контроль качества микроскопической диагностики

Внутренний контроль качества микроскопической диагностики базируется на тесном взаимодействии с клиницистами, позволяет получить «второе мнение» уже на этапе лаборатории. Традиция консультаций с «коллегами по цеху» является совершенно естественной, стоит лишь напомнить, что для качественной диагностики необходим регулярный и прямой диалог с клиникой, приверженность принципу междисциплинарного подхода. Например, участие в так называемых Tumor board, когда онкологи, лучевые диагносты и морфологи собираются вместе для обсуждения конкретного случая и принятия решения по тактике лечения.

Внешний контроль качества микроскопической диагностики

Внешний контроль качества микроскопической диагностики не так распространен по сравнению с гистологической техникой и по некоторым нозологиям может быть осуществлен с помощью Колледжа американских патологов (CAP). Важной составляющей внешнего контроля качества является регулярность его проведения, поэтому в настоящее время городская патологоанатомическая служба совместно с коммерческими организациями ищет возможности налаживания связи с представителями CAP и одной из наиболее авторитетных систем контроля качества NordiqC. Не только в России, но и за рубежом для осуществления функции контроля качества морфологического заключения нужны консультации авторитетных специалистов и консилиумы морфологов. Здесь в первую очередь помогают современные интернет-технологии и относительно новая технология сканирования гистологического стекла целиком. Можно констатировать, что и в процессах адаптации новых

технологий коммерческие структуры оказываются более гибкими. Например, в Европейском медицинском центре телеконсультации с немецкими, израильскими и американскими клиниками уже сейчас являются рутинной практикой. В муниципальных учреждениях Москвы эта технология пока только апробируется, но ее преимущества уже очевидны, и единственным барьером для преодоления является вопрос финансирования и регистрации медицинских изделий, поскольку сканеры гистологических стекол относятся к высокотехнологичному оборудованию. Интересно, что такой аппарат уже занял свое место в Музее истории медицины в Берлине, а в России внедрению данной технологии в практику пока еще мешают административные барьеры.

Комплексный лабораторный подход

В 60–70-х годах прошлого века на базе патологоанатомических отделений стали появляться цитологические лаборатории, в которых те же патологоанатомы осваивали новый для себя метод. Зарождение цитологической службы проходило благодаря усилиям специалистов, которые понимали, что схожие методы могут улучшить диагностику, поскольку каждый из них имеет свои достоинства. Благодаря использованию цитологического метода можно быстрее и в более полном объеме получить информацию о структуре отдельно взятой клетки. Применение гистологического метода дает возможность оценить комплексную картину патологических процессов в ткани. Комплексный подход с использованием каждого из методов позволяет получить больше информации о патологическом процессе, следовательно, обеспечить более качественную постановку диагноза.

С появлением скрининговой службы в 80-х годах во многих регионах, в том числе и в Москве, связь цитологической диагностики с гистологической была утрачена, что не могло не отразиться на качестве работы и привело к изменению отношения к цитологам, которые перестали восприниматься полноценными морфодиагностами. В результате морфологическая диагностика сильно потеряла в своих возможностях.

Аналогичным образом на базе морфологической в настоящее время зарождается и генетическая диагностика (ПЦР, секвенирование), также дающая дополнительную информацию клиницисту и морфологу о патологическом процессе. Тем не менее зачастую это происходит вопреки очевидной логике и принятой за рубежом практике: создаются самостоятельные, разобщенные с морфологической диагностикой лаборатории, диагностикой занимаются не подготовленные в области морфологии специалисты. В результате мы повторяем уже пройденный путь, когда разделенная с гистологической лабораторией служба не может обеспечить диагностику без участия патологоанатома и, все дальше отдаляясь от диагностического фундамента, скорее ухудшает качество лабораторной диагностики.

Как городская патологоанатомическая служба, так и частная, схожи в своем стремлении сохранить единство, преемственность и комплексность подхода к лабораторной диагностике. В роли ее фундамента выступают гистологическая и цитологическая техники, а дополнительные методы (иммуногистохимия, инситу-гибридизация, ПЦР, секвенирование) укрепляют диагностику и дают возможность клиницистам получать законченный консолидированный лабораторный диагноз вместо ассортимента направлений и заключений из разных, не связанных друг с другом лабораторий.

Подготовка специалистов

В настоящее время в патологоанатомической службе Москвы вне связи с формой собственности сложилась практика подготовки специалиста (врача и лаборанта) на рабочем



В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ОТРАСЛЬ ДИНАМИЧНО РАЗВИВАЕТСЯ, А ИГНОРИРОВАНИЕ ЭТОГО ФАКТА ЗАДЕРЖИВАЕТ РАЗВИТИЕ ПРЕЖДЕ ВСЕГО КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВСЕГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.

месте. С одной стороны, следует признать, что это связано с недостатком современных знаний, получаемых выпускником медицинского колледжа или вуза. Оснащение этих учреждений и возможность предоставления ими практических навыков сегодня крайне ограничены, и в этих вопросах они вынуждены полностью полагаться на практическое звено здравоохранения. С другой стороны, такой подход позволяет при минимальных затратах проводить финальный этап подготовки, который нацеливает специалистов на работу именно с теми технологиями и на том оборудовании, которые используются в данном учреждении и с которыми практикующий специалист будет сталкиваться ежедневно. В ближайшие годы вряд ли стоит ожидать принципиальных изменений в технологической оснащенности сферы медицинского образования, тем более что такая двухуровневая система показывает хорошие результаты и именно такая схема удачно работает в странах Западной Европы.

Для решения задач на современном этапе следует сосредоточиться на изучении успешного опыта и максимально масштабировать лучшие решения, что в числе прочего позволяет практическому здравоохранению города занять свою нишу в образовательном процессе. Следует помнить также о ресурсе коммерческих структур — поставщиков и производителей оборудования, которые обладают необходимым уровнем профессиональной подготовки для проведения коротких циклов по технологиям и оборудованию, а некоторые даже имеют оснащенные учебные центры. Корректно встроенный в программу обучения цикл, посвященный конкретному оборудованию, позволит получить знания «из первых рук» и овладеть практическими навыками для рутинной работы без затрат со стороны работодателя или образовательного учреждения.

В качестве подтверждения значения и роли образовательного процесса для практического здравоохранения необходимо упомянуть о Медицинской школе Европейского медицинского центра, которая проводит циклы усовершенствования для врачей-патологоанатомов, привлекая как российских, так и зарубежных лекторов и полностью концентрируясь на практических вопросах морфологической диагностики. Следует также отметить, что у престижных частных и федеральных клиник уже сложилась практика зарубежной стажировки. То же самое мы можем наблюдать и в городском здравоохранении Москвы, но лишь для врачей клинических специальностей. В настоящее время формируется пул клиник Германии, Австрии, Израиля, Кореи, куда врачи-патологоанатомы будут направлены для обучения. Определен круг задач, которые будут решать специалисты на стажировках: морфологическая диагностика заболеваний молочной железы, гинекологической и урологической патологии, заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Отрасль динамично развивается

В заключение хотелось бы отметить, что в настоящее время патологоанатомическая отрасль динамично развивается, а игнорирование этого факта задерживает развитие прежде всего клинической диагностики всего лечебного учреждения.

В патологоанатомической службе Москвы есть ясное понимание трендов современной морфологической диагностики и запросов клиники — для каждого из современных вызовов существуют решения и ведется активная работа по их внедрению.

Патологоанатомическая служба и гистологическая лаборатория претерпевают существенные изменения в современной клинике. Результатом преобразований должны стать, во-первых, восприятие службы полноценным помощником клинициста и уход от архаичной ассоциации с моргом, во-вторых, служба должна стать ядром лабораторной диагностики морфологических и околормфологических методов.

Важной составляющей для успешного развития службы мы считаем неразрывную связь коммерческих и муниципальных лабораторий — это создает здоровую конкуренцию и позволяет сохранять динамику развития при постоянном обмене опытом.

АТТИЛА ВАРАДИ: ТРУДНО ПРЕДСТАВИТЬ СЕБЕ, ЧТО ВРАЧ БУДЕТ НАЗНАЧАТЬ ПРЕПАРАТ, КОТОРОМУ НЕ ДОВЕРЯЕТ

В 2014 году компания «Гедеон Рихтер» отметила юбилей — 60 лет работы в России. Для компании российский рынок особенно приоритетен, и на эти взаимоотношения не могут повлиять никакие события. В портфеле «Гедеон Рихтер» около 90% рецептурных препаратов — гинекологического, кардиологического, неврологического и общетерапевтических направлений, поэтому особое внимание здесь уделяют контактам со специалистами здравоохранения. Директор представительства «Гедеон Рихтер» в России (г. Москва), доктор Аттила ВАРАДИ поделился своими размышлениями о том, как повысить качество жизни, и о роли врача в этом процессе.

— «Гедеон Рихтер» заявляет, что неизменно главная цель компании сделать все для восстановления и укрепления здоровья человека, улучшения качества его жизни. Что кроется за этим расхожим лозунгом?

— Как и многие другие фармкомпании, работающие на благо пациентов, мы инвестируем свои материальные и нематериальные активы в создание новых препаратов, а также в улучшение тех, что уже знакомы пациентам и врачам. «Гедеон Рихтер» уделяет пристальное внимание вопросу обучения — как правильно принимать наши лекарства, чтобы добиться максимально желаемого эффекта. К примеру, в гинекологии — а это одно из сильнейших направлений деятельности компании — получить оптимальный результат терапии с помощью гормонов можно только очень грамотно, я бы сказал тонко, подбирая лекарство под нужды каждой пациентки. Мы ведем профессиональный диалог с медицинским сообществом. Пациенты прежде всего доверяют рекомендациям врачей, их выбору лекарства. На них полагается и производитель, рассчитывая на грамотное применение своего продукта.

— Глава компании Эрик Богш заявил, что «Гедеон Рихтер» будет работать на рынке России всегда. Что обуславливает интерес компании к России?

— Прежде всего история взаимоотношений и высокая ответственность перед врачами и пациентами, которую компания несет уже более 60 лет. В сложные экономические периоды мы адаптируемся и продолжаем работать, совмещая огромный опыт с современными подходами во всех сферах деятельности. Это в конечном итоге способствует постоянному укреплению репутации «Гедеон Рихтер» как создателя и производителя качественных лекарств. Я не знаю ни



Аттила ВАРАДИ,
директор
представительства
«Гедеон Рихтер»
в России

одной иностранной компании, которая была бы так же сильно ориентирована и в то же время так же сильно зависела от России. Абсолютно все наши планы здесь — долгосрочные.

— Какая отличительная черта, на ваш взгляд, присуща российскому пациенту?

— В России люди очень любят лечить себя и своих близких самостоятельно. Казалось бы, для фармкомпаний это хорошо. Однако, по моему мнению, это не так. Ни одна фармкомпания не может быть ориентирована исключительно на достижение краткосрочных целей. Цена вопроса слишком высока — здоровье людей. Прием препаратов без рекомендации врача или провизора, без понимания тонкостей взаимодействия между принимаемыми одновременно препаратами может дать отрицательный результат или быть причиной менее эффективного лечения. Даже безрецептурные лекарства при постоянном или неправильном употреблении могут вызвать побочные эффекты.

— Компания производит продукцию для многих терапевтических областей. В какой сфере пациенты чаще обходятся без советов врача? Может, это и допустимо при наличии эффективных безопасных лекарств?

— 90% нашего портфеля — рецептурные препараты, поэтому мне сложно об этом судить. Мы всегда подчеркиваем: лечение — это не только прием лекарств. Это понимание сути заболевания как со стороны врача, так и со стороны пациента, а также комплекс мер для сохранения здоровья.

— Центральная фигура лечебного процесса — безусловно, врач?

— В моем понимании, центральная фигура — пациент. Если он сделает частью своей культуры норму обращаться к специалисту при появлении первых симптомов, а лучше — упор на профилактику заболеваний, будет хорошо всем. Повысится качество его собственной жизни, сократится загруженность врачей, да и фармкомпания не проиграют — потребность в эффективных, безопасных и доступных лекарствах со временем увеличивается естественным образом за счет роста населения и улучшения качества жизни.

— Российскому врачу приходится лечить дешево, эффективно и безопасно — этого требуют организация системы здравоохранения и пациенты. Насколько реально сегодня выполнить эти условия?

— Все зависит от конкретного заболевания. Невозможно лечить дешево и одновременно безопасно, например, онкологию, хронические, генетически обусловленные заболевания. Нельзя говорить о дешевом лечении высокотехнологичными препаратами — говорю это как представитель компании, которая очень серьезно развивает направление биологических аналогов. Не в любой группе лекарств есть дешевый, безопасный и эффективный

препарат. Выбор недорогих эффективных средств богат там, где необходимо всего лишь избавиться от симптомов — например, простуды.

— Какова доля инновационных разработок в портфеле компании? Есть ли сложности продвижения инновационных препаратов в среде медиков?

— Будучи врачом, отмечу: любой медик доверяет в первую очередь своему опыту. Препараты, особенно совершенно нового класса, должны пройти несколько этапов, чтобы войти в доверие обширного круга врачей. Первый шаг характеризуется настороженным отношением к новому продукту. Врачи отдают предпочтение препаратам, с которыми сложились доверительные отношения. Трудно представить, что врач будет назначать препарат, которому не доверяет. По крайней мере, хотелось бы думать, что так и есть. Второй шаг — личный опыт. Кому-то достаточно примера 2–3 пациентов, чтобы понять, что лекарство действует так, как ожидает доктор. Кому-то требуется полгода и больше. Очень важный момент — понимание профиля побочных эффектов. Для этого и существуют масштабные клинические исследования — нюансы применения препарата можно понять из научной литературы. Следующий шаг — врач имеет определенное убеждение и уже с меньшей осторожностью использует лекарство, нарабатывается опыт. Поэтому и получается, что большинство врачей лечат пациентов проверенными, надежными способами.

— Во многих странах власти контролируют контакты производителей с медиками, стремясь предотвратить лоббирование интересов компаний. Какими вы видите эти контакты?

— Приведу конкретный пример: несколько лет назад в Польше пытались административно запретить представителям фармкомпаний посещать врачей. Через какое-то время контакты возобновились, потому что потребность в обмене информацией между медицинским сообществом и фармотраслью является элементарной необходимостью. Проблема не в том, что представители компаний общаются с врачами, а в том, что это общение может быть неэтичным, — тогда компании должны ответить перед законом. Во всех серьезных компаниях, у нас в том числе, есть этический кодекс, и отношения между производителями и врачами изначально регламентированы с учетом понимания всей ответственности и специфики фармдеятельности. Единственный верный, на мой взгляд, подход — информирование медиков и провизоров с точки зрения научной доказательной медицины без попытки влиять на их решения. Это — залог долгосрочного, грамотного и взаимовыгодного сотрудничества.

Подготовила **Елена МЕКШУН**

На правах рекламы



ГЕДЕОН РИХТЕР

«Геден Рихтер»
поздравляет всех сотрудников
системы здравоохранения
Москвы и Московской области

с Днем медицинского работника!

Спасибо, что в самые
трудные моменты
жизни человека
вы находитесь
рядом!

WWW.G-RICHTER.RU



**ВЫСОКОЕ КАЧЕСТВО
ЛЕЧЕНИЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ
ПОКОЛЕНИЙ**



ПЕРЕДОВОЙ ОПЫТ В ГЕРНИОЛОГИИ ТЕПЕРЬ ДОСТУПЕН

Несмотря на то, что удаление паховой грыжи — одна из наиболее простых хирургических операций, актуальности эта тема не теряет, напротив, интерес к ней растет с каждым годом. Это подтвердила прошедшая в Москве 26–27 марта Международная конференция «Передовой опыт в герниологии. Версия 2.0 — От простого к сложному», которая была организована Международной школой практической хирургии.

Основной акцент

Выбор темы руководитель и организатор конференции — руководитель Клиники колопроктологии EMC и один из признанных российских колопроктологов в Американском обществе колоректальных хирургов (American Society of Colon and Rectal Surgeons) — Бадма Башанкаев объясняет возрастанием числа пациентов с послеоперационными грыжами и стабильно высоким уровнем операций по поводу паховых грыж, а также высокой востребованностью для врачей информации о достижениях современной, в том числе и детской, хирургии в лечении грыж.

— Хирургия — это динамически развивающаяся, но при этом очень консервативная область медицины, — говорит он. — Последипломное обучение очень важно. Мы стремимся показывать те способы оперирования, которые уже признаны за рубежом, безопасны, не несут вреда и рисков нашим пациентам. Мы знаем, что по программе

модернизации клиникам поставлено прекрасное оборудование. Городские хирургические стационары оборудованы самым современным лапароскопическим оборудованием, однако частота внедрения в практическую хирургию лапароскопических методов герниопластики мала. На примере той же паховой грыжи можем сказать, что среди ежегодно проводимых в России 13 тысяч операций их доля во многих клиниках составляет лишь 3–5%, остальные выполняются в режиме стандартной открытой герниопластики.

Бадма Башанкаев подчеркивает, что задача современной хирургии — делать подобные операции минимально инвазивно, сделать их экономически рентабельными, максимально сократить сроки госпитализации и улучшить качество жизни пациентов.

— При выполнении операции в технике TEP пациент если не вечером, то уж наутро точно может идти домой, у него минимальный болевой синдром. При традиционном

вмешательстве пациенты находятся в больнице 5–7, иногда даже 10 дней из-за болевого синдрома: не могут ходить, тянет рубец. Разница очевидна, — говорит хирург.

Конференция проводится с целью переломить сложившуюся ситуацию путем популяризации новых методов. Именно поэтому основной акцент в программе сделан на лапароскопическую герниопластику.

В актуальном формате

Для участия в конференции в Москву пригласили международных специалистов в лечении грыж у взрослых и детей. В их числе — президент Международной ассоциации эндоскопической герниологии Райнхард Биттнер из Центра герниологии в Роттенбурге, президент немецкого общества герниологов Вольфганг Рейнпольд из Гамбурга, главный консультант общей и висцеральной хирургии больницы Красного креста им. Св. Клементины Фридрих Майник из Ганновера, заведующий кафедрой хирургии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Владимир Глабай, заведующий кафедрой общей хирургии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова Александр Сажин, доцент кафедры общей хирургии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова Сергей Мосин, член Российской ассоциации детских хирургов Роман Игнатъев; хирург Областной клинической больницы г. Орел Алексей Аболмасов, профессор кафедры эндоскопической хирургии ФПДО МГМСУ, главный хирург Больницы Центросоюза РФ Николай Матвеев и многие другие ведущие хирурги Москвы и России.

Конференция проходила в наиболее актуальном для хирургической практики формате, сочетающем доклады и *livesurgery* («живая хирургия»), где разбирались по 2–3 однотипные операции, выполняемые различными хирургами. Трансляция из операционной велась с внешних и эндоскопической камер с сопроводительными комментариями от модераторов и хирургов. Для тех же, кто желал осуществить тренировку навыков, предоставили лапароскопические тренажеры и медицинские многопрофильные симуляторы. Кроме того, для слушателей, не имевших возможности присутствовать на конференции, организовали онлайн-подключение в формате вебинара. Онлайн-участники могли прослушать лекции, посмотреть операции, задать свои вопросы и поучаствовать в дискуссии.

— Мы начинали два года назад маленьким кругом, нас было человек 20–30, — рассказывает Бадма Башанкаев.

— Рассуждали, что оборудование у нас шикарное, руки у наших хирургов тоже классные, им надо только показать. Но армию хирургов невозможно вывезти за границу или в операционную хирурга, который нравится. Отсюда родилась идея привезти светил сюда и собрать хирургов на одной площадке.

Конференция в 2014 году собрала около 150 человек, нынешняя — более 300 в зале и более 600 в вебинаре.

— Мы растем при относительно маленькой рекламе, в основном за счет сарафанного радио, — продолжает руководитель проекта. — Нам очень помогает Российское общество хирургов, участники нашей конференции имеют возможность вступить в ряды РОХ прямо здесь. Нам доверили такую честь, оценив нашу конференцию как достойную уровня РОХ. Наши мероприятия внесены в календарный план мероприятий общества. Это высокая честь для столь молодой образовательной инициативы.

Актуальность формата подтверждают и участники конференции, которые имели возможность обменяться опытом, обсудить новые возможности, техники и инструментарий, а также показали, как оперируют признанные мастера в этой области.

— Вы думаете, это только москвичи? Нет! — с гордостью отмечает наш собеседник. — Радует, что расширяется и география проекта: регионы России, Украина, Узбекистан, Абхазия, Молдова, Германия, Бельгия, Израиль, Швейцария, Португалия, Нидерланды и Грузия. — подытоживает Бадма Башанкаев. — Обучение в формате «живой хирургии» востребовано. Уверен, число участников Международной школы практической хирургии с каждым годом будут только расти.

Дмитрий ФЕОКТИСТОВ, врач-хирург клиники Башкирского государственного медицинского университета (г. Уфа):

— В хирургии невозможно работать без постоянного образования, без познания нового. Это необходимо делать, иначе профессиональный рост врача не наступит. Большое спасибо организаторам этого замечательного форума за то, что врачи из регионов получили возможность знакомиться с самыми передовыми технологиями и потом внедрять их в свою повседневную практику, оказывать помощь населению нашей великой страны на уровне европейской медицины.

Мы подобные операции проводим у себя в клинике. Но интересно узнать, как это делают другие, тем более что сюда приезжают европейские светила. Профессора Райнхарда Биттнера не устаешь слушать. Это человек, который больше всего в мире сделал этих операций, и вряд ли кто его догонит. В нашей клинике пока преобладают открытые операции на грыже — 70 к 30%. Но мы стремимся изменить ситуацию. Хирург должен владеть многими технологиями, чтобы в зависимости от ситуации, которая складывается во время операции, не растеряться и правильно ориентироваться.



Конференция проходила в наиболее актуальном для хирургической практики формате, сочетающем доклады и livesurgery («живая хирургия»)

Мурат ШОМАХОВ, заведующий хирургическим отделением № 1 ГКБ № 13 (г. Москва):

— Конференция нужна еще и для того, чтобы сдвинуть дело с мертвой точки. Мы немного отстали от Запада. Когда говоришь, что надо двигаться дальше, осваивать новые методы, то иногда слышишь в ответ: «Твои западные заморочки... Мы устали от тебя. Не нравится работать в России — уезжай в Америку. У нас есть своя школа, делай, как мы делаем». Но «как мы делаем» уже не стоит делать, это иногда не так безопасно для больных! Нужно многое менять! Я постоянный участник конференций Международной школы практической хирургии, и как профессионалу мне лично это помогает. Но я рассматриваю мероприятие еще и как инструмент, помогающий менять ситуацию в российской медицине.

Евгений ПЕРЕЛЫГИН, врач-хирург ФГБУЗ «Пермский клинический центр ФМБА России» (г. Пермь):

— Я участвую в конференции во второй раз, приезжал в прошлом году. Мне понравились организация и формат конференции. Дело в том, что здесь за 2 дня можно посмотреть все, разрешить все возникающие вопросы. В нашей клинике большой контингент пациентов с грыжами оперируется, к сожалению, чаще открытым методом, современных лапароскопических операций еще мало. Это связано, в том числе, с нехваткой средств. Необходимая аппаратура есть, но к ней же нужны расходные материалы.

Есть и другие препятствия в продвижении новых методов. Например, два моих коллеги упорно не хотят этим заниматься. Есть еще и руководители, которые недопонимают значения этих новаций. Но хотелось бы шире их применять. Только не на голом энтузиазме, а чтобы это стимулировалось. У меня цель такая: съездил, посмотрел, освоил — и стал делать у себя, что называется, «с колес». В связи с нынешним сокращением расходов мне только командировку выписали, а перелет, проезд — за свой счет. Но на конференции я же не месяц сижу — штаны протираю, а всего лишь 2 дня. За это время я успел со всеми пообщаться, получил необходимую информацию, установить контакты. За что выражаю искреннюю благодарность организаторам!

Роман НОВИКОВ, координатор хирургических конгрессов Российского общества хирургов:

— Мероприятие проходит на высоком уровне. Такие конференции очень нужны. Для нас, представителей Российского общества хирургов, эта конференция важна тем, что обеспечивает повышение квалификации опытных кадров и обучение молодых специалистов, которым еще предстоит работать в этой области много лет. Участникам мероприятия начисляются баллы Российского общества хирургов (они отображаются на персональной страничке сайта РОХ) в соответствии с действующей в стране единой системой непрерывного образования. Такие конференции дают знаний ничуть не меньше и даже больше, чем лекция в институте. Можно пройти и мастер-класс. Полученные практические навыки бесценны.

Подготовила **Римма ШЕВЧЕНКО**

С ЛЮБОВЬЮ И МИЛОСЕРДИЕМ

История ухода за больными и ранеными в нашей стране неразрывно связана с деятельностью московских общин сестер милосердия. Они формировались на основе отечественных нравственных, профессиональных и бытовых традиций и тесно сотрудничали с Российским обществом Красного Креста. С течением времени к сестрам милосердия предъявлялось все больше требований, расширялся круг их обязанностей, росла квалификация.

Константин ЗОРИН, доцент кафедры педагогики и психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова

Первые среди равных

Первая община сестер милосердия в Москве — Никольская — возникла при Дамском попечительстве о бедных. Ее организовали в 1848 г. во время эпидемии холеры супруга московского генерал-губернатора княгиня Софья Степановна Щербатова и видный врач-гуманист Федор Петрович Гааз. Общину возглавила Анастасия Павловна Щербинина.

Сестры ухаживали за больными в Первой городской больнице и в учрежденной Ф.П. Гаазом больнице для чернорабочих, которую впоследствии переименовали в честь императора Александра III. Они контролировали действия сиделок, читали больным духовную литературу, заботились об их спокойствии и утешении, а кроме того узнавали о состоянии бедных больных, находившихся у себя дома, чтобы помочь им из средств Дамского попечительства. По просьбе частных лиц сестер отпускали для ухода за больными на дому.

В конце 1850-х годов архив общины сгорел, поэтому подробные сведения о ее деятельности практически отсутствуют. К 1874 г. в Никольской общине осталось несколько пожилых сестер милосердия, которые перешли в богадельню. Община прекратила свое существование, но в 1914 г. с началом Первой мировой войны была восстановлена по инициативе попечительницы Лефортовского отделения Московского Дамского попечительства о бедных О.Л. Еремеевой.

В 1865 г. 30 сестер московской Никольской общины во главе с ученицей Ф.П. Гааза княгиней Наталией Борисовной Шаховской переселились в дом на Покровской улице. Они продолжали работать в Полицейской больнице и других бесплатных больницах Москвы для чернорабочих (прежде всего Яузской и Старо-Екатерининской на Мещанской улице).

С рвением, достойным удивления

В 1868 г. Н.Б. Шаховскую официально назначили начальницей новой общины «Утоли моя печали», а ее заместительницей — вдову статского советника Елизавету Григорьевну Бушман. И в 1881 г. община получила статус самостоятельного учреждения под непосредственным покровительством императора, наименование «Александровская» и стала одной из самых крупных в России. Так, в 1877 г. она насчитывала около 250 сестер милосердия.

Объем и глубина подготовки позволяли сестрам не только профессионально ухаживать за больными и оказывать доврачебную помощь, но также ассистировать на операциях. Особенным мастерством, духовностью и самоотверженностью отличались «крестовые» сестры. В 1871 г. княгиню Н.Б. Шаховскую и шесть ее сподвижниц посвятили в «крестовые сестры любви и милосердия».

Надо сказать, что сестры на добровольных началах трудились в московском военном госпитале уже за много лет до официального разрешения о зачислении в штат. Врачи отмечали их хладнокровие, самоотверженность, кротость и твердость характера, горячее стремление облегчить участь раненых, особенно безнадежных пациентов. Так, Московский Генеральный императора Петра I военный госпиталь в Лефортово получил 15 сестер: по одной на 100 больных. Командование и доктора-мужчины всегда высоко ценили их действенную помощь в лечении и выживании пациентов. Например, в приказе № 108 от 9 октября 1896 г. начальник госпиталя писал: «С рвением, достойным удивления, они посвящали себя делу милосердия как в годы русско-турецкой войны, так в более позднее время».

Первый широко известный подвиг сестер общины «Утоли моя печали» — работа во время эпидемии азиатской холеры 1872 г. Испугавшись заражения, многие наемные служащие московских больниц разбежались, оставив больных на попечение сестер милосердия. Несколько сестер погибли, выполняя свой долг. Но авторитет общины возрос, и ее сестер начали приглашать в Курск, Тверь, Моршанск, Ярославль, Санкт-Петербург и даже в Гамбург.

По свидетельству современников, «госпитали, земства, фабрики нарасхват разбирают сестер, и они всюду получают самые лестные отзывы от врачей и общее доброе мнение, и уважение своим знанием, опытом, усердием и христианским исполнением нелегких обязанностей».

С 1898 по 1900 г. в качестве консультантов больницы св. царицы Александры княгиня Н.Б. Шаховская приглашала прежде всего профессоров и преподавателей Московского университета с большим врачебным стажем. Большинство больных размещалось в хирургическом отделении. Операции производил главным образом профессор И.К. Спижарный, которого в 1900 г. утвердили



Иверская община сестер милосердия

директором больницы. Оперировали также профессор А.А. Бобров и его ученик приват-доцент С.П. Федоров.

Отметим, что Александр Алексеевич Бобров был профессором факультетской хирургической клиники Московского университета. Он разработал новые способы операций аппендицита, эхинококка печени, зоба, грыж и т.д., сконструировал аппарат для подкожных и внутривенных вливаний физиологического раствора, написал оригинальное руководство по хирургии и одним из первых стал применять кокаин для местной анестезии.

В последующие годы больница св. царицы Александры расширяла свою деятельность, пользовалась хорошей репутацией, и в медицинских кругах за ней утвердилось название Лефортовской Александровской клиники.

Общественное призрение

После отмены крепостного права вследствие реформы 1861 г. в России появилось большое количество людей без средств к существованию (бездомных, нетрудоспособных, безработных, брошенных сирот и т.д.). Это обстоятельство вынуждало правительство привлекать через церковь новые силы к общественному призрению. Поэтому с 1864 г. церковные приходы начали создавать приходские попечительства и братства, которые организовывали благотворительную помощь нуждающимся.

Ряд учреждений духовного ведомства имели самостоятельный статус. Самое крупное из них — епархиальная Владычне-Покровская община сестер милосердия.

Она была учреждена в конце 1869 г., а в 1870 г. получила территорию бывшего загородного царского дворца в Покровском-Рубцове (современный адрес — ул. Бакунинская, д. 83, и ул. Гастелло, д. 42–44).

В 1872 г. община открылась официально. Она подчинялась московскому митрополиту и возглавлялась бывшей игуменьей Серпуховского монастыря Митрофанией (Прасковьей Розен). В 1871 г. ее избрали председательницей Московского дамского комитета общественного попечения о больных и раненых воинах, поручив устроить при общине лазарет для хирургических больных на 10 коек.

При Владычне-Покровской общине функционировали больницы, амбулатория, аптека, детский приют, общеобразовательная и шелководческая школы, рукодельные мастерские. В приемном покое врачи ежедневно и бесплатно обслуживали в основном живших поблизости малоимущих рабочих.

В 1908–1913 гг. в общине работало 35–45 сестер-крестовиц, 30–70 младших сестер и 20–60 испытуемых. Вне общины сестры служили в Московском Генеральном императора Петра I военном госпитале, Старо-Екатериненской, Покровской и Яузской больницах.

Под знаком Красного Креста

Три московские общины сестер милосердия — Александринская, Иверская и Никольская — были созданы Российским обществом Красного Креста (РОКК). Так, в 1888 г. супруги Вишневские учредили Александринскую общину при комитете «Христианская помощь» (современный адрес — ул. Писемского, д. 9). Иверская община (ул. Малая Якиманка, д. 17) основана в 1894 г. при Московском дамском комитете РОКК под покровительством великой княгини Елизаветы Федоровны Романовой. Воссозданная в 1914 г. Никольская община получила наименование в честь своих основателей — доктора Ф.П. Газа и княгини С.С. Щербатовой.

Испытание будущих сестер Красного Креста продолжалось не меньше года. Оно включало в себя практическую и теоретическую подготовку к уходу за больными и ранеными под руководством главного врача общины и сестры-настоятельницы, а также проверку нравственных качеств, необходимых для служения. Практические занятия проходили в собственных больницах, аптеках и тех лечебных заведениях, с которыми община имела договоренность.

При общинах, входивших в состав РОКК, работали аптеки, хирургические и терапевтические клиники, амбулатории, прием в которых вели лучшие врачи города. Так, персонал хирургической клиники Иверской общины состоял из видных сотрудников кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Московского университета: заведующего профессора П.И. Дьяконова (после него — И.П. Алексинского), ассистента И.П. Ланга, после кончины которого помощником стал Ф.А. Рейн, ординаторов Г.И. Волынцева и А.А. Дешина. Операционными заведовали 2 сестры милосердия и 5 сестер ухаживали за больными.

Уместно подчеркнуть, что Петр Иванович Дьяконов — основатель крупной хирургической школы, создатель журналов «Хирургическая летопись» и «Хирургия», председатель хирургического общества Москвы и оргкомитета по созыву I Всероссийского съезда хирургов (1900 г.). П.И. Дьяконов разрабатывал вопросы, связанные с асептикой, пластической хирургией, онкологией, желчекаменной болезнью, обезболиванием, послеоперационной реабилитацией. Его помощник Федор Александрович Рейн — один из учредителей (1896 г.), член правления (с 1900 г.), а с 1905 г. — председатель Общества российских хирургов, с 1907 г. был избран председателем правления Пироговского общества врачей. Он принимал активное участие в съездах хирургов. Автор многочисленных научных трудов.

Многопрофильный стационар

В хирургическую клинику Иверской общины поступали пациенты с различными диагнозами в хроническом и остром состоянии. Там производились сложные для того времени операции. Например, в 1900 г. было сделано 165 операций, в том числе: 14 грыжесечений, 3 иссечения зоба, 8 аппендэктомий, 3 гастростомии, 1 эхинококкотомия, 1 иссечение слепой и восходящей ободочной кишок, 1 удаление желчного пузыря, 3 удаления яичников, 1 пилоропластика.

П.И. Дьяконов систематически занимался пропагандой новых операционных методов. Для повышения квалификации и стажировки к нему приезжали земские врачи Московской губернии. И он сам выезжал на земские участки. Особенно большую помощь он оказал выдающемуся земскому хирургу Г.А. Архангельской в организации оперативной помощи в ее участковой Петровской больнице Московской губернии.

С осени 1905 г. пациентов клиники консультировал известный хирург Ф.И. Березкин, а с 1906 г. — видный гинеколог В.Ф. Снегирев. Все это свидетельствует о высоком по тем временам уровне лечебной помощи в клинике Иверской общины. В 1909 г. благодаря пристройке число мест в клинике увеличилось до 35, появились 2 операционные, в одной из которых оперировали больных с гнойными процессами. Согласно отчету за 1912 г., хирургической клиникой продолжал заведовать И.П. Алексинский. Его помощником был старший ординатор А.Х. Бабасинов. В штат входили еще 7 ординаторов. Клиника приняла 435 больных, из них 352 — платных и 83 — бесплатных. Произведено 425 операций у 392 пациентов. 15 октября 1896 г. открылась амбулатория Иверской общины. К 1 января 1900 г. в Иверской лечебнице под руководством московского городского акушера Ивана Константиновича Юрасовского работали уже 36 врачей. Большинство из них — ординаторы, ассистенты и приват-доценты Московского университета. Согласно отчету, в 1900 г. амбулатория работала 232 дня и приняла 9168 больных.

Терапевтическая клиника Иверской общины открылась в 1901 г. и состояла из одной 2—3-местной палаты, кабинета врача, лечебной комнаты и ванны. Работой заведовал городской акушер И.К. Юрасовский. Кроме заболевших сестер общины туда принимали иных больных, но только на свободные места и за плату. Малоимущие пациенты лечились бесплатно за счет пожертвованного на эти цели капитала. На 1 января 1904 г. в терапевтическом

Научная база

Иверская клиника являлась экспериментальной базой для научной работы хирургической школы профессора П.И. Дьяконова. Выделим названия некоторых публикаций, составленных на основании практического опыта работы сотрудников в этой клинике: Дьяконов П.И. К вопросу о хирургическом лечении геморроя (Хирургия, 1900 г., № 39, с. 276); Дьяконов П.И. О ринопластике (см. Лекции оперативной хирургии П.И. Дьяконова, Ф.А. Рейна, Н.К. Лысенкова. Вып. I. Москва, 1901 г.); Рейн Ф.А. О чревосечении (см. Лекции оперативной хирургии П.И. Дьяконова, Ф.А. Рейна, Н.К. Лысенкова. Вып. I. Москва, 1901 г.); Рейн Ф.А. Обзор случаев воспаления червеобразного отростка, леченных в хирургической клинике Иверской общины за 1896–1901 гг. (Хирургия, 1901 г.); Волынцев Г.И. По поводу лечения альвеолярного эхинококка печени. (Хирургия, 1900 г., № 40, с. 340); Саввин В.Н. К хирургии рубцовых сужений пищевода (Хирургия, 1900 г., № 45, с. 217). Помимо написания научных статей, сотрудники хирургической клиники Иверской общины успешно защищали диссертации, например, А.В. Старков по теме «Этиология и патологическая анатомия мышечной кривошеи», А.Я. Суетинов по теме «Геморрой и его хирургическое лечение». В приложении к обзору деятельности клиники за 1907–1909 гг. тоже опубликованы научные исследования, проведенные ее сотрудниками. Вот, например, статьи И.П. Алексинского: «К технике закрытия пупочных и послеоперационных грыж», «Случай замкнутого дивертикула слепой кишки», «К технике иссечения прямой кишки при высокорасположенных злокачественных опухолях».

женском отделении было 7 кроватей. В течение 1903 г. принято 36 пациенток. Также в Иверской общине функционировала поликлиника. За 176 рабочих дней 1905 г. было принято 13 251 пациент, в среднем 74 за день. Под наблюдением заведующего поликлиникой доктора М.Н. Плешкова сестры делали массаж, электризацию, подкожные инъекции мышьяка как платным, так и бесплатным больным. В 1906 г. по распоряжению великой княгини Елизаветы Федоровны поликлинику снабдили необходимым оборудованием для бактериологической лаборатории (микроскопы Лейтца и Рейхерта, автоклав, термостат и т.д.). Таким образом, лечебница была оборудована на уровне развития медицины своей эпохи.

В последующие годы поликлиникой руководили ученики знаменитого терапевта А.А. Остроумова: приват-доценты Московского университета, старшие ординаторы, а в будущем крупные ученые, заведующие терапевтическими кафедрами Эдуард Владимирович Готье-Дюфайе и Дмитрий Александрович Бурмин. С 1908 г. заведующим стал С.Н. Покровский. В течение 106 рабочих дней 1912 г. эту лечебницу посетили 10 755 человек. Им сделали 166 хирургических операций и 3134 перевязки.

В том же 1913 г. высокую оценку активной и масштабной деятельности Иверской общины в России и за рубежом дала комиссия Главного управления РОКК во главе с его председателем А.А. Гофмейстером. Главному врачу А.П. Алексинскому присвоили чин действительного статского советника, многим сестрам объявили благодарности и вручили ордена.

Именем князя Долгорукова

В отличие от Иверской, другая краснокрестная община сестер милосердия Москвы — Александринская при комитете «Христианская помощь» — была менее крупной и не имела собственных лечебных учреждений. Ее сестры работали преимущественно в заведениях комитета «Христианская помощь» — лечебнице имени московского генерал-губернатора, князя Владимира Андреевича Долгорукова, поликлинике имени великой княжны Ольги Николаевны Романовой и т.д. В числе консультантов лечебницы имени князя В.А. Долгорукова был видный невропатолог и дефектолог Григорий Иванович Россолимо. Он же заведовал неврологическим отделением в поликлинике имени великой княжны Ольги Николаевны при комитете «Христианская помощь».

В 1909-м и последующие годы обязанности главного врача и заведующего хирургическим отделением поликлиники исполнял доктор медицины Сергей Михайлович Руднев. Гинекологическим отделением руководил почетный консультант, приват-доцент Московского университета, профессор А.П. Губарев. Больных консультировали известные доктора: заслуженный профессор Московского университета, один из основоположников русской оперативной гинекологии, организатор и директор первого института усовершенствования гинекологов Владимир Федорович Снегирев и приват-доцент Московского университета, доктор медицины Сергей Иванович Благоволин.

К 1 января 1910 г. в Александринской общине состояло уже 59 сестер милосердия и 40 испытуемых. Терапевтическое отделение поликлиники значительно расширилось. В нем лечились 117 человек (73 женщины и 44 мужчины).

Новые приборы позволяли применять дополнительные методы диагностики. Например, пожертвованный благотворителем термостат давал возможность делать более сложные бактериологические исследования, необходимые инфекционным больным. Прибор «Мультостат» предназначался для использования электрического тока в лечебных целях (постоянный, переменный, синусоидальный и другие

Прием амбулаторных больных в Иверской общине



токи, вибрационный массаж, гидроэлектрические ванны). Специально обученные сестры осуществляли электризацию, а также массаж и лечебную гимнастику больных, страдающих нервными заболеваниями, ожирением и т.д. Поликлиника Александринской общины при комитете «Христианская помощь» была оборудована на уровне развития медицины своей эпохи.

В продолжение традиций

Осенью 1915 г. при воссозданной Никольской общине сестер милосердия открылись сразу четыре лечебных заведения: платная терапевтическая клиника для малоимущих на 30 мест, госпиталь Красного Креста для душевнобольных на 150 мест, психиатрическая больница для беженцев на 100 мест и брюшнотифозный госпиталь на 50 мест (за счет Московской городской управы).

Терапевтической клиникой руководил профессор Александр Петрович Ланговой, психиатрической — Е.Г. Делов, консультантами двух больниц являлись профессора Д.Д. Плетнев, Л.С. Минор, Н.И. Победимский, А.И. Лянц и приват-доценты П.А. Герцен, Е.Н. Малютин и К.В. Снегирев. Все это говорит о серьезном отношении медицинской общественности Москвы к работе в лечебных учреждениях Никольской общины.

Одна из важных функций московской Никольской общины — социально-психологическая поддержка и реабилитация воинов-инвалидов и членов их семей (выдача денежных пособий; направление на бесплатное курортное лечение или лечение на льготных условиях; присмотр за воинами-инвалидами в приютах,

инвалидных домах, богадельнях; снабжение протезами, костылями, очками; обеспечение бесплатной медицинской помощью в лечебных учреждениях).

Сотрудничала с РОКК, хотя формально и не зависела от него, Павловская община сестер милосердия. Она возникла в 1901 г. и располагалась по адресу ул. Плющиха, д. 13. Функционировала как самостоятельное благотворительное учреждение для оказания всесторонней помощи бедному населению Москвы. Это была единственная московская община сестер милосердия, куда принимали замужних женщин и где сестры не жили постоянно. Главным образом они навещали больных и нуждающихся на дому.

В феврале 1903 г. Павловская община открыла амбулаторию: два кабинета для приема пациентов, комнаты для ожидания и одна палата с двумя кроватями на случай экстренной необходимости. Бесплатный прием больных проводился сначала три раза в неделю, а затем из-за большого наплыва пациентов каждый день без выходных. В 1908 г. помещение амбулатории расширили и разместили в нем стоматологический кабинет. В ноябре 1909 г. открылось стационарное отделение с водолечебницей.

Новая профессия

Основанные на принципах гуманизма и патриотизма, общины сестер милосердия сыграли главную роль в становлении новой женской профессии. В сознании современников звание сестры милосердия уже прочно ассоциировалось с медицинской сестрой.

Поэтому, создавая Марфо-Мариинскую обитель милосердия в 1909 г., великая княгиня Елизавета Федоровна Романова строила ее как организацию иного типа, новую форму женского церковного служения.

Будучи попечительницей московской Иверской и петербургской Елизаветинской общин, Е.Ф. Романова подчеркивала: «Мне бы также не хотелось обращать мою обитель в обыкновенную общину сестер милосердия, так как, во-первых, там только одно медицинское дело, а другие виды даже не затронуты и, во-вторых, в них нет церковной организации и духовная жизнь на втором плане, тогда как должно быть совершенно наоборот».

Задачи новой обители представлялись Елизавете Федоровне более широкими, чем традиционный уход за больными. Это видно из отчета за 1910 год: «Увеличение сестер обители и сотрудниц и окончание многими сестрами медицинских занятий дали возможность, помимо обслуживания амбулаторий, больниц (при обители и в убежище чахоточных) и аптеки, еще приступить к посещению сестрами больных и бедных на местах их жительства, равно расширить педагогическое дело и открыть питательный пункт для крайне нуждающихся семейств. Все эти виды благотворительности возникли при обители сами собой из тех просьб о помощи, с надеждой на которую ежедневно обращаются в обитель бедные, больные и беспомощные. Эти просьбы требовали и требуют одних посетить на местах их жительства, чтобы воочию видеть размер нужды и определить потребную помощь, других — лечить и кормить, третьих — спасти из той ужасной обстановки, среди которой они очутились, дабы дать возможность нравственно окрепнуть и поучиться элементарной грамотности и тому, что должно знать каждому православному христианину. Приходя с посильной помощью этой нужде, обитель постепенно открывала и расширяла служение больничное, школьное и миссионерское...».

Марфо-Мариинская обитель — не монастырь в строгом понимании этого слова, хотя устав и распорядок дня напоминали монастырские. Скорее это был миссионерско-благотворительный и лечебный центр. Сестры работали



Основанные на принципах гуманизма и милосердия, общины сестер милосердия сыграли главную роль в становлении новой женской профессии — медицинская сестра

безвозмездно, одинаково помогая как некрещеным людям, так и иноверцам. Великая княгиня добивалась регулярной высококвалифицированной всесторонней поддержки больного.

Непременным условием патронажа на дому была также социальная защита: устройство в лечебницу, богадельню, на работу, помощь одеждой, лекарствами, деньгами и продуктами. С профессиональным медицинским и социальным обслуживанием сочеталась духовная помощь, включающая церковные таинства исповеди, соборования и причастия.

Первоначально обители принадлежали четыре здания: сестринский корпус с трапезной; больница с амбулаторией (в 1913 году в ней было зарегистрировано 10 814 посещений); дом настоятельницы и священника. В годы расцвета (1914–1917 гг.) в обители трудилось более 150 сестер милосердия.

По сути, Е.Ф. Романова создала структуру, воплотившую положительный опыт организации западных (католических и протестантских) благотворительных орденов и отечественных общин милосердия. Уровень системы организации обители был очень высоким. Попечение о душах пациентов считалось основой любой деятельности. В медицинском служении сестер выделялись три направления: собственно медицинская работа в учреждениях обители; послушание вне стен обители (патронаж) и подготовка медицинского персонала.

Труженики обители искренне считали, что каждый человек — независимо от его расы, национальности, вероисповедания, пола, возраста, социального положения, личных достоинств или недостатков — имеет право на их заботу. И бродяга,

и простолюдin, и прокаженный, и убогая вдова, и сирота, и нежеланный ребенок, и даже плод во чреве матери — всем им по мере возможности надлежит оказывать сострадание и милосердие. Благоговейное отношение к человеческой жизни — одна из высших добродетелей. Проповедуя это, сотрудницы обители делали услуги врачевания доступными для всех нуждающихся, включая изгоев общества, осужденных и врагов.

Все сестры проходили курс элементарных медицинских знаний, чтобы при амбулаторном посещении больных на дому уметь оказать первую помощь. Те из них, кто работал в больнице, дополнительно слушали специальные медицинские курсы. Больница Марфо-Мариинской обители считалась образцовой во всей Москве и пользовалась такой блестящей репутацией, что туда часто направляли самых тяжелых, лежачих больных из других госпиталей. Обительская больница была небольшой: всего 20 мест. В ней периодически дежурили лучшие врачи города. Многие хирурги оперировали бесплатно. Московские доктора изумлялись уходу за больными и методам лечения в обители, особенно когда выздоравливали, казалось бы, абсолютно безнадежные пациенты.

Больных консультировали лучшие московские доктора медицины: А.А. Корнилов, Ф.И. Березкин, Ф.А. Рейн, А.Ф. Иванов, П.В. Любомудров и другие. К примеру, Александр Федорович Иванов был профессором оториноларингологии Московского университета и Высших женских курсов, организатором первого в России съезда оториноларингологов (1908 г.), а Павел Васильевич Любомудров — секретарем Общества военных врачей, сотрудником бесплатной лечебницы военных врачей и Московского военного госпиталя.

Об отношении к больному человеку рассказывается в жизнеописании настоятельницы обители Елизаветы Федоровны Романовой. Иногда во время ночного обхода, когда кто-нибудь из пациентов метался от боли и звал на помощь, она просиживала у его постели до рассвета, всеми силами облегчая страдания. Обучая сестер, Елизавета Федоровна старалась привить им наравне с практическими медицинскими знаниями нравственную и деонтологическую культуру.

Традиция ухода

История однозначно свидетельствует о том, что общины сестер милосердия середины XIX — начала XX века внесли огромный вклад в здравоохранение Москвы. Их деятельность является развитием той традиции ухода за больными и ранеными, которая исстари существовала на Руси. Реализация этой отечественной традиции приняла упорядоченные формы, всецело поддерживалась обществом и государством. Сестры милосердия выполняли важную социальную функцию, приходя на помощь государству в призрении сирот и престарелых, а также оказывая качественную и доступную медицинскую помощь неимущим и нуждающимся слоям населения.

На базе различных лечебных учреждений московских общин происходило развитие специализированной помощи населению: психиатрической, педиатрической, акушерско-гинекологической, стоматологической и т.д. В качестве сотрудников, консультантов и преподавателей к работе привлекались видные специалисты той эпохи. Высокая квалификация медицинского персонала и образцовый уход за больными поднимали авторитет общинных лечебных учреждений. Именно здесь продолжали формироваться не только современная практика ухода за больными, но также профессиональная этика и философия, на которых базируется сестринское дело сегодня.



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**