

Современные технологии

Новые операции — трудные победы

Кубанские хирурги показывают высочайший класс в своей работе



Жизненно важная операция проведена на Кубани. Команда торакальных хирургов под руководством главного врача Научно-исследовательского института — Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского Министерства здравоохранения Краснодарского края академика Владимира Порханова удалила у 17-летней девушки огромное новообразование.

Юная Залина несколько лет ощущала давящие, распирающие боли в грудной клетке, как будто там — инородное тело. Флюорография выявила новообразование левой плевральной полости. Размер опухоли оказался внушительным — диаметром 25 см.

Гигантская опухоль не давала лёгкому нормально работать, сдавливала сердце, близлежащие сосуды и ткани. Необходимо было удалить её, не повредив соседние органы. Операция

Во время одного из ответственных этапов операции

прошла успешно. Сегодня девушка быстро выздоравливает и готовится к выписке.

«В нынешнем году врачи Кубани провели более 600 тыс. операций различной сложности, помогая пациентам избавиться от недуга и вернуться к активной жизни, — подчеркнул министр здравоохранения края Евгений Филиппов. — Благодаря поддержке губернатора Вениамина Кондратьева у нас сегодня есть все возможности для оказания медпомощи на самом высоком уровне: достойное финансирование, квалифицированные специалисты, развитые малоинвазивные и робототехнологии и даже собственные разработки в области биоинженерии. С начала года высокотехнологичную медпомощь получили 40 тыс. кубанцев — это на 10 тыс. человек больше, чем в прошлом».

В повседневную практику кубанские медики внедряют самые передовые технологии и методики. Сегодня подобная медпомощь доступна для всех жителей края. Ежегодно финансирование отрасли растёт: если в 2017 г. из краевого бюджета на развитие кубанского здравоохранения было выделено свыше 42 млрд руб., это на 1,5 млрд больше, чем в 2016 г., то в новом году из бюджета края планируется направить на нужды здравоохранения ещё на миллиард больше. Эти средства позволяют добиваться развития всех направлений здравоохранения.

Аревик ТАМРАЗЯН,
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

Продолжение темы см. на стр. 7

Виталий ФЛЕК,
помощник министра
здравоохранения РФ:

В госгарантиях на 2018 г. увеличивается норматив на госпитализацию по профилю «онкология».

Стр. 5



Владислав КУЧМА,
директор НИИ гигиены и охраны
здоровья детей и подростков,
главный специалист Минздрава
России по школьной медицине,
член-корреспондент РАН:

Врач по гигиене детей и подростков вполне может стать центральной, действенной фигурой на территории школы и поликлиники.

Стр. 6



Евгений КРЮКОВ,
начальник Главного военного
клинического госпиталя
им. Н.Н.Бурденко,
генерал-майор
медицинской службы,
член-корреспондент РАН:

Спасая наших пациентов, мы боремся за каждую жизнь, чего бы это ни стоило Министерству обороны РФ.

Стр. 10–11



Тенденции

Травматологи, на выезд!

Более 15 лет специалисты Сургутской клинической травматологической больницы Ханты-Мансийского автономного округа — Югры проводят выездные приёмы для жителей региона. Они регулярно посещают города и посёлки автономного округа.

На днях выездная врачебная бригада больницы проконсультировала жителей городов Югорска и Советского. Травматологи-ортопеды Олег Черкас и Артём Мазаров за 2 дня работы приняли более 40 пациентов, включая детей первых лет жизни, обследовали больных, которые проходят лечение в стационарных отделениях районных больниц.

— Десять человек были направлены на лечение или дополнительное обследование в травматологическую больницу Сургута. Как правило, это те, кому необходима специализированная медицинская помощь. Например, многим предстоит высокотехнологичная операция по замене сустава — эндопротезирование, — прокомментировала

ла руководитель выездной врачебной бригады Светлана Алиева.

Один из основных разделов работы такой бригады — обследование детей. По словам врачей, за консультацией преимущественно обращались пациенты с заболеваниями центральной нервной системы, некоторые из них в перспективе продолжают лечение в Сургуте в детских отделениях.

— Выездная врачебная бригада даёт возможность получить консультацию узких специалистов на месте, не выезжая в окружной центр, — отметила С.Алиева. — В результате часто пациентов направляют на дополнительное обследование в специализированное лечебное учреждение.

Случаются в практике и неотложные ситуации, когда врачам приходится выполнять экстренные операции или отправлять санавиацию тяжёлобольных пациентов в травматологическую больницу.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Сургут.

Перемены

Медицинский прогресс в Биробиджане

В онкологическом диспансере многофункционального центра Биробиджана впервые в Еврейской автономной области заработали аппараты магнитно-резонансной и спирально-компьютерной томографии. Теперь местным жителям не нужно ехать в соседние регионы, чтобы пройти диагностическое обследование.

Пройти необходимые процедуры на новых аппаратах в диагностическом отделении в центре пациенты смогут по направлению врача онкологического диспансера или других медицинских учреждений ЕАО. У стойки регистрации они будут записываться на определённое время, что позволит избежать очередей. Кабинет МРТ работает в две смены

и может обслуживать до 7-8 человек в день.

Как заверяют онкологи, диагностика с помощью новой медицинской техники позволит значительно сократить смертность от рака в ЕАО за счёт раннего выявления болезни.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Биробиджан.

Новости

Медкластер «Сибирский»
укрепляет связи

В Омске впервые состоялось совещание ректоров и представителей вузов-участников медицинского кластера «Сибирский».

Встреча прошла в конференц-зале Омского государственного медицинского университета и была посвящена организации совместной научно-исследовательской деятельности ведущих медицинских вузов Сибирского федерального округа. Научно-образовательный кластер «Сибирский» объединяет 6 высших образовательных медицинских учреждений Омска, Новосибирска, Алтая, Томска, Красноярска и Кемерово.

Как напомнил и.о. ректора ОмГМУ, доктор медицинских наук, профессор Виталий Охлопков, объединение сибирских вузов в единую «команду» стало возможным на основании соглашения между участниками кластера, заключённого в соответствии с приказом Минздрава России № 844 от 26. 11. 2015 «Об организации работы по формированию научно-образовательных медицинских кластеров».

– В рамках работы нашего кластера ректоры, конечно же, посещали вузы соседних регионов, – рассказал В.Охлопков. – Мы постоянно обмениваемся опытом, обсуждаем актуальные проблемы, регулярно проводим селекторные совещания и телемосты. И вот теперь впервые смогли собраться все вместе в Омске, чтобы обсудить проблемы науки.

В работе совещания принял участие заместитель председателя правительства Омской области, министр здравоохранения региона Андрей Стороженко, который отметил, что коллектив университета всегда ориентировал процесс обучения будущих врачей на практическую деятельность. Этот принцип подготовки студентов в ОмГМУ сохраняется и в наше время.

Под «занавес» совещания участники обсудили и такую важную проблему, как здоровый образ жизни и способы его продвижения в студенческой среде. Во время дискуссии гости обменялись новыми идеями по популяризации здорового образа жизни среди молодёжи.

Кроме совещания принимающая сторона познакомила гостей с историей вуза, организовала экскурсию по корпусам университета и в анатомический музей, показала лаборатории и спорткомплекс «Олимпийский».

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

Скорая для Сахалина —
больше чем скорая!

Документы на новые автомобили получили главные врачи центральных районных больниц Поронайска, Долинска, Корсакова и Холмска, а также станции скорой помощи Южно-Сахалинска. В распоряжение Сахалинской областной клинической больницы переданы два новых реанимобиля.

Ключи от автомашин медикам вручил губернатор Сахалинской области Олег Кожемяко. Он отметил, что изношенность автомобильного парка областных учреждений здравоохранения по-прежнему остаётся высокой, поэтому работа по оснащению ЛПУ специализированным транспортом будет продолжена, в том числе и на Курильских островах.

Новые автомобили оснащены современным оборудованием и предназначены для оказания экстренной медицинской помощи, транспортировки, мониторинга состояния пациентов и проведения интенсивной терапии на догоспитальном этапе. В машинах установлена инновационная система полного привода для обеспечения дополнительной надёжности при движении на скользкой дороге и по бездорожью. Кузов транспортного средства выше обычного, что удобно при оказании помощи пациентам в пути. Автомобили оснащены передовыми двигателями, которые соответствуют строгим европейским нормам выбросов Евро-4, в то же время обладают большей мощностью и способны обеспечить высокую проходимость машины.

За счёт федеральных и областных средств обновляется санитарный транспорт во всех районах Сахалинской области. Только за последний год региональные службы скорой помощи пополнились 10 автомобилями. Ещё 9 машин вскоре также будут распределены по району острова.

– Переоснащение медицинского автопарка позволило нам улучшить один из главных показателей службы скорой помощи – скорости прибытия к пациенту, – отметил Алексей Пак, министр здравоохранения региона. – Почти 90% машин доезжают до нужного адреса в течение 20 минут. Ещё год назад такой скоростью могли похвастаться лишь 78%.

Николай ИГНАТОВ.

Южно-Сахалинск.

Против эпидемии гриппа

Темпы иммунизации населения против гриппа в столице выше прошлогодних: за счёт всех источников финансирования против этой инфекции по состоянию на декабрь привито свыше 55% населения города.

Эти данные прозвучали на заседании коллегии Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) по Москве. На нём рассмотрен вопрос «Об итогах эпидсезона гриппа и ОРВИ 2016/2017 и организации противоэпидемических мероприятий среди населения Москвы в эпидсезон 2017/2018».

Напомним, что стандартные сроки вакцинации против гриппа у нас в стране октябрь – ноябрь. В этом случае за оставшееся до начала эпидемии время у вакцинируемого сформируется устойчивый иммунитет, который защитит его от инфекции. На развитие достаточного иммунитета против гриппа требуется 10-15 дней с момента попадания вакцины в организм.

В настоящее время в Москве наблюдается сезонный подъём заболеваемости ОРВИ и гриппом, при этом эпидемиологическая ситуация по ним спокойная, уровни заболеваемости соответствуют данному периоду года. Как в отдельных возрастных группах, так и по совокупному населению столицы они ниже расчётных эпидемических величин. В эпидсезон 2016/2017 в подавляющем большинстве случаев пока регистрировался вирус гриппа А/Н3N2, тогда как в эпидсезон 2015/2016 преобладающий характер имел вирус гриппа А/Н1N1/pdm09.

Константин БЕЗНЕГ.

Москва.

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

Главная тема

Всем миром
против наркотиков

Удалось коренным образом изменить ситуацию

Уровень распространённости наркомании в России снизился с 2010 г. на 17%, или на 58,5 тыс. человек, сообщила на международной конференции «Парламентарии против наркотиков» министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. По её словам, ежегодно около 38,5 млн россиян проходят медосмотры психиатрами и психиатрами-наркологами.

Международную конференцию «Парламентарии против наркотиков», в которой приняли участие более 40 стран, провела в Москве Государственная Дума при участии ООН. Официальным организатором представительного форума является Национальный антинаркотический союз.

Выступая на конференции, В.Скворцова напомнила, что с 2014 г. в отношении наркопотребителей уголовное наказание может быть заменено в нашей стране возможностью пройти лечение и реабилитацию. «В 2016 г. в связи с решением суда на амбулаторное лечение было направлено 12 802 больных с наркоманией. Благодаря системному комплексному подходу удалось коренным образом изменить ситуацию», – заявила В.Скворцова.

Глава Минздрава России отметила, что в стране внедряются инновационные подходы к лечению наркомании, в частности, внедрены оригинальные лекарственные препараты, используются подходы к лечению на основе молекулярно-генетического анализа. Для проведения медицинской реабилитации в стационарных условиях созданы 20 реабилитационных центров и 118 отделений – доступность её для наркопотребителей, таким образом, обеспечена. Всю медицинскую помощь им оказывают бесплатно. Особое внимание уделяется инновационным методам лечения больных наркоманией, которые могут стать эффективной альтернативой заместительной терапии.

В то же время оборот наркотических веществ и их прекурсоров в стране – под строгим контролем и надзором, подчеркнула В.Скворцова. А выявление приёма наркотиков фиксируется и в рамках диспансеризации взрослого населения. В 2013-2016 гг. этот показатель составил 0,14%.

С 2015 г. раннее выявление незаконного потребления наркотических средств организовано и в образовательных организациях.



На трибуне конференции – В.Скворцова

«По результатам проведённых профилактических осмотров среди почти 460 тыс. обучающихся выявлено более 2400 фактов употребления психоактивных веществ, что составило 0,5%», – сообщила глава Минздрава. Во всех случаях проведены беседы, выданы направления к наркологу.

Осмотры психиатрами-наркологами и психиатрами включают уже лабораторное тестирование на наркотики. «Частота выявления факторов употребления наркотиков в ходе указанных осмотров составляет 0,03%», – сказала В.Скворцова. Она подчеркнула, что, согласно последним оценкам ВОЗ, на долю нарушений здоровья, вызванных употреблением наркотиков, приходится примерно 1,5% глобального бремени болезней, на долю потребителей наркотиков – примерно 30% новых случаев ВИЧ-инфекции.

Ранней диагностике наркомании, по словам министра, способствует также процедура медицинского освидетельствования на состояние опьянения. В 2016 г. специалистами наркологической службы такое освидетельствование проведено в отношении почти 2 млн человек, у 7,5% из них установлены факты употребления наркотиков или других неалкогольных психоактивных веществ, отметила глава Минздрава России.

По данным ВОЗ, четверть миллиарда человек в возрасте от 15 до 64 лет хотя бы раз в жизни принимали наркотик. Употребление психоактивных веществ является причиной более чем 450 тыс. смертей в год. Ещё один вызов сегодняшнего дня – наркотики становятся дешевле, доступнее, а каналы их доставки всё более изощрёнными. Снижается и возраст впервые употребивших наркотик.

«В этих условиях ни одна страна мира не может считать себя защищённой», – подчеркнул председатель Госдумы Вячеслав Володин. По его мнению, для эффективной борьбы с наркоугрозой нужна координация совместных действий: формирование модельного законодательства, выработка общих списков наркотических средств и психотропных веществ, совершенствование стандартов в области здравоохранения. «Мы должны исходить из принципа совместной и равной ответственности стран», – сказал спикер Госдумы.

Правительство РФ утвердило государственную программу «Противодействие незаконному обороту наркотиков», напомнил В.Володин. Она предусматривает создание национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей. На законодательном уровне ведётся постоянная работа по противодействию наркоугрозе.

На конференции выступили заместитель Генерального секретаря ООН, исполнительный директор Управления ООН по наркотикам и преступности Юрий Федотов, министр иностранных дел РФ Сергей Лавров, главы делегаций зарубежных стран, эксперты. В рамках конференции прошли три панельных дискуссии – «Наркозависимость: современные подходы к лечению и реабилитации», модератором которой выступил председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов, а также «Совершенствование законодательного регулирования борьбы с незаконным оборотом наркотиков» и «Роль НКО в борьбе с наркоугрозой».

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Cito!

События

Клиника первого
психотического эпизода

В столице состоялось открытие отдела терапии эндогенных психических расстройств на начальных этапах заболевания (Клиника первого психотического эпизода) – нового подразделения Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А.Алексеева, которое включает в себя стационарное отделение, дневной стационар, диспансерное отделение и патопсихологическую лабораторию.

– Благодаря объединению нескольких структурных подразделений в клинику первого психо-

тического эпизода нам удалось создать замкнутый цикл оказания комплексной медико-психологической помощи на ранних этапах заболевания, обеспечить непрерывное наблюдение в полустационарных и амбулаторных условиях. Это поможет добиться профилактики повторных обострений заболевания и инвалидизации, а особая терапевтическая среда позволит создать доверительное отношение к психиатрической службе в целом, – пояснил главный психиатр Департамента здравоохранения Москвы Георгий Костюк.

Стационарное отделение в составе клиники предназначено для

снятия острого психотического состояния. Дневной стационар предусматривает интенсивное лечение подострых состояний без госпитализации, то есть пациент получает медицинскую помощь без отрыва от привычной ему среды.

Диспансерное отделение оказывает медицинскую помощь в амбулаторных условиях. В свою очередь, патопсихологическая лаборатория обеспечивает реабилитационные мероприятия для пациентов и их родственников в сотрудничестве с лечащими врачами. Особенностью её работы является применение психотерапевтических подходов с доказанной эффективностью в соответствии с международными стандартами.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Cito!

Перспективы

Медтехника: курс — на импортозамещение

Общий объём отечественного производства медицинской техники и изделий вырос в прошлом году на 22,5% и составил 53,4 млрд руб. Доля российской продукции для здравоохранения составила 20%, увеличившись по сравнению с 2012 г. на 15,6%.

Эти цифры прозвучали на «круглом столе» на тему «Развитие отечественной медицинской промышленности для диагностики и оказания первой медицинской помощи» в рамках VIII Всероссийского конгресса пациентов.

— В прошлом году на российский рынок выведено 36 импортозамещающих медицинских изделий. Это система визуализации рентгеновских изображений, сосудистые стенты, протезы клапанов сердца, пациентские

мониторы, микроскопы, малогабаритные автоматические дефибрилляторы, — отметил начальник отдела нормативно-правового регулирования Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России Станислав Лебел.

Использование последних стало одной из тем обсуждения программы общедоступной дефибрилляции, реализация которой позволит спасти до 80 тыс. жизней в год. «При проведении дефибрилляции сердца в первые 3 минуты с момента происшествия шансы сохранить жизнь человеку составляют около 70%, каждая следующая минута промедления на 10% уменьшает их, — отметил член экспертного совета по развитию биотехнологий, фармацевтической и

медицинской промышленности Комитета Госдумы РФ по экономической политике, промышленности, инновационному развитию и предпринимательству Дмитрий Галкин. — В среднем минимальное количество случаев внезапной остановки сердца в России составляет порядка 145 тыс. в год».

Оборудование вокзалов, аэропортов и других мест массового пребывания людей автоматическими дефибрилляторами позволит, по мнению врачебного сообщества, в разы повысить качество оказания помощи людям в случае остановки сердца.

В России отечественную технику для программы общедоступной фибрилляции выпускают несколько предприятий. Эти компании производят приборы, которые не требуют специального медицинского образования

от человека, использующего их, в устройствах заложены голосовые и визуальные команды, которые измеряют сердечный ритм, принимают решение и определяют мощность дефибрилляции. Однако, согласно законодательству, эти аппараты могут использовать только люди со специализированным медицинским образованием. Сейчас подготовлен и находится на рассмотрении в Правительстве РФ поддержанный Минпромторгом законопроект, принятие которого позволит снять эти ограничения и дать старт программе общедоступной дефибрилляции.

Российские производители готовы также предложить врачебному сообществу современные решения в других сферах медицины. Компании активно внедряют, например, современные системы

суточного мониторингирования ЭКГ и артериального давления.

Как отметили участники обсуждения, для развития медицинской промышленности важно принятие федерального закона об обращении медицинских изделий. Кроме того, предложено создать рабочую группу с участием пациентского сообщества и предприятий медицинской промышленности, которая будет осуществлять мониторинг госзакупок конкурентоспособных медизделий, способных заменить импортные.

Политика приоритета локальной продукции позволит обеспечить здравоохранение качественными изделиями отечественного производства по приемлемым ценам.

Константин ШАРЫН.
МИА Сити!

Решения

Правительство утвердило госгарантии

Правительством Российской Федерации подписана программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Об этом сообщил на совещании с вице-премьерами председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

— Государство выделяет на здравоохранение весьма приличные средства, — сказал он. — И мы хотим, чтобы были достигнуты конкретные результаты: это спасённые жизни, выздоровление от тяжёлых заболеваний россиян, предусматривалось эффективное лечение, уделялось больше внимания предупреждению болезней.

Ранее бюджет в целом был принят Советом Федерации и подписан Президентом РФ.

По оценке экспертов, в 2018 г. предусмотрено значительное увеличение расходов на медицинскую помощь за счёт средств системы ОМС — прирост составит 333 млрд руб. (увеличение на 21,5%). Это позволит повысить тарифы на все виды медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС и даст возможность обеспечить граждан качественной и доступной медицинской помощью, а также

достигнуть показателей заработной платы медицинских работников в соответствии с Майскими указами Президента РФ.

Программа государственных гарантий содержит ряд новых положений, направленных на обеспечение качества медицинской помощи.

Скорректированы предельные сроки ожидания оказания специализированной медицинской помощи для пациентов с онкологическими заболеваниями, которые не должны превышать 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания.

Во исполнение пункта 15 плана мероприятий («дорожная карта») «Повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях», утверждённого распоряжением Правительства РФ № 1403-р от 01.07.2016, программа дополнена положением о том, что в целях обеспечения наркотическими и психотропными лекарственными препаратами граждан, имеющих право на получение лекарственных препаратов бесплатно при лечении в амбулаторных условиях, субъект

Российской Федерации, в котором гражданин зарегистрирован по месту жительства, вправе предусмотреть возмещение субъекту Российской Федерации, в котором гражданин фактически пребывает, затрат, связанных с его обеспечением наркотическими и психотропными лекарственными препаратами, в рамках межбюджетных отношений в соответствии с бюджетным законодательством.

Предусмотрено увеличение количества клиничко-статистических групп болезней по профилю «онкология» для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях с 3 до 15 с учётом использования современных лекарственных препаратов и схем химиотерапии.

В программе нашло отражение дальнейшее развитие оказания гражданам паллиативной медицинской помощи. В амбулаторных условиях она будет включать в себя посещения по паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому. Предложен новый критерий для оценки доступности этой помощи — доля посещений выездной патронажной службы на дом для оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в общем количестве. Целевое его значение субъект Российской Федерации будет устанавливать самостоятельно.

Алексей ПИМШИН.
МИА Сити!

Инициатива

В Омской области проходит первый этап акции «Милосердие», главная задача которой выявить места обитания людей без определённого места жительства и оказать им медицинскую, социальную и иную помощь, а также предотвратить несчастные случаи, которые тянутся шлейфом за теми, кто волею судьбы оказался на «дне» жизни.

Оденут, накормят, полечат...



С наступлением зимы бродяги, попрошайки и прочие бездомные, для которых летом и в тёплые осенние месяцы, как в крыловской басне про стрекозу, под каждым листком «был готов и стол, и дом», оказались в тяжёлой ситуации.

Вот, к примеру, один из последних случаев, попавших в сводки омских полицейских. В поисках тёплого пристанища 32-летний бомж спустился в тепловой коллектор, расположенный на перекрёстке улицы Заозёрной и проспекта Королёва, где в это время спал его 30-летний «коллега». Гость, пытаясь осмотреть «апартаменты», зажёг факел из бумаги. Вещи и мусор, на которых лежал спящий, начали тлеть. Он проснулся и закричал... начал кричать. Погорельца доставили в реанимацию ожогового центра городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1, где врачи констатировали у него ожоги третьей степени.

Акция «Милосердие 2017-2018» носит межведомственный характер. Среди его участников: Управление МВД России по Омской области, Министерство труда и социального развития региона, Министерство здравоохранения. Медики, социальные работники и полицейские будут выявлять места нахождения граждан, оказавшихся в сложной жизненной ситуации, и лиц без определённого места жительства. Их обеспечат продуктами наборами, тёплыми вещами, окажут социальную, психологическую, правовую помощь.

Со стороны учреждений здравоохранения области бродягам при необходимости будет оказано содействие в проведении медицинского обследования, а при наличии медицинских показаний они смогут пройти и стационарное лечение.

Татьяна ВАСИЛЬЕВА.
МИА Сити!

Омск.

Подписка-2018

Идёт подписная кампания



Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России — 2018» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

42797 — на год;

32289 — на полугодие;

50075 — на месяц.

Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, 8-916-271-08-13.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgz.ru

В регистре больных с такими заболеваниями Министерства здравоохранения РФ сегодня – более 17 тыс. человек, в том числе около 8 тыс. детей. Лечение назначено более 11 тыс. пациентам, но около 27% из них не обеспечены в настоящее время необходимыми лекарственными препаратами. Таковы последние данные, представленные на первом заседании Экспертного совета по редким (орфанным) заболеваниям Комитета Госдумы РФ по охране здоровья.

Решать в комплексе

Представившая эти данные депутатам и экспертам директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава Елена Байбарина подчеркнула, что на лечение одного пациента с орфанными заболеваниями в среднем в стране затрачивается около 30 млн руб. в год. Решение проблем в этой сфере здравоохранения требует комплексного подхода, убеждены в министерстве. А это значит своевременное и полное обеспечение лиц, страдающих орфанными заболеваниями, необходимыми лекарственными препаратами, повсеместное внедрение неонатального скрининга, точность постановки диагноза, адекватность формирования регистра пациентов, стадирование заболевания, определение показаний и противопоказаний к терапии и многое другое.

Эту точку зрения целиком разделяет и председатель профильного думского комитета, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Морозов, возглавивший новый совет. Открывая дискуссию, он вместе с тем выразил убежденность, что решение накопившихся проблем должно проходить под парламентским контролем. Экспертный совет по редким (орфанным) заболеваниям и создан с целью расширения взаимодействия между комитетом, медицинскими и пациентскими организациями, для того чтобы «самые важные и грамотные предложения по совершенствованию вопросов медицинского и лекарственного обеспечения таких больных были услышаны и приняты», сказал парламентарий.

Среди основных проблем в медицинском и лекарственном обеспечении лиц, страдающих орфанными заболеваниями, исполнительный директор «Союза пациентов и пациентских организаций» Денис Беляков выделил сложности экстренной закупки лекарственных препаратов, в том числе незарегистрированных. Подчеркнув необходимость создания федерального регистра таких пациентов и разработки программы маршрутизации и скрининга, он отметил необходимость организации отечественного производства лекарственных препаратов для лечения редких заболеваний. С аналогичным видением проблем выступила и президент Российской ассоциации больных с порфирией Юлия Павлова, по словам которой летальный исход больных порой происходит в течение 2-3 недель, поэтому экстренная закупка лекарств жизненно необходима.

А председатель экспертного совета Всероссийского общества орфанных заболеваний Екатерина Захарова внесла предложение расширить федеральную программу «Семь нозологий».

Дефицит финансов или внимания?

Редкими (орфанными) в России, напомним, считаются заболевания, которые имеют распространённость не более 10 случаев на 100 тыс. населения. Перечень

30% от потребности. В 2017 г. в бюджетах субъектов РФ на орфанных больных было запланировано 15 219,7 млн руб., при этом дефицит вырос до 38% от потребности (9356,9 млн руб.).

В 2018 г., по подсчётам экспертов, реальная потребность для лечения орфанных больных может превысить в целом по стране от 30 до 40 млрд руб. И ни одному из субъектов Федерации за исключением Москвы с возрастающей в связи с этим нагрузкой не справиться, тем более что финансовые

бюджеты РФ на ближайшие 3 года ситуация в корне изменилась. Как сообщил депутат от КПрФ Алексей Куринный, депутаты-единороссы неожиданно сменили свою позицию и проголосовали против. Поправка о передаче закупки препаратов для наиболее дорогостоящих орфанных заболеваний на федеральный уровень не вошла в федеральный бюджет на 2018 г. и последующие 2 года. Обязанность по обеспечению лекарствами больных редкими заболеваниями останется за регионами.

и его нового экспертного совета Дмитрий Морозов, его заместители Наталья Санина, ставшая заместителем руководителя совета, Николай Герасименко. «Как они будут смотреть в глаза своим избирателям?», – недоумевает А.Куринный. Ведь ежегодно, как сообщила на заседании президент Национальной ассоциации организаций больных редкими заболеваниями «Генетика» Светлана Каримова, надлежащее лечение не получают как минимум 50 тыс. человек...

Острая тема

Редкие — не значит безнадёжные

Проблема финансирования лечения орфанных заболеваний остаётся в повестке дня



Подлечим или не долечим?

этих заболеваний формируется Минздравом России и публикуется на его официальном сайте. На середину ноября 2017 г. в список включены 224 заболевания, количество россиян, страдающих ими, как уже отмечалось выше, – более 17 тыс. человек. По оценкам же Медико-генетического научного центра ФАНО России, замечу, – не менее 1,5 млн человек.

Думский Комитет по охране здоровья подготовил в этом году обращение к председателю Правительства РФ Дмитрию Медведеву с просьбой передать на федеральный уровень закупки препаратов ещё для 6 дорогостоящих орфанных заболеваний – гемолитико-уремический синдром, юношеский артрит с системным началом, пароксизмальная ночная гемоглобинурия, мукополисахаридоз 1-го, 2-го, 4-го типов. То есть вдвое расширить госпрограмму «Семь высокотратных нозологий».

Как следует из этого послания, в 2016 г. на лекарства для орфанных больных регионы страны израсходовали 14 621,7 млн руб., дефицит средств превысил 6261,1 млн, или

долги регионов растут. Не спасут и обещанные и запланированные дотации из федерального бюджета и бюджетные кредиты.

Ведь и без того, как мы уже сообщали, снижение расходов на здравоохранение коснулось, по данным Счётной палаты РФ, консолидированных бюджетов 84 из 85 субъектов Федерации. В среднем они сократили отчисления на медицинскую помощь на 42,9%, при этом 20 регионов – более чем в 3 раза.

Следовательно, вся надежда на увеличение финансирования лекарственного обеспечения больных редкими (орфанными) заболеваниями из федерального бюджета. На это, видимо, и рассчитывал Комитет Госдумы РФ по охране здоровья, ратуя о передаче полномочий по финансированию части орфанных заболеваний на федеральный уровень.

Сначала на заседании комитета эта общая позиция была единогласно поддержана. Однако при рассмотрении внесённого в палату правительством законопроекта о

«Жизни и здоровье тысяч пациентов вновь подвешены на неопределённый срок, – говорит А.Куринный. – Потребность в финансировании на лекарственное обеспечение для больных орфанными заболеваниями на 2018 г. составляет 30 млрд руб. В проектах бюджетов субъектов Федерации предусмотрено только 19 млрд. Дефицит по этой строке в размере 11 млрд – это реальные жизни и здоровье тысяч наших граждан, которые не смогут получить необходимого лечения. А для этой категории больных лекарства – это в прямом смысле возможность жить! При этом время начала лечения и его непрерывность имеют решающее значение для прогноза жизни!»

Неофициальная причина возникшей ситуации с раздвоением мнения единороссов, как считает депутат-коммунист, – несогласование Минфином заявки Минздрава России. «Мол, подождите ещё годик, а к 2019 г. мы (правительство – Минфин) что-нибудь придумаем и вам (депутатам) позволим это утвердить. А пока, мол, будем вместе ещё год пересогласовывать регистры, готовить документы и проводить дополнительные совещания, то есть имитировать бурную деятельность в отсутствие финансирования, – высказал своё мнение журналистам А.Куринный. – Получается, что первично единодушное мнение всех депутатов и регионов разбилось в итоге о тупую бухгалтерскую позицию Минфина России. Кто будет нести ответственность за тех, кто не дожил или чьё здоровье будет необратимо подорвано? А профильный комитет Госдумы в лице депутатов от «Единой России» остался статистом ещё на год».

Помогут ли эксперты?

Между прочим, против принятия поправки о передаче закупки препаратов для наиболее дорогостоящих орфанных заболеваний на федеральный уровень проголосовали глава думского комитета

Помогут ли эксперты, когда, как по Крылову, «в товарищах согласья нет»?

Хотя вошедший в состав совета президент Всероссийского общества гемофилии Юрий Жулев считает создание совета важным шагом и такой площадкой для работы, на которой могут быть решены основные задачи, поставленные перед экспертами. К тому же участники заседания сошлись во мнении, что озвученные на нём проблемы требуют серьёзных вдумчивых решений, а представители исполнительной власти подчеркнули, что разделяют беспокойство экспертов наличием множества задач в этой области, и заверили, что сотрудничество по решению их будет укрепляться, высказанные замечания будут учтены. Постоянно беспокоится и говорит о проблеме и Минздрав.

Но последнее слово всегда остаётся за Минфином. По словам же министра финансов РФ Антона Силуанова, возможности для централизации закупок орфанных препаратов могут появиться только с 2019 г. К этому времени правительство подготовит предложения по налоговому изменению, и, возможно, найдёт необходимые ресурсы, полагает чиновник.

Да и в самой Госдуме при том же Комитете по охране здоровья ещё в марте 2016 г. была сформирована рабочая группа по редким заболеваниям. Она, что, завершила свою деятельность? И с каким же, интересно бы знать, результатом?

«Помощь пациентам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями, является отдельной задачей для системы здравоохранения и всего общества», – совершенно справедливо заметил на первом заседании нового думского совета Д.Морозов. И подчеркнул необходимость разработки «дорожной карты» для решения поставленных задач, а также предложить выйти на формирование своеобразного Ежегодного отчёта – свода экспертных документов и аналитики медицинских, пациентских сообществ, ведомств и законодательных органов. Такой документ, по мнению парламентария, позволил бы взвешенно и аргументированно ставить новые задачи, эффективно проводить медицинскую и финансовую политику при лечении орфанных заболеваний.

Дело, наверное, хорошее. Но насколько поможет оно при нехватке финансирования на лечение редких, но не безнадёжных орфанных заболеваний? А ведь это – один из тех «оселков», на которых проверяется важнейшее положение нашего основного закона – Конституции РФ – о социальном государстве.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

СПРАВКА «МГ». До 2012 г. лечение орфанных заболеваний финансировали из федерального бюджета. Последние 5 лет закупать лекарства по так называемой 2-й группе этих заболеваний, в которой их 24, обязаны регионы. Изначально полномочия субъектов РФ по лекарственному обеспечению орфанных больных были сданы «вниз» вместе с деньгами на эти цели. Но вскоре субвенции урезали, а затем сняли вообще.

На сегодняшний день в стране – три перечня орфанных заболеваний.

В первый с 2008 г. входят семь высокотратных нозологий, для лечения которых действует госпрограмма «Семь высокотратных нозологий», обеспечивающая пациентов необходимыми лекарственными препаратами за счёт средств федерального бюджета. Это – гемофилия, муковисцидоз, гипоплазия нанизма, болезнь Гоше, злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянный склероз, а также после трансплантации органов и (или) тканей независимо от наличия у них инвалид-

ности. То есть пациенты с таким диагнозом являются федеральными льготниками, и, как предполагается, получают основной лекарственный препарат централизованно. Однако лечение таких больных требует не одного, а нескольких препаратов, ответственность за предоставление которых лежит на плечах уже региональных органов здравоохранения.

Именно на руководителей субъектов РФ и возложена реализация второй программы – «24 жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких заболеваний, способных привести к сокращению продолжительности жизни или инвалидности». На этот счёт есть Постановление Правительства РФ № 1403 от 19.12.2016 «О Программе государственной гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.», но средняя обеспеченность лекарствами гораздо ниже федеральной и сильно разнится в зависимости от региона.

Остальные пациенты с орфанными заболеваниями попадают в рамки программы по региональным льготам, и их участь ещё более незавидная.

Государственная Дума РФ приняла в третьем чтении бюджет фонда ОМС на 2018 г. и плановый период 2019-2020 гг. Увеличение размера субвенции составит 333 млрд руб., или 21%, что является показателем беспрецедентного роста уровня вложений.

– Принятие этого документа позволит выполнить все задачи, которые перед нами поставлены, при рачительном использовании выделенных ресурсов, – заявила на итоговом совещании председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко.

Такую оценку поддержала и председатель Общественного совета при Министерстве здравоохранения РФ, вице-президент Национальной медицинской палаты (НМП) Наталья Аксёнова. Она также отметила плодотворное и конструктивное взаимодействие Минздрава России и фонда ОМС с НМП. Н.Аксёнова обратила внимание на то, что, согласно социологическим опросам, с 57 до 30% сократилось количество граждан РФ, недовольных оказанием медицинской помощи. Как представитель медицинского сообщества она предложила ежегодно ротировать состав тарифных комиссий субъекта Российской Федерации, которые входят в состав региональных комиссий по разработке территориальной программы ОМС.

– Общественные организации будут предлагать ежегодно кандидатуры, просим проработать этот вопрос и внести в ваши правила, – обратилась к присутствующим она.

Помощник министра здравоохранения РФ Виталий Флек в своём выступлении рассказал об особенностях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг., напомнив, что в следующем году исполнится 20 лет с момента подписания первого такого документа.

Два главных приоритета

На первый взгляд, программа государственных гарантий не претерпела кардинальных изменений. В неё включены те же разделы: профилактика, лечение, реабилитация. Как и в прошлые годы, все важные заболевания отражены в основополагающем документе. Но есть две новации, на которые стоит обратить внимание, это онкология и медицинская реабилитация.

Что касается злокачественных образований, то впервые в истории сокращены сроки ожидания специализированной плановой стационарной помощи до 14 дней с момента постановки диагноза в амбулаторном звене. Ранее срок был 30 дней, что вызывало справедливые нарекания со стороны пациентов. Минздрав России настаивает: лечебные учреждения должны выполнять обновлённый норматив по госпитализации. Когда не получается обеспечить его в каком-то регионе, органы управления здравоохранением могут предложить больному стационарную помощь в соседней территории.

Вторая проблема, которая вызвала много обращений. Нередко люди, страдающие серьёзными онкологическими заболеваниями, на какое-то время переезжают в другой регион. Причины смены места жительства могут быть разные. Чаще всего там проживают родственники, близкие люди, которые могут обеспечить лучший уход за больным. Но страдающие II-III стадией онкологического заболевания нуждаются в приёме сильнодействующих обезболивающих, наркотических и даже психотропных препаратов. К сожалению, они сталкиваются с огромной проблемой, как получить эти лекарства, которые относятся к категории строгой отчётности. Поэтому в программе государственных гарантий на 2018 г. гарантируется возмещение затрат на такие лекарства субъекту РФ, в котором гражданин фактически пребывает (Правительство РФ подобный подход поддерживает). При этом Минфин России уточнил



В.Флек и Н.Стадченко в президиуме

Итоги и прогнозы

Бюджет позволит выполнить всё

Расширенное совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования прошло в Москве



Н.Аксёнова

формулировку: в соответствии с бюджетным законодательством за счёт федерального бюджета.

В целом на профиль «онкология» увеличиваются расходы по отношению к прошлому году на 59,9%. Это касается всех возможностей оказания подобной специализированной помощи: амбулаторной, стационарной и в условиях дневного стационара. То есть рост запланирован по всем направлениям. Например, в 2017 г. был установлен норматив госпитализации 6,5 на тысячу населения по профилю «онкологические заболевания». В программе госгарантий на 2018 г. этот показатель увеличен до 9,1. Потребность в этом очевидна, необходимое лечение должно начинаться как можно раньше. Соответственно, перемены коснулись и клинико-статистических групп (КСГ). Если раньше по профилю «онкологическая помощь» их насчитывалось 3, то теперь их стало 12. Причём все современные технологии, которые применяются при лечении злокачественных новообразований, учтены при расчётах КСГ. В дневном стационаре наблюдается аналогичная картина: их количество увеличилось с 3 КСГ до 9.

– Мы уделяем особое внимание дневным стационарам, – подчеркнул В.Флек. – Подобная форма эффективна и экономична. Но главное: на этом этапе также проводится химиотерапия. Если не повышать объёмы этого вида помощи и тариф за её оказание, то добиться доступности лечения больным со злокачественными новообразованиями будет крайне трудно.

Второе направление, которое выделяет министерство, – развитие медицинской реабилитации. В 2018 г. существенно возрастут нормативы объёма финансовых затрат по медицинской реабилитации. По международным стан-

дартам на реабилитацию должно расходоваться не менее 70% стоимости лечения в стационарных условиях.

Ресурсы системы ОМС позволили сделать решительный шаг, но пересмотр объёмов в этом важном направлении должен быть продолжен. Кроме того, вводится 15 новых КСГ по медицинской реабилитации. Их можно разделить по трём основным патологиям: заболевания опорно-двигательного аппарата, центральной, периферических нервных систем, соматические.

медицину. На большинстве форумов, которые проводятся под эгидой Общероссийского народного фронта, «Единой России», Общественной палаты ставится вопрос о необходимости увеличить финансирование врачебных амбулаторий и небольших больниц в глубинке. Они выполняют медико-социальные функции, которые крайне нужны сельчанам. При этом заявляются и радикальные предложения: установить повышающий коэффициент 1,7 для таких небольших учреждений. То есть платить им за работу по тарифам



Доставка на гемодиализ – ответственность регионов

Не раз пациенты и некоторые руководители регионов предъявляли претензии системе ОМС за то, что она отказывается оплачивать транспортировку больных на гемодиализ. Но это обязательность лежит на регионах. Вопрос был проработан в Правительстве РФ. Теперь в госгарантиях есть такая строка: доставка пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью до места проведения диализа, может осуществляться за счёт ассигнований бюджета субъекта РФ. Почему «может»? Поскольку речь идёт о полномочиях регионов, уточняющая запись должна быть сделана юридически корректно. В госгарантиях в разделе «услуги за счёт бюджета» прописаны такие расходы. Тем самым подчёркивается, что это не расходные обязательства системы ОМС.

Другое изменение лишь косвенно касается системы ОМС – перечень лекарственных препаратов для льготных категорий граждан в ам-

булаторных условиях должен быть синхронизирован с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

В новом году в базовую программу ОМС (из раздела первого во второй) передаётся ещё 6 видов ВМП. Они освоены и широко применяются лечебными учреждениями.

В государственных гарантиях 2018 г. впервые вводится новый способ финансирования, которого раньше не было. Нововведение, на первый взгляд, легко спутать с подушевым финансированием амбулаторной помощи, которое и раньше активно применялось. Но делается следующий шаг – подушевое финансирование медицинской организации как юридического лица. Такая форма возникла для того, чтобы поддержать сельскую

ни, а объёмов. При этом «подушевой» даётся на гражданина с учётом его болезни. В качестве пояснения В.Флек привёл оплату за лечение больного, страдающего сахарным диабетом. Уже просчитано, сколько тратится на обеспечение его лекарствами, расходы на госпитализацию в стационар два раза в год и лечение в амбулаторной сети, реабилитацию. То есть этот способ оплаты отражает непрерывный процесс лечения пациента с таким заболеванием. Ряд регионов, Москва, уже реализуют пилотные проекты, когда медицинским учреждениям выделяются деньги по подушевому нормативу с учётом тех видов, которые в этой организации есть. Таким образом удаётся «замкнуть» специализированную помощь, реабилитацию и амбулаторное звено. Однако полностью перейти к такой форме государство пока не готово.

В.Флек не оставил без внимания и перевод части медицинской помощи из бюджета в систему ОМС. Обязательным условием включения в систему ОМС является наличие страхового случая (заболевания, травмы или иного состояния). Ясно, что больной должен быть застрахован и иметь полис. Если эти условия соблюдаются, администрация региона принимает решение о передаче денег в полном объёме, чтобы продолжить финансирование лечебных учреждений выбранного профиля в ОМС. А не в размере 50% от необходимых нормативов, подразумевая, что система ОМС позже справится, привлечёт недостающие средства. То есть это должно делаться не для того, чтобы избавиться от существующего дефицита средств. Такие решения должны быть строго экономически просчитанными и не ухудшать положение дел в лечебных учреждениях, которые оказывают медицинскую помощь больным туберкулёзом, СПИДом, психическими заболеваниями.

Параметры бюджета ФОМС

Начальник Финансово-экономического управления ФОМС Антон Устюгов доложил участникам совещания основные параметры бюджета ФОМС на 2018 г. и плановый период 2019-2020 гг. В ходе своего выступления он обратил внимание на то, что основную долю в структуре субвенции (почти 72%) составляют средства на обеспечение заработной платой медицинских работников с учётом выполнения Майских указов Президента РФ. «313 млрд руб. из 333 млрд субвенции – это средства, предусмотренные на повышение заработной платы», – отметил А.Устюгов.

Начальник Управления организации ОМС фонда ОМС Светлана Кравчук обратила внимание директоров территориальных ФОМС на успешные практики и на недостатки в регионах при реализации прав застрахованных лиц при получении медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.

Актуальные вопросы в сфере тарифообразования в 2018 г. осветила начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС Ольга Царёва. В частности, она обратила внимание на то, что впервые в следующем году появится новый профиль и новая клиничко-статистическая группа по оплате гериатрической медицинской помощи. «Оплата по этой клиничко-статистической группе может быть осуществлена в лечебных учреждениях, имеющих соответствующую лицензию по профилю «гериатрия», – подчеркнула она.

Завершая расширенное совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования, Н.Стадченко акцентировала внимание директоров ТФОМС на важности обеспечения Указа Президента РФ в части повышения заработной платы медицинским работникам с начала 2018 г.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

В течение 5 последних лет государственная политика в сфере охраны и укрепления здоровья подрастающего поколения реализовывалась в соответствии с Национальной стратегией действий в интересах детей, рассчитанной до 2017 г. Масштабный проект подходит к концу. Ему на смену выступает новый: Указом Президента РФ 2018-2027 гг. объявлены Десятилетием детства. О том, какое место в нём отводится здравоохранению, наш разговор с директором НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей, главным специалистом Минздрава России по школьной медицине, членом-корреспондентом РАН Владиславом КУЧМОЙ.

– Владислав Ремирович, сейчас идёт подготовка плана мероприятий, намечаемых в рамках Десятилетия детства. Какие, с вашей точки зрения, первоочередные вопросы нужно решить?

– Десять лет – жизненно важный период ребёнка, за который он из малыша превращается в подростка – во взрослого человека. Каким вырастим новое поколение, то и получим в последующем, как говорится, что посеём, то и пожнём. Поэтому важно, какие ставим перед собой задачи. А они, на мой взгляд, должны быть амбициозными. Ведь человек успешен в работе, в служении Отечеству, в семье тогда, когда он благополучен, здоров, когда у него сформированы здоровые стереотипы. Мне кажется, за десятилетие, к 2027 г., эту задачу нужно решить. За период обучения в школе, начав в первом классе, можно сформировать новую когорту детей, которая будет действительно вести здоровый образ жизни. Но совершенно очевидно, что реально это можно сделать только в союзе образования и здравоохранения.

В начале Десятилетия детства целесообразно зафиксировать и оценить положение детей в стране, подготовив Государственный доклад, внести изменения в законодательство, наладить регулярный мониторинг.

– Должна ли охрана здоровья подрастающего поколения как-то измениться?

– Безусловно. В Национальной стратегии действий в интересах детей было чётко записано: развивать здравоохранение, дружественное детям, подросткам и молодёжи. А сейчас в плане мероприятий по реализации программы «Десятилетие детства» говорится о создании инфраструктуры медицинского обеспечения детей, поскольку всё ещё не решены все вопросы, которые ставились в стратегии.

Необходимо выстроить эффективную систему здравоохранения, дружественную детям.

– Вы имеете в виду принцип, который закладывается во всю систему?

– Конечно, принцип, предполагающий добровольность, дружелюбие, доброжелательность. О формировании здорового образа жизни в программе «Десятилетие детства», конечно, это упоминается, но мы даже не знаем, какие факторы риска, кроме алкоголя и табака, распространены. А их – очень много. Центры здоровья для детей определяют факторы риска. Центры гигиены и эпидемиологии, имеющиеся по всей территории РФ, располагают данными об условиях обучения. Центры медицинской профилактики проводят целый ряд комплексных программ, в том числе по обучению здоровью. Конечно, это всё должно быть объединено в школе. Именно школьное здравоохранение должно взять на себя ведущую роль.

Исследования показывают, что риски для здоровья разные у мальчиков и девочек, у городских и сельских детей, у гимназистов и учащихся колледжей (то есть в различных образовательных учреждениях), у 11- и 15-летних... И оглулю проводить среди них пропаганду ЗОЖ бессмысленно. Современные дети не воспринимают устаревшие формы просветительской деятельности, порой даже смеются над ними. А то,

Авторитетное мнение

Что посеём, то и пожнём

Программа «Десятилетие детства» на старте



что им интересно, нам далеко не всё известно. Сегодня по-старому рассказывать детям о вреде алкоголя и табака – вчерашний день. Информационно-коммуникационные технологии уже широко вошли в практику школ. Педагоги учат с помощью игр, поэтому геймификацию (игровые технологии) мы должны использовать в формировании здорового образа жизни, как, впрочем, и рекламу.

– Хочу уточнить. Значит, первоочередной задачей программы «Десятилетие детства» вы считаете формирование здорового образа жизни?

– Да. Обучение здоровому образу жизни должно стать краеугольным камнем десятилетия. А это подтянет за собой и инфраструктуру. Как ребёнку вести ЗОЖ, если для того, чтобы заняться спортом, надо поехать в другой конец города и при этом пройти кварталы, где хулиганит местная шпана? Всё должно быть в шаговой доступности. И школа должна открыть свои возможности, они у неё должны быть. А мы сегодня видим, как одновременно в одном спортзале занимаются физкультурой 3 класса.

Дети открыты всему новому, они любят современные технологии, тренажёры и нельзя этим не воспользоваться. Необходима разработка (конечно же, индивидуальная, персонализированная) технологий на основе применения аппаратно-программных комплексов, тренажёров, повышающих резервы здоровья обучающихся.

Подчёркиваю, без системы образования, без социальных институтов, без коммуникаций с задачей не справиться. Если сегодня уже есть элементы геймификации в обучении, то нам сам Бог велел её использовать в формировании ЗОЖ.

– В таком случае, не привяжем ли мы детей ещё сильнее к компьютеру, они и так сидят за ним часами?

– Всё нужно делать грамотно. Можно ведь разработать такие программы, устройства, которые позволяют снизить риски и повысить физическую активность. Нужно знать, чего мы хотим.

Весь мир проводит скрининговые исследования. На недавнем Международном конгрессе целая секция была посвящена методам мониторинга и раннего выявления отклонений со стороны органов зрения. Европейцы ежегодно осуществляют оценку артериального давления у детей. А мы от этого всего отказались,

и формированием здорового образа жизни. Педиатрам тоже не всегда всё по плечу. Так кто же должен взять ношу на себя?

– В сложившейся ситуации, на мой взгляд, наиболее подготовлен к этой деятельности выпускник медико-профилактического факультета – врач по гигиене детей и подростков. Он знает все

у нас на старте по индикативным показателям, разработанным Минздравом, такое-то состояние. Мы делаем то и то с такой-то частотой. И в 2018 г. снова проведём замеры. Этого я пока не обнаружил. Хотя в методическом плане Минздрав с участием главных специалистов хорошо потрудился. Правда, какую медицинскую

профилактические программы, имеет и базовую клиническую подготовку, изучал детские болезни, инфекционные заболевания, организацию здравоохранения, менеджмент. Таких специалистов готовят на базе 31 факультета в стране.

– Но ведь их выпускается не так много, и в основном для службы Роспотребнадзора, а не для системы здравоохранения.

– Выпуск можно увеличить. Дело же в социальном заказе. Уверен, отклик на данное предложение будет. Кстати, вспомним: школьные врачи времён Эрисмана, служившие в гимназиях, институтах благородных девиц, кадетских училищах, были выпускниками Императорского университета, которые прошли гигиеническую подготовку. На мой взгляд, врач по гигиене детей и подростков вполне может быть центральной, действенной фигурой на территории школы и поликлиники. Раз мы говорим, что профилактика первична, давайте и сделаем главным бойцом врача такого профиля. Он сможет реально вести профилактическую работу. А заведующим отделением организации медицинской помощи обучающимся пусть останется педиатр, как это и есть сейчас. Он решает сложные экспертные задачи, оценивает состояние здоровья.

Неблагополучно в школе! Роспотребнадзор не может обеспечить каждодневный контроль. Выполнять санитарные правила обязан директор школы, а он порой их не знает и не понимает, как действовать. Врач по гигиене детей может ему оказать и экспертную, и оценочную, и реальную помощь.

– Сейчас в ряде регионов страны реализуется пилотный проект «Школьная медицина». Он уже выветил что-то существенное?

– Пока я увидел один положительный результат, полученный в Москве, – преодоление разобщённости с помощью единой информационной системы.

– Поясните, пожалуйста, на примере.

– Сегодня дела обстоят так. Допустим, я – школьный врач, у меня на руках только та информация, что сам записываю в картах. Вроде бы направлял ребёнка 3 месяца назад на медицинский осмотр, но результатов нет. Чтобы их узнать, я должен идти в поликлинику, искать карточку ребёнка и всё заполнять. Обратилась мама другого учащегося за справкой в спортивную секцию, в санаторий или ещё куда-то, надо опять идти в поликлинику. Москвичи благодаря информатизации всё объединили. Родители теперь могут даже СМСкой запросить нужную бумагу и получить её в автоматическом режиме. Пока это сделано в одном из округов. Но опыт легко тиражируется.

Вообще-то, если мы хотим предложить какую-то модель работы, то должны сказать: вот

помощь обязан оказывать школьный врач, не сформулировал.

– Но есть же функциональные обязанности...

– Я имею в виду в рамках пилотного проекта. Там перечислены направления деятельности, а конкретики нет, нет понимания того, что должен делать врач. Он не знает, за что с него спросят. Ему никто не поставил задачу.

«Совершенствование медицинской помощи обучающимся в образовательных учреждениях» – общие слова. Они правильные, но механизм, как этого добиться, не определён. Не названы конкретные виды медицинской деятельности, которые должны быть доведены до сведения и медицинского персонала, и образовательных организаций, и родителей, и финансистов, и системы ОМС. На наш взгляд, помимо оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, организации и проведении вакцинации, основными видами деятельности в образовательной организации должны быть: выявление и мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, организации и ежегодное проведение скрининг-диагностики с целью раннего выявления нарушений физического развития.

Критерии, по которым можно оценивать результативность этой работы, есть. Всё инструментальное профессиональное сообщество создано. Но людей же нужно научить, и они должны быть, потому что то количество медицинских работников в школе, которое есть, успевают только организовать вакцинацию, направить детей на осмотр, быстро среагировать на какую-то возникшую ситуацию и провести урок здоровья, рассказать о чём-то, что сам знает. Зачастую рассказывают без учёта интересов ребёнка. Например, повествуют о питании, а его интересует, что происходит с ним в его репродуктивной сфере.

Кстати, важнейшей составляющей программы должно стать обеспечение регулярного и здорового питания обучающихся в образовательных организациях. Также в рамках Десятилетия детства следует создать систему безопасной общественно-полезной деятельности, труда подростков в свободное от учёбы время. Нужны соответствующие меры и в сфере безопасного отдыха детей, так как нет сведений с позиций доказательной медицины о его результативности и эффективности в каникулярные периоды с учётом времени года, продолжительности смены, месторасположения лагеря. При этом на отдых и оздоровление тратятся достаточно большие средства как государства, так и родителей.

К сожалению, в программе «Десятилетие детства» о школьном здравоохранении даже не говорится.

Беседу вела
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».
Фото автора.

В Москве министру здравоохранения Краснодарского края Евгению Филиппову вручена первая премия Росздравнадзора «За качество и безопасность медицинской деятельности». Кубанская медицина снова лидер, на этот раз по самым высшим для пациентов показателям.

Награждение лауреатов ежегодной премии состоялось в ходе Всероссийской конференции «Медицина и качество – 2017». В прошлом году Министерство здравоохранения Краснодарского края было удостоено премии 2-й степени, но губернатор края Вениамин Кондратьев поставил задачу стать первыми. Сегодня медицина Кубани была признана лучшей в стране.

– Эта награда – результат работы всех медиков края: от медсестры до главврача, от сотрудника ФАПа и скорой до хирургов. Мы благодарны губернатору Кубани за понимание проблем отрасли, за то, что, невзирая на экономические трудности, он делает всё для развития здравоохранения региона, – подчеркнул Е.Филиппов.

По новому формату

Здравоохранение Краснодарского края действительно уверенно развивается. За последнее время сделано много и в первичном звене, и в области высокотехнологичных прорывов. Только за 2017 г. сеть офисов врачей общей практики, кабинетов, где медицинская помощь оказывается жителям малых населённых пунктов, выросла почти на 10%. Сегодня в крае ежедневно на страже здоровья кубанцев – уже 240 офисов врачей общей практики. Проводится работа и в поликлиниках.

На Кубани в числе первых внедрена электронная регистратура, в том числе сервис «Запись на приём к врачу» через интернет. Им в 2017 г. уже воспользовались более 8 млн человек. Во всех муниципалитетах края продолжают открываться «Вежливые регистратуры», где работа максимально переведена на электронный до-

Краснодарского края реализуется несколько программ по привлечению медицинских работников в лечебные учреждения. За последний год по программе «Земский доктор» заключено 517 договоров. Всего за 5 лет в малые сёла Кубани приехали работать по программе 2700 человек. А скоро ещё 222 студента присоединятся к процессам развития сельского здравоохранения. Сейчас

ших в рейтинг лучших терапевтов страны, опередив даже столичные регионы, – 27 кубанских специалистов попали в «ТОП-500».

Е.Филиппов не случайно сделал акцент на важности финансирования отрасли. Сегодня край, как и весь мир, переживает непростую экономическую ситуацию. Но губернатор В.И.Кондратьев, понимая всю важность вопросов здравоохранения, продолжает

работки в области биоинженерии. Комбустиолог Сергей Богданов стал обладателем звания «Лучший врач года» за прорыв в области выращивания клеток кожи. Это позволяет восстановить кожный покров после сильнейших ожогов технологией одномоментной послойной пластики единым лоскутом кожи пациентам.

Существенные успехи достигнуты в трансплантологии. За



Наградная статуэтка

ность проконсультироваться с коллегами краевых клиник незамедлительно. Если в прошлом году таких мобильных устройств было чуть больше 200, то сегодня уже более 500. И эта цифра постоянно растёт.

После проведения масштабных соревнований в Сочи край по праву может называться одним из ведущих спортивных регионов страны. По признанию европейских коллег, уровень медицины Кубани соответствует высшим мировым стандартам. Медработники Кубани регулярно обеспечивают мировые чемпионаты и матчи международного уровня, проходят спецобучение и успешно справляются с поставленными задачами: лечат и спасают жизни. В следующем году в городах края, где планируется размещение баз команд-участниц чемпионата мира по футболу FIFA, будет закуплено дополнительно 8 реанимобилей.

А в самых экстренных случаях на помощь краснодарцам приходит санавиация. Из населённых пунктов каждого уголка края в ведущие клиники региона ежегодно эвакуируется более 6 тыс. тяжёлых больных, санитарный вертолёт осуществляет около 280 вылетов в год. Сегодня в арсенале службы дежурит 31 автомобиль самого высшего класса «С».

Вице-премьер Ольга Голодец назвала кубанскую медицину одним из лидеров в мире по сохранению жизней малышей первых месяцев жизни. И действительно, врачами края достигнуты рекордные успехи: показатель младенческой смертности в крае на европейском уровне – 3,9, это ниже среднероссийского значения (5,3). А успешное выхаживание недоношенных младенцев проводится уже от 500 г. На контроле врачей и лечение бесплодия. Самым современным методом является применение вспомогательных репродуктивных технологий. В 2017 г. благодаря ЭКО родилось 709 детей, в 2016 г. их было 580. Помимо лечения пациентов, медработники Кубани проводят работу, направленную на уменьшение количества аборт. Благодаря кабинетам медико-социальной помощи женщинам, решившимся прервать беременность, а также регулярно проводимым акциям медикам Кубани удалось снизить количество аборт на 23%.

Работа команды кубанского здравоохранения за последние 3 года позволила улучшить показатели уровня общей смертности. Впервые за последние 20 лет он достиг своего исторического минимума – 12,6 на тысячу населения.

За последние 3 года смертность от новообразований снижена на 5%, от туберкулёза – на 30%. Продолжительность жизни на Кубани достигла рекордного значения – 72,9 года, что выше среднероссийского.

Ольга ЛЫЖНИК,
внешт. корр. «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Ориентиры

Медицина Кубани признана лучшей

Качество и безопасность – основные критерии работы врачей во всём мире



Первая премия уезжает на Кубань: Е.Филиппову вручают почётный диплом президент НМП Л.Рошаль, сенатор И.Каграманян, руководитель Росздравнадзора М.Мурашко

они обучаются за счёт средств краевого бюджета в рамках программы «Врачебные кадры для сельского здравоохранения». Выпускниками этой программы уже стали около 600 врачей. Ещё 246 человек зачислено на первый курс Кубанского государственного медицинского университета по целевому приёму.

Лучшие врачи. Финансирование отрасли

В медицинских организациях края работают лучшие врачи, чей профессионализм признан на федеральном уровне, среди них: «Лучший врач общей практики (семейный врач)–2017» Инесса Олейникова (Глебовская амбулатория, Куцёвский район), «Лучший травматолог-ортопед России – 2017» Сергей Богданов, «Лучший офтальмолог России – 2016» Наталья Гончаренко. И министр здравоохранения Е.Филиппов, который остаётся практикующим акушером-гинекологом, стал лауреатом VI Национальной премии «Репродуктивное завтра России» в номинации «На страже женского здоровья». В Краснодарском крае трудятся лауреаты премии «Призвание» – сотрудники одной из ведущих клиник края четырежды удостоивались её в разных номинациях. В многолетней истории премии это уникальный случай. Впервые в истории Краснодарский край лидирует по количеству вошед-

обеспечивать медицину края необходимыми средствами. Время и внимание, уделяемое Вениамином Ивановичем обсуждению вопросов медицины с министром, поиску конкретных решений, для того, чтобы каждый житель края был обеспечен лекарствами, вовремя обследован и пролечен – беспрецедентен. Как результат – ежегодно финансирование отрасли растёт: если в 2017 г. из краевого бюджета на развитие кубанского здравоохранения было выделено свыше 42 млрд руб., что на 1,5 млрд больше, чем в 2016 г., то в новом году из бюджета края планируется направить на нужды здравоохранения ещё на миллиард больше. Эти средства позволяют добиваться развития всех направлений здравоохранения. Без внедрения новых технологий невозможно спасение жизней.

Достижения последних трёх лет

Продолжено повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи. В 2017 г. ВМП получили 40 тыс. кубанцев – на 10 тыс. человек больше, чем в прошлом. Всего же врачи Кубани провели более 600 тыс. операций различной сложности, помогая пациентам избавиться от недуга и вернуться к активной жизни. Для этого сегодня есть всё: квалифицированные специалисты, развитые малоинвазивные – и робототехнологии, в том числе «Да Винчи», для органосохраняющих вмешательств, собственные раз-

6 лет развития направления проведено более 600 операций по пересадке органов. Кубанскими трансплантологами сегодня успешно проводятся операции по пересадке сердца, лёгких, почек, печени и поджелудочной железы. По количеству операций по пересадке край входит в тройку лидеров РФ, уступая лишь федеральным «коллегам», и опережает остальные региональные клиники страны почти в 2,5 раза.

Безусловно, важнейшая роль отводится оказанию экстренной медпомощи. Только за 2017 г. службой скорой медицинской помощи края выполнено 1,7 млн выездов на вызовы, 10% которых стали решающими для жизни пациентов. Благодаря в том числе и своевременным, грамотным действиям специалистов служб скорой спасено 170 тыс. человек, что на 20 тыс. больше прошлогоднего значения. Это именно те случаи, когда от действий докторов экипажа скорой зависела жизнь пациента. На Кубани ежегодно проводится обновление автотранспорта скорой медицинской помощи. В 2017 г. за счёт краевого бюджета приобретено 20 реанимобилей, и ещё 41 автомобиль класса «В» будет поставлен на федеральные средства. Всего сегодня 644 автомобиля скорой медпомощи готовы незамедлительно выехать на вызов. Бригады оснащены современным оборудованием. Врачи и фельдшеры обеспечены планшетами, что даёт возмож-



Е.Филиппов – практикующий акушер-гинеколог

кументооборот, что упрощает деятельность персонала и сокращает время пребывания пациентов в поликлинике. Таких регистратур уже более 20. Край также в 2017 г. вошёл в федеральный пилотный проект «Бережливая поликлиника». Это новый формат работы, при котором пациент получает больше медицинских услуг за меньшее время. Все меры заметно сокращают очереди в поликлиниках, где ежегодно регистрируется более 50 млн посещений.

В условиях общероссийской кадровой проблемы в медицине на Кубани растёт и кадровый потенциал. Благодаря целенаправленной политике губернатора

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 92 (2122)

Хламидийная инфекция

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 – A56, A74.0

Определение

Хламидийная инфекция – инфекционное заболевание, передаваемое половым путём, возбудителем которого является *Chlamydia trachomatis*.

Этиология и эпидемиология

Chlamydia trachomatis – грам-отрицательная внутриклеточная бактерия, относящаяся к порядку *Chlamydiales*, семейству *Chlamydiaceae*, роду *Chlamydia*. Серотипы *Chlamydia trachomatis* A, B, Ba, C – возбудители трахомы; D-K – урогенитального хламидиоза; L1, L2, L3 – венерической лимфогранулёмы.

Урогенитальный хламидиоз является широко распространённой инфекцией, передаваемой половым путём (ИППП). Неуклонный рост уровня выявляемости заболевания в различных странах объясняется внедрением скрининга хламидийной инфекции и использованием чувствительных методов диагностики, таких как амплификация нуклеиновых кислот. Распространённость хламидийной инфекции в популяции варьируется в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет.

В Российской Федерации заболеваемость хламидийной инфекцией в 2014 г. составила 46,9 случаев на 100 тыс. населения: у лиц в возрасте от 0 до 14 лет – 0,7, у лиц в возрасте 15-17 лет – 45,8, у лиц в возрасте старше 18 лет – 56,2. Однако эти цифры, скорее, отражают неполную регистрацию заболевания, чем реальную заболеваемость по стране.

Ведение больных хламидийной инфекцией

Федеральные клинические рекомендации

Классификация

A56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта: хламидийный цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит.

A56.1 Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов

Хламидийный(ые): эпидидимит (N51.1) воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (N74.4)

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций	
Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований «случай – контроль» или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований «случай – контроль» или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования «случай – контроль» или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования «случай – контроль» или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например, описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций	
Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 1+, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 2++, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 2+, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2+

орхит (N51.1)

A56.3 Хламидийная инфекция аноректальной области

A56.4 Хламидийный фарингит

A56.8 Хламидийные инфекции, передаваемые половым путём, другой локализации

A74.0 Хламидийный конъюнктивит (H13.1*).

Пути инфицирования

У взрослых лиц:

- половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным хламидийной инфекцией).

У детей:

- перинатальный;
- половой контакт;
- контактно-бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми).

Клиническая картина

Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

Женщины

Более чем у 70% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы*:

- слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей;
- межменструальные кровянистые выделения;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт или боль в нижней части живота.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отёчность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
- отёчность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, эрозии слизистой оболочки шейки матки.

Мужчины

Субъективные симптомы:

- слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт, зуд, жжение в области уретры;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- учащённое мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отёчность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры.

Особенностью клинического течения хламидийной инфекции в детском возрасте является более выраженная субъективная и объективная симптоматика и поражение слизистых оболочек вульвы и влагалища, чему способствуют анатомо-физиологические особенности репродук-

тивной системы девочек.

Хламидийная инфекция аноректальной области

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы*:

- при локальном поражении прямой кишки: зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения желтоватого или красноватого цвета;
- при локализации процесса выше анального отверстия: болезненные тенезмы, болезненность при дефекации, слизисто-гнойные выделения нередко с примесью крови, вторичные запоры.

Объективные симптомы:

- гиперемия кожных покровов складок анального отверстия;
- слизисто-гнойное отделяемое из прямой кишки.

Хламидийный фарингит

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы*:

- чувство сухости в ротоглотке;
- боль, усиливающаяся при глотании.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отёчность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин.

Хламидийный конъюнктивит

У лиц обоего пола

Субъективные симптомы:

- незначительная болезненность поражённого глаза;
- сухость и покраснение конъюнктивы;
- светобоязнь;
- скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отёчность конъюнктивы поражённого глаза;
- скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.

Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов

Женщины

Субъективные симптомы:

- вульвовагинит: незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, болезненность и отёчность в области протоков вульварных желёз;
- сальпингоофорит: боль в области нижней части живота схваткообразного характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла;
- эндометрит: боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются пост- и межменструальные скудные кровянистые выделения;
- пельвиоперитонит: резкая боль в животе, тошнота, рвота, слабость, нарушение дефекации.

Объективные симптомы:

- вульвовагинит: незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, гиперемия наружных отверстий протоков вульварных желёз, болезненность и отёчность протоков при пальпации;
- сальпингоофорит: при остром течении воспалительного процесса – увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, слизисто-гнойные

выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – незначительная болезненность, уплотнение маточных труб;

– эндометрит: при остром течении воспалительного процесса – болезненная, увеличенная матка мягковатой консистенции, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – плотная консистенция и ограниченная подвижность матки;

– пельвиоперитонит: характерный внешний вид – *facies hypocratica*, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяется напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины.

Мужчины

Субъективные симптомы

– эпидидимоорхит: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, диспареуния, болезненность в области придатка яичка и паховой области, чаще односторонняя; боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижней части живота, в области мошонки; боль может распространяться на семенной канатик, паховый канал, область поясницы, крестца;

– простатит, сопутствующий уретриту: боль в промежности и в нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки, дизурия.

Объективные симптомы

– эпидидимоорхит: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, при пальпации определяются увеличенные, плотные и болезненные яичко и его придаток, наблюдается гиперемия и отёк мошонки в области поражения;

– простатит, сопутствующий уретриту: при пальпации определяется болезненная, уплотнённая предстательная железа.

У лиц обоего пола – хламидийное поражение парауретральных желёз.

Субъективные симптомы:

– зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);

– слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала;

– болезненность во время половых контактов (диспареуния);

– болезненность в области выводных протоков парауретральных желёз.

Объективные симптомы:

– слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, наличие плотных болезненных образований величиной с просяное зерно в области выводных протоков парауретральных желёз.

Хламидийные инфекции, передаваемые половым путём, другой локализации

Реактивный артрит – асептическое воспаление синовиальной оболочки сустава, связок и фасций. Заболевание может протекать в виде уретроокулосиновиального синдрома, который классически проявляется в виде триады: уретрит, конъюнктивит, артрит. Синдром также может протекать с поражением кожи и слизистых оболочек (кератодермия, цирцинарный баланопостит, изъязвления слизистой оболочки полости рта), а также с симптомами поражения сердечно-сосудистой, нервной системы и патологии почек. При реактивном артрите в порядке убывания страдают следующие суставы: коленный, голеностопный, плюснефаланговый, пальцев стоп, тазобедренный, плечевой, локтевой и др. Заболевание чаще протекает в виде моноартрита. Средняя продолжительность первого эпизода заболевания – 4-6 месяцев. Реактивный артрит протекает волнообразно: в 50% случаев через различные интервалы времени наблюдаются рецидивы заболевания. У 20% больных выявляются различные энтезопатии: наиболее часто страдает ахиллово сухожилие и плантарная фасция, что вызывает нарушения ходьбы.

При диссеминированной хламидийной инфекции у пациентов обоего пола могут развиваться пневмония, перигепатит, перитонит.

Диагностика

Диагностику хламидийной инфекции рекомендовано проводить:

– лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов уrogenитального тракта и репродуктивной системы, при наличии показаний – прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы, суставов;

– при предгравидарном обследовании;

– при обследовании женщин во время беременности;

– при предстоящих оперативных (инвазивных) манипуляциях на половых органах и органах малого таза;

– лицам с перинатальными потерями и бесплодием в анамнезе;

– половым партнёрам больных ИППП;

– лицам, перенёвшим сексуальное насилие.

При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется провести повторное серологическое обследование на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С – через 3-6-9 месяцев.

Клиническим материалом для лабораторных исследований является:

– у женщин: отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами);

– у мужчин: отделяемое (соскоб) уретры, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами); при наличии показаний – секрет предстательной железы;

– у детей и у женщин, не имевших в анамнезе половых контактов с пене-трацией – отделяемое уретры, задней ямки преддверия влагалища, влагалища; при осмотре с использованием детских гинекологических зеркал – отделяемое цервикального канала.

Для получения достоверных результатов лабораторных исследований необходимо соблюдение ряда требований, к которым относятся:

1. Сроки получения клинического материала с учётом применения антибактериальных лекарственных препаратов: для идентификации *C.trachomatis* методом амплификации РНК (NASBA) – не ранее чем через 14 дней после окончания приёма препаратов, методами амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в режиме реального времени) – не ранее чем через месяц после окончания приёма препаратов.

2. Получение клинического материала из уретры не ранее чем через 3 часа после последнего мочеиспускания, при наличии обильных уретральных выделений – через 15-20 минут после мочеиспускания.

3. Получение клинического материала из цервикального канала и влагалища вне менструации.

4. Соблюдение условий доставки образцов в лабораторию.

С позиций доказательной медицины применение биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики нецелесообразно.

Верификация диагноза хламидийной инфекции базируется на результатах лабораторных исследований молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *C.trachomatis* с использованием тест-систем, разрешённых к медицинскому применению в Российской Федерации. Чувствительность методов составляет 98-100%, специфичность – 100%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие которых возможны ложноотрицательные результаты. Ввиду высокой чувствительности методов предъявляются строгие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала.

Метод выделения *C.trachomatis* в культуре клеток не рекомендуется применять в рутинных исследованиях и для установления этиологии бесплодия.

Другие методы лабораторных исследований, в том числе метод прямой им-

мунофлуоресценции (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *C.trachomatis*, микроскопический и морфологический методы недопустимо использовать для диагностики хламидийной инфекции.

Консультации других специалистов рекомендованы по показаниям в следующих случаях:

– акушера-гинеколога – при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных, больных хламидийной инфекцией;

– уролога – с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы, при длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимоорхита, простатита;

– офтальмолога, оториноларинголога, проктолога, ревматолога, детям – неонатолога, педиатра – с целью уточнения объёма и характера дополнительного обследования.

Дифференциальная диагностика

Симптомы хламидийной инфекции не являются специфичными, что диктует необходимость проведения лабораторных исследований для исключения других урогенитальных заболеваний, обусловленных патогенными (*N.gonorrhoeae*, *T.vaginalis*, *M.genitalium*) и условно-патогенными микроорганизмами (грибами рода *Candida*, генитальными микоплазмами и микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса).

Дифференциальный диагноз хламидийного эпидидимоорхита у мужчин проводят с водянкой яичка, инфекционным эпидидимоорхитом иной этиологии (туберкулёзным, сифилитическим, гонококковым и др.), опухолью органов мошонки, с перекрутом ножки яичка и др.

Дифференциальный диагноз хламидийной инфекции верхних отделов половой системы женщин проводят с внематочной беременностью, эндометриозом, осложнённой кистой яичника, заболеваниями органов брюшной полости (панкреатитом, холециститом и др.).

Лечение

Показания к проведению лечения

Показанием к проведению лечения является идентификация *C.trachomatis* с помощью молекулярно-биологических методов или культурального метода у пациента либо у его полового партнёра.

Одновременное лечение половых партнёров является обязательным.

Цели лечения:

– эрадикация *C.trachomatis*;

– клиническое выздоровление;

– предотвращение развития осложнений;

– предупреждение инфицирования других лиц.

Общие замечания по терапии

Выбор препаратов проводится с учётом анамнестических данных (аллергические реакции, индивидуальная непереносимость препаратов, наличие сопутствующих инфекций).

С позиций доказательной медицины проведение системной энзимотерапии, иммуномодулирующей терапии и терапии местными антисептическими препаратами не рекомендовано.

Врач должен рекомендовать пациенту в период лечения и диспансерного наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.

Показания к госпитализации

Диссеминированная хламидийная инфекция (пневмония, перигепатит, перитонит).

Схемы лечения

Лечение хламидийной инфекции нижнего отдела мочеполовой системы, аноректальной области, хламидийного фарингита, хламидийного конъюнктивита

Препараты выбора:

– доксициклина моногидрат 100 мг перорально 2 раза в сутки течение 7 дней (А)

или

– азитромицин 1,0 г перорально однократно (А)

или

– джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней альтернативный препарат:

– офлоксацин 400 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней (В).

Лечение хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов

Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. В зависимости от вышеперечисленных факторов длительность терапии может варьировать от 14 до 21 дня.

Препараты выбора:

– доксициклина моногидрат 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14-21 дней (А)

или

– джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 14-21 дней (С).

Альтернативный препарат:

– офлоксацин 400 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14-21 дней (В).

При осложнённом течении заболеваний дополнительно рекомендуется назначение патогенетической и физиотерапевтической терапии.

Особые ситуации

Лечение беременных:

– джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней (В)

или

– азитромицин 1,0 г перорально однократно (А).

Лечение беременных, больных хламидийной инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учётом их влияния на плод при участии акушеров-гинекологов.

Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):

– джозамицин 50 мг на 1 кг массы тела в сутки, разделённые на 3 приёма, перорально в течение 7 дней (D).

Лечение новорождённых, родившихся от матерей, больных хламидийной инфекцией, проводится при участии неонатологов.

Лечение хламидийной инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учётом противопоказаний.

Требования к результатам лечения

– эрадикация *C.trachomatis*;

– клиническое выздоровление.

Установление излеченности хламидийной инфекции на основании методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

– исключение реинфекции;

– назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

Маргарита РАХМАТУЛИНА,
заместитель директора Государственного
научного центра дерматовенерологии
и косметологии Минздрава России
по научно-клинической работе,
доктор медицинских наук,
профессор.

Евгений СОКОЛОВСКИЙ,
заведующий кафедрой дерматовенерологии
с клиникой Первого Санкт-Петербургского
государственного медицинского университета
им. И.П.Павлова,
доктор медицинских наук,
профессор.

Ирина МАЛОВА,
заведующий кафедрой дерматовенерологии
факультета повышения квалификации
и профессиональной переподготовки
специалистов Иркутского государственного
медицинского университета Минздрава России,
доктор медицинских наук,
профессор.

С «гошпиталем для лечения болящих людей», а ныне Главным военным клиническим госпиталем им. Н.Н.Бурденко (ГВКГ) прочно ассоциируется определение «первый». Нисколько не преувеличивая можно утверждать, что, подобно тому как из гоголевской «Шинели» вышла вся русская литература, российская медицина вышла из стен этого славного лечебного учреждения.

Основав своим Майским указом 1706 г. первый госпиталь Отечества, Пётр I положил тем самым начало всему государственному больничному делу, медицинскому образованию и медицинской науке. Первых пациентов госпиталь принял в 1707 г. Одновременно открылась и первая в России медико-хирургическая школа, более века готовившая лекарей «из природных россиян» и на протяжении свыше 25 лет оставшаяся единственным в стране медицинским учебным заведением. Клинический характер обучения в Московской госпитальной школе стал законом, или, как бы мы теперь сказали, стандартом для других подобных школ России. За 310-летнюю историю госпиталя врачи, медицинские сёстры, санитарки оказали помощь почти 5 млн человек.

Бывшая когда-то глубокой окраиной, Немецкая слобода давно уже находится недалеко от центра столицы. Но и сегодня, попав через КПП на историческую территорию госпиталя, в сакральное для любого военного медика место, явственно ощущаешь, что спустя века жизнь здесь течёт по-особому, вовсе не так, как в современных медицинских организациях и офисах. Столетия не вытравили прежнего духа служения людям. В обособленном от внешнего мира старинными основательными 2-3-этажными постройками госпитальным ансамблем не слышно шума городского, под сенью вековых деревьев царит умиротворение. Всё тут напоено историей. Кажется, в любой момент навстречу могут выйти легендарные доктора, первопроходцы в области организации медицинского дела, представляющие цвет отечественной медицины, чьи имена неотделимы от истории госпиталя, – его основатель Николай Бидлоо, первый президент Академии наук и художеств Санкт-Петербурга Лаврентий Блюментрост, Николай Пирогов, Николай Клифосовский, Сергей Юдин, и конечно же, первый президент Академии медицинских наук СССР Николай Бурденко... А не так давно в исторической части госпиталя, на аллее военно-медицинской славы установлены памятники Петру I и Н.Бидлоо, бюсты начальника Главного военно-санитарного управления Ефима Смирнова, главного хирурга Красной армии Николая Бурденко, главного терапевта Мирона Вовси, заместителя начальника Центрального военно-медицинского управления Минобороны СССР Ивана Юрова.

В лечебных корпусах, выстроенных буквой «П», прочные, более метра толщиной стены, высоченные потолки, просторные коридоры, парадные лестницы. Лишь размещённые на стенах экспозиции и богатейшие музейные экспонаты, свято берегающиеся хранителями старины и традиций, архивариусами, повествуют о сегодняшнем и завтрашнем дне госпиталя, возвращая к реальности, которая со временем, думается, станет для потомков не менее легендарной...

За внешним покоем в госпитале ведётся каждодневная, ежечасная борьба за жизнь и здоровье. Равно как и военнослужащие, медики постоянно в полной готовности, всегда на боевом посту. В палатах самые тяжёлые пациенты со всей страны, а потому здесь немало скорбей, страданий, боли, ведь, к сожалению, в армии случаются трагедии, в мирной жизни – стихийные бедствия, катастрофы, аварии, да и горячие точки ни на день не затухают.

Возглавляет госпиталь генерал-майор медицинской службы, член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ Евгений Крюков. С его именем связана ещё одна добрая традиция новейшего времени. За всю историю учреждения это первый руководитель-членкор, который, хочется верить, станет вскоре и первым академиком РАН. За плечами начальника годы службы врачом на подводной лодке, где формировались характер, чувство ответственности, умение молниеносно принимать единственно верное решение по спасению жизни, не сорвав при этом выполнения боевого задания. А потом служба на различных должностях в Севастопольском госпитале, вплоть до его начальника, работа главным

лечебно-реабилитационный центр, в Сергиевом Посаде – инфекционное направление, в Купавне – поликлиническая служба... Каждый центр имеет узкую специализацию, что позволяет им быть рентабельными и конкурентоспособными.

Ежегодно в госпиталь поступают свыше 50 тыс. пациентов. Половина из них нуждается в комплексном лечении. Состояние многих таково, что практически каждому третьему проводится хирургическое лечение, причём доля сложных оперативных вмешательств превышает 70%.

У нас сформирована уникальная школа специалистов. Сегодня в госпитале работают 2 члена-корре-

дей в военных конфликтах. И у нас трудятся неравнодушные специалисты с отзывчивыми сердцами. Так было всегда, так есть сегодня. Прежде всего мы – доктора. Спасая наших пациентов, мы боремся за каждую жизнь, чего бы это ни стоило Министерству обороны РФ. Недавно в ходе локального военного конфликта пострадал пациент. Он находился в критическом состоянии. В условиях центральной районной больницы, куда его доставили, он не выжил бы. Поэтому после экстренной консультативной помощи на основе телемедицинских технологий в регион оперативно направили

скорая и неотложная военно-медицинская помощь в самых трагических и драматических ситуациях.

Дух большой науки

– Помимо многопрофильной клиники госпиталь – это ещё и старейшая научная военно-медицинская школа. Присутствует в нём сегодня дух большой науки?

– Судите сами. Недавно я выступал на бюро Медицинского отделения РАН с докладом «Фундаментальные научные исследования – военной медицине», где отмечал, что наш госпиталь – это многопро-

Откровенный разговор

«За Яузой-рекой против Немецкой слободы в пристойном месте»

Первый госпиталь страны и сегодня служит флагманом российской медицины



терапевтом Черноморского флота. Отсюда любовь к морю. Из первых уст мы решили узнать у Евгения Владимировича, легко ли госпиталю оставаться сегодня флагманом военной медицины и каков он, современный портрет учреждения.

Развивая лучшие традиции

– История государства российского и работа госпиталя неотделимы. В «рюкзаках» ГВКГ многовековые традиции служения здоровью людей, причём как военнослужащих, так и гражданского населения. На здешней площадке рождалась и развивалась медицинская служба, ставшая впоследствии образцом для различных отечественных силовых ведомств. Вне сомнения, это славные страницы формирования военной медицины и клинической практики как составной части системы здравоохранения и обеспечения безопасности страны в целом.

В настоящее время госпиталь – единственная в столице многопрофильная военная организация, которая являет собой медицинский холдинг, где представлены практически все направления современной медицины, что позволяет оказывать медпомощь в полном объёме. Это отвечает параграфам подписанной Президентом страны Военной доктрины РФ, которая предусматривает «создание интегрированных структур, материально-технического, социального, медицинского и научного обеспечения в Вооружённых силах, других войсках и органах, а также учреждений военного образования и подготовки кадров».

Основная госпитальная база расположена в районе «Лефортово». Кроме этого, мы имеем несколько великолепно оснащённых и эффективно функционирующих филиалов на территории Москвы и Подмосковья. Например, на базе филиала в Химках формируется мощнейший

спондента РАН, талантливые клиницисты-практики, среди которых 55 докторов медицинских наук, 252 кандидата медицинских наук, 22 профессора, 18 доцентов, 98 заслуженных врачей РФ и заслуженных работников здравоохранения РФ. Не могу не остановиться на атмосфере, которая царит в ГВКГ: все мы – единая семья, где каждый готов подставить плечо, разделить радость и печаль другого. Лицо госпиталя – это не начальник и не начмед, не руководители, хотя, дай бог, если и мы оставим добрый след. Госпиталь – это его специалисты. Из преданного служения каждого складывается общая достойная картина военно-медицинского учреждения. Поэтому, думается, следование традициям, мощная материально-техническая база, применение современных методик и технологий лечения, диагностики, профилактики, высокий стандарт профессиональных навыков и ответственности медицинского персонала и позволяют нам оставаться флагманом военной медицины.

Оперативность как спасение

– Оказывая помощь в боевых условиях, врачи в погонах, на верное, чаще своих штатских коллег задумываются о вопросах войны и мира, жизни и смерти. Не болит душа оттого, что так много ребят гибнет в условно мирное время? Вспоминаются стихи А.Вертинского: «Я не знаю: зачем и кому это нужно,/ Кто послал их на смерть недрожавшей рукой,/ Только так беспощадно, так зло и ненужно/ Опустили их в вечный покой». К сожалению, сейчас много горячих точек, но лучше бы – больше горячих сердец...

– В новейшей истории действительно возникают локальные конфликты, например на Северном Кавказе, в Грузии, Чечне, за пределами России. И назначение военного врача – оказывать помощь в боевой обстановке. Нашими специалистами накоплен значительный опыт предоставления специализированной медпомощи раненым и больным в военно-полевых условиях, они располагают современными возможностями высокотехнологичного лечения. Отмечу, что государственная военно-медицинская доктрина предусматривает изменение характера применения войск в XXI веке. Теория военной медицины выходит за рамки практической деятельности ГВКГ. В рамках развития военно-полевой медицины эвакуация является этапом лечения пациента, который включает в себя знания патологической анатомии, патофизиологии, биоорганической химии и фармакологии, медицинской биофизики, организации и тактики медслужбы.

Безусловно, нас не могут не волновать гибель и страдания лю-

бригаду отделения аэромобильной эвакуации с модулем для оказания ранней специализированной медицинской помощи. Благодаря инвазивному методу экстракорпоральной мембранной оксигенации при острой дыхательной недостаточности вследствие практически неработающего лёгкого мы эвакуировали его для продолжения лечения в ГВКГ. И мать пострадавшего, и медперсонал районной больницы не ожидали, что ради спасения жизни 19-летнего мальчишки будет выслан самолёт с бригадой. Мать была потрясена, когда умиравший на её руках взрослый ребёнок вдруг получил возможность жить. Более того, после лечения был возвращён в строй. Да, задача каждого военного врача – спасение жизней тех, кто пришёл в Вооружённые силы. Мы стремимся сделать всё от нас зависящее, чтобы все матери получили своих детей через год службы в армии живыми и здоровыми. Нельзя сбрасывать со счетов и то, что иногда бывают взрывы на военных складах, случаи халатности и разгильдяйства, когда танк может переехать ноги солдата, и его надо спасать. Также, к сожалению, как в стране, так и во всём мире, в любой отрасли происходят теракты, техногенные аварии, катастрофы, ДТП, в результате которых есть пострадавшие. В этих случаях эвакуация пациентов самолётным или вертолётным модулем лежит и на нас. Бесспорно, руководство страны, командиры на всех уровнях принимают меры для минимизации подобных эксцессов, но в жизни всё бывает. А идеология и призвание любого врача – оказать помощь нуждающимся. Так воспитаны все медики – гражданские или военные.

Одно из основных преимуществ военных медиков – оперативность оказания медпомощи. Этим целям служит, например, недавно созданное отделение аэромобильной эвакуации. Вначале передовая технология прошла апробацию в Министерстве по чрезвычайным ситуациям РФ, а теперь прочно вошла в практику Минобороны.

Помимо отделения аэромобильной эвакуации в 2017 г. решением министра обороны в ГВКГ создан ещё медицинский отряд специального назначения численностью 100 человек со своими операционными наборами для оказания специализированной медпомощи в условиях, приближённых к боевым. Уже через 6 часов он обязан выполнить задачу министра обороны в любой точке РФ. В его составе нейрохирурги, травматологи, реаниматологи, терапевты, абдоминальные хирурги, которые в остальное время, пока не поступила боевая задача, работают ординаторами в специализированных подразделениях госпиталя. Отделение аэромобильной эвакуации и медицинский отряд специального назначения, образно говоря, – это

фильная медицинская организация, в которой оказывается консультативная, методическая и практическая помощь военно-медицинским организациям в совершенствовании лечебно-диагностической работы при обследовании и лечении наиболее тяжёлых и сложных пациентов. Я подчеркнул, что у нас проводятся научные исследования, направленные на решение актуальных проблем военной медицины, разработку и внедрение новых методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации раненых, больных и поражённых. Таким образом, ГВКГ находится на передовых позициях, в том числе и фундаментальной медицины. Мы имеем аккредитацию для проведения клинических исследований, которых на сегодняшний день около 50. Располагаем прекрасно оснащённым лабораторным центром со своими традициями, связями с лучшими лабораториями и кафедрами лабораторной диагностики страны.

В частности, основные работы в области травматологии и ортопедии выполняются под руководством профессора Леонида Брижана в сотрудничестве с Национальным медицинским исследовательским центром травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова и Ассоциацией травматологов-ортопедов России. В 2017 г. эта ассоциация, возглавляемая академиком РАН Сергеем Мироновым, совместно с нами провела Евразийский ортопедический форум, в котором приняли участие свыше 4 тыс. человек из Франции, Сингапура, Индонезии, Китая, Кореи, стран СНГ. На нём наши специалисты доложили об основных направлениях развития, которые касаются решения проблемы создания современных технических средств иммобилизации в военно-полевых условиях, разработки и адаптации аддитивных и клеточных технологий к применению в лечении обширных постогнестрельных дефектов костей, использования концепции кастомизированных ортопедических имплантатов для лечения онкологических поражений костей и окколосуставных дефектов.

Результатами научной деятельности стали 6 завершённых диссертационных исследований, 15 патентов на изобретения, 127 научных публикаций в реферируемых изданиях. В Рыбинске налажен выпуск прогрессивного, не имеющего аналогов устройства – военно-полевого стержневого комплекта, служащего иммобилизации при огнестрельных ранениях. Также широко применяется медицинский военно-полевой мобильный комплекс «Клевер», который был разработан совместно с отечественными производителями. Созданы прочные отечественные полимерные бинты, наклеивающиеся без воды. Среди других реалий ГВКГ – компактный мобильный полевой рентгенографический цифровой аппарат,

который складывается в кейс и доступен на любом этапе медицинской эвакуации. При обширных огнестрельных дефектах костей применяется индивидуальный протез, проектируемый и изготавливаемый с помощью 3D-моделирования.

Показателями также исследования, посвящённые анемиям при заболеваниях системы крови, проведённые сотрудниками гематологического центра госпиталя в кооперации с Национальным медицинским исследовательским центром детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва. Совместное с Национальным медицинским исследовательским центром онкологии им. Н.Н.Блохина исследование касалось профилактики вирусных инфекций в гематологии, множественной миеломы и трансфузиологического обеспечения лечения гемобластозов. В результате была предложена классификация анемий, ставшая всеобщепотребительной, разработаны оригинальные методы профилактики вирусных инфекций у гематологических больных, опубликовано первое Национальное руководство по гематологии под редакцией начальника гематологического центра госпиталя профессора Олега Рукавицына.

По направлению «пульмонология» совместно с Казанским медицинским университетом проведены научные программы по диагностике и лечению саркоидоза и интерстициальных заболеваний лёгких, совместно с НИИ антимикробной химиотерапии (Смоленск) проведено изучение этиологии внебольничной пневмонии и острого бронхита и механизмов резистентности микроорганизмов к антибиотикам.

Фундаментальные исследования в кооперации с НИИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, Эндокринологическим научным центром, Российской медицинской академией непрерывного профессионального образования проведены с целью изучения путей и механизмов нарушения апоптоза в нейроэндокринных опухолях. В целом в области онкологии проводится 17 международных клинических исследований по изучению новых противоопухолевых препаратов. Поэтому в 2018 г. нам предстоит кардинально улучшить лечение онкологических пациентов, переснастить онкогематологическую помощь. У нас уже имеется единственный в Вооружённых силах позитронно-эмиссионный компьютерный томограф, позволяющий диагностировать онкозаболевания на ранней стадии. Запланировано приобретение высоко- и средне-энергетичного лазера для лучевой терапии и гамма-ножа. В рамках государственно-частного партнёрства обсуждаем план быстрого возведения современного онкологического корпуса.

В течение последних 10 лет выполнена систематизация опухолей и опухолеподобных поражений кожи, результатом чего стало опубликование 10 методических рекомендаций, 4 монографий, 5 атласов, выполненных заведующим дерматовенерологическим отделением, доктором медицинских наук Игорем Ламоткиным.

Центр сердечно-сосудистой хирургии под руководством доктора медицинских наук Дмитрия Крапина входит в пятёрку лучших по объёму мининвазивных и эндоваскулярных оперативных вмешательств (80% от общего числа), в частности по выполнению операций радиочастотной катетерной абляции, низкотемпературной абляции и транскатетерной имплантации искусственного аортального клапана.

Благодаря мастерству начальника нейрохирургического центра доктора медицинских наук Шамиля Гизатуллина в госпитале выполняется практически полный спектр нейрохирургических вмешательств. Приоритетными для нас являются мининвазивные операции на головном мозге, на всех отделах позвоночника и спинного мозга, в ряде случаев с использованием спинального робота. Чрезвычайно высокий интерес представляют традиционные проводимые им мастер-классы с международным участием. Ежегодные «Бурденковские

встречи» проходят именно в стенах нашего госпиталя.

Начальник центра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Сергей Терещук выполняет потрясающие по качеству вмешательства. Благодаря таким операциям с применением виртуального планирования, хирургических шаблонов и методов реконструктивной микрохирургии устраняются дефекты челюстно-лицевой области с последующим восстановлением функций зубочелюстного аппарата как у пациентов после ранений, когда отсутствует практически половина челюсти, так и у онкологических больных.

Как видите, речь идёт об уникальных клинических методиках двойного назначения. Они касаются челюстно-лицевой хирургии, травматологии и ортопедии, а также хирургии груди и живота. Вот основные направления, по которым сейчас выполняются клинические исследования. И куда ни посмотришь в госпитале – повсюду яркие личности. Сколько выдающихся специалистов работают на благо здоровья россиян! О каждом можно написать книгу.

А о тесной связи фундаментальной науки и практического здравоохранения свидетельствует сотрудничество с вирусологами. Решением министров обороны и здравоохранения страны в госпитале проводилось открытое исследование безопасности, реактогенности и иммуногенности вакцин против геморрагической лихорадки Эбола. В результате научно-исследовательской работы Минздравом России зарегистрированы первые две отечественные вакцины. Очень приятно, что вакцина стала первой признанной в мире. Это весьма перспективное и важное профилактическое направление мы намерены продолжить. Совместно с членом-корреспондентом РАН Сергеем Борисевичем мы разработали несколько программ исследований. В частности – крупную программу клинических испытаний отечественных вакцин, которую предстоит реализовать нашим вирусологам совместно с Государственным НИИ стандартизации и контроля биологических препаратов им. Л.А.Тарасевича.

Любовно пестуют кадры

– **Фигура военного доктора всё-таки зримо отличается от «гражданского» врача. Каким образом подбираете их?**

– В этом мы опираемся на опыт наших предшественников. В частности, следуем рекомендациям лейб-медика Петра I Л.Блюментроста, которыми он напутствовал военных врачей в книге «Практический трактат, ставящий лагерного (полевая) врача блюстителем (здравия) в Московском войске» (1700): «Пусть каждый врач не будет угрюмым, робким или боязливым, но владеющим собой, рассудительным, всегда готовым к помощи... Пусть так ведёт себя со всеми, чтобы не оскорбить ни Бога, ни людей».

Врач в погонах должен уметь быстро ориентироваться в сложных ситуациях, не теряться в опасности, брать на себя ответственность. На передовой, в военно-полевых условиях, на корабле или подводной лодке помощи ждать неоткуда. Поэтому стараемся находить молодых ребят, которые словно маячки горят медициной и освещают путь другим. К ним нужно очень уважительно относиться и стараться сделать максимально возможное для их становления, потому что от этого зависит будущее военной медицины. Подчас приглашаем к себе гражданских специалистов, которые призываются в Вооружённые силы и впоследствии становятся замечательными военными медиками. Подчеркну, что таких специалистов не готовит ни один вуз страны – они, приобретая бесценный опыт, формируются годами.

Сила – в кооперации

– **В прежние времена военная медицина стояла особняком. А сейчас?**

– Противопоставлять военную медицину гражданскому здраво-

охранению неправильно. Мы за более тесную интеграцию, ведь это взаимообогащающие механизмы единой системы здоровьесбережения. Ещё работая начальником Севастопольского военно-морского клинического госпиталя им. Н.И.Пирогова, я установил эффективное сотрудничество с правительством Москвы и Министрством здравоохранения Республики Татарстан, что способствовало поиску новых решений для совершенствования лечебно-диагностического процесса в непростых условиях недавнего прошлого. На протяжении не одного десятилетия нас объединяет общая работа с президентом Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова академиком РАН Николаем Ющук, книги которого являются настольными для военных врачей в решении проблемы лечения хронического вирусного гепатита в Вооружённых силах. Совместными усилиями ситуацию удалось переломить. Мы своевременно выявляли, госпитализировали, лечили таких пациентов, часть уволили, и во флоте практически не стало проблем с суицидами, наркоманией, зримо улучшилось психоэмоциональное состояние бойцов. В итоге в 2000-е годы наш опыт экстраполировали на все Вооружённые силы, порядок призыва в армию был принципиально изменён: ещё на уровне военкоматов обязательным стало проведение скрининга по выявлению вирусного гепатита.

Моё избрание в 2016 г. членом-корреспондентом РАН придало новый импульс в развитии ГВКГ. Мы стали более открыты к взаимодействию с ведущими научно-исследовательскими центрами и авторитетными специалистами страны, профессиональными врачами ассоциациями и т.д. Подписали договор о сотрудничестве с ректором Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова академиком РАН Петром Глыбочко. В повышении уровня знаний наших специалистов активно участвуют ведущие специалисты МГМСУ им. А.И.Евдокимова – директор Клинического медицинского центра, главный нейрохирург Минздрава России, академик РАН Владимир Крылов, ректор, главный стоматолог Минздрава России, член-корреспондент РАН Олег Янушевич, заведующий кафедрой факультетской хирургии, член-корреспондент РАН Олег Луцевич, проректор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии, академик РАН Игорь Маев.

– **Удаётся ли госпиталю заботиться?**

– В данный момент любой обратившийся в госпиталь может получить помощь на платной основе. Однако в нынешних условиях это не является нашим приоритетом: госпиталь – казённое учреждение, поэтому доля платных услуг составляет менее 10%. Но с будущего года госпиталь получает статус бюджетного, и нам предстоит самим зарабатывать, в том числе для решения вопросов ремонта, приобретения медицинского оборудования, лекарственных препаратов и т.д. Уже сегодня мы готовы принимать пациентов с полисами ОМС, ДМС. Планируем расширить предоставление высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой по квотам, улучшить свою маттехбазу, модернизировать и укрепить консультативно-диагностический центр, развивать стационарозамещающие технологии...

С Севастополем в сердце

– **Когда мы договаривались о предстоящем интервью, вы ска-зали, что находитесь в Крыму. Наверное, были в Севастополе?**

– Мне действительно удалось взять недельный отпуск, чтобы побывать в Севастополе, ставшем для меня родным, и надыхаться морским воздухом. Какая-то неведомая сила влечёт «невольнo к этим берегам», как писал А.Пушкин. Там осталось много друзей. Особенно по этому белокаменному городу

под парусами ностальгируют мои домочадцы. Да и вообще Севастополь с его девятым валом до самого неба, с кружащими над волной чайками, с заветными улочками является священным для многих россиян. Здесь хранят память былых подвигов, историю славных побед. Это город воинской славы, надёжный как гранит. Гордость его – это, конечно же, моряки.

С Севастопольским госпиталем связана большая часть моей трудовой биографии: 5 лет в должности старшего ординатора, интернатура по анестезиологии и реаниматологии, защита кандидатской диссертации по пульмонологии в Институте пульмонологии у академика РАН Александра Чучалина. Работа начальником терапевтического отделения, когда через мои руки ежегодно проходило более 600 пациентов с инфарктами и ещё столько же – с инсультами. Помимо отделения на моих плечах лежала ответственность за отделение хирургической реанимации. Но я бредил терапией, и потому пропадаю в госпитале дни и ночи. Так проходило становление во времена нашей молодости. Вскоре меня назначили главным терапевтом Черноморского флота. Затем защита докторской диссертации, тоже по пульмонологии. С приходом в 2009 г. нового министра обороны Анатолия Сердюкова началась кардинальная реорганизация военной медицины. Институт главных специалистов упразднён, я попал под сокращение. Такой была новая стартовая позиция. Как быть, чем заниматься? Ни один мой диплом на Украине не признаётся – ни кандидатский, ни докторский, ни профессорский, только об окончании медвуза. Правда, на тот момент я был профессором кафедры терапии Государственного института усовершенствования врачей Минобороны России, руководил которой один из моих учителей главный терапевт Министерства обороны РФ, доктор медицинских наук, профессор Анатолий Раков. Но сложилось так, что меня назначили начальником Севастопольского госпиталя. В этой должности я проработал 5 лет, не оставляя клиническую практику. Приходилось консультировать не только военнослужащих Черноморского флота, но и гражданское население. Мы установили хорошие взаимоотношения с руководством города. И даже несмотря на уже тогда имевшиеся политические перипетии и противостоения, наш госпиталь имел лицензию Минздрава Украины на право осуществлять все виды медицинской деятельности. А в 2014 г. министр обороны РФ Сергей Шойгу предложил мне возглавить Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко.

– **Как Москва приняла вас, чувствуете здесь себя уже своим?**

– Когда я пришёл сюда, сразу возникло ощущение, что это мой госпиталь. Конечно, доводилось бывать здесь и прежде, но лишь в новом статусе осознал, что нахожусь в госпитале громадных традиций. Это подразумевает громадную ответственность за каждый свой поступок, каждое действие. Кстати, и Севастопольский госпиталь со столь же славными традициями, поэтому я сразу почувствовал себя «своим». В скорой адаптации помогло и руководство Минобороны, в частности забота первого заместителя министра Руслана Цаликова, который, несмотря на строгость и требовательность, не забывает проявлять заботу о тех, кто рядом. Сегодня это один из верных хранителей традиций военной медицины. В ГВКГ я оказался в сплочённой команде настоящих профессионалов, не только великолепно знающих свою специальность, но и переживающих за наше общее дело.

В содружестве с искусством

– **Когда выдаётся свободная минутка, чему посвящаете себя?**

– Свободного времени, признаться, очень немного, практически всё посвящаешь госпиталю. Я живу неподалёку, поэтому часто задерживаюсь, а с раннего часа вновь на службе. Для меня

огромное счастье оказаться в этих исторических стенах, где работали замечательные люди, мои предшественники, поэтому стараюсь беречь здешние традиции и устои. Вот и в своём кабинете не сделал современного ремонта, чтобы сохранить исторические интерьеры. Разве что на месте большой карты повесил картину, которую мне подарили маринисты студии военных художников им. М.Б.Грекова, чтобы она напоминала о море. И действительно, она греет...

Я люблю искусство, театр. Мне очень нравится музыкальный театр «Геликон-опера», восхищаюсь новаторским режиссёрским талантом его художественного руководителя Дмитрия Бертмана. Из драматических предпочтение отдаю театру им. К.С.Станиславского, ныне Электротеатру «Станиславский». Этот вид искусства благотворен для любого человека, ведь развитие театра всегда неотделимо от развития общества, состояния культуры в целом и духовной жизни страны. Отнюдь не случайно большое внимание в госпитале уделяется социально-культурной реабилитации. Практически еженедельно в нашем зрительном зале свои замечательные благотворительные органные концерты проводит профессор Московской консерватории Алексей Паршин. Это направление арт-терапии мы так и назвали – органотерапией. Летом каждое воскресенье в парке у фонтана выступают духовые оркестры. Мы постоянно проводим художественные выставки. У нас одна из крупнейших медицинских библиотек, насчитывающая почти 50 тыс. экземпляров, причём есть и раритетные издания XVIII-XIX веков. Для тех, кто не может ходить, библиотекари разносят книги по корпусам и палатам. Это направление мы именуем библиотерапией.

Безусловно, стремлюсь больше времени уделять семье. Любого человека на этой земле держат наши дети, которых я стремлюсь воспитать достойными людьми. Моя дочь учится на юрфаке МГУ и, к сожалению, не связана с медициной. Но есть надежда, что, может быть, младший сын, окончив школу, станет врачом. Хотелось бы, чтобы медицина стала его призванием в высоком смысле этого слова.

– **Как формируете здоровый образ жизни?**

– Сегодня мы делаем акцент на боевой подготовке врачебного состава. В армии наблюдается тенденция к сохранению здоровья. Многие активно занимаются физической подготовкой, спортом. Военнослужащие действительно стали здоровее, поскольку изменили стиль жизни, рацион питания, избавились от вредных привычек. Среди действующих военнoслужащих стало существенно меньше людей с метаболическим синдромом, сахарным диабетом 2-го типа, и это нас, врачей, радует.

Заглядывая в день завтрашний

– **Подводя итог, скажите, какой план хотите реализовать?**

– Это очень сложный вопрос, потому что сделать хочется всё. Мы максималисты. Но главное – сохранить это лечебное учреждение, его дух. Постараться в наше непростое время сберечь коллектив. Наверное, основное качество руководителя – обеспечить комфорт (в том числе душевный) и заботу о людях, которые здесь работают. Чтобы работники с радостью шли в госпиталь, где проходит почти половина их жизни. Подвляющее большинство наших сотрудников пришли в военную медицину по призванию, душой болеют за своё дело, являются подвижниками. Благодарю их за служение благородному делу, за верность нашему общему дому – госпиталю. Их пример вдохновляет тех, кто сейчас приходит служить и работать к нам, сплачивает наш огромный и замечательный коллектив. Убеждён, все намеченные направления развития продолжат совершенствоваться, и у госпиталя будет достойная перспектива.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Общественная палата Российской Федерации и Общероссийский народный фронт подключились к решению проблемы обращения с опасными медицинскими отходами. В Общественной палате РФ прошёл «круглый стол» по обсуждению этого вопроса, а ОНФ обратился в Генеральную прокуратуру РФ с просьбой проверить утилизацию таких отходов.

Под видом обычного мусора...

В начале этого года активистами Воронежского областного отделения фронта были установлены факты сброса лечебными учреждениями региона медицинских отходов в типовые контейнеры для сбора твёрдых коммунальных отходов (ТКО). Эксперты ОНФ расценили подобную практику как нарушение санитарно-эпидемиологических норм, поскольку отработанные медицинские материалы относятся к категории опасных. Обеспокоенные общественники направили запрос в территориальное управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Молчание Роспотребнадзора вынудило их обратиться в Генпрокуратуру России.

Медучреждения Воронежской области, как выяснилось, производят лишь химическую обработку опасных отходов и выставляют заявки на торги по вывозу и захоронению их как обычного мусора. В результате вся масса необеззараженных должным образом медицинских отходов попадает на полигон ТКО.

Активисты ОНФ зафиксировали случаи, когда необработанные должным образом медотходы выбрасывали на открытую контейнерную площадку вблизи жилых домов, школ, детских садов. Далее эти отходы попадали на полигоны ТКО. Подобные действия могут спровоцировать случайное ранение и заражение людей и животных, способствовать распространению серьёзных инфекционных заболеваний.

Областным Управлением Роспотребнадзора была проведена проверка, по итогам которой обязанность по аппаратному обезвреживанию отходов группы «Б» была вменена полигону ТКО, который осуществляет их захоронение. На администрацию полигона был наложен административный штраф и вынесено представление об устранении нарушений. Однако работу по аппаратной обработке медотходов здесь так и не начали.

«Эксперты ОНФ уверены, что обеззараженные опасные отходы должны быть уже на выходе из лечебного учреждения, ведь на пути до полигона угроза заражения будет сохраняться. В мае этого года мы направили обращение в адрес Роспотребнадзора с целью разъяснения, в чью обязанность входит аппаратное обезвреживание отходов – лечебных учреждений или полигона ТКО. Ответ на указанное обращение получен не был, поэтому мы обратились в Генеральную прокуратуру РФ», – говорит член регионального штаба ОНФ Елена Белькова.

По словам координатора проекта ОНФ «Генеральная уборка» Дмитрия Миронова, на сайт «Интерактивная карта свалок» со всех регионов страны регулярно поступают сообщения о несанкционированных свалках медицинских отходов, а также о завозе необеззараженных медицинских отходов на полигоны ТКО.

«Нами буквально месяц назад был зафиксирован факт выброса медицинских отходов (шприцы, капельницы с кровью) рядом с площадкой временного хранения отходов. Никто за это наказа-

ние пока не понёс, несмотря на то, что обращались по этому факту в надзорные органы. Мы неоднократно просили Правительство РФ ввести запрет на захоронение опасных отходов, особенно медицинских, чтобы подвергать их уничтожению, в том числе через пиролиз. Если бы правительство прислушалось к нашим предложениям, сейчас проблема с медицинскими отходами не стояла бы так остро», – резюмировал Д.Миронов.

нодательство и вновь вводить лицензирование этого вида деятельности. Также изменения потребуются в федеральный закон об основах охраны здоровья граждан: в нём нужно предусмотреть сжигание и (или) обеззараживание медицинских отходов на специальных установках. Только такие меры, по мнению общественника, смогут дать положительный эффект.

Участники дискуссии согласились, что проблема существует. Эксперт Андрей Пешков заявил,

переработки. В них кроется опасность для человека, обусловленная прежде всего постоянным наличием в их составе возбудителей различных инфекционных заболеваний, токсических, а нередко и радиоактивных веществ. К тому же длительность выживания в таких отходах патогенных микроорганизмов достаточно велика. Если в 1 г бытовых отходов содержится, например, 0,1-1 млрд микроорганизмов, то в медицинских это число возрастает до 200-300 млрд. При этом сле-

эпидемиологической, токсикологической и радиационной опасности на 5 классов:

Класс А. Неопасные отходы (пищевые отходы всех подразделений ЛПУ, кроме инфекционных и фтизиатрических, мебель, инвентарь, строительный мусор и т.п.).

Класс Б. Опасные (рискованные) отходы (потенциально инфицированные отходы, материалы и инструменты, загрязнённые выделениями, в том числе кровью, органические операционные и патологоанатомические отходы и т.п.).

Класс В. Чрезвычайно опасные отходы (материалы, контактирующие с больными особо опасными инфекциями, отходы фтизиатрических и микологических больниц и т.п.).

Класс Г. Отходы, по составу близкие к промышленным (просроченные лекарственные средства и дезинфектанты, отходы от лекарственных и диагностических препаратов, ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование, и т.п.).

Класс Д. Радиоактивные отходы (все виды отходов, содержащие радиоактивные компоненты).

К отходам ЛПУ в зависимости от их класса предъявляются различные требования по сбору, временному хранению и транспортированию. Не допускается смешение отходов различных классов на всех стадиях сбора и хранения и определяется порядок их утилизации. Обращение с отходами классов Г и Д регулируется нормативами для токсичных и радиоактивных отходов.

Из всех вышеперечисленных наиболее серьёзную проблему представляют классы Б и В, составляющие 20% от общего количества образующихся медицинских отходов, которые не могут быть переработаны и подлежат обеззараживанию и последующему захоронению либо уничтожению.

Построенные вновь или реконструированные до 1990 г. ЛПУ в России, как правило, не имеют соответствующих помещений, площадок для временного хранения медицинских отходов, а также сооружений по их термической утилизации. В целом не решена проблема утилизации лекарств с просроченным сроком действия и фальсифицированных препаратов.

В Москве уничтожение медицинских отходов осуществляется на санитарно-ветеринарном заводе «Эколог» в Люберцах, услуги которого востребованы в основном ведомственными и частными больницами, а все остальные пользуются «серыми» схемами – тоже вывозят, но недорого и не в Люберцы без всяких справок.

В других регионах России опасными медицинскими отходами специально не занимается ни одна компания, вернее, занимается, и не одна, но исключительно по «серым» схемам. Есть ещё компании, которые совсем недорого (?) вывозят просроченные лекарства, но не любые, а в соответствии с собственным перечнем, который у всех разный.

Вывод – цивилизованного рынка услуг по утилизации медицинских отходов в России не существует, притом что существует возможность их продавать и вывозить на свалки под видом ТКО. То есть сохраняется (и обостряется!) опасность медицинских отходов для персонала ЛПУ, населения и окружающей среды, которая определяется риском инфекционного заражения, физического, токсического и радиоактивного поражения, экологического загрязнения окружающей среды.

А это значит, что помимо ответственности к решению проблемы утилизации опасных медицинских отходов пора подключиться и власти.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Проблемы и решения

Мина замедленного действия

Утилизация медицинских отходов вызывает тревогу



К сожалению, это типичная картинка нашего бытия

Последствия – печальные

За «круглым столом» под эгидой Комиссии Общественной палаты РФ по экологии и охране окружающей среды о проблеме утилизации медицинских отходов рассказал член Общественной палаты Свердловской области Михаил Беленький. Он напомнил, что этот субъект РФ стал передовым по решению вопроса обращения с такими отходами, и отметил, что в регионе разработана региональная программа, в которую включены 22 лечебных учреждения.

Более-менее стабильной ситуация в этой сфере была до 2014 г.: как раз тогда на федеральном уровне отменили требование о лицензировании деятельности по обращению с медицинскими отходами. Последствия этого решения оказались печальными: на рынке, по словам М.Беленького, появилось огромное количество недобросовестных поставщиков, которые стали применять демпинг цен на услуги, что привело к нарушению санитарных правил и технологии утилизации опасных отходов.

М.Беленький считает, что необходимо срочно менять зако-

что такая ситуация сложилась из-за непрофессиональной позиции регулятора. «Только если диверсию сделать нужно, такие действия можно было предпринять. С точки зрения экологической безопасности, они вопиющие», – заявил он.

Специалисты открыто заявляют, что нелегальный оборот опасных медицинских отходов «приобретает тенденцию безнаказанности, и этому нужно немедленно поставить административный заслон».

Вместе с тем выход из ситуации не такой простой. По словам участников обсуждения, общественности, чтобы провести соответствующий законопроект через Госдуму, потребуется не один год. Вариант – действовать либо через отдельных депутатов, выступающих за экологическую безопасность, либо своими силами и за собственные средства действующим компаниям-переработчикам отходов разрабатывать технические регламенты, отраслевые стандарты, добиваться их принятия и исполнения всеми игроками рынка.

Медицинские отходы значительно отличаются от остальных отходов и требуют обязательной

дует учитывать, что количество «производимых» медицинскими учреждениями отходов имеет тенденцию к интенсивному росту, а вследствие увеличения номенклатуры применяемых средств – ещё и к вариативности состава.

При этом все лечебно-профилактические учреждения вне зависимости от их профиля и коечной мощности в результате своей деятельности образуют различные по фракционному составу и степени опасности отходы. Поэтому в каждом из ЛПУ должна быть организована система сбора, временного хранения, обработки и транспортирования отходов.

Классы нарастающей опасности

Проблема утилизации медицинских отходов привлекает к себе всё более пристальное внимание. Ещё в 1979 г. Всемирная организация здравоохранения отнесла отходы медицинской сферы к группе особо опасных и указала на необходимость создания специализированных служб по их уничтожению и переработке. Базельская конвенция в 1992 г. выделила 45 видов опасных отходов, список которых открывается клиническими отходами. Уже к 2005 г. в мире, по обобщённым данным, их накопилось уже около 1,8 млрд тонн, что составляет примерно 300 кг на каждого жителя планеты.

Особую опасность представляют инъекционные иглы и шприцы, поскольку неправильное обращение с ними после применения может привести к повторному использованию.

Весной 1999 г. в Российской Федерации вступили в силу СанПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений», предназначенные для всех лечебно-профилактических учреждений и организаций, занимающихся сбором, хранением, транспортированием и переработкой отходов здравоохранения. Напомним, этот документ разделяет все отходы здравоохранения по степени их

Новація

Роды в прямом эфире

Врачи израильского медицинского центра «ШИБА» разработали методику, которая поможет женщинам лучше справляться с финальным этапом родов. Теперь роженицы смогут наблюдать процесс появления ребёнка на свет от начала и до конца на экране монитора при помощи аппарата ультразвукового исследования и видеть, как их усилия помогают ему продвигаться в родовых путях. С его помощью и роженица, и медицинская бригада могут наблюдать за процессом и контролировать его.

Роженицам хорошо знаком момент, когда ребёнок уже на подходе и акушерка говорит, что нужно тужиться, чтобы помочь ему выйти наружу. Однако при родах с эпидуральной анестезией женщина не всегда может почувствовать, в какой именно момент ей нужно тужиться и насколько эффективны

её усилия. Именно эту проблему и попытались решить израильские врачи.

Исследование показало, что данная методика позволяет заметно снизить вероятность разрывов тканей у рожениц, а также уменьшить стресс и помочь ощутить связь с ребёнком.

В рамках исследования женщин просили сначала тужиться, не глядя на монитор, а затем, после соответствующих разъяснений, разворачивали его к ней. Огромный плюс этого метода заключается в том, что женщина может видеть, каким образом её усилия влияют на продвижение ребёнка в родовых путях, и в соответствии с этим регулировать силу и частоту потуг.

Исследователи сравнили данные о родах 95 женщин: 69 из них рожали без использования данной методики, а 29 с ней. Отзывы женщин, рожавших с помощью новой технологии, были замечательные. По их словам, это значительно

снизило для них уровень стресса, помогло избавиться от паники, они чувствовали себя уверенно. «Многие говорили о том, что благодаря монитору УЗИ они точно знали, что и когда делать», – говорит один из руководителей исследования доктор Янон Гильбоа.

По словам ещё одного автора исследования, доктора Шарона Перельмана, многие женщины испытывают чувство вины, когда их отправляют из родильной палаты на кесарево сечение, потому что потуги неэффективны и им не удаётся помочь ребёнку появиться на свет. С помощью новой технологии можно будет избежать подобных ситуаций и уменьшить количество хирургических и акушерских вмешательств.

Психологи, в свою очередь, отмечают, что данный метод помогает матери ощутить более тесную связь с ребёнком и снижает риск развития послеродовой депрессии.

Открытие

Ананасы: как применять бромелайн

Испанские учёные выяснили, что при помощи специфического вещества, содержащегося в ананасах, можно избавиться от ожогов, причём даже самых тяжёлых форм.

Группа исследователей из Сарагосы установила, что в стеблях ананасов содержится полезный для человека компонент – бромелайн. Такая составная часть подобного растения способствует регенерации кожных покровов, пострадавших от ожогов. При этом отмечается, что его эффективность не снижается даже при сильней-

шем повреждении большой площади кожи.

Для активации положительного свойства вышеуказанный ингредиент нужно добавить в крем, после чего нанести на кожу. Снимают полученную смесь только при помощи специального инструментария. На данном этапе такое средство было создано лишь в лабораторных условиях, это означает, что оно ещё не доступно для массового применения. Тем не менее оно уже прошло клинические испытания и хорошо зарекомендовало себя.

Отмечается, что такой крем не только способствует заживлению

кожи, но и предупреждает заражение крови и присоединение вторичных воспалительных или инфекционных процессов, что очень часто случается при ожогах. Кроме того, применение данного вещества способствует тому, чтобы после такого поражения кожи оставались минимальные внешне проявления.

Ещё одной положительной стороной подобного открытия является то, что пациенты смогут избежать врачебного вмешательства, ведь на сегодняшний день пострадавшие кожные покровы удаляются лишь хирургическим путём, а после операций остаются ярко выраженные шрамы.

Исследования

Гипертония. Рак, увы, на подходе...

Новое исследование учёных из Университета Южной Дании и Датского онкологического общества доказало, что популярное средство от гипертонии увеличивает риск развития рака кожи в несколько раз. Датские исследователи обратили внимание на препараты от повышенного давления, содержащие гидрохлоротиазид.

Эксперимент, в котором приняли участие около 80 тыс. датчан, страдающих от рака кожи, показало, что применение гидрохлоротиазида увеличивает риск развития рака почти в 7 раз. В ходе работы исследователи выявили чёткую связь между использованием гидрохлоротиазида и вероятностью развития плоскоклеточной карциномы. Для чистоты эксперимента учёные

проверили и другие средства от высокого давления, но ни одно из них не показало связи с развитием рака.

– Мы знали, что гидрохлоротиазид сделал кожу более уязвимой для повреждения ультрафиолетовыми лучами, но для нас явилось очень неприятным открытием то, что длительное использование этого средства многократно увеличивает риск развития рака кожи, – рассказал профессор Энтон Поттегорд из Университета Южной Дании.

Гидрохлоротиазид является одним из наиболее часто используемых лекарств для снижения артериального давления как в США, где более 10 млн человек используют препарат ежегодно, так и в Западной Европе. Таким образом, его побочные эффекты не-

посредственно затрагивают многих людей. Исследователи подсчитали, что около 10% всех случаев плоскоклеточной карциномы в Дании могут быть вызваны применением гидрохлоротиазида.

– Не следует прерывать лечение без предварительной консультации в медучреждении. Однако если вы для лечения гипертонии используете гидрохлоротиазид, вам нужно побыстрее поговорить с вашим лечащим врачом, чтобы узнать, можно ли выбрать другое лекарство, – отметил Э.Поттегорд.

Учёные продолжают изучать связь между применением гидрохлоротиазида и раком кожи. Кроме того, они уже известили о результатах своих исследований соответствующие медицинские компании, а также Датское агентство по лекарственным средствам.

Ракурс

Давайте жить дружно!

Только у 17% британских детей есть воображаемые друзья, тогда как в 2001 г. невидимый товарищ по играм был у половины опрошенных. Об этом говорится в исследовании, проведённом компанией-производителем товаров для детей.

В опросе приняли участие 2 тыс. британских родителей. Оказалось, что у девочек на 10% чаще по срав-

нению с мальчиками в приятелях бывают вымышленные персонажи, 37% родителей уверены, что их дети заводят несуществующих друзей, поскольку у них слишком активное воображение.

Исследователи считают, что развитие высокоскоростного доступного интернета, планшеты и другие мобильные устройства мешают детям проявлять творческое начало и, как следствие,

уменьшают вероятность появления у детей воображаемых друзей. Это подтверждают другие недавние исследования, в которых показано, что дети, часто смотрящие телевизор, демонстрируют меньшую креативность по сравнению теми, кто его почти не смотрит.

Воображаемые друзья чаще всего появляются, когда ребёнку исполняется 3 года, а исчезают в возрасте примерно 7 лет, считают специалисты. Джек – самое популярное имя мнимого друга. За ним следуют Гарри, Чарли, Бен и Элли, а также Боб.

Ситуация

Доктор Филипп Ничке, австралийский врач, первым в мире применивший законную добровольную смертельную инъекцию по просьбе пациента, представил миру новый спорный проект. Это аппарат многоразового использования, который предназначен для совершения безболезненного самоубийства без посторонней помощи.

Капсула для эвтаназии

Ф.Ничке – основатель некоммерческой организации, которая защищает «право на смерть». Сам врач, получивший прозвище «Доктор Смерть», уверен, что право на эвтаназию имеют не только тяжело больные люди, но и все, кто страдает от депрессии или просто «устал от жизни» и принял решение умереть.

Созданный им аппарат представляет собой капсулу футуристического вида, похожую на батискаф. Устройство может быть напечатано на 3D-принтере и легко собирается в любом месте при помощи минимального набора инструментов. Капсула предназначена для того, чтобы его владелец одним нажатием кнопки мог безболезненно и спокойно уйти из жизни.

Бесспорно, легальной пока процедура может быть только в Нидерландах, где эвтаназия разрешена. По словам разработчика, доступ к капсуле смогут получить люди, которые заполнили специальный опросник в интернете. Это необходимо, чтобы человек точно понимал, на какой шаг он решается, и осознавал необратимость своих действий. Претенденты по электронной почте получают четырёхзначный код доступа, который сможет активировать капсулу.

Человек, который решил закончить с жизнью, сможет лечь в капсулу, герметично закрыть её изнутри и одним нажатием кнопки запустить в пространство капсулы газообразный азот, ко-

торый быстро вытеснит кислород из дыхательной системы. Через 60 секунд наступит дезориентация в пространстве, похожая на ощущение опьянения, а примерно через 5 минут наступит смерть. Впрочем, до истечения 5 минут человек, находящийся внутри капсулы, в любой момент сможет прервать процесс: нажатием кнопки остановить подачу газа и выйти наружу.

Капсулы различаются по дизайну: они могут иметь прозрачное окно, чтобы покидающий этот мир мог созерцать его в процессе ухода, либо быть полностью непрозрачными. Возможно включение уютной подсветки внутри капсулы.

Кроме того, она может быть отсоединена от той части аппарата, которая подаёт газ, и её можно сразу же использовать в качестве гроба. Изобретатель уверен, что благодаря его идее каждый сможет покончить с собой безболезненным способом в любое удобное для него время.

Ф.Ничке хочет обеспечить максимально широкий доступ к своему устройству с помощью интернета, чтобы любой желающий смог заказать себе такую капсулу с доставкой. Единственное ограничение, которое установил создатель аппарата для заказчиков – это возраст не менее 50 лет. Но очевидно, что в большинство стран этот аппарат доставляться не будет в силу юридических ограничений.

Испытания

Запишись добровольцем!

В Великобритании стартовал набор добровольцев для проведения клинических исследований эффективности применения новой универсальной вакцины против сезонных штаммов гриппа. К исследованию планируется привлечь 500 пациентов в возрасте 65 лет и старше из государственной системы здравоохранения.

Половина испытуемых получит укол обычной сезонной вакцины и плацебо, а другая часть добровольцев будет подвергаться воздействию как обычной прививки, так и новой экспериментальной вакцины.

Профессор Сара Гилберт и её коллеги, разработавшие экспериментальную вакцину, утверждают, что она работает по иному принципу, нежели те прививки, которые используются в медицине на сегодняшний день.

Ныне применяемые профилактические препараты против вируса гриппа должны меняться каждый год в зависимости от мутации возбудителя заболевания. Новая же вакцина воздействует

на ту часть вируса, которая остаётся неизменной во всех его штаммах и разновидностях. По словам учёных из Оксфордского университета (Великобритания), который участвует в финансировании исследований, новая вакцина даст более надёжную защиту от инфицирования.

Существующие вакцины заставляют организм вырабатывать антитела, которые распознают и атакуют белковые молекулы на поверхности вируса. Но благодаря склонности гриппа к быстрым мутациям он регулярно изменяет свою структуру. Именно поэтому вакцину приходится ежегодно создавать заново.

Новый препарат стимулирует выработку иммунной системой антител другого типа – Т-клеток, которые атакуют внутреннюю часть вируса, остающуюся неизменной во всех штаммах гриппа.

Нынешние клинические исследования запланированы на 2 года. Если и дальнейшие изучения действия нового препарата продемонстрируют положительный эффект, вакцина получит лицензию на практическое внедрение в систему здравоохранения.

Подготовил
Данила ДУБРОВСКИЙ.

По материалам Beta News, BBC, The Daily Telegraph, Daily Mail, Journal of the American Academy of Dermatology, ynet.co.il, tonic.vice.com.

Каждый год в мире рождается 15 млн недоношенных детей, что составляет 11% всех новорождённых. Именно поэтому Йоркский консорциум экономики здравоохранения (Великобритания) разработал алгоритм оценки экономической выгоды для повсеместного применения.

Действуя в рамках собственной системы здравоохранения, любая страна может оценить потенциальную экономическую выгоду и пользу для здоровья при вскармливании недоношенных детей грудным молоком. Первый в мире метаанализ исследований более 100 тыс. недоношенных детей в Великобритании и Германии показал, что грудное молоко спасает жизнь и способствует развитию головного мозга и иммунной системы. Это позволяет уменьшить расходы на здравоохранение и образование на десятки и даже сотни миллионов евро в год.

В Великобритании более 51 тыс. детей в год рождаются недоношенными. Подсчитано, что вскармливание таких младенцев грудным молоком позволило бы стране сэкономить 62 млн евро в год; а в Германии, где на свет ежегодно появляются свыше 58 тыс. недоношенных детей, можно было бы сэкономить 89 млн евро в год.

Новое исследование специалистов Йоркского консорциума экономики здравоохранения доказывает, что введение обязательного вскармливания грудным молоком в роддомах и перинатальных центрах благоприятно повлияет на здоровье недоношенных детей в течение всей их жизни и положительно отразится на развитии общества в целом.

Кроме того, кормление грудным молоком позволяет предотвратить осложнения, нередко приводящие к летальному исходу,

А как у них?

Для младенца — лучшее

Одна из тем прошедшего Всемирного дня недоношенных детей — возрождение культуры грудного вскармливания



такие как синдром внезапной детской смерти, некротизирующий энтероколит (НЭК, частичное отмирание ткани кишечника), сепсис в первый год жизни ребёнка. Снижается вероятность ишемической болезни сердца, ожирения и нарушения психомоторного развития по мере роста и взросления ребёнка. Таким образом, по оценкам исследователей, только в Великобритании и Германии кормление грудным молоком помогло бы избежать 475 смертей в год.

Иными словами, вскармливание грудным молоком обеспеч-

ивает впечатляющие долгосрочные преимущества для всего общества — в частности, позволяет сократить прямые затраты на здравоохранение и повысить эффективность медицинской помощи. В Великобритании вскармливание недоношенных детей грудным молоком принесёт в бюджет дополнительную прибыль в размере 201 млн евро в год, а в Германии — 174 млн.

— Результаты говорят сами за себя. Если выяснится, что какой-то фармацевтический препарат, не имеющий побочных эффектов, обеспечит национальной системе

здравоохранения экономию в 34 млн евро в год, правительство непременно введёт его в повседневную клиническую практику. Пришло время сделать вскармливание недоношенных детей грудным молоком обязательным медицинским стандартом, — отмечает автор Йоркского исследования экономист Джеймс Мэхон.

Это подтверждает и ведущий независимый эксперт-неонатолог профессор Гвидо Моро (Италия): молоко матери — лучшее лекарство, которое только может получить недоношенный ребёнок.

Российские специалисты разделяют мнение своих зарубежных коллег.

— В зависимости от массы тела при рождении педиатры-неонатологи разделяют недоношенных детей на 3 категории: дети с низкой массой тела от 1500 до 2000 г; дети с очень низкой массой тела: от 1000 до 1500 г; дети с экстремально низкой массой тела: от 500 до 1000 г, — говорит заведующая отделением новорождённых с палатами для недоношенных детей Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, врач высшей категории, отличник здравоохранения Ольга Паршикова. — Более раннее введение грудного молока (даже первых капель материнского молозива)

способствует лучшей адаптации недоношенного ребёнка как в раннем периоде его жизни, так и в будущем; снижает частоту инфекционных осложнений, укрепляет его иммунитет, правильно формирует микробную флору кишечника, улучшает созревание всех ферментных систем желудочно-кишечного тракта.

При этом у нас в стране в течение 10 последних лет количество женщин, которые продолжают кормить грудью ребёнка хотя бы до 6 месяцев, не превышает 40%. А спрос на заменители грудного молока, в рекламу которых производители вкладывают немало денег, растёт с каждым годом.

В связи с этим Всемирная организация здравоохранения вынуждена была принять Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока, исключающих их рекламу и бесплатное распространение.

А участники состоявшихся недавно слушаний в Общественной палате РФ пришли к выводу, что России нужна Национальная стратегия по возрождению культуры грудного вскармливания, которую рекомендовано разработать Минздраву.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Ориентиры

«Спортивный» белок

Группа учёных под руководством Эрика Кандела из Колумбийского университета (США) пришла к выводу, что физические упражнения высвобождают белок RbAp48, препятствующий наступлению старческого слабоумия.

Связывающий гистоны белок RbAp48 участвует в образовании хроматина — комплекса ДНК, РНК и других различных белков. Известно, что уменьшение концентрации RbAp48 в зубчатой извилине гиппокампа мозга является основной причиной потери памяти при нормальном старении. Подавление гена, кодирующего соединение, у мышей приводит к ухудшению

когнитивных способностей молодых грызунов, подобно тому, что наблюдается у старых животных.

Исследователи измерили уровень матричных РНК, являющихся продуктами 23 тыс. генов в тканях мозга человека. Анализируемые образцы нервных тканей были извлечены у 8 трупов (33-88 лет). Было подтверждено, что с возрастом ген RbAp48 становится всё менее активным.

По мнению учёных, поднятие тяжестей в ходе физических упражнений приводит к высвобождению белка из костной ткани, что позволяет обратить процесс старческой потери памяти.

Александра БЕРЧЕНКО.
По информации New Scientist.

Профилактика

Спасая тинейджера от СПИДа...

Министерство здравоохранения Израиля приняло решение о том, что подростки смогут получить в больницах препарат для профилактики СПИДа, не предоставляя врачам разрешение от родителей, как требовалось раньше.

Речь идёт о профилактическом лечении, которое предоставляется лицам, вступавшим в половые отношения с повышенным риском заражения — без презерватива, с порвавшимся презервативом и т.д.

В таком случае в течение 72 часов после полового контакта следует явиться в одну из 7 израильских больниц для получения необходимого препарата.

Если специалист сочтёт, что пациенту действительно грозит

опасность заражения, то он начнёт получать медикаментозное лечение, состоящее из нескольких лекарственных препаратов, которые следует принимать в течение месяца. Оно сокращает риск заражения СПИДом на 80%.

Согласно новой установке Минздрава Израиля, подросток может обратиться за профилактическим лечением в одну из клиник сам, без родителей, и больница не будет обязана ни просить у родителей разрешение, ни даже ставить их в известность о предоставленном подростку лечении. Для предоставления лечения несовершеннолетнему пациенту будет необходимо только разрешение социального работника больницы.

Анастасия СВЯЖИНА.
По информации Мако.

Здоровая жизнь

Пиво — «счастливый» продукт?

Исследователи из Университета Эрлангена — Нюрнберга (Германия) изучили 13 тыс. компонентов пищи, чтобы выяснить, как они влияют на центр вознаграждения в мозгу. Оказалось, что вещество под названием «гординин» (hordenine), которое содержится в ячменном солоде и в пиве, воздействует на мозг подобно дофамину.

Иногда человек не может перестать есть, даже если уже сыт. Почти каждый сталкивался с такой проблемой. Учёные называют это явление гедонистическим голодом — стремлением есть для удовольствия, а не для удовлетворения реальной биологической потребности. За этот эффект отвечает нейромедиатор дофамин, который называют гормоном радости. Исследователи решили выяснить, каким образом некоторые продукты стимулируют центр вознаграждения в мозгу, где расположен дофаминовый рецептор D2. Главной целью было узнать, содержатся ли в пищевых продуктах какие-то особые вещества, которые активируют дофаминовый рецептор D2.

Команда учёных работала совместно с Центром компьютерной химии (Германия). В своём эксперименте они использовали «виртуальный» метод скрининга, который часто используется в



фармацевтических исследованиях. Сначала учёные создали базу данных из 13 тыс. молекул, которые присутствуют в пищевых продуктах. Цель заключалась в том, чтобы найти те из них, которые соответствуют дофаминовому D2-рецептору. В итоге было отобрано 17 молекул.

Самые многообещающие результаты были получены для гординина. «Мы были удивлены, что вещество в пиве активирует дофаминовый D2-рецептор, тем более что специально не рассматривали в своём исследовании стимулирующие продукты», — рассказала профессор Моника Пиштерсридер.

Оказалось, что гординин стимулирует дофаминовый D2-рецептор так же интенсивно, как дофамин, однако он использует другой сигнальный путь. В отличие от дофамина гординин активирует рецептор через другой тип белков, что приводит к более продолжительному воздействию на центр вознаграждения головного мозга. Учёные пришли к выводу, что даже небольшие количества пива могут принести тому, кто его потребляет, длительные ощущения «удовлетворённости жизнью».

Дана СЛАВИНА.
По информации Daily Mail.

На здании административного корпуса областной больницы № 1 Брянска не так давно установлена мемориальная доска великому хирургу, Герою Социалистического Труда, академику Н.Амосову, который в середине прошлого века заведовал здесь хирургическим отделением. И вот-вот появится ещё одна — главному врачу Александру Пёхову, работавшему здесь в 2004-2016 гг. и безвременно ушедшему из жизни.

Островок благополучия

В конце 90-х годов прошлого столетия в заштатный провинциальный городок Севск приехал по распределению выпускник Курского медицинского института Александр Пёхов. Оказавшийся на тот период единственным оперирующим хирургом в районе, он последовательно и неуклонно стал брать высоту за высотой в профессиональном мастерстве и уверенно подниматься по служебной лестнице. Заведующий хирургическим отделением, заместитель главного врача по лечебной работе, главный врач Севской ЦРБ... И так почти четверть века Александр Иванович стоял здесь на страже здоровья людей. И именно за это время Севская ЦРБ превратилась из провинциальной больницы в многопрофильное лечебное учреждение с семью первоклассно оснащёнными отделениями и реанимацией. Её диагностическую базу признали тогда одной из лучших на Брянщине, а динамику развития завидовали даже в областном городе.

Отметим, что время руководства Александром Ивановичем пришлось для Александра Ивановича на лихие годы, когда не то, что лечить — кормить больных было нечем.

А Пёхов умел делать всё: доставал лекарства, выбивал продукты, покупал оборудование, ухитрялся не только ремонтировать, но и строить новые корпуса отделений. Именно при нём заложили фундамент для развития в Севске службы функциональной диагностики, открыли эндоскопическое отделение.

Севская ЦРБ постепенно стала настоящим островком благополучия среди царившей тогда всеобщей разрухи, — признают нынче в областном Департаменте здравоохранения. Потому что у главного врача была способность не просто к созидательной деятельности, но и к перспективному мышлению.

Впрочем, инициативы и упорства в достижении цели Александру Пёхову было не занимать. Уроженец небольшого села Михайловка Курской области, он после окончания 8 классов за 15 км (!) добирался ежедневно в среднюю школу. В тёплое время года — на велосипеде, зимой — на лыжах.

И так крепко утвердилась в нём эта спортивная косточка, что в институте регулярно выходил в составе сборных вуза на футбольное поле и на хоккейную площадку. Как-то рассказал мне при встрече, что травм было не счесть, а после удара клюшкой лишился двух передних зубов.

— Хорошо помню своё первое оперативное вмешательство, — неспешно рассказывал Александр Иванович. — У семилетнего мальчишки — гнойный аппендицит, осложнённый кишечной инфекцией. Пришлось изрядно попотеть, а тут ещё такая выюга разыгралась, что в больнице погасло электричество. Пришлось

оперировать при свете керосиновой лампы...

А вот про то, что, выхаживая этого мальчишку, молодой хирург трое суток дежурил у его постели, Александр Иванович не сказал. Про это я узнал позже от его коллег.

В Севской ЦРБ Александр Пёхов был, как говорится, един во многих лицах. Работал и хирургом, и урологом, и травматологом...

областной больнице № 1 было выделено более 800 млн руб. В лечебном учреждении появились 2 компьютерных и несколько магнитно-резонансных томографов и ангиографов, другая современная медицинская аппаратура. Работая круглосуточно, это медицинское оборудование позволило значительно улучшить диагностирование и лечение больных с сердечно-сосудистой

Александр Афанасьев. — А чутьё на новое у него было поистине необыкновенным...

При живейшем участии руководителя Брянская областная больница № 1 наладила тесные контакты с ведущими медицинскими центрами Москвы и Санкт-Петербурга, в стационаре развернули больше тысячи коек круглосуточного пребывания и несколько десятков дневного. Главный врач поставил на ос-

Разумеется, не всем нравились его неумный характер и такой бешеный ритм работы. За год, случалось, до 8 всевозможных проверочных комиссий сваливались на голову руководителя, что, конечно, не добавляло спокойствия и здоровья. А когда приказал вырубить на территории больницы застарелые деревья, удостоился даже за глаза клички «лесоруб». Теперь на расчищенной территории уста-

Имена и судьбы

Эпоха Александра Пёхова

Так называют в Брянске время его руководства областной больницей № 1



Главный врач А.Пёхов в рабочем кабинете

логом... продолжал оперировать и став главным врачом.

За годы работы в этом лечебном учреждении провёл около 2 тыс. оперативных вмешательств. А при руководстве им районным здравоохранением до 210 выросло количество коек в стационаре, в районной поликлинике организовали приём пациентов по 19 специальностям и амбулаторную помощь стали получать ежегодно больше 12 тыс. человек. Несмотря на все финансовые трудности, исправно работали на селе ФАПы, участковые больницы, удалось построить гараж для передвижного флюорографа, отопление больничных корпусов было переведено с угля на газ. Понятно, что успехи руководителя не могли не заметить на областном уровне. И в 2004 г. Александр Пёхов стал главным врачом Брянской областной больницы № 1.

Не искал лёгких путей

В новое дело, как всегда, Александр Иванович включился сходу, безо всякой раскачки, с присущими ему энтузиазмом и деловой хваткой. Новый руководитель сразу понял, что неуклонно развиваться и стремиться к совершенству с выходом на высокий уровень можно лишь при наличии современного медицинского оборудования. Разумеется, здорово помогла в этом программа реорганизации здравоохранения, когда из федеральной казны Брянской

патологией. Начали также имплантировать протезы тазобедренных и коленных суставов, значительно расширили объём оперативных вмешательств на желудочно-кишечном тракте. Успешно осваивая высокотехнологичные методы исцеления, открыли нефрологическое, гематологическое, пульмонологическое и другие отделения. Сумели получить лицензии на оказание современной медицинской помощи по 15 направлениям, включая офтальмологию, травматологию, акушерство... Причём большинство операций стали выполнять на уровне ведущих столичных клиник. Открылись в Брянской областной больнице № 1 и региональные центры — сосудистый, хирургии печени и поджелудочной железы, проктологии и др.

Здесь, как и в Севске, главный врач был на ногах с раннего утра и до позднего вечера, во всё вникал, всё всегда знал. Нередко он и ночевал в своём кабинете, чтобы, когда нужно, сразу прийти на помощь больному. Он и сгорел на работе, даже не достигнув 60 лет.

Кроме высокой работоспособности, коллеги отмечают необыкновенную память руководителя, умение мгновенно схватывать суть дела.

— Даже все мобильные телефоны знал наизусть уже не говоря о том, что помнил по имени-отчеству всех сотрудников, — сказал корреспонденту «МГ» нынешний главный врач

новые направления работы настоящих виртуозов дела. Так, в хирургическом блоке такой знаковой фигурой стал Сергей Зеленский. Из числа акушеров выдвинулся Николай Коченков, с опухолями почек и мочевого пузыря отлично справлялся Константин Дятлов... Не уступали им в мастерстве и другие профессионалы. Словом, первая стала при Пёхове первой во всём.

Плюс общественная работа...

По труду — и честь. За годы медицинской практики Александр Пёхов стал врачом высшей категории, заслуженным врачом РФ, отличником здравоохранения... Его дважды избирали депутатом Брянской областной думы, он руководил региональным отделением общероссийской организации «Лига здоровья нации», стал учредителем Врачебной палаты Брянской области. Недаром же долгие годы тесная дружба связывала его с главным кардиохирургом России, директором Национального медицинского исследовательского центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, академиком РАН Лео Бокерией.

Я как-то провёл в кабинете Александра Ивановича несколько часов и видел, как рвали на части главного врача и депутата всевозможные и неотложные дела. Заходили коллеги, секретарша с папками документов, пациенты... А он — успевал!

новлен памятник не вернувшимся с полей сражений медикам, проведено благоустройство. (К слову, именно в этот нелёгкий для Александра Пёхова период «МГ» напечатала несколько объективных корреспонденций о работе медицинского учреждения, за что до последних своих дней Александр Иванович был благодарен главной медицинской газете страны).

А депутатским округом главного врача стал городской район Карачиж. Брянцам, в отличие от непосвящённых, сразу понятно, о чём идёт речь. Участок этот сложный во всех отношениях. И прежде всего потому, что большинство строений относятся здесь к частному сектору. А значит, приходилось заниматься прежде всего налаживанием достойной работы всех коммунальных служб. Ежедневно депутату поступали просьбы, приходили письма... Кроме регулярных приёмов граждан дважды в неделю, приходилось заниматься депутатскими делами ежедневно. Причём избиратели обращались к нему чаще всего безо всяких дипломатических увёрток, напрямик: «Мы за вас голосовали, помогите сделать то-то и то-то...»

И Александр Пёхов действительно старался помочь, отказа практически никому не было. Тем более что в семье был создан для такой деятельности надлежащий тыл. Уходя на работу в область, он решил, что лучше всех сумеет заменить его на посту главного врача Севской ЦРБ жена Вера Николаевна.

И Вера Пёхова 6,5 лет весьма успешно руководила районным здравоохранением. Именно ей удалось сломать сопротивление властей (финансирование-то предполагалось из местной казны) и открыть первое на Брянщине в селе Подывотье отделение сестринского ухода, которое действует до сих пор и за которое Вере Николаевне бесконечно признательно пожилое население района.

Главным врачом Брянской областной станции переливания крови и кандидатом медицинских наук стал сын Дмитрий. Защитила кандидатскую диссертацию и дочь Ксения. Она преподаёт теперь терапию в Брянском медико-социальном техникуме им. Н.М.Амосова и руководит там медико-социальной частью.

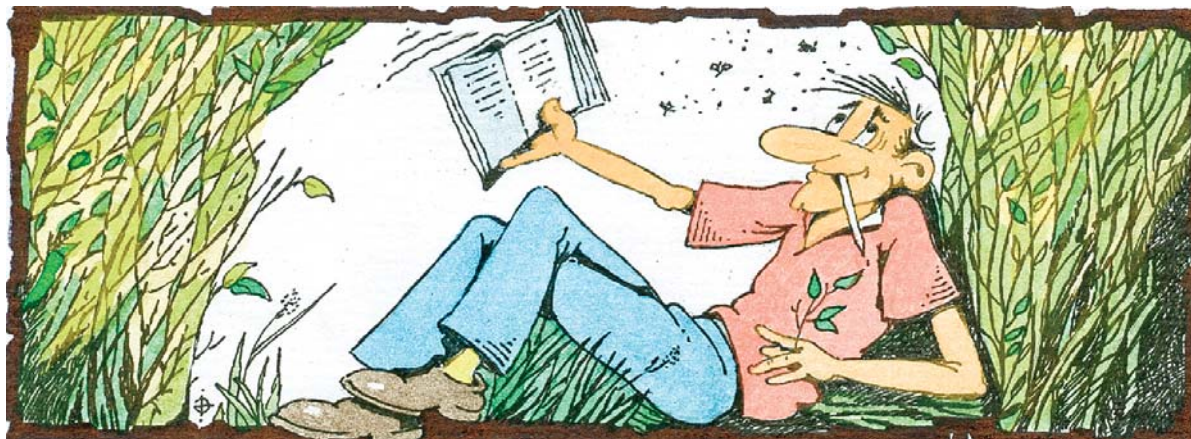
Как видим, врачевание стало делом всей жизни не только главы семьи. И об этом тоже вспоминают наши горожане, глядя на мемориальную доску на стене больницы...

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

На литературный конкурс

Пародии



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