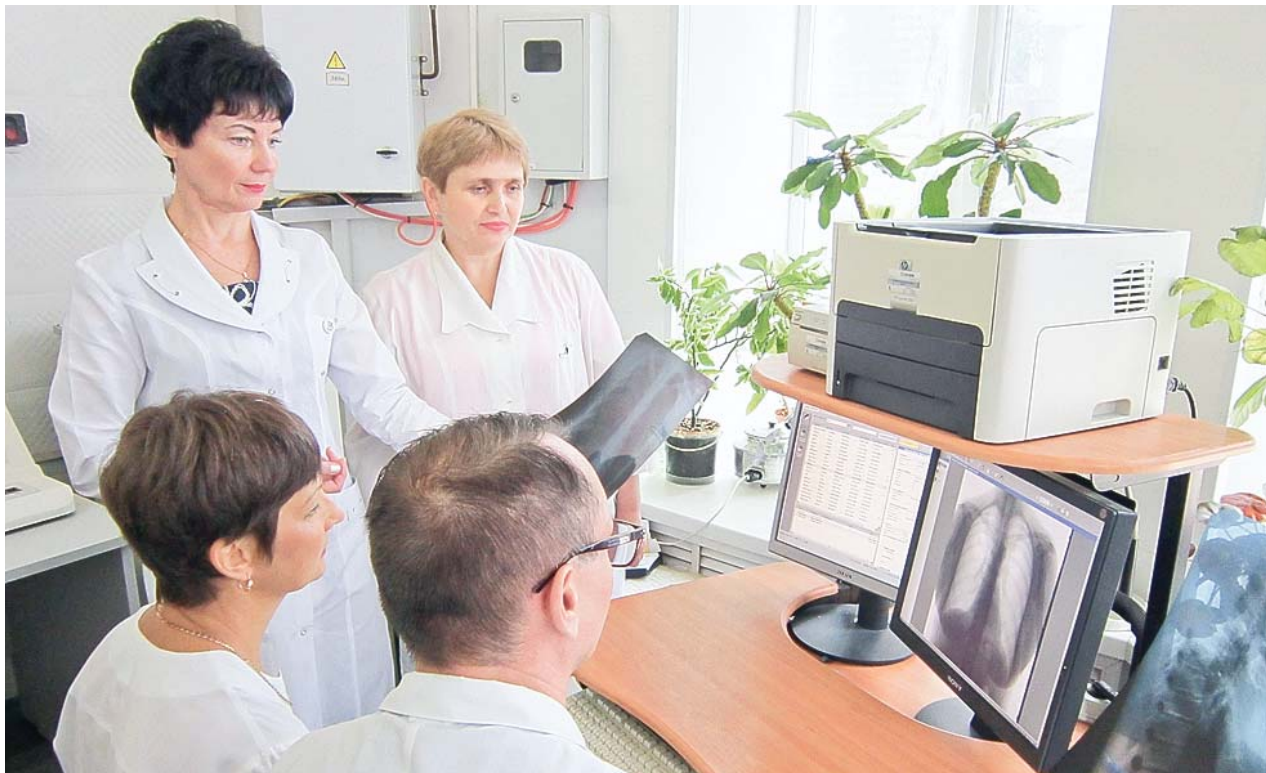


Итоги и прогнозы

«Ерохинские чтения» на саратовской земле

В Поволжье прошла конференция, посвящённая региональным особенностям оказания противотуберкулёзной помощи



Казалось бы, в России действует единая система специализированной фтизиатрической помощи населению, тем не менее многим территориям нашей необъятной страны присущи свои региональные особенности. На этом фоне выделяется «саратовская модель», характеризующаяся эффективностью и результативностью. Не зря коллеги говорят о ней как об основе успеха.

Здесь сформирована самодостаточная модель фтизиатрической службы, включающая современную лечебно-диагностическую базу с возможностью оказания в пределах региона практически всех видов медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной по разделу «торакальная хирургия». В территории имеется оптимальное количество и круглосуточных стационаров, и коек

Обсуждение снимков, выполненных на новом рентгеновском оборудовании

дневного пребывания. Среди них выделены койки для лечения пациентов с МЛУ и ШЛУ возбудителя, а также больных туберкулёзом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. Есть санатории. Современная материально-техническая база, мощная фондовооружённость, отзывчивые высококвалифицированные кадры служат дальнейшему повышению качества обслуживания населения.

Результатом успешной совместной работы со всеми заинтересованными министерствами и ведомствами, Саратовским государственным медицинским университетом им. В.И.Разумовского, специалистами общей лечебной сети при поддержке властей всех уровней, регионального Минздрава стало то, что заболеваемость туберкулёзом ежегодно

уменьшается на 7-8%. В 2015 г. она составила 51,8 на 100 тыс. населения (РФ – 57,7). Смертность по итогам 2015 г. уменьшилась аж на 30% и достигла 5,9 на 100 тыс. населения (РФ – 9,2), смертность коренного населения – 3,5 (РФ – 7,4).

Чтобы детально познакомиться с наработками коллег и продемонстрировать собственные, в Саратове каждый год проходят межрегиональные научно-практические конференции, посвящённые повышению эффективности фтизиатрической службы. Нынешняя касалась региональных особенностей оказания противотуберкулёзной помощи.

(Окончание на стр. 6.)

Надежда ГУБРИЕВА,
директор ТФОМС
Краснодарского края:

Страховые представители должны сопровождать пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи.

Стр. 5



Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ:

Сегодня у нас 98% детей от ВИЧ-положительных матерей рождаются здоровыми.

Стр. 7

Проекты

Протонная терапия берёт разгон

Стотонный циклотрон, предназначенный для выработки протонов, их разгона и правильного направления, установлен на одной из площадок Международного института биологических систем им. С.М.Березина (МИБС).

За такелажными работами, в которых участвовали два подъёмных крана, вместе с группой специалистов во главе с создателем и председателем правления группы компаний лечебно-диагностических центров МИБС Аркадием Столпнером внимательно наблюдали представители властных и общественных институтов. Интерес их к событию, состоявшемуся в одном из живописных массивов Приморского района, где завершается строительство первого в Российской Федерации госпиталя центра протонной терапии, закономерен. Прошёл ровно год с момента подписания соглашения на Петербургском международном экономическом форуме между правительством Северной столицы и МИБС им. С.М.Березина о совместном возведении центра. Здесь можно будет проводить более точное облучение, которое назначается при терапии глубоко

залегающих и сложно расположенных опухолей, сводить до минимума побочные эффекты, а также с большей отдачей бороться с онкологическими заболеваниями в педиатрии.

Как заметил А.Столпнер, дети вообще являются основной группой, кому максимально показана протонная терапия, поскольку при облучении протонами в разы уменьшается количество вторичных раков – опухолей, иногда возникающих на месте облучения через 15-20 лет, как это часто случается при применении фотонной терапии.

На установку циклотрона понадобится около года, ещё 5-6 месяцев займёт пуско-наладочный процесс, после чего в ноябре – декабре 2017 г. дадут клинический старт работе центра протонной терапии.

От действующих в стране трёх экспериментальных лабораторий его будет отличать высокая пропускная способность. Планируется, что количество пациентов со злокачественными опухолями, выбравших протонный метод лечения, ежегодно станет исчисляться не менее одной тысячей человек.

Владимир КЛЬШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Перемены

В амбулаторном режиме

Амбулаторные стационары могут появиться при каждом отделении гематологии московских медучреждений в ближайшее время. Об этом сообщил главный гематолог Департамента здравоохранения Москвы Вадим Птушкин.

«Амбулаторное лечение – это, прежде всего, сохранение привычного образа жизни. Десять лет назад последствия от терапии для пациентов были так тяжелы, что отпустить их домой к семье

не представлялось возможным, – отметил В.Птушкин. – В дневной стационар попадали не более 3% пациентов. Теперь лекарства стали более мягкими и позволяют больному возвращаться к привычной для него жизни. Сегодня каждый четвёртый пациент (25%) может проходить химиотерапию в дневном стационаре. Психологически человеку легче переносить болезнь дома, к тому же при амбулаторном лечении минимизируется риск госпитальных инфекций. Мы планируем в ближайшее время

открыть при каждом отделении гематологии в Москве амбулаторный стационар», – подчеркнул он, добавив, что лечение гематологических больных происходит в Москве бесплатно. В столице такими заболеваниями страдают около 20 тыс. пациентов.

«У нас есть достаточное количество самых современных препаратов для лечения гематологического пациента. В Москве заболевания крови лечат по самым современным технологиям», – заявил В.Птушкин.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!

Москва.

Stormoff®

МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Расходные материалы для анестезиологии и реанимации, урологии

- Широкий выбор и комплексные предложения поставок
- Оперативная отгрузка продукции с собственного склада
- Высокое качество продукции по привлекательным ценам

+7(495) 956-05-57
www.stormoff.com

Новости

На особом контроле

Председатель Правительства Республики Дагестан Абдусамад Гамидов в очередной раз побывал на строительной площадке перинатального центра в Махачкале. В сопровождении министра здравоохранения республики Танки Ибрагимова и мэра Махачкалы Мусы Мусаева глава правительства Дагестана обошёл здание строящегося центра.

В целом же А.Гамидов отметил, что график строительства соблюдается. Премьер указал на необходимость мобилизовать все силы для завершающего этапа, поскольку строительно-монтажные и прочие работы должны быть выполнены уже в августе. В настоящее время проводятся облицовка фасадов и отделка внутренних помещений. На объекте в две смены трудятся около 300 строителей.

Возводить крупнейший в республике перинатальный центр начали в 2014 г. Учреждение рассчитано на 150 коек и будет оснащено по последнему слову техники. Проводить лечение, консультации и реабилитацию рожениц будут более 700 специалистов. Около 20 врачей уже проходят подготовку в Москве. Планируется, что свои двери для первых пациентов медицинское учреждение откроет уже в декабре этого года.

Зарина АГМАДОВА.

Республика Дагестан.

«Люлечная» очень кстати

В Краевой клинической детской психиатрической больнице открылся кабинет нейроравитационной терапии, или, как его называют сами врачи, «люлечная». Он предназначен для психотерапевтического лечения и медицинской реабилитации детей раннего возраста.

По словам главного врача больницы Анастасии Гороховой, данный проект основан на нейропсихологии и позволяет решить вопрос дефицита психической деятельности у детей, связанного с той или иной мозговой недостаточностью и несформированностью структур головного мозга.

– Данная методика состоит из сбалансированного взаимодействия качания, звукового (колыбельной) и светового сопровождения, а также проведения физиопроцедуры, – пояснила главный врач.

Отметим, подобных кабинетов нейроравитационной терапии нет нигде на Дальнем Востоке. Приморский край стал первым регионом от Сибири до Камчатки, где открылась такая «люлечная».

Николай ВАСИЛЬЕВ.

Владивосток.

Диплом из Казани прибыл в Рязань

Одним из победителей Всероссийского фестиваля «Студенческая весна», завершившегося в Казани, стал студент Рязанского государственного медицинского университета Светослав Минаев (фортепиано). Диплом второй степени, которого удостоен С.Минаев, – награда очень высокого ранга, ведь добыта она в жёсткой конкурентной борьбе: форум собрал в столице Татарстана более 3 тыс. студентов-победителей региональных фестивалей художественного творчества из 74 субъектов РФ.

По мнению Татьяны Котовой, организатора досуговой работы РязГМУ, успех Светослава во многом зиждется на его опыте постоянного участия в фестивалях искусств студентов-медиков и медицинских работников, проводимых Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, Профсоюзом работников здравоохранения и «Медицинской газетой». Напомним: на недавнем таком фестивале в Воронеже Светослав Минаев удостоен звания «Лидер инструментального конкурса», его имя занесено в зал фестивальной славы в Тверском ГМУ.

Владимир КОРОЛЁВ.

Петербург подставил «Самсону» плечо

В Пушкинском районе Санкт-Петербурга будет построен завод по выпуску активных фармацевтических субстанций и готовых лекарственных препаратов. Соглашение о сотрудничестве при реализации этого проекта, названного стратегическим, в первый день проведения XX Петербургского международного экономического форума подписали в присутствии заместителя министра здравоохранения РФ Сергея Краёвого губернатор Георгий Полтавченко и генеральный директор компании «Самсон-Мед» Адлан Элиханов.

Ожидается, что с реализацией начертанного плана по созданию давним партнёром Санкт-Петербурга современного фармпроизводства в течение 2 лет будет сделан ещё один шаг для решения поставленной задачи импортозамещения. Как заверил губернатор, город подставит плечо проекту по выпуску качественных лекарственных средств по доступным ценам.

Владимир КЛЫШНИКОВ.

Санкт-Петербург.

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

Перспективы

За дефицит кадров берётся сам губернатор

А медицинская академия расширяет число целевых мест

Министерство здравоохранения РФ в 2016 г. увеличило квоту целевого приёма студентов для Амурской государственной медицинской академии до 50 мест. Это позволит планомерно ликвидировать кадровый дефицит в региональном здравоохранении. Укомплектованность врачами и медперсоналом учреждений здравоохранения области сегодня составляет 63,7%, сообщили в правительстве Амурской области.

Проблема дефицита медицинских работников в регионе решается через целевую подготовку специалистов. Кроме того, главы муниципалитетов при трудоустройстве врачей – молодых специалистов – обеспечивают им социальную поддержку. Это подъёмные в размере до 150 тыс., бесплатное служебное жильё либо компенсация оплаты арендного жилья.

Также власти Амурской области решили дополнительно привлечь в сёла 55 врачей по программе



В Амурской академии идут очередные занятия

«Земский доктор», выплатив им по 1 млн руб. Сейчас Министерством здравоохранения заключено 11 договоров.

– Кадровой политикой я буду заниматься лично, – заявил губернатор Приамурья Александр Козлов. – Будет создан резерв кадров не только правительства,

но и в целом субъекта. Чтобы молодые люди понимали, какой у них может быть карьерный лифт и где себя применить. А мы не искали бы специалистов.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Начало

40% рынка, и это не предел

В Новосибирске состоялось официальное открытие первой очереди Медицинского промышленного парка. Это самое масштабное и самое успешное в регионе предприятие, созданное как модель государственно-частного партнёрства.

Сторонами ГЧП в данном случае являются Министерство здравоохранения РФ, правительство Новосибирской области, АО «Инновационный медико-технологический центр (Медицинский технопарк)», а также Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна. Под производственные помещения Медтехнопарку были переданы в концессию несколько неиспользуемых зданий общей площадью 7,6 тыс. м² в одном из отдалённых районов столицы Сибири.

В торжественной церемонии открытия принял участие заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краёвой. Вместе с губернатором Новосибирской области Владимиром Городецким он ознакомился с образцами продукции, которая будет выпускаться на вновь созданных производственных участках.

Речь идёт о медицинских изделиях для травматологии-ортопедии – эндопротезах крупных суставов, экзопротезах и их компонентах, биодеградируемых «креплёжных» конструкциях, а также аппаратно-программных комплексах для реабилитации больных после операций. Ожидается, что годовая мощность первой очереди Медицинского промышленного парка позволит закрыть около 40% российского рынка данных медицинских изделий, что в значительной степени сократит зависимость отечественной медицины от импортных протезов.

По словам В.Городецкого, начало работы Медицинского промышленного парка – это реальный пример реиндустриализации экономики Новосибирской области и решения государственных задач по импортозамещению высокотехнологичной продукцией.

В свою очередь, заместитель министра здравоохранения РФ С.Краёвой подчеркнул, что сегодня не просто открывается новое производство в Новосибирской области, а переворачивается новая страница в развитии рос-

сийского здравоохранения:

– Мы видим яркий пример того, как во взаимодействии органов власти и инвестора реализуется эффективный проект, в рамках которого при экономии государственных средств выгоду получают все: и государство, и инвестор, и пациент. Я считаю, что пример подобной концессии можно смело включать в учебники и преподавать в вузах. Эти технологии при своей уникальности позволяют оказывать доступную медицинскую помощь высокого качества для всех граждан России.

Ввод в эксплуатацию всего комплекса Медицинского промышленного парка запланирован в 2019 г. Всего здесь предусмотрено разместить до 20 различных производств высокотехнологичных изделий медицинского назначения. Объём производства инновационных медицинских услуг, продукции и технологий компаниями-резидентами Медицинского промышленного парка к 2020 г. должен достичь 2 млрд руб.

Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Новосибирск.

Профилактика

Решительно против наркотиков

В Омске стартовала антинаркотическая акция. Она организована Департаментом общественной безопасности администрации города совместно с отделением ассоциации реабилитационных центров «Содружество» и приурочена к Международному дню борьбы с наркоманией.

Первое мероприятие акции уже проведено в Кировском округе на остановке общественного транспорта «11-й микрорайон». Здесь установили информационный стенд и организовали работу консультативной группы, состоя-

щей из представителей Омского отделения ассоциации реабилитационных центров «Содружество» и специалистов Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

В акции принимают участие волонтеры Омского государственного университета путей сообщения, члены добровольных народных дружин, которые раздают оми-чам листовки, содержащие информацию о вреде наркомании, телефоны и адреса организаций, осуществляющих лечение.

Мероприятия акции запланированы в каждом округе, а заключительный её этап пройдёт на тер-

ритории парка «Зелёный остров» и парка культуры и отдыха.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Справка «МГ»

В 1987 г. Генеральная Ассамблея ООН постановила ежегодно отмечать 26 июня как Международный день борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотических средств в знак выражения решимости усиливать деятельность и сотрудничество для создания международного общества, свободного от злоупотребления наркотиками.

Конкурс: итоги

Лучшие врачи названы!

На днях состоялось заседание центральной конкурсной комиссии по подведению итогов Всероссийского конкурса врачей «Лучший врач» – 2015.

Это событие ожидали сотни докторов из разных регионов страны, которые много месяцев назад решили побороться за это высокое звание. В последние дни непрерывно раздавались звонки в «Медицинскую газету», которая вместе с главным медицинским ведомством страны – Минздравом России, Профсоюзом работников здравоохранения РФ были инициаторами, организаторами и учредителями этого престижнейшего мероприятия. Участники соревнования с нетерпением ожидали результатов. Их волнение понятно: всю свою жизнь они отдали любимой профессии, верно служат медицине многие годы, исполняя свой долг и чувствуя высокую ответственность за свой труд.

Конкурс – это уже большая многолетняя история, и каждая его страница отмечена высокими достижениями нашей медицины и её верных служителей – славных докторов,

которые живут и трудятся по всей нашей огромной стране. Дав однажды присягу честно исполнять свои обязанности, достойно нести высокое звание врача, наши победители никогда не изменяли ей и честно служили и служат тем, кто нуждается в их помощи и заботе.

С каждым годом конкурс становится всё популярнее. Вот и в этом году свыше 650 докторов из 66 регионов страны рискнули побороться за победу. Что ж, многие из них – а это 90 докторов – признаны лучшими врачами. Нелёгкий путь они прошли – сначала их кандидатуры утверждали в родных коллегиях, затем оценку их работе давали конкурсные комиссии федеральных органов исполнительной власти и органов здравоохранения на местах, и уже третий этап – центральная конкурсная комиссия. Так что завоёванное ими звание – это оценка их труда, наполненного ответственностью за жизнь тех, кого они ежедневно спасают в тяжёлую минуту, кому помогают поправить здоровье, возвращают возможность жить и трудиться.

Вот уже 15 лет живёт наш конкурс. И как приятно, когда в тор-

жественной обстановке лауреатов чествуют, поздравляют от всего сердца их учителя и наставники. Они вручат вам заслуженные награды – высший приз конкурса «Хрустальную Гигиену», почётные дипломы. С 2011 г. в соответствии с постановлением Правительства РФ победители получают и денежное вознаграждение в размере: первая премия – 500 тыс. руб., вторая – 300 тыс., третья – 200 тыс.

Вскоре настанет счастливый день в жизни наших лауреатов, когда им вручат высокие награды, и с того момента их почётное звание лучшего врача страны обяжет трудиться с ещё большей ответственностью и отдачей. С победой вас, дорогие наши доктора, ждём вас в Москве!

Валентина ЗАЙЦЕВА,
член центральной конкурсной комиссии,
редактор отдела здравоохранения «МГ».

Список победителей Всероссийского конкурса врачей 2015 г. будет опубликован в следующем номере «МГ».

Проекты

Наказывать будут жёстче

Правительство РФ внесло на рассмотрение Госдумы проект федерального закона об административной ответственности за нарушения законодательства в сфере здравоохранения.

Законопроектом № 1122-р предлагается установить административную ответственность за нарушения, выявляемые Росздравнадзором в рамках контроля (надзора) за качеством работы медицинских и фармацевтических организаций. Проект федерального закона «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП) в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения» подготовлен Минздравом России во исполнение поручения Президента РФ по реализации Послания Федеральному Собранию от 4 декабря 2014 г. (№ Пр-2821 от 05.12.2014, пп. 16 п. 1).

В действующей редакции указанного кодекса не установлена административная ответственность за ряд нарушений требований федерального законодательства в сфере здравоохранения, несоблюдение которых может оказывать влияние на оценку эффективности и безопасности лекарственных препаратов, нарушать права граждан в сфере охраны здоровья. Это не позво-

ляет в полной мере применять меры воздействия при выявлении в ходе проверок должностными лицами Росздравнадзора нарушений качества и безопасности медицинской деятельности.

Внесённым на рассмотрение Госдумы законопроектом предлагается усилить административную ответственность за нарушение законодательства в сфере обращения лекарственных средств путём увеличения суммы штрафов за нарушение правил торговли лекарственными средствами и лекарственными препаратами, в том числе за отпуск без рецепта сотрудниками организаций розничной торговли лекарственных препаратов, подлежащих отпуску только на основании рецептов врача.

Так, например, за нарушение правил проведения медицинских экспертиз предполагается штрафовать должностных лиц на сумму от 2 до 3 тыс. руб. Ожидается введение наказаний в сфере обращения лекарственных препаратов. Также сотрудников медицинских учреждений будут штрафовать за нарушение порядка проведения клинических исследований препаратов.

Как сообщил на заседании Правительства РФ премьер-министр Дмитрий Медведев, законопроект предлагает внести изменения в КоАП в части установления административной

ответственности за нарушения, выявляемые Росздравнадзором в рамках контроля (надзора) за качеством работы медицинских и фармацевтических организаций.

В частности, предлагается установить самостоятельный состав административного правонарушения в отношении предпринимательской деятельности с нарушением лицензионных требований при фармацевтической деятельности, в том числе за нарушения при установлении предельных размеров оптовых и розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями на лекарственные препараты, включённые в Перечень жизненно необходимых и важнейших препаратов.

Законопроект направлен на создание централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских и фармацевтических организаций, повышение эффективности и результативности контрольно-надзорной деятельности и ориентацию государственного контроля (надзора) на предупреждение, выявление и пресечение нарушений в сфере здравоохранения.

Проект закона рассмотрен и одобрен на заседании Правительства РФ 2 июня 2016 г.

Константин ЩЕГЛОВ,
МИА Сити!

Акценты

Минздрав обсуждает народную медицину

Первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян провёл второе заседание координационного совета по совершенствованию нормативно-правового регулирования в сфере народной медицины.

Он отметил необходимость дальнейшего развития нормативно-правового поля, связанного с этим видом медицинской помощи.

В числе приоритетных направлений такой работы И. Каграманян

перечислил разработку и совершенствование соответствующей терминологической базы, включение представителей народной медицины в систему медицинского образования, регулирование обращения лекарственных средств в области традиционной медицины и использование отдельных её видов при оказании медицинской помощи и реабилитации.

В заключение своего выступления первый заместитель министра рекомендовал активнее привлекать опыт регионов при развитии

традиционной медицины на территории Российской Федерации.

В ходе мероприятия с докладами также выступили: депутат Госдумы РФ Ирина Матханов, президент Российской профессиональной медицинской ассоциации специалистов традиционной и народной медицины Владимир Егоров и вице-президент Профессиональной ассоциации рефлексотерапевтов.

Андрей КОЗКО.

Москва.

Официально

Росздравнадзор выступил с предупреждением: косметологические услуги с применением гиалуроновой кислоты и ботулинического токсина типа А (торговые названия Ботокс, Диспорт, Релатокс) должны оказываться специально подготовленным медицинским персоналом в организациях, имеющих лицензию на соответствующий вид медицинской деятельности, поскольку выявляются случаи применения некачественных и фальсифицированных лекарственных средств и медицинских изделий, используемых в косметологии.

Это серьёзные лекарства!

При этом специалисты Росздравнадзора особо подчёркивают, что на территории Российской Федерации разрешено обращение лекарственных средств и медицинских изделий, зарегистрированных в установленном порядке. Регистрационное удостоверение является подтверждением качества и безопасности данной продукции. Использование незарегистрированных или незаконно ввезённых в страну лекарств и медизделий подвергает опасности здоровье и жизнь пациента.

По мнению проверяющей инстанции, некоторые граждане не уделяют должного внимания происхождению и качеству предлагаемой им медицинской продукции, невнимательно относятся к выбору учреждения и врача, оказывающих косметологические услуги. Учитывая риск серьёзных нежелательных реакций на препараты ботулинического токсина, а также на меди-

цинские изделия, в состав которых входит гиалуроновая кислота, Росздравнадзор предупреждает: данная медицинская продукция может использоваться только врачами, получившими специальную подготовку, в организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской помощи по профилю «косметология».

Обращается также внимание, что специалисты, должностные лица, организации, использующие препараты ботулинического токсина и медицинские изделия, содержащие гиалуроновую кислоту, в нарушение установленных требований к применению медицинской продукции и оказанию медицинской помощи несут административную и уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сити!

Москва.

Решение

Точно в цель

На днях Минюст России зарегистрировал совместный приказ Минпромторга и Минздрава России № 1605/308н от 19.05.2016 «Об утверждении перечня биомешиней для разработки схожих по фармакотерапевтическому действию и улучшенных аналогов инновационных лекарственных препаратов». Перечень содержит 96 пунктов.

Перечень биомешиней служит ориентиром для организаций, занимающихся исследованием новых лекарственных препаратов,

которые претендуют на получение компенсации затрат на разработку в рамках механизма субсидий, предусмотренного постановлением Правительства РФ № 1503 от 30.12.2015 в рамках государственной программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013-2020 гг.

Новый механизм является воплощением Стратегии развития фармацевтической промышленности РФ, которая предполагает её переход на инновационную модель развития к 2020 г.

Ирина АНДРЕЕВА.

Угроза

Вокруг да около курения



Возраст не мешает покупать сигареты в магазинах и уличных киосках более 50% московских подростков. Об этом говорится в отчёте, составленном ведущим пульмонологическим медучреждением нашей страны – НИИ пульмонологии ФМБА России при координации со стороны Минздрава России, а также при участии Минобрнауки России, за минувший год по итогам глобального обследования употребления табака среди молодёжи.

«Среди подростков 13-15 лет, которые являются курильщиками, 53,4% отметили, что возраст не мешает покупать сигареты в магазине, у уличного торговца

или в киоске. В то же время среди школьников этого возраста в Москве 28,9% нынешних курильщиков задумывались о прекращении курения из-за предупреждений о вреде для здоровья на пачках сигарет, из них 33% – мальчики и 24,4% девочки», – говорится в отчёте.

Кроме того, согласно исследованию, более 35% московских подростков 13-15 лет в прошлом году подвергались дома воздействию пассивного курения, более 37% сообщили о воздействии табачного дыма внутри закрытых общественных мест, 58% – внутри открытых общественных мест.

Валентин СТАРОСТИН,
МИА Сити!

Забайкальский краевой перинатальный центр (ЗКПЦ) – одна из самых молодых и современных медицинских организаций в регионе, первых пациенток здесь приняли 5 лет назад. Его строительство велось с 2009 по 2011 г. за счёт средств федеральной программы создания перинатальных центров в 23 российских регионах, в число которых вошёл и Забайкальский край.

Что же сделано за прошедшую пятилетку? Оправдались ли надежды на то, что с возникновением специализированного медицинского околородового учреждения на берегах Ингоды служба помощи матери и ребёнку существенно укрепится?

Мощность ЗКПЦ – 153 койки, в его составе отделения: гинекологическое, патологии беременности, второго этапа выхаживания новорождённых, акушерское наблюдательное, акушерское физиологическое, анестезиологии и реанимации, а также реанимации и интенсивной терапии для новорождённых. Все палатные отделения имеют в составе одно- и двухместные палаты с санитарными комнатами и душевыми. Для медицинских работников предусмотрены комнаты отдыха и психологической разгрузки.

В числе видов помощи, которую получают пациентки в поликлинике центра, – диспансерное наблюдение беременных женщин с высокой степенью перинатального риска, лечение патологии беременности в дневном стационаре, подготовка в прегравидарной школе «Здоровая семья – здоровый ребёнок», а также к родам и родительству по системе Ламаза в школе будущих матерей. Для благотворного влияния на психоэмоциональное состояние пациенток 2 года назад открылась «сенсорная комната». Организована в поликлинике и психологическая помощь женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Особенность родового отделения – боксовая система, представленная 8 индивидуальными родильными залами. Они оборудованы всем необходимым для мониторинга и контроля за состоянием роженицы и её буду-

Ориентиры

Праздник белого лепестка

Чтобы он состоялся, медики Забайкальского краевого перинатального центра не жалеют себя в будни



Главный врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории Зульфия Томашова

ния. Эпидуральное обезболивание проводится в подавляющем большинстве случаев, имеется успешный опыт применения в послеоперационном периоде раневой анальгезии с помощью наборов on-QPain Baster.

Забайкальские специалисты придерживаются выжидательной тактики ведения родов, являются сторонниками альтернативных родов – вертикальных и партнёрских, дающих ощущение психоэмоционального комфорта. Здесь реализуется принцип раннего прикладывания новорождённого к груди, а медицинские манипуляции и введение лекарственных препаратов производятся строго по медицинским показаниям.



Партнёрство в родах состоит, прежде всего, в эмоциональной поддержке

щего ребёнка: кардиомониторам, кислородными и наркозными аппаратами, реанимационными столами для новорождённых со встроенными дыхательными аппаратами и мониторами слежения, электронными весами и т.д. В повседневную практику внедрены УЗИ-исследования и компьютерный мониторинг состояния плода. Особое внимание придаётся безопасности анестезиологического обеспечения пациенток во время родоразреше-

Врачи проводят аудиологический и неонатальный скрининг, широкий спектр лабораторных и инструментальных обследований, консультации профильных специалистов, решают вопросы реабилитации детей и в самом центре, и в стационарах города. Добавим ещё, что в отделении обустроены палаты совместного пребывания мамы и дитя, боксы для выхаживания новорождённых.

Борьбу за жизнь и здоровье

недоношенных малышей, появившихся на свет в медицинских организациях всего Забайкальского края, ведут в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых. В подразделении выхаживают детей с очень низкой (1000-1500 г) и экстремально низкой массой тела (500-1000 г). В помощь специалистам приданы современные стратегии респираторной терапии (неинвазивная ИВЛ, ВВЛ, ВЧ, ИВЛ), инкубаторы с функциями сервоконтроля, УЗИ-сканер экспертного класса с возможностью доплерографии магистральных сосудов,

донора (ВМИ), криоконсервация эмбрионов, спермы, инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита (ИКСИ), хирургические методы получения сперматозоидов. Специалисты выполнили около 400 программ ЭКО (более половины из них за счёт средств ОМС), в результате чего на свет появилось свыше 80 малышей.

К проведению процедуры ЭКО женщин готовят в отделении гинекологии, в распоряжении врачей которого имеются эндоскопический комплекс, современный хирургический инструментарий, шовные материалы последнего поколения и



В эмбриологической лаборатории

передвижной цифровой рентгеноаппарат. Для выхаживания крайне незрелых новорождённых успешно применяются терапия сурфактантом, лечебно-охранительный режим, раннее энтеральное и парентеральное питание, инфузионная терапия. У каждого реанимационного места есть полифункциональные мониторы, позволяющие контролировать жизненно важные функции самых маленьких пациентов.

О многом скажет такая статистика: с момента открытия в отделении получили помощь более 2 тыс. новорождённых, среди которых около 300 – с очень низкой массой тела и более 150 – с экстремально низкой массой тела. На базе отделения патологии новорождённых и недоношенных детей консультируют и ведут научную работу сотрудники кафедры акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации Читинской государственной медицинской академии.

Бригада врачей: эмбриолог, репродуктолог и уролог, прошедшие подготовку в ведущих центрах страны, проводят процедуры ЭКО и переноса эмбриона в отделении вспомогательных репродуктивных технологий, которое действует в центре с 2012 г. В этом подразделении перинатального центра освоены и применяются экстракорпоральное оплодотворение, внутриматочная инсеминация спермой мужа/

доплеровское картирование, энергетический доплер, применяют трёх- и четырёхмерную эхографию. Наконец, в клинко-диагностической лаборатории осуществляются углублённые исследования системы гемостаза, маркёров системного воспалительного ответа, исследования на ИППП методом полимеразной цепной реакции.

В минувшем году перинатальный центр пополнился новыми подразделениями – центром охраны здоровья семьи и репродукции, акушерским консультативным дистанционным центром, где собрана информационная база на всех беременных женщин высокой и экстренной групп риска, вставших на учёт в женских консультациях всего Забайкальского края. Содержанием ежедневной работы специалистов дистанционного центра являются онлайн-консультации по телефону и очные встречи с пациентками, во время которых определяется тактика ведения каждой беременной женщины, место и время родоразрешения.

Главный врач Зульфия Томашова назвала цифры: за годы существования перинатального центра здесь появилось на свет более 2 тыс. недоношенных детей. Ежегодно для них проводится «Праздник белого лепестка». Его цель – укрепить веру в возможность детского организма, поддержать всех родителей, продемонстрировать, что все трудности – временны и что спустя всего лишь несколько лет их обязательно будут радовать здоровые, крепкие и умные дети. Многие ребята, приходящие сюда с родителями, уже не отличаются от сверстников, родившихся «в срок». Во время праздника взрослые делятся опытом, поддерживают других родителей, столкнувшихся с такой же проблемой, и получают от медиков, педагогов и психологов рекомендации по питанию для малышей, их обучению и адаптации в социуме.

Недавно в Забайкалье побывала с рабочим визитом глава Минздрава России Вероника Скворцова. Подводя итоги поездки, она отметила, что несколько лет работы по внедрению систем мониторинга числа смертей на каждом терапевтическом участке и ряда других беспрецедентных мер привели к тому, что в этом году впервые за последний период времени началось существенное снижение смертности населения в Забайкальском крае. Похвалу



В зале встречи новорождённых

датков минимальным доступом, совершенствование техники влажных операций.

Специалисты отделения УЗИ и функциональной диагностики центра проводят исследования на аппаратах с высокой разрешающей способностью, используют доплерографии, цветное

коллектив Забайкальского краевого перинатального центра имеет все основания принять и на свой счёт.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
спец. корр. «МГ».

Чита.

Фото автора.

Как известно, Президент РФ определил одну из главных задач для здравоохранения на ближайшие годы – переход на страховые принципы. По словам главы государства, гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи должны полностью обеспечиваться системой ОМС. При этом граждане РФ должны знать наверняка, какая помощь им будет оказана в лечебных учреждениях бесплатно, а врачи – понимать принципы оплаты их услуг.

О том, как работает система обязательного медицинского страхования на Кубани, наша беседа с директором ТФОМС Краснодарского края Надеждой ГУБРИЕВОЙ.

– Надежда Александровна, как вы считаете, модель одно-канального финансирования уже приобрела «законченный вид»?

– Такая форма финансирования – это путь к единой политике в здравоохранении. На сегодняшний день можно сказать, что модель обрела своё право на жизнь. В тариф на оплату медицинской помощи вошли практически все статьи затрат. И одно из её достоинств – идентичность единиц планирования и единиц оплаты в виде законченных случаев лечения (группы диагнозов, диагностики, профилактики и т.п.), что, в свою очередь, позволяет определить реальную потребность в ресурсах на реализацию той или иной схемы лечения конкретных групп заболеваний. И в конечном итоге обеспечить финансовую предсказуемость здравоохранения на уровне субъекта.

Структура тарифа и способы оплаты медицинской помощи в крае установлены в соответствии с федеральными нормативными актами. Они едины для всех территорий страны, мы стараемся их неукоснительно выполнять.

– Насколько сбалансирована сегодня территориальная программа ОМС по расходам и доходам?

– Главным условием для всех регионов Российской Федерации при её формировании является соответствие доходов расходам. Соответственно, мы выполнили это требование. Территориальная программа обязательного медицинского страхования на 2016 г. отвечает основным положениям и нормативам Постановления Правительства РФ № 1382 от 19.12.2015 «О программе государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г.» и сбалансирована по объёмам медицинской помощи и финансовому обеспечению для их выполнения.

В бюджете ТФОМС Краснодарского края на 2016 г. доходы и расходы запланированы в сумме 46,4 млрд руб., что на 3%, а это 1,5 млрд руб., больше уровня прошлого года. Эти средства планируется направить на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС.

– Высокотехнологичная медицинская помощь переходит на средства ОМС. Что показывает анализ: сократились или увеличились её объёмы на Кубани?

– В Краснодарском крае продолжает активно развиваться высокотехнологичная медицинская помощь. Что касается её финансирования, то с 1 января 2014 г. за счёт средств ОМС оплачивалась часть видов медицинской помощи с применением высоких технологий. В сферу ОМС было погружено 459 методов ВМП. В 2014 г. за счёт средств ОМС выполнено 7773 случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи на сумму 860 млн руб. В 2015 г. – уже 11 821 случай, что на 52% больше предыдущего года, на сумму 1302,3 млн руб.

– Как выполняется «дорожная карта» по повышению заработной платы медикам региона?

– Необходимо отметить, что

щих в реализации территориальной программы ОМС, включено 228, в том числе среди них есть и частные. Число частных клиник, работающих по ОМС в Краснодарском крае, растёт из года в год. За последние 3 года их количество увеличилось с 11 до 19. Это стоматологические поликлиники, лечебно-диагностические центры, нефроцентры и др. То есть спектр медицинских услуг, оказываемых этими медицинскими организациями, расширен от стоматоло-

медицинских организациях размещены информационные стенды фонда и страховых медицинских организаций.

Для индивидуального информирования граждан было изготовлено свыше полутора миллионов памяток, брошюр, листовок, опубликовано 111 статей в СМИ, прошли 1253 выступления на радио, 33 – на телевидении.

Безусловно, живая форма общения с населением является более эффективной. Поэтому мы

– Система страховых представителей вводится в крае, как и по всей стране, с первого июля этого года.

В рамках своей деятельности по защите интересов застрахованных граждан новые для отрасли специалисты должны будут сопровождать пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, оказывать правовую поддержку, инициировать и организовывать экспертизы качества оказанной медицинской помощи.

ОМС: реальность и перспективы

Новая действительность обязывает

Страховой представитель будет в курсе всех событий, которые происходят с пациентами



ИЗ ДОСЬЕ «МГ»:

Надежда Губриева окончила Пятигорскую государственную фармацевтическую академию. Преподавала на кафедре экстремальной медицины. В 1999 г. переехала на Кубань, работала начальником Аптечного управления краевого Департамента здравоохранения, первым заместителем министра здравоохранения Краснодарского края. Затем её назначили министром социального развития и семейной политики региона. С февраля 2016 г. Надежда Александровна возглавляет территориальный фонд обязательного медицинского страхования Краснодарского края.

гических до диагностических, лечения хронического заболевания почек методом гемодиализа, КТ, МРТ, медицинской реабилитации. Соответственно растут и объёмы медицинской помощи.

Инициатива участвовать в ОМС исходит от самих частных клиник. Порядок включения их в систему ОМС такой же, как и для медицинских организаций государственной и муниципальной форм собственности. Узнать, какие клиники работают в системе ОМС, можно на сайте фонда в реестре медицинских организаций, в поликлиниках на информационных стендах. Крайне важно и другое, чтобы по полису ОМС медицинская помощь предоставлялась в больницах и поликлиниках надлежащего качества. Эксперты СМО проверяют лечебные учреждения вне зависимости от формы собственности.

– Как кубанцы информируются о своих правах при оказании медицинской помощи по полису ОМС?

– Конечно, мы стараемся делать всё возможное, чтобы повысить правовую грамотность наших застрахованных. Может быть, кто-то и скажет, что мало знает об обязательном медицинском страховании, о полисе ОМС, о своих правах при обращении в медицинское учреждение. Но 97% граждан, проживающих на территории Краснодарского края, обеспечены полисами ОМС. Каждому из них при их вручении специалист страховой медицинской организации рассказывает об основных правах и обязанностях застрахованного лица, вручает памятки. Кроме того, во всех

применяем такой вид работы, как встречи в рабочих коллективах, в учебных заведениях, общение на сходах граждан в сельских поселениях. В прошлом году было проведено около 700 таких встреч. Присутствовали на них более 90 тыс. человек. На встречах обсуждаются права застрахованных; порядок получения полиса ОМС; возможность предоставления бесплатной медицинской помощи нашим жителям за пределами края и другие вопросы.

Специалисты фонда и страховых компаний принимают участие в профилактических мероприятиях в рамках губернаторской программы «Будьте здоровы»: «Онкопатруль», «Кардиодесант», «Дни здоровья» и др. Для общения с населением разворачиваются передвижные консультативные пункты, оснащённые информационным материалом о системе ОМС, о здоровом образе жизни.

В фонде и его филиалах, во всех страховых медицинских организациях работают телефоны горячей линии.

На нашем сайте представлена информация о страховых медицинских организациях, пунктах выдачи полисов, реестр медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, нормативные документы и другая полезная информация.

С 1 июня 2016 г. на нашей базе начал работать контакт-центр в сфере ОМС Краснодарского края. Обращения граждан принимаются круглосуточно на бесплатный телефонный номер 8-800-200-60-50 с обязательной аудиозаписью входящих и исходящих звонков. Запуск данного проекта позволяет ответить на каждый звонок, в том числе поступивший в выходные и праздничные дни.

– Когда в крае заработает система страховых представителей?

Страховой представитель будет отвечать за исполнение регламента медицинских профилактических мероприятий, включая диспансеризацию. Он будет в курсе всех событий, которые происходят с пациентом.

В настоящее время специалисты наших страховых компаний проходят обучение в Москве по программе «Подготовка страховых представителей в здравоохранении». Для того чтобы осуществлять контроль за работой страховых поверенных и понимать, какие задачи возложены на них, обучение также проходят и специалисты фонда.

– Надежда Александровна, приближается лето, когда миллионы людей приедут отдыхать на Чёрное море. И очевидно, что кому-то из них потребуется медицинская помощь. Могут ли они рассчитывать получить её в полном объёме, если вдруг заболеют на курортах Кубани?

– Прежде всего, хочу пожелать гостям Краснодарского края отличного отдыха, набраться сил и не болеть. Но в случае необходимости в соответствии с Законом об ОМС застрахованным лицам вне территории страхования оказывается медицинская помощь в объёме, установленном базовой программой. Это первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую; скорая и специализированная, в том числе высокотехнологичная помощь по показаниям.

Между территориальными фондами проводятся взаиморасчёты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам вне территории страхования. Их порядок определён федеральными нормативными документами.

В 2015 г. Краснодарский ТФОМС направил в территориальные фонды ОМС России счета к оплате за лечение 1,4 млн инокраевых граждан. Это на 47% больше, чем в 2014 г. Одновременно из других территориальных фондов ОМС поступили счета за лечение 540 тыс. наших жителей, что на 10% больше, чем в предыдущем году.

Кроме того, фонд готов осуществлять защиту прав застрахованных лиц из других субъектов, обратившихся за медицинской помощью в наши медицинские организации. Поэтому хочу напомнить гражданам, собирающимся на отдых, не забудьте вместе с паспортом/свидетельством о рождении ребёнка взять с собой полисы ОМС.

Беседу вёл
Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Краснодар.

Фото Ивана СЕМЕНЦА.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

**Светлой памяти
Владислава Ерохина**

Этот административный, промышленный, образовательный, культурный центр с почти полувековой историей входит в число крупнейших городов России. Подчеркнём, вплоть до 1920-х годов Саратов был самым большим из поволжских городов и неофициально именовался «столицей» Поволжья. Да и ныне саратовцы подчас называют его так.

Говорят, в конце весны – начале лета любой город красив. Действительно, в это благодатное время года Саратов по-особому привлекателен и радушен. Вот и в тёплых, уютных стенах отеля «Богемия» на Вавилова», где проходила конференция, казалось, собрались не только специалисты, коллеги, обеспокоенные острой проблемой туберкулёза, но друзья-единомышленники.

Объединило всех имя члена-корреспондента РАН, заслуженного деятеля науки РФ, бывшего директора Центрального НИИ туберкулёза Владислава Ерохина, память которого посвящался форум. Кстати, последнее выступление Владислава Всеволодовича 4 октября 2013 г. прошло именно в этом зале... В нынешнем году В.Ерохину исполнилось бы 80. К сожалению, в 2014 г. он ушёл из жизни. Тем не менее масштаб этого человека столь велик, что и поныне его идеи продолжают определять тенденции и векторы развития отечественной фтизиослужбы. Хозяева подготовили видеofilm о своём выдающемся коллеге, который продемонстрировали участникам конференции, после чего все почтили память В.Ерохина минутой молчания.

Как отметила вдохновитель и организатор конференции, главный врач Саратовского областного клинического противотуберкулёзного диспансера, заведующая кафедрой фтизиатрии Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского, главный фтизиатр Минздрава Саратовской области, профессор Татьяна Морозова, «Владислав Всеволодович считал наш город своей малой родиной. На саратовской земле захоронен прах его родителей. Он часто приезжал сюда, причём не только чтобы навестить могилы родственников, но почтить вниманием научную фтизиатрическую школу и школу практического здравоохранения Саратовской области».

В 1960 г. В.Ерохин окончил Саратовский мединститут. А чуть раньше, в 1929 г., медицинский факультет Саратовского университета окончил другой выдающийся врач – хирург Фёдор Углов. Обе эти достойные личности прославили саратовскую землю.

Приветствуя гостей, первый заместитель министра здравоохранения Саратовской области Наталья Мазина подчеркнула: «У Владислава Всеволодовича немало учеников по всей стране. Важно, чтобы последователи продолжали его научную школу, передавали фундаментальные знания новым поколениям. Здесь собралась очень заинтересованная аудитория, я встретила знакомых фтизиатров, педиатров, представителей отделений профилактики, руководителей фтизиослужбы и общепрофильных медицинских организаций – это междоветовое сообщество, которое призвано решать задачи профилактики туберкулёза. Сегодня Саратовская область имеет положительные тенденции в эпидситуации по туберкулёзу – это снижение на 25% общей заболеваемости, сокращение в 2 раза смертности. Но палочка Коха всё время делает нам новые вызовы. Мы получили лекарственно-устойчивые формы, появился туберкулёз в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Эти вызовы требуют дополнительных научных разработок, новых подходов. Мы готовы совершенствовать противотуберкулёзные мероприятия, нам есть над чем работать».

Заметим, что за плечами у ре-

Итоги и прогнозы

«Ерохинские чтения» на саратовской земле

**Татьяна Морозова открывает конференцию**

гиональной противотуберкулёзной службы немалый опыт, ведь областной противотуберкулёзный диспансер организован в 1939 г. Однако бороться с палочкой Коха здесь начали гораздо раньше. Ещё в 1919 г. в структуре Губздравотдела была учреждена туберкулёзная секция, а в 1924 г. открыт Саратовский туберкулёзный институт, который наряду с лечебной работой осуществлял научные исследования по различным направлениям фтизиатрии. В нынешнем году в честь 80-летия Саратовской области в Парке Победы открыт новый музей трудовой славы, и отнюдь не случайно достойное место в нём отведено медицине и фтизиатрической службе.

Проректор по лечебной работе Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского профессор Марина Еругина обратила внимание на необходимость чтить память своих учителей: «У всех нас и у В.Ерохина были свои учителя. И в этой преемственности наша сила. Каким образом мы чтим память? Мы должны продолжать их начинания. Не теряя основ, которые они заложили, и приращивая их новыми достижениями, новыми подходами в организации такого сложного дела, как борьба с туберкулёзом».

На конференции присутствовали супруга В.Ерохина, Людмила Сергеевна, их дочь, доцент кафедры клеточной биологии и гистологии МГУ им. М.В.Ломоносова, ведущий научный сотрудник отдела патологической морфологии, клеточной биологии и биохимии Центрального НИИ туберкулёза, кандидат медицинских наук Мария Владиславовна. Думается, им было приятно сознавать, что их близкий человек жив в памяти благодарных коллег, прежде всего Т.Морозовой, достойного преемника, друга и последователя Владислава Всеволодовича на профессиональном поприще.

В своём эмоциональном выступлении о научном наследии и вкладе В.Ерохина в развитие фтизиатрии заместитель директора по научной работе Центрального НИИ туберкулёза профессор Ольга Демикова, не одно десятилетие проработавшая вместе с ним, сказала: «Хочу поблагодарить саратовцев, организаторов здравоохранения региона, Т.Морозову за глубокую память о В.Ерохине. Это был великий, замечательный человек, преданный своей малой родине и, конечно, России. Бесспорно, он был лидером всех фтизиатров нашей страны. Всегда высоко ценил вклад Саратовской области во фтизиатрию. В.Ерохин верно и преданно чтит память своего учителя Валентины Ильиничны Пузик и при жизни помогал ей. Имена бывшего директора ЦНИИТ Александра Хоменко, заместителя директора по научной работе нашего института Михаила Авербаха, Владислава Ерохина вписаны в историю здра-

воохранения и медицины. Эти учёные создавали современную фтизиатрию».

С 1999 г. и до конца жизни В.Ерохин был директором ЦНИИТ. В руководство институтом он пришёл в очень трудные для страны годы и со своим талантом, всей страстью своей натуры вступил в борьбу с новыми вызовами, которые были поставлены жизнью перед фтизиатрами. Конечно, государство активно противостояло этой беде: были приняты Закон о предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации, несколько постановлений Правительства РФ, указы Минздрава России, и в большинстве мероприятий принимал участие лично В.Ерохин.

Он стоял у истоков создания на базе ЦНИИТ Сотрудничающего центра ВОЗ по борьбе с туберкулёзом в РФ, став потом его директором. Был членом созданной по инициативе Минздрава России и ВОЗ Рабочей группы высокого уровня по туберкулёзу в РФ – уникального органа по координации усилий и междоветовому взаимодействию в противодействии туберкулёзной инфекции. Уделял большое внимание международному сотрудничеству, убеждённо полагая, что специалистам нельзя замыкаться в своём кругу, нужно как можно шире общаться, знать, что делается за рубежом, и пропагандировать свои достижения. Под его руководством разрабатывались молекулярно-генетические методы исследования, экспресс-методы, биочипы, стратегия ускоренной диагностики туберкулёза и определения лекарственной чувствительности возбудителя. Он способствовал развитию иммунологических методов диагностики, разработке новых подходов в диагностике и скрининге туберкулёза, внёс весомый вклад в изучение морфогенеза туберкулёза. На основе экспериментальных клинических исследований доказал важную роль сурфактантной системы лёгких в патогенезе туберкулёза, внедрил сурфактант-терапию и клеточные технологии при лечении больных с распространёнными формами туберкулёза. Пристальное внимание уделял миниинвазивным методам диагностики и хирургического лечения, патогенетическим и экстракорпоральным методам, модулирующей терапии, коллапсотерапии, клапанной бронхоблокации, эндоскопической диагностике и т.д.

Он был педагогом. Создал научную школу морфологов, изучающих клеточные и субклеточные механизмы туберкулёзного процесса. И эта школа продолжает его заветы. Основные труды В.Ерохина вошли в историю медицины. Мы, его ученики, соратники, продолжим его начинания и славные традиции института».

Действуя на опережение

Т.Морозова познакомила коллег с территориальной программой оказания противотуберкулёзной помощи. Одной из региональных особенностей является структура фтизиослужбы. В области 11 противотуберкулёзных специализированных учреждений, которые оказывают помощь пациентам. В основном, учреждения представлены диспансерами, во главе – областной клинический ПТД, остальные – межрайонные. Есть клиническая туберкулёзная больница и 2 санатория – детский и взрослый.

– Своих пациентов, – отметила Татьяна Ивановна, – мы уже давно не направляем на центральные базы для дополнительного хирургического лечения. Областная клиническая туберкулёзная больница – единственная среди всех учреждений Саратовской области, получивших лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по разделу «торакальная хирургия».

Минздрав России поставил насущную задачу активно бороться за жизнь пациентов и добиваться значительного снижения показателей смертности по различным нозологиям, в том числе по туберкулёзу. За 2015 г. в Саратовской области нам предстояло сохранить 19 жизней больных туберкулёзом, мы спасли жизни 62 пациентам. Показатели говорят сами за себя: это наша гордость. Но хочу отметить, что мы были готовы к этой программе снижения смертности. В РФ она стартовала в июне 2015 г. А мы снижением смертности (тому подтверждение – наши указы) занимались очень давно, например, первым указом 2008 г. была сформирована комиссия по экспертизе случаев смертности от активного туберкулёза. Все случаи обязательно рассматриваются на уровне регионального Минздрава, заместителя министра здравоохранения, главного фтизиатра, эпидемиологов, главных патологоанатома и судмедэксперта, Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Также большое значение в этой программе уделяется проведению сотрудниками кафедры фтизиатрии и факультета последипломного образования медицинского университета семинаров и обучающих программ. За 2015 г. мы обучили около тысячи врачей первичного звена и специалистов ФАПов. В 2016 г. программа продолжится, уже обучено почти 300 человек.

Эффективность лечения больных туберкулёзом у нас чуть выше, чем в РФ, по всем параметрам. И тем не менее, как и во всей стране, она недостаточна. Конечно, нам очень хочется помочь каждому больному. Если говорить вообще об эффективном курсе химиотерапии, то он у нас 75,4% при плановом показателе 70%. Мы его выполнили, но это не даёт повода для успокоения. В стране почти 30% неэффективно леченных пациентов. Это очень много и недопустимо! Социальный состав наших пациентов порой способствует тому, что эффективность будет недостаточной. Больные попросту «отрываются» от лечения. К огорчению, в стране нет должной социальной поддержки больных туберкулёзом.

Кадровое обеспечение практически не отличается от среднероссийского. На конец 2015 г. в области трудились 126 врачей-фтизиатров. Но буквально на днях состоялся первый выпуск 4-месячной последипломной подготовки,

и наши ряды пополнили ещё 10 фтизиатров, поэтому сегодня нас уже 136.

Особую гордость Саратовской области составляют профилактические осмотры населения. Именно благодаря профилактическим мерам мы выявляем заболевания, причём не только туберкулёз. При флюорографии чаще всего диагностируются малые формы туберкулёза, ограниченные формы заболеваний, нераспространённые формы опухолевых процессов. Охват населения профилактическими осмотрами (флюороосмотры и туберкулинодиагностика у детей и подростков) в регионе составляет 85,6%. Мы всегда уделяли пристальное внимание активному выявлению туберкулёза. К сожалению, как и во всём мире, у нас растёт первичная лекарственная устойчивость и МЛУ.

Приоритетами 2016 г. мы для себя определили: у детей – раннее, профилактическое выявление туберкулёза; у взрослых – своевременное выявление туберкулёза. Квалифицированная подготовка новых кадров и обучение уже имеющих. И главная задача – эффективное лечение больных. В области более 300 больных фиброзно-кавернозным туберкулёзом, поэтому мы продолжим оказывать ВМП по разряду «торакальная хирургия во фтизиатрии».

Много полезного почерпнули специалисты из докладов своих коллег. Руководитель Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулёза в Российской Федерации Минздрава России профессор Ольга Нечаева ознакомила собравшихся с эпидемиологической ситуацией по туберкулёзу в РФ. Директор Уральского НИИ фтизиопульмонологии, главный фтизиатр Уральского федерального округа, профессор Сергей Скорняков остановился на современных технологиях уменьшения региональных различий в оказании противотуберкулёзной помощи населению. Директор Московского научно-практического центра борьбы с туберкулёзом, главный фтизиатр Департамента здравоохранения Москвы, профессор Елена Богородская акцентировала внимание коллег на приоритетах противотуберкулёзной помощи в мегаполисе. Заместитель директора Московского научно-практического центра борьбы с туберкулёзом профессор Сергей Борисов сообщил о современном состоянии и перспективах этиотропного лечения. Заведующий кафедрой фтизиопульмонологии и торакальной хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова профессор Алексей Елькин рассказал об отдалённых результатах хирургического лечения больных с МЛУ/ШЛУ-туберкулёзом лёгких. Заведующая отделом микробиологии ЦНИИТ профессор Лариса Черноусова представила современный алгоритм микробиологической диагностики заболевания.

Таким образом, участники «ерохинских чтений» обсудили важнейшие вопросы оказания специализированной фтизиатрической помощи. Вне сомнения, это поможет в реализации задач, стоящих перед практическим здравоохранением, будет способствовать дальнейшему развитию отечественной фтизиатрии и реализации Глобальной стратегии ВОЗ по борьбе с туберкулёзом на период после 2015 г.

**Александр ИВАНОВ,
спец. корр. «МГ».**

Саратов – Москва.

Генеральная Ассамблея Организации Объединённых Наций приняла на пленарном заседании совещания высокого уровня политическую декларацию по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Страны-участники ООН утвердили срочный план по активизации усилий для прекращения эпидемии СПИДа к 2030 г.

«Политическая декларация предоставляет глобальный мандат на ускорение мер по борьбе со СПИДом в течение следующих 5 лет», говорится в сообщении Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). При этом мировые лидеры признали, что ни одна страна не покончила со СПИДом и что ни одна страна не может позволить себе отступить от мер противодействия ВИЧ.

Политическая декларация была принята всеми 193 членами Генеральной Ассамблеи ООН в первый день сессии высокого уровня по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

ния, и следует достичь по крайней мере 90% успешного лечения.

К 2020 г. необходимо на 30% снизить новые случаи хронического вирусного гепатита В и 3 млн человек с гепатитом В и 3 млн человек с хроническим гепатитом С должны получить лечение.

Кто будет финансировать

Для того чтобы гарантировать достижение этих целей, лидеры приняли конкретные обязательства

межсекторальный подход к решению проблемы ВИЧ/СПИДа на национальном, региональном и глобальном уровнях».

«Успех её реализации, прежде всего, зависит от эффективности национальных программ противодействия ВИЧ, основанных на общих глобальных целях, но с учётом национальных условий и требований национального законодательства», – полагает глава Минздрава России. По её словам, вопросы, связанные с противодействием

странения ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей реализуется комплексная программа реабилитации и ресоциализации на основе стратегии «снижения спроса», или «мотивации к добровольному отказу от наркотиков» путём создания (совместно с некоммерческими организациями и религиозными конфессиями) реабилитационных центров, в которых применяются современные медицинские, психологические, образовательные и социальные

Требуется сильное руководство

Политическая декларация Генассамблеи ООН по прекращению СПИДа 2016 г. призывает мир к достижению новых целей. К 2020 г. общемировой показатель числа лиц, первично инфицированных ВИЧ, должен быть сокращён до менее чем 500 тыс. человек в год. К 2020 г. общемировой показатель числа смертей, связанных со СПИДом, должен быть сокращён менее чем до 500 тыс. в год. К 2020 г. связанные с ВИЧ стигматизация и дискриминация должны быть устранены.

Эти цели могут быть реализованы только при наличии сильного руководства и вовлечения людей, живущих с ВИЧ, сообществ и гражданского общества, говорится в декларации.

В конце 2015 г. лечение от ВИЧ получали 17 млн человек. Таким образом, цель 2015 г. – 15 млн человек – была превышена. Лидеры стран обязались гарантировать, что 90% людей, живущих с ВИЧ, знают свой статус. Что 90% людей, живущих с ВИЧ, и знающих свой статус, получают лечение. И что 90% людей, получающих лечение, достигли подавления вирусной нагрузки.

Декларация закрепила новые цели: к 2020 г. страны должны достичь целевых ориентиров по лечению 90-90-90, чтобы 30 млн человек, живущих с ВИЧ, получили доступ к лечению. К 2018 г. также должны обеспечить доступ к лечению для 1,6 млн детей, живущих с ВИЧ.

Ускоренный охват профилактикой

Для профилактики ВИЧ-инфекции страны должны к 2020 г. обеспечить доступ к комплексным услугам для всех женщин и девочек-подростков, мигрантов, а также для таких ключевых групп, как мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, потребители наркотиков, транссексуалы и заключённые.

Особые усилия необходимо предпринять, чтобы к 2020 г. охватить доконтактной профилактикой 3 млн человек из мест с высоким уровнем передачи ВИЧ и представителей групп населения с высоким уровнем риска заражения. К 2020 г. 25 млн молодых людей в районах с высокой заболеваемостью ВИЧ-инфекцией должны быть охвачены добровольным медицинским мужским обрезанием. К 2020 г. в странах с низким и средним уровнем дохода должен быть обеспечен доступ к 20 млрд презервативов.

К 2020 г. должны быть ликвидированы новые случаи ВИЧ-инфекции среди детей (путём уменьшения числа новых инфекций на 95% в каждом регионе).

Женщины, девочки-подростки, молодёжь...

Ежедневно происходит 2 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции среди молодых людей, это треть всех новых случаев ВИЧ-инфекций. Однако только 28% молодых женщин имеют точные знания о ВИЧ. Поэтому декларация определила целью к 2020 г. снизить до уровня ниже 100 тыс. в год количество девочек-подростков и молодых женщин в возрасте 15-24 лет, за-

Тенденции

Новые цели в борьбе с ВИЧ/СПИДом

Генеральная Ассамблея ООН приняла глобальный мандат на ускорение мер по борьбе с этой инфекцией



В зале заседания совещания высокого уровня Генассамблеи ООН

развившихся ВИЧ. К 2020 г. должны быть устранены гендерное неравенство и насилие по признаку пола.

Необходимо прекратить все формы насилия и дискриминации в отношении женщин и девочек, например, по признаку пола, сексуального, домашнего насилия и насилия со стороны интимного партнёра, в том числе в условиях конфликтов, постконфликтных ситуаций и гуманитарных катастроф.

Политическая декларация также признаёт, что нарушения прав человека по-прежнему являются основным препятствием ответа на ВИЧ. Государства-члены обязуются пересмотреть и реформировать законодательства, создающие барьеры или усиливающие стигму и дискриминацию, к 2020 г.

Национальные системы социальной и детской защиты должны быть укреплены, чтобы к 2020 г. 75% людей, живущих с ВИЧ и риском ВИЧ-инфицирования, пользовались услугами социальной защиты с учётом потребностей в связи с ВИЧ.

Вывести из изоляции

Политическая декларация призывает обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения и доступ к социальной защите. К 2020 г. необходимо сократить связанные с туберкулёзом смерти вследствие СПИДа на 75%. К 2020 г. лечением должно быть охвачено 90% больных туберкулёзом, в том числе 90% населения с повышенным риском инфицирова-

по финансированию мер борьбы со СПИДом. Декларация призвала государства обеспечить для популяции Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией 13 млрд долл. К 2020 г. первоначальные инвестиции для покрытия дефицита ресурсов должны составить по меньшей мере 26 млрд долл. в год.

Декларация призвала инвестировать по крайней мере четверть расходов на СПИД на профилактику ВИЧ-инфекции и не менее 6% от всех глобальных ресурсов по СПИДу – в системы социального обеспечения.

Странам предстоит решить проблемы, препятствующие доступу к безопасным, эффективным и недорогим незапатентованным лекарственным средствам, диагностическим средствам и связанным с ними технологиям здравоохранения. Этого предлагается добиться, в том числе, обеспечив использование механизмов Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (TRIPS). А также укрепляя региональный и местный потенциал для разработки, производства и доставки продукции для здоровья.

С России можно брать пример

Выступившая в ходе пленарного заседания на совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова отметила, что декларация содержит «системный

ВИЧ-инфекции, относятся в нашей стране к наиболее значимым.

«Для эффективной борьбы с ВИЧ-инфекцией, при участии экспертного сообщества и общественных организаций Министерством здравоохранения РФ разработана специальная Государственная стратегия на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу, которая определяет основные принципы и направления государственной политики нашей страны в данной области, – продолжила В.Скворцова. – Основные стратегические направления в противодействии ВИЧ-инфекции были выбраны с учётом их потенциального вклада в решение этой сложной проблемы.

В рамках первичной профилактики реализуется межсекторальный комплекс мер, включающий психологически выверенные информационные, разъяснительные и образовательные программы для разных возрастных и социальных групп населения, но прежде всего для молодёжи. Широко используются возможности телевидения, других СМИ, социальных интернет-сетей, а также всероссийские и региональные акции с привлечением к добровольному тестированию на ВИЧ.

Благодаря проведению комплекса продуманных мер профилактики Россия за 10 лет вошла в группу мировых лидеров по остановке вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции. Сегодня у нас 98% детей от ВИЧ-положительных матерей рождаются здоровыми.

Для профилактики распро-

технологии.

В России ежегодно бесплатно обследуются на ВИЧ-инфекцию (при желании – анонимно) более 30 млн человек, или 20,5% населения страны.

Охват антиретровирусной терапией ВИЧ-инфицированных граждан за последние годы вырос в 5 раз – до 37% от всех находящихся под наблюдением. А в ряде регионов с наиболее сложной ситуацией, например в Крыму, где в 2014 г. отмечалась пиковая заболеваемость ВИЧ на фоне усиленного наркопотребления, – существенно больше, что и позволило за один 2015 г. снизить смертность от ВИЧ в Крыму на 26%.

В целях дальнейшего повышения охвата до целевого показателя – 90% в стране реализуется комплекс мер по повышению приверженности к лечению, которая за последнее время выросла на треть и превысила 70%, и по снижению цен на закупку лекарств, бесплатно предоставляемых инфицированным.

Применение стандартизованных схем лечения, рекомендованных ВОЗ, централизация государственных закупок, широкое применение воспроизведённых лекарственных препаратов и, главное, политика импортозамещения позволили снизить цены за один год более чем в 2 раза, а по некоторым препаратам – более существенно».

Глава Минздрава России подчеркнула, что реализация мероприятий, направленных на борьбу с ВИЧ-инфекцией, осуществляется в нашей стране из средств государственного бюджета и освобождает от финансового бремени лиц с ВИЧ-инфекцией.

Более того, Россия оказывает финансовую помощь по программам противодействия ВИЧ-инфекции другим странам Восточной Европы и Центральной Азии.

В.Скворцова выразила надежду, что бизнес поможет в решении проблемы ВИЧ, особенно в вопросах повышения доступности лекарственных препаратов, и уверенность в том, что совместные усилия международного сообщества позволят значительно сократить бремя ВИЧ/СПИДа во всём мире. И Россия примет в этом самое активное и действенное участие.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 42 (1981)

Инфекционные болезни с поражением нервной системы регистрируются повсеместно во всех возрастных группах, треть из них протекает с поражением периферической нервной системы (ПНС). В последние годы отмечается тенденция к росту числа как острых, так и хронических нейроинфекций с преимущественным поражением ПНС, а также мультифакториальных болезней нервной системы с хроническим течением, в этиологии которых одна из ведущих ролей отводится инфекционным агентам.

Несмотря на то, что поражение ПНС (и инфекционной, и не инфекционной этиологии) представляет собой междисциплинарную проблему, в равной степени затрагивающую неврологов, инфекционистов, токсикологов, иммунологов, — до настоящего времени не существует ни общепринятой классификации поражения ПНС, ни единого мнения о патогенетических механизмах его развития.

В зависимости от характера поражения периферических нервов заболевания ПНС (периферические невропатии) подразделяют на три группы:

1. фокальные невропатии (моновневропатия, радикулопатия, плексопатия);
2. множественные моновневропатии (мультифокальные невропатии);
3. полиневропатии.

При инфекционных болезнях в основном развиваются множественная моновневропатия и, значительно чаще, полиневропатия. Фокальные невропатии встречаются редко. При этом повреждение нервных волокон обычно проявляется в виде аксональной дегенерации (аксонопатия), которая может наблюдаться во всех типах нервных волокон при воздействии повреждающих факторов, с преимущественным поражением дистальной части аксона и частым развитием вторичной демиелинизации и первичной демиелинизации, которая развивается в результате непосредственного поражения миелина или образующих его шванновских клеток, с последующим частым вовлечением в процесс и аксона (вторичная аксонопатия).

В инфекционной клинической практике наиболее применима классификация полиневропатий, предложенная Н.Скрипченко с соавторами, согласно которой полиневропатии подразделяют:

- **по этиологическому признаку** — бактериальные (дифтерийные, боррелиозные, ботулинические и др.); вирусные (энтеровирусные, гриппозные, герпетические, цитомегаловирусные и др.);
- **по распространению поражений** — моновневропатии; множественные моновневропатии; полиневропатии; энцефаломиелополиневропатии; с преимущественным симметричным поражением дистальных и проксимальных отделов конечностей;
- **по преобладающим клиническим признакам** — вегетативная; чувствительная или сенсорная; двигательная или моторная; смешанная;
- **по морфологическому признаку** — миелінопатии (при поражении миелиновой оболочки); аксонопатии (при поражении аксона); смешанные (аксоно-миелінопатии);
- **по характеру течения** — острая; подострая; хроническая; рецидивирующая.

Одна из классических инфекционных полиневропатий — дифтерийная, развивается, по данным разных авторов, у 4-40% всех пациентов с дифтерией. Развитие токсической полиневропатии описано при всех формах дифтерии, включая локализованную. При этом частота развития дифтерийной полиневропатии коррелирует со степенью первичной специфической интоксикации.

Ранние параличи наблюдаются одновременно или через короткое время после первых проявлений болезни и локализуются в непосредственной близости к месту внедрения возбудителя, что связано с контактным связыванием его токсина в нервных окончаниях черепных или периферических нервов, иннервирующих данную область. При ранних неврологических нарушениях наблюдаются параличи мягкого нёба, accommodation и отводящего нерва.

Поздние неврологические нарушения в виде параличей черепных нервов, распространённых полиневропатий (по типу синдрома Гийена — Барре) или их комбинации, развиваются через 1-2 месяца от начала болезни. При этом более чем в 50% случаев

всех дифтерийных полиневропатий выявляется сочетанное поражение вегетативных, сенсорных и моторных нервных волокон.

Для тяжёлых форм дифтерийной полиневропатии характерен феномен диссоциации — восстановление функций черепных нервов на фоне продолжающегося нарастания двигательных нарушений.

Многочисленные исследования последних лет доказали едва ли не ведущую роль в развитии постинфекционных поражений ПНС кампилобактера, одинаково часто запускаящего развитие как острой, так и хронической полиневропатии (в том числе с острым началом).

Нередко полиневропатии осложняют течение энтеровирусных заболеваний, гриппа.

Поражение периферической нервной системы при инфекционных заболеваниях

Описаны случаи развития полиневропатий при ветряной оспе, эпидемическом паротите, краснухе, кори, лептоспирозе, иерсиниозах, шигеллёзе, брюшном и сыпном тифах, туберкулёзе.

Поражение периферической нервной системы с развитием моновневропатий (с вовлечением в патологический процесс черепных, лучевого, локтевого, седалищного и других нервов) и полиневропатий — одно из проявлений современного течения туберкулёза. При этом в большинстве случаев регистрируется одновременное поражение ПНС и ЦНС.

В отдельную группу следует выделить болезни, возбудители которых вызывают хронические нейроинфекции с поражением как центральной, так и периферической нервной систем. Среди них ВИЧ-инфекция, герпесвирусные инфекции, нейробруцеллёз, лайм-боррелиоз, сифилис, лепра. Все их объединяет общность патогенетических механизмов повреждения нервной системы, упорное, прогрессирующее течение с высокой частотой инвалидизации пациентов.

При ВИЧ-инфекции одним из механизмов повреждения нервной ткани является непосредственное действие вируса (т.н. первичное поражение). По классификации экспертов ВОЗ, среди ВИЧ-ассоциированных поражений ПНС выделяют миопатию и полиневропатию. Данные поражения обусловлены совокупностью факторов, включающих прямое повреждающее действие вируса, нейротоксическое влияние его компонентов и других биологически активных веществ, продуцируемых в ответ на инвазию ВИЧ, а также запуском каскада аутоиммунных реакций.

Следует отметить, что помимо вируса иммунодефицита человека к развитию поражений ПНС у пациентов с ВИЧ-инфекцией причастны герпесвирусы, и в частности цитомегаловирус. Почти у половины больных на любой стадии болезни регистрируются воспалительные полиневропатии в виде множественных невритов или подострой мультифокальной полиневропатии.

При этом, повреждение нервных волокон проявляется в виде как аксональной дегенерации, так и первичной демиелинизации. Наиболее часто развиваются дистальные сенсорные полиневропатии с преобладанием чувствительных нарушений в области стоп и пальцев ног в сочетании с лёгкой слабостью в нижних конечностях и снижением коленных рефлексов.

Реже встречаются множественные моновневропатии, а также подострые сенсо-тактическая, сенсомоторная и моторная полиневропатии. У части больных возможно развитие острой моторной полиневропатии по типу синдрома Гийена — Барре, невропатии черепных нервов (чаще лицевого) и плексопатии. Часто полиневропатия сочетается с полирадикулопатией. При сочетании поражения ЦНС и ПНС наблюдается энцефаломиелополирадикулоневропатия.

Поражения ПНС вызывает и большинство вирусов из семейства герпесвирусов человека (1-го, 3-го, 4-го, 5-го и 7-го типа).

У больных герпесвирусными инфекциями развиваются невриты и полиневропатии, в том числе синдром Гийена — Барре. Атака на ПНС вирусом простого герпеса является облигатной вследствие высокой нейротропности возбудителя с локализацией в чувствительных ганглиях черепных нервов и паравертебральных чувствительных ганглиях на всех уровнях (шейном, грудном и пояснично-крестцовом).

Среди поражений ПНС ВПГ выделяют ганглионевриты, в том числе черепных нервов, моно- и полиганглионевриты, моно- и полирадикулоганглионевриты, радикуломиелит, синдром Гийена — Барре.

При этом поражение чувствительных нервных волокон чаще всего проявляется транзиторной гипестезией соответствующего участка кожи. Возможно развитие зостифицированной формы простого герпеса. Поражение черепных нервов в основном затрагивает тройничный нерв с транзиторной гипестезией в зонах его иннервации и развитием периферического пареза мимических мышц.

Часто наблюдаются ганглионевриты с поражением сакрального отдела и вовлечени-

коленчатого узла лицевого нерва в пирамиде височной кости развивается синдром Рамсея — Ханта, характеризующийся высыпаниями в области наружного слухового прохода, барабанной перепонки, глотки и парезом мимической мускулатуры.

К развитию поражений ПНС причастен и **вирус Эпштейна — Барр**. У больных с острой и активацией латентной Эпштейна — Барр-вирусной инфекцией описано развитие неврита лицевого нерва, изолированных невритов подъязычного и возвратного гортанного нервов, плексопатий плечевых и люмбосакральных нервных сплетений, полиневропатий, в том числе синдрома Гийена — Барре.

При первичном инфицировании **цитомегаловирусами** и реактивации ЦМВ-инфекции развиваются полиневропатии, синдром Гийена — Барре, а также радикуломиелит с повреждением задних корешков и чувствительных ганглиев.

В настоящее время доказано, что реактивация хронической инфекции **вирусом герпеса 7-го типа** может приводить к развитию синдрома Гийена — Барре и миелополирадикулоневритов.

При **нейроборрелиозе**, развивающемся у 64% больных лайм-боррелиозом, поражение нервной системы может быть единственным в клинике болезни. Несмотря на то, что довольно часто в патологический процесс вовлекаются несколько уровней нервной системы, доминируют признаки поражения ПНС. Развиваются моно- и полиневропатии, плексопатии, радикулопатии.

На ранних стадиях болезни чаще всего развиваются радикулопатии, описанные у 80% больных нейроборрелиозом. Клинические проявления боррелиозных радикулопатий варьируют от нарушений чувствительности (при российском и американском вариантах нейроборрелиоза) до выраженных двигательных расстройств с развитием асимметричных парезов (при европейском). Четверть всех случаев нейроборрелиоза протекает с изолированным болевым синдромом. Следует отметить, что жгучие корешковые боли крайне мучительны для пациентов, часто мигрируют, носят упорный и интенсивный характер, усиливаются в ночные часы и плохо купируются приёмом НПВС.

Как на ранних, так и на поздних стадиях лайм-боррелиоза могут развиваться моно- и полиневропатии с преимущественным поражением аксонов с частичной демиелинизацией проксимальных и дистальных сегментов периферических нервов.

Среди черепных нервов при лайм-боррелиозе наиболее часто, особенно у детей, поражается лицевой нерв. Двусторонний парез лицевой мускулатуры патогномоничен для данного заболевания в эндемичных районах. Как и при других поражениях ПНС, при нейроборрелиозе при проведении электронейромиографии регистрируют аксональное поражение лицевого нерва, редко с признаками демиелинизации. Значительно реже наблюдаются периферические невропатии тройничного, вестибулокохлеарного, отводящего и других черепных нервов, а также их сочетанное поражение.

Одним из типичных проявлений европейского варианта нейроборрелиоза является синдром Баннварта, проявляющийся поражением мозговых оболочек и ПНС (менингордикулоневропатия). В РФ данный синдром встречается менее чем у половины всех больных нейроборрелиозом.

Поздние поражения ПНС при нейроборрелиозе, развивающиеся через месяцы и годы после начала болезни, нередко после длительного латентного периода, проявляются хроническими радикулоневропатией и полиневропатией с рецидивирующим или непрерывно прогрессирующим течением. Как при острой, так и при хронической боррелиозной радикулоневропатии отмечается постоянный, своеобразный характер болевого синдрома, интактного к терапии НПВС.

При хронической полиневропатии боль умеренная, беспокоят парестезии и слабость в поражённых участках. Характерны слабовыраженные парезы конечностей со снижением или отсутствием сухожильных рефлексов.

Необходимо подчеркнуть, что хронический нейроборрелиоз с поражением как центральной, так и периферической нервной систем, чаще развивается у пациентов с безэритематозной формой болезни, что в сочетании с медленным прогрессирующим течением, имитирующем различные хронические заболевания нервной системы, значительно осложняет его диагностику.

Следует отметить и роль **бледной трепанемы** в развитии поражения ПНС, несмотря на то, что специфические сифилитические невралгии встречаются редко и развиваются преимущественно во втором периоде сифилиса. Наиболее часто наблюдается поражение тройничного и седлищного нервов, характеризующееся интенсивной болью. В целом же клинические проявления сифилитических мононевритов, полиневритов и полирадикулоневритов не отличаются от проявлений поражения периферических нервов другой этиологии и характеризуются вялыми парезами с гипотрофией мышц, чувствительными и вегетативными нарушениями.

При **бруцеллёзе**, независимо от формы болезни, в патологический процесс вовлекаются все отделы нервной системы. При этом поражение ПНС встречается чаще, чем ЦНС, и регистрируется более чем в 50% случаев. Основными проявлениями вовлечения в патологический процесс ПНС при бруцеллёзе являются радикулопатии с преимущественным поражением пояснично-крестцовых, реже – шейных и грудных

корешков, невралгии и полиневропатии.

Развитие на ранних стадиях инфекционного процесса синдрома Гийена – Барре непосредственно связано с бруцеллёзной инфекцией, в то время как вовлечение в патологический процесс спинномозговых и периферических нервов на более поздних стадиях болезни – с изменениями в позвоночнике и других отделах опорно-двигательного аппарата, а также регионарными гемодинамическими нарушениями.

Наряду с поражением спинномозговых корешков и нервов у больных развиваются невралгии тройничного и невралгии лицевого нервов.

В клинической классификации хронического бруцеллёза отдельно выделяют нервную форму болезни – нейробруцеллёз, включающую поражение ПНС, ЦНС и психобруцеллёз, характеризующийся затяжным, упорным течением со значительной лабильностью клинических проявлений.

Семиотика поражений ПНС при нейробруцеллёзе включает: краниальную невралгию (VIII, VII пары черепных нервов, глазодвигательную и оптический неврит); радикулиты (пояснично-крестцовые и шейно-плечевые) и невриты (мононевриты: седлищного нерва, лучевого нерва, опоясывающие, межрёберные; полирадикулоневриты: синдром Гийена – Барре, вегетативная невралгия, множественная радикулопатия).

Множественное поражение спинномозговых и периферических нервов сопровождается богатой вегетативной симптоматикой.

Следует отметить, что патоморфологические изменения при некоторых бруцеллёзных невралгиях соответствуют таковым при острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии, а при вестибулокохлеарном неврите и множественных мононевритах ветвей седлищного нерва – хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии.

Поражение ПНС, наряду с поражением кожи и соединительной ткани, характерно и для такого, казалось бы, уже «забытого» современными клиницистами инфекционного заболевания, как **лепра**. Можно утверждать, что лепра без поражения ПНС не существует. Первичное внедрение микобактерий лепры происходит в области окончаний кожных нервов с дальнейшим распространением по чувствительным нервным волокнам до крупных нервных стволов.

Это и обуславливает основную особенность течения болезни – раннее, часто задолго до появления кожных элементов, поражение периферических нервов, проявляющееся в виде восходящих моно- (в том числе асимметричных множественных) и полиневропатий. Микобактерии лепры в периферических нервах на начальных стадиях лепрозного процесса обнаруживаются в 2 раза чаще, чем в коже. Нарушения чувствительности проявляются в виде парестезии и боли.

Больных беспокоят зуд, чувство жжения, холода, жара, ползания мурашек, онемения, неприятные болезненные ощущения по

ходу локтевого, малоберцового, срединного, большеберцового и лучевого нервов. Раньше и чаще при лепре поражаются периферические нервы верхних конечностей, позже – нижних.

Доказано, что антигены возбудителя опосредованно, через сенсибилизированные Т-лимфоциты, запускают продукцию антиневральных антител, вызывая сегментарную демиелинизацию в основном дистальных отделов периферических нервов. Поражение черепных нервов при лепре встречается редко и затрагивает тройничный и лицевой нервы. У большинства больных рано снижаются поверхностные и длительно сохраняются сухожильные и периостальные рефлексы, что позволяет дифференцировать поражение ПНС при лепре от полиневропатий другой этиологии.

Подводя итог, следует отметить, что проблема поражения периферической нервной системы при инфекционных болезнях неврологически сложна, многогранна, часто трудно решается и требует пристального внимания врачей разных специальностей, от слаженной преемственной работы которых зависят не только качество жизни, но и сама жизнь пациентов с этой тяжёлой патологией.

Ольга ТИМЧЕНКО,
профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии, доктор медицинских наук.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова.

Гендерные особенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

По данным ВОЗ, в 2012 г. от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умерло 17,5 млн человек (из них 7,4 млн смертей от ишемической болезни сердца (ИБС) и 6,7 млн – от инсульта), что составило 31% от всех летальных исходов в мире. Как считают исследователи, изучение проблемы ССЗ с позиции факторов риска не вызывает сомнения, поскольку именно такой подход является научно-обоснованной базой для снижения смертности от кардиоваскулярных заболеваний. На сегодняшний день известно более 200 факторов риска ССЗ, и ежегодно их количество увеличивается.

Традиционно факторы риска принято разделять на две группы: немодифицируемые, воздействовать на которые невозможно, и модифицируемые, поддающиеся как немедицинской, так и медикаментозной коррекции.

К немодифицируемым факторам риска, в частности, относят:

- 1) мужской пол;
- 2) возраст (старше 45 лет у мужчин и старше 55 лет у женщин);
- 3) отягощённый наследственный анамнез (раннее начало ИБС у ближайших родственников: инфаркт миокарда или внезапная смерть у мужчин младше 55 лет, у женщин младше 65 лет).

Основными модифицируемыми считают:

- 1) дислипидемию;
- 2) артериальную гипертензию (АГ);
- 3) курение;
- 4) нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет (СД) 2-го типа;
- 5) абдоминальное ожирение;
- 6) злоупотребление алкоголем;
- 7) низкую физическую активность;
- 8) низкий социальный и образовательный статус;

9) хронический психосоциальный стресс. Среди прочих обсуждаются и такие факторы риска, как производственные и бытовые, климатогеографические и метеорологические условия, избыток кофеина, шум, ночное апноэ, перименопауза и др.

За последние десятилетия были опубликованы международные о рекомендациях по выявлению и борьбе с основными факторами риска ССЗ. Следует отметить, что в целом перечень факторов риска ССЗ для мужчин и женщин сходен, но их прогностическая значимость в разные периоды жизни имеет гендерные особенности.

Гормональные изменения в течение жизни характерны как для женщин, так и для мужчин, но изменения гормонального фона имеют гендерные особенности. Так, у мужчин происходит постепенное снижение уровня половых гормонов на 1-2% в год, и этот процесс начинается в возрасте 30-40 лет.

Проявления возрастного снижения уровня

андрогенов выражаются в снижении уровня общего и биодоступного тестостерона, повышении уровня эстрадиола и глобулина, связывающего половые гормоны, а также уровней липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности. Женский организм, начиная с периода внутриутробного развития и на протяжении всей жизни, подвергается взаимосвязанным и последовательным изменениям гормонального фона. Репродуктивный период характеризуется циклическими изменениями, происходящими ежемесячно и координирующимися гипоталамо-гипофизарно-яичниковой осью.

По данным В.Сметник (2011), в период перименопаузы более чем у 75% женщин наступает «гормональный хаос», который проявляется снижением уровня тестостерона, пикообразными выбросами лютеонизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормонов (ФСГ), относительной гиперэстрогемией (у 75% женщин) или гипострогемией (у 25% женщин). В постменопаузе происходят инволютивные изменения в паренхиме матки и яичников, которые сопровождаются увеличением содержания ФСГ в 10-20 раз и ЛГ – в 3 раза, а также снижением концентрации эстрогенов.

Женские половые гормоны, и в частности эстрогены, обладая защитным влиянием на сердечно-сосудистую систему, вызывают эндотелийнезависимое расширение кровеносных сосудов за счёт увеличения биодоступности оксида азота (NO) и ингибирования эндотелина-1, они подавляют рост гладкомышечных клеток сосудов и избыточную пролиферацию сосудистой стенки после повреждения, снижают активацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и симпатической нервной системы (СНС).

До наступления менопаузы частота развития ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин по сравнению с мужчинами того же возраста в 4-6 раз ниже; при наличии ИБС риск развития инфаркта миокарда в 2 раза ниже; также значительно ниже риск внезапной сердечной смерти. Вместе с тем в постменопаузе гендерные различия по риску развития ИБС и её фатальных и инвалидизирующих осложнений нивелируются. Более того, у женщин в возрасте старше 60 лет по сравнению с мужчинами начинает доминировать частота артериальной гипертензии (АГ) и ИБС. Согласно данным Фремингемского исследования, суммация трёх или более стандартных факторов сердечно-сосудистого риска в этой возрастной группе для мужчин повышает степень риска в 2,4 раза, а для женщин – в 5,9 раза (для лиц с избыточной массой тела – соответственно в 3 и 10,9 раза).

Дислипидемию принято рассматривать в качестве общепризнанного фактора риска ССЗ. Известно, что атерогенность липидного профиля у женщин усиливается после наступления менопаузы. При этом более значимыми факторами риска ССЗ для жен-

щин в постменопаузе являются снижение уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и гипертриглицеридемия, особенно в сочетании с абдоминальным ожирением.

На сегодняшний день большое значение приобретает оценка роли таких фракций липопротеидов, как остаточные липопротеиды средней, низкой и очень низкой плотности, а также аполипипропротеиды А1 и В. Получены данные о том, что остаточный аполипипропротеид А1 является даже более важным, чем классические критерии дислипидемии, кратко- и среднесрочным предиктором летального исхода и инфаркта миокарда у женщин старше 50 лет.

В настоящее время не подвергается сомнению факт отягощённой наследственности по ССЗ, рассматриваемый важным прогностическим критерием развития АГ в молодом и среднем возрасте. Артериальную гипертензию можно рассматривать как ключевой пусковой фактор развития и прогрессирования практически всех потенциально смертельных ССЗ.

По материалам исследования ЭССЕ, проведённого в 2012-2013 гг. в 12 регионах РФ, в которое были включены 5,5 тыс. мужчин и 10 тыс. женщин в возрасте 25-64 лет, АГ имела место у 44% лиц. Распространённость АГ в популяции увеличивается с возрастом и в группе лиц 45-55 лет и составляет 38,1-38,4%, 55-64 года – 59,5-60,4%, старше 65 лет – 63,4-88,9%.

При этом в популяционных исследованиях установлено, что с возрастом у лиц обоего пола повышается уровень систолического АД (САД). Убедительные данные такого рода имеются у пациентов вплоть до 80-летнего возраста. Значения диастолического АД (ДАД) также увеличиваются с возрастом, достигая пика примерно в 50 лет, после чего наблюдается тенденция к его снижению.

Такая направленность изменений уровня АД сходна для лиц обоего пола, однако степень выраженности этих сдвигов различна для мужчин и женщин, что определяет более высокую частоту АГ у мужчин по сравнению с женщинами в среднем возрасте (40-50 лет) и, наоборот, более высокую частоту АГ у женщин в возрасте старше 60 лет.

Ещё один важный фактор риска – табакокурение, распространённость которого достаточно высокая как среди мужчин, так и среди женщин. Очень важным, на наш взгляд, является обнаруженная исследователями ассоциация курения с более ранним наступлением менопаузы и уменьшением плотности эстрогеновых рецепторов в тканях. В ряде исследований было показано, что частота возникновения приливов среди курящих женщин имеет прямую корреляцию с количеством выкуренных сигарет. Известно, что табакокурение способствует развитию эндотелиальной дисфункции, различных гемореологических нарушений и атерогенной дислипидемии, усиливает продукцию свободных радикалов, являясь

важным модифицируемым фактором риска ССЗ.

В настоящее время во всём мире возрастает распространённость ожирения. Так, эксперты ВОЗ отмечают, что в 2013 г. доля взрослого населения с избыточным весом среди мужчин составила 36,9%, среди женщин – 38%. Аналогичные данные были получены в исследовании Nation, проведённом в Москве и Московской области, ИМТ более 30 кг/м² был выявлен у 37% лиц, и 35% имели избыточную массу тела.

Особенно неблагоприятную роль отводят абдоминальному ожирению, которое, по данным Кокрановских обзоров, включающих исследования баз данных MEDLINE и EMBASE за период 1966-2006 гг., определило ассоциацию абдоминального ожирения с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. В частности, отмечено, что при увеличении окружности талии на 1 см риск сердечно-сосудистого инцидента в будущем возрастает на 2%, а увеличение соотношения окружности талии к окружности бёдер всего лишь на 0,01 – на 5%.

Особенно неблагоприятное значение имеет сочетание абдоминального ожирения с гипертриглицеридемией, которое часто встречается у женщин в период постменопаузы. Абдоминальное ожирение тесно связано с активацией СНС и РААС, развитием резистентности к инсулину, атерогенной дислипидемией, изменением параметров центральной и периферической гемодинамики. Дефицит эстрогенов усугубляет эти изменения.

Кроме вышеперечисленных факторов риска в последнее время значительную роль отводят хроническому психоэмоциональному перенапряжению, нарушению сна по типу синдрома ночного апноэ, а также храпу во сне.

Таким образом, борьба с мировой пандемией сердечно-сосудистых заболеваний включает не только разработку современных консервативных и инвазивных методов лечения, но и дальнейшее изучение вклада в развитие этих заболеваний модифицируемых и немодифицируемых факторов риска и борьбу с ними. Большую роль отводят генетическим маркерам, оценке ключевых пусковых механизмов развития ССЗ в различных возрастных группах с целью разработки мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых осложнений, которые могут носить персонализированный характер.

Яна БРЫТКОВА,
доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета,
доктор медицинских наук.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова.

Благодаря улучшению качества визуализирующих методов диагностики значительно возросло число пациентов с заболеваниями эндокринных желёз. Однако отсутствие в России практических рекомендаций по проблемам эндокринной хирургии привело к тому, что большое количество научных и практических школ используют диаметрально противоположные подходы к диагностике и лечению эндокринных заболеваний. Зачастую диагностическая и лечебная тактика основываются на индивидуальном опыте, не всегда имеющем серьёзную доказательную базу.

**У них всё
гораздо сложнее**

Как правило, мы чаще говорим о состоянии специализированной медицинской помощи взрослому населению. В детской практике ситуация на сегодняшний момент относительно реально существующей эндокринной хирургии ещё более сложная. Занимаются в нашей стране данным, как показывает практика, остро востребованным направлением редкие и разрозненные врачевые и научные коллективы. Нет консолидации специалистов, единого мнения, общепринятой тактики ведения и лечения, в том числе оперативного, детей с хирургическими заболеваниями эндокринной системы, которые к тому же часто носят орфанный характер. На практике диагностика и медикаментозная терапия у детей с хирургической патологией органов эндокринной системы проводится в одних стационарах, хирургическая коррекция в других, а на примере рака щитовидной железы – радиойодтерапия в третьем лечебном учреждении. При этом теряется не только преемственность, но и ответственность за окончательный результат.

Индивидуальный подход – это очень важно

Всё сказанное диктует необходимость индивидуального подхода и концентрации больных в специализированных оснащённых центрах. Новый этап развития медицины в нашей стране позволил создать на базе Эндокринологического научного центра отделение детской хирургии. Всего за 9 месяцев работы оно доказало свою актуальность и востребованность. Оказана специализированная помощь более чем 180 детям из различных регионов Российской Федерации и зарубежья. Спектр патологии высоко специфичен и определяет задачи и приоритетные направления для развития эндокринной хирургии детского возраста.

В свою очередь, интенсивное развитие медицины и высокотехнологичных методов хирургических воздействий на патологические процессы, связанные с гормональными дисфункциями, открывают новые возможности детской эндокринной хирургии. Современные способы расшифровки молекулярно-генетических механизмов заболеваний расширили возможности диагностики и выбора тактики лечения, в том числе и хирургического. Новейшие инструментальные методы визуализации вывели предоперационный этап обследования на качественно новый уровень. Развитие современных хирургических технологий, таких как эндоскопические, малоинвазивные, микрохирургические методики, позволяют снижать возрастную цену для детей и увеличивать объём одноэтапных операций

с достижением максимального эффекта.

Создание отделения детской хирургии в ЭНЦ даёт возможность устранить существующие ныне недостатки в организации лечения детей в неспециализированных учреждениях, существенно повысить его качество и безопасность, а также минимизировать риски осложнений.

Среди всех заболеваний щитовидной железы в детском возрасте 15% – это болезнь Грейвса.

Проблемы и решения

Особенности эндокринной хирургии детского возраста

В поисках оптимального будущего важной специальности

Её распространённость у детей до 15 лет составляет от 1 случая на 10 тыс. детей в США, до 1 на 100 тыс. в Великобритании. После проведения первого курса консервативного лечения ремиссия достигается только у 30%, а при длительном лечении – лишь у половины. Таким образом, потребность в хирургическом вмешательстве или радиойодтерапии гораздо выше, чем у взрослых пациентов. За 9 месяцев нами прооперирован 61 ребёнок по поводу заболеваний щитовидной железы, среди них с диффузным токсическим зобом – 21.

Большинство узлов щитовидной железы у детей, как и у взрослых, являются доброкачественными, однако у детей они в 3, а по некоторым данным, и в 5 раз чаще оказываются злокачественными. За истекший период мы прооперировали 40 детей по поводу узловых образований щитовидной железы, из них 13 – больных раком (в 12 случаях – различные варианты папиллярной карциномы и один случай медуллярного рака в составе синдрома МЭН-2В). Детям с папиллярными вариантами рака щитовидной железы в подавляющем большинстве случаев на базе ЭНЦ была проведена радиойодтерапия. Таким образом, больным с данной опасной и непростой патологией на базе единого центра была оказана многокомпонентная помощь в полном объёме.

Качество диагностики – первое требование

Рост патологий щитовидной железы в России обусловлен такими объективными причинами, как дефицит йода, экологическими факторами, техногенными катастрофами.

Улучшение качества диагностики также влияет на рост статистических показателей этих заболеваний. Однако отсутствие национальных регистров не позволяет сегодня точно оценить их объёмы и, соответственно, потребности в хирургической помощи этой наиболее многочисленной категории пациентов.

Опухоли околощитовидных желёз в детском возрасте – крайне редкое заболевание. Нами оперировано двое пациентов: девочка с партиромой (выполнено удаление опухоли) и мальчик с партиромой в составе синдрома МЭН-1 (выполнено удаление аденомы и околощитовидных желёз, а также аутопересадка одной околощитовидной

железы в плечелучевую мышцу). Опыт показал, что сложность этой категории пациентов заключается не только в хирургическом исполнении, но и в ведении послеоперационного периода (коррекции выраженных и стремительных водно-электролитных нарушений).

Дети с врождёнными и приобретёнными патологиями надпочечников – следующая группа больных, требующих особого внимания.

Гормональные опухоли, узелко-

Всех пациентов объединяет интерсексуальное строение наружных половых органов и с хирургической позиции при любом из вариантов возможно проведение как феминизирующей, так и маскулинизирующей пластики. Но при этом выбор пола должен быть обоснован прогнозом реабилитации. Для этого необходимо понимание сложности проблемы, мультидисциплинарный подход и наличие современных диагностических, в том числе, что очень

Опухоли половых желёз являются редким заболеванием детского возраста и, как правило, возникают в период полового созревания. Предикторами их возникновения могут быть генетические мутации, врождённая дисгенезия гонад, крипторхизм. Успех лечения этих пациентов (в том числе и хирургического вмешательства) полностью зависит от своевременности и полноты диагностики в указанных группах риска. За истекший период мы



вая гиперплазия надпочечников, болезнь Иценко – Кушинга встречаются в детской практике крайне редко. Требования современной медицины обуславливают необходимость выполнения в таких случаях высокотехнологичных хирургических вмешательств. Однако специалистов, способных выполнить необходимые операции, единицы. Кроме этого, необходимо современное дорогостоящее оборудование. Это диктует целесообразность концентрации больных в едином центре как для улучшения качества их лечения и реабилитации, так и с экономической точки зрения. Редкость данной патологии, даже при концентрации пациентов, показывает и наша небольшая статистика – 2 пациента с узелковой гиперплазией коры надпочечников в составе комплекса Карни (выполнена лапароскопическая адреналэктомия с двух сторон) и один с параганглиомой вне надпочечниковой локализации как проявление болезни Гиппеля – Линдау (выполнено открытое удаление опухоли).

Дети с врождённой дисфункцией коры надпочечников рассматриваются как больные с нарушением формирования пола.

Эта категория пациентов очень неоднородна по этиологии при общности клинических проявлений, что обуславливает большое количество ошибок при выборе пола, выполнении хирургических вмешательств и психосоциальной и сексуальной адаптации пациентов.

важно, генетических технологий. Выбор лечебной и, главным образом, хирургической тактики зачастую будет сугубо индивидуальным, зависящим от целого ряда обстоятельств: медицинских, социальных и временных. Иначе говоря, для этой категории пациентов медицинская помощь должна быть персонализированной. Мы за истекший период провели ряд маскулинизирующих и феминизирующих операций у 53 детей с различными нарушениями формирования пола (из них 28 – с врождённой дисфункцией коры надпочечников и 25 – с другими вариантами неопределённости пола).

Что же такое педиатрическая маммология

Увеличение роста заболеваний молочных желёз при одновременном снижении возраста пациентов ставит перед современной медициной актуальную проблему: развитие нового направления – педиатрической маммологии. Эта необходимость диктуется отсутствием единого взгляда на диагностику и тактику лечения данной патологии. Становление и развитие этого направления также является одним из направлений деятельности детского хирургического отделения ЭНЦ. Нами оперировано 17 детей, из них одна девочка – по поводу макромастии, 3 – с фиброаденомами, остальные были мальчики с гинекомастией.

наблюдали 3 пациенток с гонадобластомами, обнаруженными после проведённой лапароскопической гонадэктомии по поводу дисгенезии гонад на фоне кариотипа 46 XY и 46 XY / 45 XO.

Из эндокринной патологии поджелудочной железы у детей врождённый гиперинсулинизм является крайне редкой патологией.

При фокальных формах показано оперативное вмешательство – субтотальная резекция поджелудочной железы с удалением патологического очага. При диффузных формах в случаях медикаментозной резистентности выполняется субтотальная панкреатэктомия. Нами оперировано двое детей – обоим выполнена эта операция лапароскопическим доступом. Диагностика фокальных форм на сегодняшний день в России не проводится из-за отсутствия необходимого для позитронно-эмиссионной томографии изотопа Ф-ДОПА.

Исходя из изложенного мы можем определить основные направления эндокринной хирургии детского возраста в обозримом будущем. Несомненно это:

- комплексное лечение заболеваний щитовидной железы, включая гормональную терапию, хирургическое лечение, радиойодтерапия с использованием тирогена (позволяющего избежать фазы гипотиреоза, что наиболее предпочтительно именно в детском возрасте);
- разработка и совершенствование методик одномоментных коррекций при нарушениях формирования пола;
- развитие эндохирургии опухолей надпочечников у детей;
- централизация общехирургической помощи больным с эндокринопатиями, и главным образом сахарным диабетом;
- развитие хирургии поджелудочной железы с использованием эндоскопических технологий.

Валентина ПЕТЕРКОВА,
директор НИИ детской
эндокринологии,
главный детский эндокринолог
Минздрава России,
член-корреспондент РАН.

Николай КУЗНЕЦОВ,
заведующий отделением хирургии,
доктор медицинских наук.

Сергей КАРПАЧЕВ,
заведующий детским
хирургическим отделением.

**Эндокринологический научный
центр Минздрава России.**

Фото Александра ХУДАСОВА.

Модернизация содержания и уровня сестринского дела требует совершенствования качества сестринского образования, осуществления инновационной деятельности образовательных учреждений. Понятие «качество» по отношению к медицинской сестре означает качественное выполнение основных функций, определённых Европейским региональным бюро ВОЗ по сестринскому делу (проект LEMON).

В «Основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 г.» № 1663-р от 17.11.2008 большое внимание уделяется удовлетворению потребностей в современном образовании и комплексной модернизации профессионального образования. Необходимо предпринять дальнейшие шаги по повышению доступности и качества профессионального образования, по его инновационному развитию, совершенствованию образовательных программ и технологий.

Инновационное сестринское медицинское образование должно быть ориентированно не только на передачу учащимся определённых знаний, но и на развитие навыков по приобретению новых знаний самостоятельно. При этом необходима интеграция учебного процесса, научных исследований и практической подготовки высококвалифицированных, конкурентоспособных специалистов среднего медицинского звена для здравоохранения.

Задачами образовательных учреждений являются:

- совершенствование целевой формы подготовки кадров;
- создание учебно-клинических комплексов;
- оптимизация правовых и экономических взаимоотношений;
- внедрение информационных технологий и систем управления качеством образовательного процесса;
- совершенствование системы непрерывного медицинского образования.

В соответствии с Болонской декларацией 1999 г. предусматривается повышение профессионализма и компетенции выпускников в практической области. Необходимо пересмотр характера и содержания среднего медицинского образования. Начинать нужно с решения общих вопросов, что требует использования системного подхода, позволяющего пред-

Авторитетное мнение

К секретам компетентности

Аспекты инновационной деятельности в среднем медицинском образовании

ставить единые цели среднего медицинского профессионального образования. Качество подготовки специалистов среднего медицинского звена зависит от целей обучения, содержания образования, принципов организации учебного процесса.

В условиях рыночной экономики, когда требования к специалисту быстро меняются, образовательные учреждения должны отслеживать спрос на специалистов среднего медицинского звена и вносить соответствующие коррективы в содержание и организацию учебного процесса. Требования к специалистам формируются в рамках «моделей», включающей квалификационную характеристику специалиста: перечень профессиональных задач, которые он должен решать, знания и умения. Также стремление к освоению нового («образование через всю жизнь»).

Однако наличие «модели специалиста» не гарантирует нужный уровень подготовленности выпускника медицинского учебного заведения. «Модель специалиста» – отправной пункт для создания «модели подготовки», включающей перечень и объём дисциплин, мероприятий учебного процесса, ориентированного на конечный результат.

Мониторинг современного сестринского образования, выявление уровня соответствия профессиональной пригодности средних медицинских кадров социальному заказу, анализ качества подготовки и переподготовки работников среднего медицинского звена, определение недостающих знаний, проведённые нами исследования сформировали научную базу динамической модели оценки развития среднего медицинского



Медицинской сестре очень важно развивать навыки по приобретению новых знаний самостоятельно

образования и формирования специалиста.

Выявленные основные тенденции в структуре и обеспеченности сестринским персоналом, наше научное прогнозирование численности и потребности, особенности спроса и предложения на рынке труда, медико-социальные характеристики являются определяющими факторами для планирования мероприятий по модернизации сестринского образования в условиях реструктуризации здравоохранения.

Основой для моделирования инновационной программы модернизации сестринского медицинского образования стали: результаты сравнительного анализа

отечественных и зарубежных программ обучения; выявление недостатков в знаниях, умениях и навыках специалистов сестринского дела «заказчиками» – руководителями медицинских учреждений и при самооценке работниками среднего медицинского звена; оценка населением качества оказания сестринской помощи; применение математических методов моделирования, что позволило выделить конкретные, наиболее важные элементы работы по подготовке компетентных и конкурентоспособных сестринских кадров в субъекте Российской Федерации.

В программе ВОЗ «Здоровье-21» особое внимание уделяется базовой подготовке сестринского персонала, основанной на принципах первичной медико-санитарной помощи населению, и последующему непрерывному образованию с регулярным повышением квалификации на последипломном уровне. Сестринский персонал должен обладать компетентностью для принятия самостоятельных клинических и управленческих решений, анализировать варианты вмешательства в экстренных ситуациях, обладать соответствующими знаниями, навыками аналитического и критического мышления.

На уровне медицинских учреждений среднего профессионального образования целесообразно обеспечивать опережающую реакцию на отклонение реального качества подготовки выпускника. Необходимо осуществлять моделирование модернизации подготовки специалистов на ос-

нове проведённого мониторинга сестринского образования и прогнозирования достоверной потребности в среднем медицинском персонале, обеспечить повышение качества образования на основе его непрерывности и оценки.

Инновационная программа модернизации среднего медицинского образования в субъекте Российской Федерации предполагает осуществление планирования, прогнозирования и мониторинга подготовки специалистов сестринского дела в региональной системе здравоохранения; модернизацию медицинского среднего профессионального образования для удовлетворения потребности на рынке труда; привлечение «заказчиков» специалистов сестринского дела (руководителей учреждений здравоохранения, представителей бизнес-сообщества и др.) к социальному партнёрству; привлечение инвестиций в систему медицинского среднего образования; обеспечение правовой, организационной и экономической поддержки; совершенствование содержания и качества подготовки специалистов среднего медицинского звена; осуществление информационных, методических, организационных мероприятий по непрерывному профессиональному образованию, научно-методическое обеспечение подготовки специалистов сестринского дела.

Таким образом, разработанная нами модель инновационной программы направлена на модернизацию подготовки компетентных и конкурентоспособных специалистов сестринских медицинских кадров в системе первичной медико-санитарной помощи населению на современном этапе развития здравоохранения.

Инна ЛЕБЕДЕВА,
профессор кафедры общественного
здоровья и здравоохранения
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова,
доктор медицинских наук,
заслуженный врач РФ.

Фото Александра ХУДАСОВА.

События

Ректор медвуза — почётный гражданин города

На днях ректору Омского государственного медицинского университета Александру Новикову присвоено звание «Почётный гражданин Омска».

Александр Иванович родился в 1948 г. в Брянской области. В 1969 г., после службы в армии, поступил в Омский государственный медицинский институт на педиатрический факультет, который окончил с отличием через 6 лет и стал ассистентом кафедры кожных и венерических болезней, а затем и её заведующим. В 1983 г. он защитил кандидатскую диссертацию по теме «Клиническое значение дислиппротеидемий и их роль в патогенезе красной волчанки», а в 1988 г. ему было присвоено учёное звание доцента. Затем была защита докторской диссертации «Эфферентные методы в комплексном лечении хронических рецидивирующих дерматозов», после чего ему было присвоено учёное звание профессора.

В декабре 1997 г. на конференции представителей трудового коллектива Александр Иванович впервые был из-

бран ректором, а с 2012 г. возглавляет уже университет, в который была преобразована Омская медицинская академия. Омский ГМУ входит в список 100 лучших вузов России. Несмотря на демографический спад, набор на 5 факультетов этого вуза увеличивается из года в год. Общее число студентов, клинических интернов и ординаторов составляет почти 6 тыс. человек. В преподавательском корпусе вуза плодотворно трудятся 122 доктора медицинских наук и 343 кандидатов наук и доцентов. Среди преподавателей – 5 заслуженных деятелей науки РФ, 3 заслуженных работника высшей школы РФ, 13 заслуженных врачей РФ, 1 заслуженный работник здравоохранения РФ, 37 отличников здравоохранения. Более 180 сотрудников награждены почётными грамотами Президента РФ, Правительства РФ, Министерства здравоохранения России и правительства Омской области.

Одним из приоритетных направлений в деятельности Омского ГМУ, считает ректор, является оказание высококвалифициро-

ванной медицинской помощи населению Омского региона. Этому способствуют, прежде всего, интегрированность многих кафедр университета и лечебно-профилактических учреждений Омска и Прииртышья, а также огромный авторитет сотрудников вуза среди врачей и пациентов клиник. В настоящее время клинические кафедры функционируют в 36 крупнейших клиниках региона.

Присвоение звания почётного гражданина Омска Александру Новикову – это и признание заслуг Омского государственного медицинского университета в здравоохранительной и общественной деятельности. До Александра Ивановича такая честь была оказана только двум омским медикам – прославленному педиатру, академику АМН СССР, Герою Социалистического Труда Валентине Бисяриной и академику РАМН Леониду Полуэктову.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Новости

Русская речь врачевать помогает...

«День Пушкина» прошёл в Смоленском государственном медицинском университете.

Хотя это название олимпиады по русскому языку среди иностранных студентов, обучающихся в вузе, неофициальное, однако по-другому мероприятие в СГМУ просто-напросто не величали. И тому есть основание, ведь с подиума читального зала библиотеки звучали только стихи Александра Сергеевича: «Храни меня, мой талисман», «Зимнее утро», «Пробуждение», «Сказка о золотом петушке», «Сказка о рыбаке и рыбке» и, конечно, «любимые» фрагменты из «Бахчисарайского фонтана» и «Евгения Онегина». Их читали студенты из Индии Пател Куш, Кулкарни Субодх, Пракаш Прачи, Дубей Прасун, Доши Акшата, Хирани Снеха, Бхарадвадж Швета, Марпури Кришна, а также Адли Джордж из Египта и Шахноза Амонова из Таджикистана.

А Тембо Джозеф записал видеобращение «Говорите по-русски», которое размещено на сайте университета.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

На контроле

Обратный отсчёт

Инспекционные проверки высветили проблемы не только российских, но и иностранных фармпроизводителей

С 2014 г. на предприятиях фармотрасли было проведено 300 инспекционных проверок, по итогам которых лишь 81 фармкомпания получила сертификат на соответствие национальным правилам GMP. 135 производителям выдали предписания для исправления нарушений лицензионных требований. В 2015 г. отказано в сертификатах 20 компаниям, в 2016 г. таких отказов пока 9. Двум производителям с рекордным числом нарушений выписаны штрафы в размере 100 тыс. руб. Об этом сообщил директор Государственного института лекарственных средств и надлежащих практик (ГИЛСиНП) Владислав Шестаков, выступая на мероприятии, посвящённом вопросам инспектирования производителей лекарственных средств на соответствие требованиям GMP.

— Понятно, что сумма штрафа мизерная, — отметил эксперт. — Поэтому сейчас в рамках законотворческой деятельности Минпромторга России рассматриваются новые изменения в законодательство, повышающие ответственность производителя.

По словам В.Шестакова, основным нарушением в работе российских компаний является система управления рисками. Она либо не разработана, либо имеет наблюдательный характер. Не выстроена система работы с отклонениями — не все они регистрируются, соответственно не происходит расследования для определения причин и корректирующих действий. В недостаточной степени или вообще не функционирует процедура управления изменениями. Производитель считает лишь те из них, которые вносит в регистрационное досье. Замечания касаются валидации и квалификации. На многих предприятиях валидацией не охвачены важнейшие производственные критические



и технологические процессы, а также компьютерные системы.

С 1 января 2016 г. тема проверок производственных площадок на соответствие требованиям правил GMP стала актуальна и для иностранных производителей. Теперь при подаче заявления на регистрацию нового лекарственного препарата требуется заключение на соответствие иностранных производств российским GMP. С 1 января 2017 г. такое заключение понадобится и при подтверждении регистрации.

Проверки зарубежных производителей начались в апреле этого года. С декабря 2015 г. в Минпромторг России поступило 159 заявок из 27 стран мира. 77 заявок из 23 стран передано в ГИЛСиНП для проведения инспектирования. На данный момент проведено 23 инспекции, в ходе которых проверено 20 производственных площадок: 6 — в Словении, 3 — в Польше, 2 — в Венгрии, 6 — в Индии, по 1 — в Белоруссии, Латвии и Греции.

Оказалось, что проблемы существуют не только в РФ, но и у иностранных производителей. Среди нарушений, выявленных в ходе проверок на иностранных площадках, — отсутствие в складских

помещениях выделенных зон для хранения готовой продукции, забракованного сырья и прочих материалов. Не всегда соблюдается температурный режим хранения сырья и материалов. На мультипродуктовых производствах недостаточно проводятся мероприятия по валидации и очистке, не всегда учитываются данные по токсикологической оценке и растворимости компонентов. Кроме того, зафиксированы отклонения от требований регистрационных досье. К примеру, в досье указано, что это полный цикл, а при проверке выяснилось, что на этом предприятии — только конечная упаковка.

— Наша задача быть неким фильтром для недоброкачественной продукции, которая идет в РФ, — заключил эксперт. — Система контроля качества должна обеспечивать соответствие каждой отдельно взятой упаковки требованиям досье, с которым был зарегистрирован данный лекарственный препарат.

По словам Владислава Шестакова, добросовестная конкуренция предполагает соревнование между товарами сопоставимого качества. Если добросовестный производитель вынужден конку-

рировать с товарами неизвестного происхождения и неизвестного качества, которые так или иначе попадают на рынок и обращаются на нём, абсорбируют на себя платежеспособный спрос и на потребительском рынке, и в системе государственного заказа, то нельзя говорить о здоровой конкуренции.

Спикер выразил надежду, что в результате работы российского инспектората из государственного реестра будут уходить те наименования, которые по признакам качества, критериям эффективности и безопасности не соответствуют стандартам, предъявляемым государством.

«В настоящее время большое внимание уделяется подготовке новых кадров для фарминдустрии, повышению квалификации специалистов, — отметил В.Шестаков. — В рамках ГИЛСиНП и Санкт-Петербургской химфармакадемии разрабатываются образовательные семинары по организации производства в соответствии со стандартами GMP, в качестве преподавателей приглашаются специалисты международного уровня».

В 2015 г. Минздрав России создал научно-образовательный кластер, куда вошли и Пермская и Санкт-Петербургская химфармакадемии, где есть факультеты промышленной технологии лекарственных средств. В этом году в рамках Федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу» в Санкт-Петербургской химфармакадемии запущен GMP-тренинговый центр. Создана кафедра по регуляторным отношениям и надлежащим практикам, разработана магистерская программа по подготовке специалистов в области регулирования обращения лекарственных средств на фармацевтическом рынке. Кафедра будет разрабатывать технические требования и рекомендации к различным типам производства лекарственных средств.

— Международная регуляторика постоянно развивается, требования изменяются, — отметил В.Шестаков. — Сегодня мы где-то отстаем, но мы очень быстро учимся и быстро выходим на лидирующие позиции.

Ирина АНДРЕЕВА.

Акценты

Выйти из сумрака

Сотрудники московской полиции докладывают

Завершился очередной этап «Пангеи» — глобальной полицейской операции по борьбе с продажей в сети Интернет фальсифицированных, нелегализованных, недоброкачественных лекарственных препаратов, БАДов и медицинских изделий. Она проводится ежегодно, под эгидой генерального секретариата Интерпола при поддержке Международной комиссии по борьбе с фальсифицированными медицинскими препаратами, Института фармацевтической безопасности и Постоянного форума по международной преступности в области фармацевтики.

В ходе операции проведён мониторинг порядка 5 тыс. интернет-сайтов, осуществляющих онлайн-продажу лекарственных препаратов и медицинских изделий, арестовано 393 лица, причастных к незаконной деятельности, задержано и изъято из обращения потенциально опасных товаров на сумму более 53 млн долл.

— В этом году в операции «Пангея» приняли участие правоохранительные, таможенные и контролирующие органы 103 стран мира, — сообщила официальный представитель МВД России Ирина Волк. — Вклад нашей страны значителен — НЦБ Интерпола МВД России в координационный штаб Генерального секретариата Интерпола передана информация о 315 интернет-сайтах, которые в нарушение действующего российского законодательства предлагают к продаже лекарственные средства. Решается вопрос о прекращении их деятельности.

В 6 регионах России выявлено 64 наименования незарегистрированных медицинских изделий и 2 фальсифицированных. Правоохранительными органами возбуждены уголовные дела по фактам совершения мошеннических действий, производства, сбыта или ввоза на территорию нашей страны фальсифицированных лекарственных средств и медицинских изделий.

В частности, сотрудниками московской полиции выявлены факты реализации в сети Интернет и через средства массовой информации незарегистрированных на территории России медицинских препаратов под видом лекарственных средств. В результате задержано 35 членов организованной группы, состоящей из граждан Российской Федерации, Украины, Узбекистана и Молдавии. Дальнейшая проверка продолжается.

Другой пример — на территории Омской области пресечена деятельность группы, причастной к контрабандному ввозу в Российскую Федерацию медицинских препаратов производства КНР, содержащих анаболические стероиды. Возбуждён ряд уголовных дел, изъяты андрогенные анаболические препараты общей стоимостью около 15 тыс. долл.

Проведение международной полицейской операции свидетельствует о стремлении государств внести свой вклад в защиту потребителей от недоброкачественных и поддельных лекарственных препаратов и медицинских изделий, опасных для жизни и здоровья.

Ирина СТЕПКО.
МИА Сити!

Итоги и прогнозы

Согласно данным розничного аудита DSM Group, объём коммерческого рынка лекарственных препаратов в апреле 2016 г. составил 48,1 млрд руб. (с НДС). По сравнению с мартом ёмкость рынка увеличилась на 1,1%.

Традиционно в апреле коммерческий рынок лекарств демонстрирует заметное снижение спроса по сравнению с предшествующим месяцем, а нынешний год стал исключением. Так, в апреле 2015 г. объём потребления ЛП снизился относительно марта на 12%, годом ранее сокращение было менее существенным (–4,8%).

Динамика потребления лекарств в апреле свидетельствует о том, что наметившийся ранее тренд сокращения коммерческого рынка ЛП относительно 2015 г. не только в упаковках (что уже стало традицией), но и в рублях преждевременно экстраполировать на весь год, отмечают аналитики. Как значится в отчёте, «неожиданный» апрельский рост выравнивает динамику в целом по году, хотя объём потребления лекарств за период январь – апрель 2016 г. относительно

Апрельские тезисы

Что происходит на коммерческом рынке лекарств?

варь – апрель 2016 г. относительно первых 4 месяцев прошлого года остаётся отрицательным.

По итогам аптечных продаж за второй месяц весны 2016 г. коммерческий рынок лекарств в натуральном выражении был равен 327,9 млн упаковок, что на 4,5% меньше, чем за аналогичный период 2015 г.

Средняя стоимость упаковки лекарственного препарата на коммерческом рынке России в апреле 2016 г. по сравнению с мартом снизилась на 0,4% и составила 146,7 руб.

Структура коммерческого рынка ЛП в апреле 2016 г. по ценовым секторам существенно не изменилась относительно марта 2016 г., изменения же относительно апреля

2015 г. более заметны, хотя и их сложно назвать кардинальными. Неизменным трендом последнего времени являлось постепенное сокращение доли «недорогих лекарств» (средняя стоимость упаковок которых ниже 150 руб.) и увеличение удельного веса «дорогих препаратов» (со средней стоимостью упаковки выше 150 руб.). В апреле 2016 г. этот тренд прервался — доля рынка «недорогих» препаратов по сравнению с апрелем прошлого года увеличилась на 0,8%.

По итогам апреля 2016 г. 57% препаратов, реализованных на рынке, являлись отечественными (в натуральных единицах измерения), однако ввиду своей невысокой цены относительно импортных

лекарств в стоимостном выражении они занимали лишь 27%. Коммерческий сегмент рынка по итогам апреля 2016 г. поровну был представлен рецептурными препаратами и Rx-лекарствами.

Объём российского аптечного рынка БАД в стоимостном выражении в апреле 2016 г. сократился на 1,5% относительно марта и составил свыше 2,69 млрд руб. В натуральном выражении объём аптечного рынка БАД во втором месяце весны уменьшился на 2,7% по сравнению с аналогичным периодом 2015 г. и составил 23,9 млн упаковок. Средневзвешенная цена упаковки БАД в апреле 2016 г. по сравнению с мартом снизилась на 2,5% и составила 112,6 руб.

Анна КРАСАВКИНА.

А как у них?

Кровь, разменная на нефть

Здравоохранение Венесуэлы переживает небывалый упадок

Утром трое из родившихся накануне детей умерли... День в одной из больниц Барселоны (столица венесуэльского штата Ансоатеги) начался как обычно — с нехватки антибиотиков, внутривенного раствора и даже пищевых рационов. В полдень по всему городу отключили электричество, и в родильном отделении прекратилась подача кислорода для младенцев с ослабленной лёгочной деятельностью. Медперсонал в течение нескольких часов пытался спасти их, вручную поддерживая дыхание с помощью кислородных подушек, но к полуночи скончалось ещё четверо.

— Увы, смерть новорождённых стала обычным делом, и не только у нас, — произнёс местный врач Ослейди Камехо, ссылаясь на очередную сводку из больницы.

Так открывается обширный репортаж «Нью-Йорк Таймс» о буднях общественного здравоохранения Венесуэлы вслед за постигшим страну экономическим кризисом. Назвать его состояние удручающим было бы, пожалуй, слишком оптимистично, учитывая множество людей, уже ставших его жертвами. Собственно, оно является одним из слагаемых общего институционального обвала, грозящего правящему режиму и вынудившего президента Николаса Мадуро ввести в стране чрезвычайные меры.

В больничных палатах этот коллапс нагляднее всего. В ряде госпиталей напрочь исчезли из употребления одноразовые перчатки и мыло. Антираковые медикаменты большей частью доступны только на чёрном рынке. Из-за перебоев с электроэнергией в целях экономии даже административные учреждения работают 2 дня в неделю.

В лечебном центре при Университете Мерида не хватает воды для стирки белья и отмывания следов крови в операционных. Готовясь к операции, хирурги вынуждены поливать на руки из бутылок с минеральной водой.

— Похоже, мы вернулись в позапрошлый век, — горько усмехается заведующий отделением Кристиан Пино.

Не менее ужасающе выглядит государственная медицинская статистика. Смертность среди грудничков в возрасте до 1 месяца, родившихся в заведениях системы Минздрава, подскочила более чем в 100 раз с 0,02% в 2012 г. до свыше 2% в прошлом году. Смертность среди рожениц за тот же период выросла почти в 5 раз.

По дороге в главную бесплатную клинику Барселоны скончались двое рождённых прежде срока детей, поскольку в карете скорой помощи не было запрошенных баллонов с кислородом. В городской больнице из-за поломок давно не работают рентгеновские аппараты и машины для гемодиализа. При нехватке коек иным больным приходится лежать на полу среди подтоков собственной крови.

Всё это, скорее, напоминает фронтальной лазарет, чем больницу, хотя в стране и не ведётся военных действий. По признанию старшего врача Леандро Переса,

некоторых привозят сюда вполне операбельными, а увозят в морг. Жестокая ирония заключается в том, что Венесуэла располагает самыми большими в мире доказанными запасами нефти, составляющими пятую часть от мировых. Но пока цена на углеводороды стояла высоко, и казалось, ей суждено только расти, правительство нимало не заботилось о диверсификации экономики и откладывании достаточных средств от шальных нефтяных доходов на чёрный день. Когда же цены в одночасье рухнули почти на две трети от уровня 2014 г., последствия легкомыслия и близорукости не замедлили проявиться со всей остротой.

Кризис в экономике и ожидаемая годовая гиперинфляция под 500% усугубляют политической враждой между левыми популистами, удерживающими исполнительную власть со времён Уго Чавеса, и их противниками в Национальной ассамблее. В январе парламентские оппоненты Мадуро констатировали приближение в стране гуманитарной катастрофы, а спустя 4 месяца одобрили законопроект, который позволил бы без стеснения принимать международную помощь для поддержания на плаву системы здравоохранения.

— То, что люди умирают из-за отсутствия элементарных лекарств, в то время как страна располагает такими нефтяными богатствами, — просто преступление, — гневался один из законодателей Хосе Гуэрра.

Однако Мадуро, будучи верным наследником Чавеса, наложил вето на законопроект, углядев в нём попытку правой оппозиции подорвать авторитет возглавляемого им режима и приватизировать государственную систему здравоохранения. Ситуация же в казённых лечебных заведениях продолжает ухудшаться.

— Взрослые погибают от недостатка медикаментов, дети — от скудного питания, а те и другие — от нехватки персонала и ухода за ними, — признаёт хирург Ямила Батаньи, работающий в больнице Мерида. — С прошлой осени у нас вышли из строя и не ремонтировались износившиеся гидронасосы.

В отсутствие воды, перчаток, мыла и антибиотиков возглавляемая им бригада готовилась удалить у больного норовирусный прорваться аппендицит, хотя операционная оставалась заляпанной кровью предыдущего пациента. Однако даже на этом фоне госпиталь в Барселоне, который также посетил корреспондент «Нью-Йорк Таймс», выделяется в худшую сторону. В апреле был арестован его директор Акилес Мартинес. В новостях сообщили, что Мартинес обвиняется в хищении предназначенного для больницы оборудования, включая аппараты для пациентов с респираторными осложнениями, более сотни упаковок с медикаментами и ёмкостей с физраствором.

Вечером дежурный врач Фредди Диас обходил приёмный покой, ставший импровизированной общей палатой для пациентов, которым не досталось коек. Некоторые, лёжа на полу с промокшими бандажами, нуждались

в срочной перевязке, заметил сопровождавший его репортёр.

«Д-р Диас открыл подсобку, где от нас врассыпную бросились тараканы... Медицинские данные больных он помечал на обратной стороне испанского листа, поднятого из мусора, пояснив: «Стандартные бланки у нас закончились».

Лежавшая этажом выше 68-летняя Роза Паручо была одной из тех, кому удалось получить койку в отдельной палате, хотя от прелого матраса у неё на спине возникла сыпь. Хуже было то, что ей как больной диабетом требовался гемодиализ, а соответствующий аппарат бездействовал. По ногам стала распространяться инфекция, грозя вызвать септический шок. Антисептиков больница не получала уже несколько месяцев.

— Возможно, придётся делать ампутацию, — заключил Диас.

Поступивший в отделение интенсивной терапии 21-летний Самуэль Кастильо ждал переливания крови, но её запас иссяк. В целях экономии энергии в стране был объявлен выходной, а центры приёма донорской крови открыты только в рабочие дни. Кастильо умер в ту же ночь.

Уже несколько месяцев в больнице нет возможности распечатывать рентгеновские снимки. Больных просят фотографировать их на смартфон для показа специалистам.

— Похоже на признаки туберкулёза, — говорит, рассматривая снимок лёгких, сменный пульмонолог. — Не могу сказать определённое — качество слишком плохое.

Самую сложную задачу составляет обеспечение лекарствами и медицинскими материалами. Аптечные полки пусты из-за прекращения импорта, закупки которого государство больше не может финансировать. Родственникам пациентов вручают списки медикаментов, микстур и необходимых бытовых предметов.

— В следующий раз также принесите набор пелёнок, — обращается сестра-хозяйка к сыну, доставившему в больницу престарелую мать.

— Что ещё? — спрашивает тот, передавая мешок с постельными принадлежностями и туалетной бумагой.

В родильном отделении, где накануне умерли четверо младенцев, отвели целую комнату под реанимационные инкубаторы с разбитыми стенками и торчащими из них проводами. На всех датированная прошлым ноябрём надпись: «Подлежит списанию». Замены им до сих пор нет.

Том ЗАЙЦЕВ,
соб. корр. «МГ».

Нью-Йорк.

P.S. Автор выражает признательность коллеге Николасу Кэйси, поделившемуся увиденным и услышанным в Венесуэле сверх описанного им в газете.

ОТ РЕДАКЦИИ. Думается, Венесуэла не единственная страна, в которой качество и общий уровень общественного здравоохранения, что называется, ниже плинтуса, несмотря на несравненные природные богатства, что лишний раз убеждает нас в актуальности данной публикации.

ПОМОГИТЕ СОФЬЕ!



Более подробная информация по тел.: 8 (495) 225-13-16 или на сайте www.sbornet.ru

Платежи в адрес Софии Милинцовой принимаются во всех отделениях Сбербанка России без взимания комиссионного сбора.

Держатели карт Сбербанка России, подключенных к системе «Сбербанк ОнЛ@йн», могут сделать пожертвование в СБОР из своего личного кабинета. Также можно совершить SMS — пожертвование на номер 3434: СБОР (пробел) сумма в рублях.

Реквизиты:
Получатель: некоммерческое партнёрство «Союз благотворительных организаций России»
ИНН: 7715257832
КПП: 771501001
Р/С: 40703810287810000000 в Московском филиале ПАО РОСБАНК г. Москва
К/С: 30101810000000000256
БИК: 044525256
Назначение платежа: пожертвование на лечение Софии Милинцовой

СОЮЗ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ ПРОСИТ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ ПОМОЧЬ



Аномалии

Дефицитная «ешка»

Если в рационе не хватает витамина Е, то это может привести к неврологическим и физиологическим отклонениям у развивающихся эмбрионов и даже к смерти.

Всё это доказали исследования с рыбками данио. Учёные считают: причина в том, что витамином Е перестаёт поддерживать концентрацию докозагексаеновой кислоты. Это одна из самых важных омега-3- жирных кислот. Она критически важна для развития мозга и клеток.

При дефиците витамина Е эмбрионы имели серьёзные физические аномалии уже через 2 дня после оплодотворения, а также на 82% меньше реагировали на световой раздражитель. Многие

вообще умерли в пределах 5 дней. Докозагексаеновая кислота в развивающемся эмбрионе важна для сигнальной активности клеток и развития клеточных мембран. А витамин Е не даёт снижаться уровню кислоты в эмбрионе.

Ранее сниженный уровень докозагексаеновой кислоты уже связывался с ослаблением памяти, со сниженным интеллектом. А у беременных женщин с дефицитом витамина Е, показало наблюдение в Бангладеш, часто происходили выкидыши. Учёные рассказывают: в день норма потребления витамина Е должна составлять 15 мг для взрослого человека.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам Xinhua.

Иген

Чем раньше — тем лучше

Национальная служба здравоохранения (NHS) Великобритании объявила, что выделит 15 млн фунтов стерлингов на улучшение системы ранней и ускоренной диагностики рака.

Основная часть проекта — создание Национального фонда возможностей диагностики, который будет проверять инициативы по расширению доступа к скринингу и увеличению производительности диагностических центров. Также в Британии будет введён новый стандарт, по которому пациенты, получившие направление лечащего врача на обследование, должны будут получить его результаты в течение 28 дней. Сначала эта мера будет запущена в пяти районах Англии в качестве пилотных проектов.

Одна из целей NHS — увеличить количество тех, кто обследуется на рак шейки матки и колоректальный рак. Кроме того, будет запущена информационная кампания, посвящённая раку лёгких. NHS также планирует увеличить информированность пациентов о злокачественных новообразованиях. Для этого летом будут опубликованы данные опроса

онкологических пациентов, прошедшего в минувшем году, а к марту будущего года NHS надеется собрать отзывы больных злокачественными новообразованиями — представителей национальных меньшинств.

Кроме того, к сентябрю 2017 г. будет разработан стандарт онлайн-представления результатов анализов для пациентов.

«Выживаемость при раке сейчас высока как никогда раньше, и в некоторых местах в нашей стране есть высококвалифицированные специалисты, которые оказывают прекрасную помощь онкобольным, но мы знаем, что можем сделать ещё больше», — заявила главный онколог NHS Калли Палмер. По её словам, сейчас, когда рак диагностируют на поздней стадии, слишком много.

Наряду с этим, по данным крупной некоммерческой организации Великобритании, занимающейся различными социальными и статистическими исследованиями, более 50 тыс. британцев трудоспособного возраста умирают от онкозаболеваний каждый год.

Марк ВИНТЕР.

По информации PharmaTimes.

«Медицинский туризм» определяется как «термин, обозначающий практику предоставления медицинских услуг за пределами страны проживания, совмещение отдыха за рубежом с получением высококвалифицированной медицинской помощи». По данным «Российской газеты», ежегодно из России в страны ближнего и дальнего зарубежья выезжает от 600 тыс. до миллиона медицинских туристов, а объём рынка оценивается в миллиарды долларов. На ежегодно проводимой в Москве Международной выставке «Путешествия и туризм» (MITT) медицинскому туризму посвящён целый раздел. Десятки клиник и медицинских центров в странах Балтии, Германии, Израиля, Испании, Германии, Южной Кореи, Индии и т.д. предлагают разнообразные диагностические, лечебные и реабилитационные программы. При крупных клиниках создаются отделы для привлечения иностранных больных. Одним из лидеров в области медицинского туризма (первое место в Азии и четвёртое – в мире) является Сингапур – островное государство Юго-Восточной Азии с площадью около 720 км² и населением около 5,5 млн человек.

Казус Прометея

В посольстве Сингапура в Москве состоялась презентация Азиатско-Американской медицинской группы (ААМГ), на которую были приглашены десятки медицинских журналистов.

ААМГ включает в себя Азиатско-Американский центр печени (ААЦП) и Азиатско-Американский центр лучевой терапии (ААЦЛТ). ААЦП был создан в 1994 г. хирургом-трансплантологом Тан Кай Ча (Tan Kai Chah) и базируется в частной клинике «Глениглс» (Gleneagles) в Сингапуре. Название клиники (в буквальном переводе – «Пещерные орлы») звучит символично, если вспомнить древнегреческий миф о Прометее. (Титан Прометей за неповиновение Зевсу был прикован к скале Кавказских гор и обречён на непрекращающиеся мучения – периодически прилетавший орёл выклёвывал его печень, которая постоянно регенерировала. Эти муки длились до тех пор, пока Геракл не убил стрелой орла и не освободил Прометея.) Как отметил в своём выступлении исполнительный директор ААМГ Черинджит Шори (Cherinjit Shori), с 2012 г. налажено сотрудничество с Питтсбургским университетским медицинским центром (США). Операции по трансплантации печени от живых доноров проводятся по американским протоколам. «Мы стремимся достичь американских стандартов качества», – сказал он. Ежегодно в сингапурской клинике осуществляется 25-30 пересадок печени от живого донора (не обязательно родственника), а всего там выполнено около 230 таких операций. Благоприятные результаты (при раке и циррозе печени) достигнуты в 85% случаев. Стоимость операции (включая все обследования донора и реципиента) составляет в среднем 120 тыс. долл. Филиалы ААЦП открыты в Малайзии и Мьянме, а в Китае создан амбулаторный Центр печени. Разработана система медицинского консъерж-сервиса, когда специально подготовленные менеджеры занимаются вопросами перевозки и сопровождения больных в Сингапуре.

Взгляд

В Сингапур – со своим донором

Почему состоятельные россияне предпочитают лечиться за рубежом?



«Они спасли меня от смерти»

Около 90% больных в ААЦП являются иностранцами. Среди них есть и россияне. Пока это единичные случаи, но их число может возрасти. Например, 1,5 года назад донорская печень была трансплантирована Дмитрию, 52-летнему предпринимателю из Екатеринбурга, у которого был диагностирован цирроз и рак печени. Донором был его молодой приятель, который, по словам Дмитрия, чувствует себя сейчас хорошо. На вопрос, почему он предпочёл лечиться за рубежом, Дмитрий ответил: «У меня ментальное недоверие к

российской медицине». Сначала он обследовался в Германии, но там не смогли поставить правильный диагноз. К тому же в Германии запрещено живое неродственное донорство. «У меня был выбор между США и Сингапуром. Я выбрал Сингапур и не пожалел», – сказал Дмитрий. Обследование и операция были проведены «спокойно, профессионально, без бюрократических проволочек». Предоперационная подготовка заняла 1,5 месяца и включала «жёсткий этический комитет» (два правительственных чиновника многократно интер-

лишь около 500, причём преобладает трупное донорство. Сопоставимы ли российские результаты трансплантации печени с сингапурскими? Что мешает легализации у нас безвозмездного неродственного донорства? Почему российские больные (которые могут себе это позволить) предпочитают лечиться в Сингапуре?

Директор Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова, главный трансплантолог Минздрава России, академик РАН Сергей Готье рас-

на недостатки трансплантации в России, подвергать наших граждан подобной экзекуции я бы не стал», – резюмировал профессор Готье. Комментируя результаты работы сингапурских трансплантологов, 85% успешных операций он назвал безобразием – при родственной трансплантации печени цифра должна быть не менее 95%.

Трансплантация органов в РФ осуществляются по квотам Минздрава (т.е. бесплатно для россиян), а стоимость операции по родственной пересадке печени иностранным гражданам состав-

полагает наибольшим опытом выполнения ортотопической трансплантации печени, в том числе у детей первых месяцев жизни. Он живо откликнулся на просьбу «МГ» прокомментировать сложившуюся ситуацию. «Родственная трансплантация печени взрослым – нередко негуманная процедура по отношению к донору, которому может быть причинён значительный вред. Ведь, согласно протоколу, у донора может быть удалено две трети паренхимы печени. В то же время реципиент часто получает недостаточную массу печёночной ткани. Такие операции были популярны в 1990-е годы, но сейчас постепенно от них отходят, поскольку отдалённые результаты при трансплантации трупной печени лучше, ретрансплантаций меньше. Я первый в России и, наверное, в мире трансплантировал правую долю печени от живого донора. Но тогда был дефицит трупных доноров, а сейчас ситуация меняется. Например, в Москве в 2015 г. на миллион населения приходилось 11,5 случая трупного донорства, тогда как в Германии – 10. Конечно, всё зависит от местных департаментов здравоохранения. К сожалению, 62 региона России не участвуют в программах трупного донорства», – отметил профессор Готье. Легализация же неродственного донорства может привести к злоупотреблениям. «Трансплантационный туризм» Готье называет порочной практикой, поскольку создаётся поток больных, которые будут нуждаться в повторной трансплантации печени в российских центрах. Что эти больные будут делать потом? Кто будет оплачивать им иммуносупрессивную терапию? «Уповая

ляет 3 млн руб. (т.е. примерно втрое дешевле, чем в Сингапуре). «Медицинский туризм основан на отъёме денег у населения. Деньги берут, а помощь не оказывают», – сказал Готье, имея в виду случаи, когда безнадёжные больные направлялись посредниками за рубеж. Ничем помочь им там не могли, но перечисленные деньги не возвращали. Подобную точку зрения разделяют многие российские врачи. Например, профессор Сергей Дземешкевич из Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского: «Вы знаете, что в России имеется около 300 фирм, занимающихся отправкой больных за рубеж? Это бизнес, в котором нравственности – ноль. Снимают бешеные деньги только за то, что перевозят больных отсюда туда, и создают ложное впечатление, что оперироваться можно только в Германии. Это чушь полная» (см. «МГ» № 85 от 11.11.2009).

Другой вопрос, почему, имея первоклассные клиники, мы не развиваем въездной медицинский туризм? Много ли иностранных больных приезжает к нам на лечение? Что делается для их привлечения? А ведь на этом можно заработать немалые деньги. И здесь есть смысл перенимать сингапурский опыт. Например, организовать в российском посольстве в Сингапуре презентацию Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
спец. корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Москва.

Проблемы российской трансплантологии

В США ежегодно выполняется около 5 тыс. трансплантаций печени в год, а в России – всего

Скандал

Премьер-министр Латвии Марис Кучинскис принял решение об отставке министра здравоохранения страны Гунтиса Белевича.

Причиной такого решения стал скандал вокруг главы Минздрава, связанный с тем, что он воспользовался своим служебным положением и получил медицинские услуги в Латвийском онкологическом центре (ЛОЦ) без очереди.

По сообщению латвийских

СМИ, 25 мая министр здравоохранения Латвии был прооперирован в Латвийском онкологическом центре без очереди. Об этом стало известно из анонимного электронного письма, в котором сообщалось, что чиновник проходил лечение за государственный счёт в обход очереди.

В ответ на обвинения министр здравоохранения публично заявил, что это клевета, а услуги за счёт государства в последний раз он получал в 2004 г. В качестве доказательства Г.Белевич предъявил журналистам копии двух чеков на общую сумму в 90 евро – такова была, по словам чиновника, стоимость операции

на кисти. Как поясняют местные СМИ, в действительности такие вмешательства в частных клиниках стоят 900 евро.

Глава правительства заявил журналистам, что принял отставку Г.Белевича. «Основанием с моей стороны стало то, что он солгал, и вчера вечером признался в этом, – указал премьер. – Если ты в

чём-то замешан, в любом случае нужно было проявить мужество и признаться в своих поступках», – подчеркнул М.Кучинскис.

Обязанности министра здравоохранения временно доверены министру сообщения Улдису Аугулису. По словам М.Кучинскиса, нового главу Минздрава нужно найти как можно скорее, чтобы реформы в отрасли продолжались.

Марк ВИНТЕР.

По информации LA.lv

Солгал ли министр?

22 июня — День памяти и скорби

Вернувшийся Маресьева в небо

Это сделал доктор Арсений Кривошапов

На днях исполняется 100 лет со дня рождения легендарного лётчика, Героя Советского Союза Алексея Маресьева. Об этом выдающемся человеке люди моего поколения знали из книги Б.Полевого «Повесть о настоящем человеке» и одноимённого фильма. Книгу тогда «проходили» в 6-м классе средней школы, а ленту периодически крутили во всех кинотеатрах страны. Пришли иные времена. Повесть из школьной программы изъяли, а в кинотеатрах демонстрируется иная кинопродукция. Однако сейчас, в 75-ю годовщину начала Великой Отечественной войны, хочу рассказать о том, как журналистская судьба дважды свела меня с людьми, которые лично знали прославленного авиатора.

Бывая в небольшом городе Трубчевске, я непременно заходил к тогдашнему главному врачу ЦРБ Владимиру Титенкову. Именно его стараниями во многом преобразилось районное здравоохранение, построили поликлинику для взрослых, начали ремонт больничных зданий, значительно улучшилось качество оказания медицинской помощи пациентам. Владимира Михайловича уже, к сожалению, нет в живых. Однако я вспомнил его рассказ о повстречавшемся как-то в городском парке заслуженным врачом РСФСР Арсении Кривошапове, который вскоре тоже ушёл в мир иной, далеко перешагнув за 90 лет жизни. Поистине удивительной оказалась судьба доктора.

В начале Великой Отечественной войны Арсений Иванович работал в санчасти штаба Резервного фронта, затем — в эвакогоспитале ординатором хирургического отделения, а с января 1943-го стал ординатором хирургического отделения Центрального военного научно-исследовательского авиационного госпиталя. Именно здесь проводили лечение раненых лётчиков и делали последующую врачебно-лётную экспертизу



Лётчик А. Маресьев

выздоровливающих из частей авиации дальнего действия, ВВС Западного фронта, а позже Московского военного округа.

Оказывается, за годы войны отдел врачебно-лётной экспертизы освидетельствовал больше 6 тыс. военнослужащих лётного и инженерно-технического состава, в числе которых оказались пилоты прославленного французского полка «Нормандия-Неман», а также будущий Герой Советского Союза Алексей Маресьев. Благодаря успешно проведённым хирургами госпиталя операциям он был допущен экспертной комиссией к лётной работе. (К слову, в этом же госпитале проходили лечение и сын И.В. Сталина Василий, другие лётчики, которых лично исцелял Арсений Иванович.

Об этом в разговоре с родными, приехав домой, обмолвился как-то сам врач.)

По свидетельству людей, близко знавших при жизни доктора, он с большой теплотой вспоминал о прославленном лётчике, с восхищением говорил о его мужестве, целеустремлённости, борьбе за здоровье. А ведь мало кто знает, что сызмальства мечтавший о небе Алёша страдал от болей в суставах, и ни о каком лётном училище не могло быть и речи. Зато как активного комсомольца Маресьева послали строить Комсомольск-на-

Амуре. И вот на медкомиссии к молодому парню подошла женщина-врач и по-матерински сказала:

— Алёша, с таким здоровьем ты, конечно, можешь не ехать. Однако знай: в том климате пройдут твои болезни...

Так и случилось. А чем закончилось такое экстремальное укрепление собственного организма, теперь широко известно. Тяжело раненный в воздушном бою, Алексей Петрович 18 суток полз через густой лес с повреждёнными ногами. Без медицинской помощи и продовольствия, теряя сознание от потери крови и страдая галлюцинациями от полученной контузии, холода и голода. И добрался-таки до своих! Всего же Алексей Маресьев

совершил 86 боевых вылетов, сбил 11 самолётов противника, из которых — 7, уже будучи на протезах. А 24 августа 1943 г. Указом Президиума Верховного Совета СССР старшему лейтенанту Маресьеву было присвоено звание Героя Советского Союза.

А вторая (точнее, по времени первая встреча) произошла у меня с человеком, лично знавшим прославленного лётчика, в годы



Военный врач А. Кривошапов

работы в Брянской областной газете.

В секретариате «Брянского рабочего» тогда буквально священнодействовал Александр Карлович Лапин. Майор в отставке, заслуженный работник культуры РСФСР, он учил нас, как говорил — «салаг», тонкостям премудрого газетного дела. Попутно приводя массу случаев из своей практики. И вот один из его рассказов, сохранившихся в моём журналистском блокноте.

«Прославленным асом Алексей Маресьев стал, уже сражаясь на Брянском фронте. И когда красноармейская газета опубликовала тот Указ Президиума Верховного Совета СССР, я только что вернулся из авиаполка, где служил герой. Тут же поручили написать поздравительную заметку. Звучала она несколько приподнято, но уж чересчур необычной была судьба лётчика. В ней рассказывалось о боевом пути Алексея Петровича, его многотрудной дороге после тяжёлого ранения снова в авиацию. О том, что у героя нет ног, писать не разрешили.

Аккурат в это время в расположении частей фронта оказался военный корреспондент «Правды» Борис Полевой. Он тоже очень сокрушался, что нельзя было в те дни до конца обо всём рассказать. А в своём послесловии к книге вспоминает слова лётчика: «Что ж, напишите... А может, не стоит? Попадёт Геббельсу, раздует он кадило: дескать, у русских уже безногие воюют...»

Известная книга «Повесть о настоящем человеке» вышла в свет только после Великой Отечественной войны, хотя в ней была несколько изменена фамилия главного героя. А бывший военный лётчик Брянского фронта, человек-легенда, стал образцом несгибаемого мужества для многих поколений.

Такие вот две истории вспомнил я, листая старые журналистские блокноты накануне очередной годовщины начала Великой Отечественной войны.

Василий ШПАЧКОВ,
собр. корр. «МГ».

Брянск.

Фото из архива.

Медицина и религия

Представители от православных, мусульманских, еврейских и буддистских организаций приняли участие в заседании Межрелигиозного совета России. По его итогам принято заявление, в котором священнослужители призвали вывести аборт из системы обязательного медицинского страхования.

Согласно официальному сообщению Московского патриархата, участники встречи назвали материнство «высшим призванием женщины». Они также подчеркнули, что долю ответственности за прерывание беременности несут отец нерождённого ребёнка, окружение женщины и медицинские работники.

Специалисты Всемирной организации здравоохранения опубликовали результаты глобального исследования, посвящённого количеству аборт, сделанных в мире с 1990 по 2014 г. Оказалось, что в богатых странах в последние годы женщины стали намного реже прерывать беременность, а в бедных ситуация практически не изменилась.

Противодействие абортам было названо ключевым направлением для сотрудничества между различными конфессиями. Присутствовавшие, среди которых были митрополит Волоколамский Иларион, руководитель Департамента внутренних дел Духовного управления мусульман РФ Ренат



На заседании Межрелигиозного совета России

Ислямов, представитель Буддийской традиционной Сангхи России Санжай-Лама и представитель главного раввина России по связям

с общественными организациями и госструктурами Андрей Глоцер, договорились о том, чтобы в будущем содействовать инициативам,

направленным против прерывания беременности.

Прозвучало также предложение о противодействии аборт на уровне регионов, например — в качестве «пилотного» варианта — на Северном Кавказе. В разработанном представителями религиозных общин документе подчёркивается, что государство должно уделять особое внимание профилактике абортов, это направление должно быть приоритетным для финансирования. Необходимо, считают религиозные лидеры, материально и морально поддерживать оказавшихся в трудной ситуации женщин, а также создавать с помощью средств массовой информации положительный образ полноценной семьи.

Митрополит Иларион назвал сложившуюся в России ситуацию с абортми катастрофической. В заявлении участников встречи сказано: «Предоставление операции по избавлению от зачатого младенца как бесплатной и легкодоступной услуги, финансируемой из государственных дотаций, по сути, оправдывает аборты в глазах общества, приравнявая их к лечению

болезней. Считаем, что аборты не могут делаться за счёт налогоплательщиков, в том числе верующих, являющихся принципиальными противниками насильственного прерывания новой человеческой жизни. Никакие соображения собственного комфорта, выгоды и ложные опасения не могут оправдать грех чадодубийства, который неизбежно приводит к негативным физиологическим, нравственным и духовным последствиям для всех соучастников этого преступления».

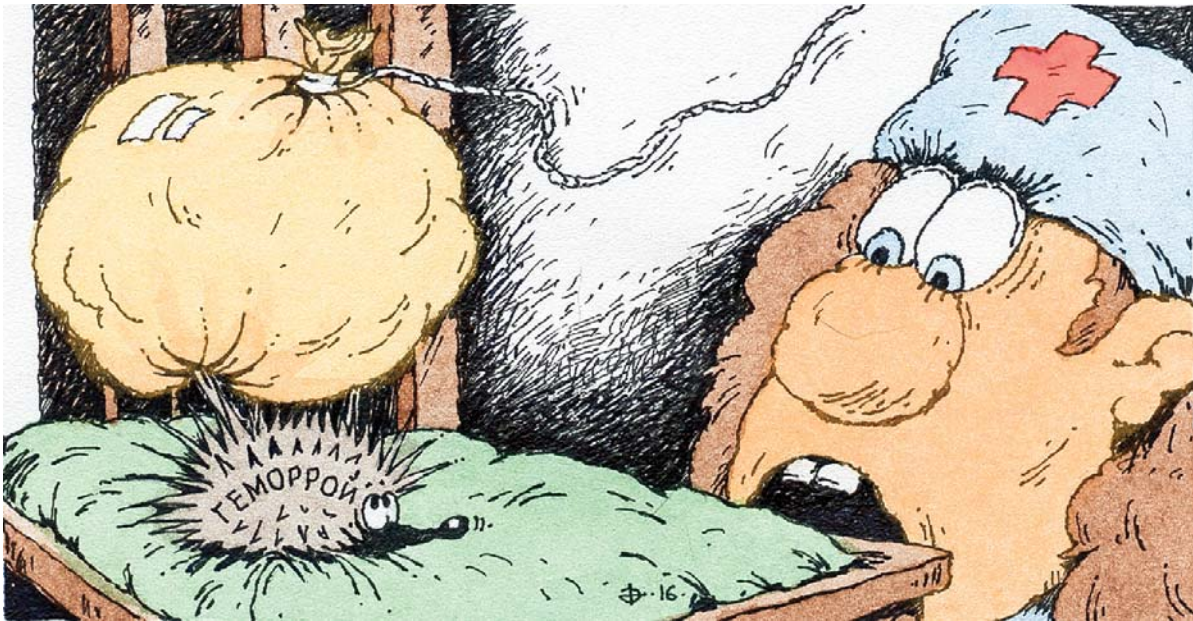
Члены комиссии, заседание которой прошло в здании Общечерковной аспирантуры и докторантуры имени святых равноапостольных Кирилла и Мефодия, единогласно утвердили также проект документа «Вера и естественные науки» и обсудили первый проект документа «Богословское осмысление проблем биоэтики». Также были обсуждены проблемы терроризма, экстремизма, теологического образования.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Иларион, представитель Буддийской традиционной Сангхи России Санжай-Лама и представитель главного раввина России по связям

А ещё был случай

Московское время 15 часов...



«Московское время 15 часов, в Петропавловске-Камчатском – полночь...» Да, мои коллеги в Петропавловске-Камчатском уже десятый сон видят. Провели в стремительном темпе приём, пробежались по многочисленным вызовам, промокли, простыли, кого-то вылечили, с кем-то повздорили... И вот теперь – заслуженный блаженный отдых.

А в Москве – ещё середина рабочего дня, 15 часов, и приём мой в самом разгаре. Правда, здесь торопиться некуда: и пациенты все степенные, и болеют не часто. В основном – ОРВИ и геморрой. Да-да, банальный геморрой! Чего ж тут удивительного: 2 часа они сидят в креслах своих машин по дороге на работу и обратно, 9 часов – в креслах офисных, оставшиеся 13 – дома на диванах и мягких постелях. Напрягают они соответствующую часть тела только раз в сутки.

Вот из-за гиподинамии и часто этой патологии!

Да, кстати, вот и моя первая

на сегодня пациентка – весьма обеспокоенная и требовательная. Требуем она с порога ни много ни мало – госпитализацию на «скорой» в ЦКБ. У неё – кишечное кровотечение!

Диагноз, конечно, она сама себе поставила на основании того, что является руководителем финансового отдела тако-о-о-ой организации, а руководители этого уровня давно и безнадежно уверовали в свою исключительность и всегдашнюю правоту.

С такими надо сразу пожестьче, разубеждать не стоит – пустая трата времени. Поставить в колено-локтевое положение (не фигурально, а натурально, для осмотра) – и сразу всё становится на свои места.

А пока не успела опомниться, звоню в поликлинику и диктую коллеге диагноз: «Наружный геморроидальный узел на 3 часах, геморроидальное кровотечение».

Признаться, мой вердикт «с часами» даму весьма удивил, но возражений уже не вызвал.

Вернулась моя пациентка от проктолога довольная, даже сочла нужным заглянуть ко мне и поблагодарить: «...ведь вы не только правильный диагноз поставили, вы ещё и во времени не ошиблись...»

Я с благосклонностью принимаю этот запоздалый комплимент моей врачебной компетентности. А что до «точного времени» – кто знает, что происходит в этих умненьких головках, замороченных фьючерсами и котировками. Пусть думают, что колъ так близки они по статусу к небожителям, а территориально – к Спасской башне Кремля, то ТАМ у НИХ тоже есть «точное Московское время»...

Спи спокойно, мой коллега из Петропавловска-Камчатского. А мы ещё поработаем. Московское время – 15 часов...

Любовь ДАВЫДЕНКО,
врач.

Москва.

На литературный конкурс

Евгений АЛЕКСАНДРОВ

Реклама достала!

В весьма солидный офис ворвался взлохмаченный мужчина интеллигентного вида и, размахивая руками, а где-то даже и кулаками, гневно спросил:

– Кто у вас тут самый главный?!

– А что? – хмыкнула явно давно привыкшая ко всему миловидная секретарша уже не совсем юных лет.

– А то! – зарокотал посетитель. – Достала эта вся ваша реклама!

– Наша? – почти удивилась девица. – Но ведь мы только редактируем и где-то даже просто корректируем то, что нам приносят или доставляют по «электронке».

– Так, значит, вы ни за что не в ответе?! – ещё больше наполнился гневом её собеседник.

– Ну почему же? В ответе.

– За что?!

– Ну хотя бы за своевременность опубликования.

– Да?! – вперил в девицу красные от возмущения глаза посетитель. – А вот это, к примеру, вы считаете своевременным?

– Что?

– А вот что: «Новогодняя распродажа! Витамины «Сэконд-хэнд». Это что же такое?!

– А что? Просто не успели всё распродать к недавнему новому году.

– За полгода?! – ахнул настырный посетитель.

– Ну.

– Лапти гну! – не удержался от хамства настырный. – Вы что же это такое рекламируете в своей газетёнке?! Вот: «Худеем за минуту! Лучшее предложение слабительных!»

– Так ведь... – начала было разяснять многоопытная секретарша.

– Так – не так, а перетакивать не будем! – грохотнул её возмущённый собеседник, в том числе и кулаком по столу. – Вы что, не понимаете всю опасность такого похудения?!

– Но я же не врач, не этот, как его, не диетолог.

– А ваш руководитель?

– И он тоже...

– Но хотя бы на бытовом уровне... следует понимать, что это такое!

– А это что?! – ткнул пальцем в газету посетитель: «Маник. Педик. За умеренную плату». Ну не пошлость ли?!

– А мы тут причём?.. – попыталась возразить секретарша. – И что это по-вашему?

– Скорее всего «Маникюр и педикюр». Сэкономили на нескольких буквах, пошлаки!

– Ну не все же...

– Почти все! Или вот ещё экзотика на здравом смысле – зачем вы печатаете такой вот маразм: «Продаётся скелет б/у»?

– А что мы можем сделать, если такое присылают?

– Просто вашим редакторам, если у вас в вашей газетке имеются такие, следует поглубже вникать в смысл того, что вам предлагают напечатать. А то и дальше вы будете продолжать рекламировать вот такое: «Стоматологический центр «32-плюс» Зубы?! Мы сделаем всё, чтобы вы забыли о них!» Во как!

– Но не всё же у нас так...

– Конечно, не всё... Просто неграмотно. Хотя бы вот это предложение: «Туалетная вода на любой вкус». Или вот, смотрите сами, что здесь написано: «Посетите наш Стоматологический центр «Дента-плюс-минус»! Мы начистим вам зубы!» Так что передайте своим руководителям, что однажды к ним могут заявиться менее отходчивые читатели...

– И что?

– А то, что они могут... самим этим вашим редакторам начистить зубы, вот что!

На этом скандальный гость с удовлетворением покинул редакцию.

Московская область.

Изобрел печатную машину					Мухомор	Счастье	СКАНВОРД										Чудо		Португ. писатель		Рукав Рейна														
Швейц. хирург		Идебенон		Соревнования автомобилей				"Ромео и Джульетта", перс.									Истукан		Кубок	"Дядя Ваня", перс.		Заболевание крови													
Увлечение					Быль молодцу не...	Мексик. живописец		Белый медведь	Город Оренб. обл.	Англ. химик		Черноб. в Азии		Лако-самид							Народ Гамбия														
Свидан		Планистка Лорис		Крупная чайка								Народная картинка							Лангуст																
				Ядовитая змея	Рос. иллюзионист			Ударная часть молота	Испан. танец	Команда выстрелить				Повесть Карамзина	Река, Юж. Америка																				
	Англ. математик и физик		Мясо, рис				Композитор из Эйзенхауэра			Символ	Старин. страна, Суматра	"Мистер... Кальман"		Искры из... посыпались					Институт																
				Пришвин, рассказ				Сотка		Группа художников, Париж				КА	А	Й	Я	Б	П		К	Л	У	Э	В	Р									
														М	Р		У	Р	Е	Н	Ь	Э	Б	Е	Р	С	Т	А		С	Е	О			
														И	О	Г	А	Н	Н	П	П	Я		О	С	У	П	П	О	Л	О	З			
														Р	А		А	М	Е	Т	Р	О	П	И	Я	Н	Е	Е	Л	О	В	А	И	Д	А
														Л	Ю	Л	Я		Е	Л	Е	О	К	У	Щ	А	Г	И	Л	Д	У	К	Е	Р	
														О		Б	И	О	Н	К	А	Д	Р	З	П	О		К	И	А	О	Р	Т		
														К	А	М	И	Н		И	К	О	Н	А	П	А	Л	А	С						
														С		Р	Е	Й	С	М	О	Л	В	А	А	К	М								
																У	Й		К	Л	А	Д	Ь	Т	А	К	С	И							

ОТВЕТЫ НА СКАНВОРД, опубликованный в № 43 от 15.06.2016.