

Медицинская

9 июня 2017 г.
пятница
№ 41 (7759)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Праздники

Услышать мир и увидеть его красоту

В Научно-клиническом центре оториноларингологии ФМБА России прошла благотворительная акция



Ребятишкам с редкими формами нарушения слуха из Москвы, Подмоскovie, Воронежа, Калуги и ряда других городов страны были переданы в дар 30 высокотехнологичных слуховых систем, которые являются эффективным средством реабилитации маленьких пациентов с врожденными аномалиями развития наружного и среднего уха.

Открывая мероприятие, заместитель директора центра профессор Владимир Давыдов отметил, что,

Весёлый праздник – в разгаре

согласно статистическим данным, 1-2 ребёнка из тысячи рождаются с глухотой или серьёзными нарушениями слуха. Их реабилитация складывается из многих аспектов и требует работы целой команды специалистов: врачей, педагогов, логопедов, психологов и т.д. Профессор В.Давыдов особо подчеркнул роль родителей, без участия которых добиться результатов невозможно.

– Только в единстве ваших роди-

тельских трудов и наших врачебных усилий мы можем рассчитывать на успех. Хотелось бы, чтоб вы видели в нашем центре не только площадку для обследований и настройки аппаратов, но и место для общения. Так уж было угодно распорядиться судьбе, что, однажды встав на путь электроакустической коррекции слуха, вы будете идти с нами по жизни и дальше, – сказал он.

(Окончание на стр. 2.)

Анатолий ДОМНИКОВ,
председатель Московской областной организации Профсоюза работников здравоохранения:

Проблема сбережения здоровья медиков вышла на первый план.

Стр. 6-7



Андрей ЗАПЛАТНИКОВ,
декан педиатрического факультета РМАНПО, профессор:

Отечественный подход к диагностике инфекций дыхательных путей наиболее целесообразен, оправдан.

Стр. 10



Елена МАКСИМИНА,
директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России:

До сих пор нет чёткого понятия, что такое лекарственное обеспечение, где средства граждан, а где средства государства, каковы гарантии и ответственность государства, врача, пациента.

Стр. 12



События

Новая поликлиника для маленьких пациентов

Губернатор Свердловской области Евгений Куйвашев открыл в городе Верхняя Пышма здание новой детской поликлиники, построенное и оборудованное на средства областного бюджета, и убедился в том, что здесь созданы все самые современные условия для диагностики и лечения юных пациентов.

«Верхняя Пышма занимает первое место по уровню рождаемости в Свердловской области, поэтому городу нужна была такая современная поликлиника. Забота о здоровье детей – это важный элемент развития нашего региона. Сегодня здоровый ребёнок, счастливые родители, крепкие семьи и благополучное общество – это звенья одной цепи», – сказал он.

Е.Куйвашев напомнил, что до этого момента верхнепышминская детская поликлиника располагалась в старом здании, где врачи принимали пациентов на площади менее 500 м². Для медицинского учреждения, в котором прикреплены 18 тыс. детей, этого недостаточно: поликлиника могла принять только 246 пациентов в сутки. Новое четырёхэтажное здание площадью в 9 тыс. м² рассчитано на приём 500 юных жителей Верхней Пышмы в сутки.

Кроме того, здесь будет работать дневной стационар на 14 коек.

Эта детская поликлиника стала первым в нынешнем году объектом капитального строительства, выполненным исключительно на средства областного бюджета. Общая стоимость здания, включая оснащение оборудованием, составила 525 млн руб. Строительство велось с июля 2015 г.

С открытием новой поликлиники поздравил горожан и генеральный директор строительного холдинга Андрей Козицын, который сообщил, что со временем в Верхней Пышме будет возведён перинатальный центр. Таким образом, в городе будет выстроена вся цепочка оказания помощи детям от момента их рождения.

Экскурсию для гостей провёл главный врач Верхнепышминской ЦГБ им. П.Д.Бородина Алексей Малинкин.

По его словам, новая детская поликлиника отвечает всем требованиям к комфортному пребыванию детей и их эффективному лечению. Здесь создана и специальная инфраструктура для людей с ограниченными возможностями, а потоки больных и здоровых детей разделены.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».
Екатеринбург.

Ситуация

Спасли жизнь 90-летнему пациенту

Врачи Александро-Мариинской клинической больницы Астраханской области накопили огромный опыт в стентировании коронарных артерий и выполняют их на протяжении 3 лет. Недавно подобное вмешательство позволило спасти жизнь 90-летнему пациенту.

Больной экстренно поступил с жалобами на одышку в покое. Пациента срочно перевели в кабинет рентгенохирургических методов диагностики и лечения, где на момент коронарографии

выявлен критический стеноз ствола левой коронарной артерии.

Была выполнена чрескожная ангиопластика ствола левой коронарной артерии, а именно имплантирован стент в зону критического стеноза, и тем самым восстановлено коронарное русло.

Если раньше такому пациенту была бы предложена только операция коронарного шунтирования, то сейчас благодаря современному оборудованию и накопленному опыту хирургов в поражённый ствол коронарной ар-

терии стало возможным имплантировать стент. Операцию провёл врач по ретгеноэндоваскулярной диагностике и лечению Рафаэль Азизов.

После оперативного вмешательства пациент был переведён в отделение реабилитации и интенсивной терапии, откуда выписан в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Астрахань.

Новости

Наша вакцина лучше всех

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи – разработчик российской вакцины против лихорадки Эбола – полностью сформировал необходимый объём вакцины, который будет передан в рамках помощи Республике Гвинея по предупреждению возникновения вспышек геморрагической лихорадки. Ранее договорённости о передаче вакцины были достигнуты российской и гвинейской сторонами.

В общей сложности учёными НИИ эпидемиологии и микробиологии было произведено более тысячи доз вакцины. В ближайшие 1,5 месяца вакцина будет доставлена в Гвинею. Одновременно с началом применения её в этой стране российские и гвинейские учёные будут анализировать ход применения препарата в рамках его пострегистрационных исследований.

Напомним, что российская вакцина стала первой в мире официально зарегистрированной и разрешённой для клинического применения против болезни, вызываемой вирусом Эбола. Разработана она российскими учёными в рекордно короткие сроки и по целому ряду показателей превосходит имеющиеся зарубежные аналоги.

Алексей ПИМШИН.

Москва.

Пятая дальневосточная

Дискуссионным вопросам акушерства и гинекологии была посвящена V Дальневосточная научно-практическая конференция, прошедшая на базе Благовещенской городской клинической больницы. Участие в конференции приняли почти 200 специалистов из медицинских организаций Приамурья.

Отличие её от предыдущих в том, что это первая конференция, которая была аккредитована по непрерывному медицинскому образованию: её участники получили сертификаты с определённым количеством баллов – 6 зачётных единиц.

На конференции прозвучали доклады ведущих акушеров-гинекологов НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии из Москвы, среди которых были заведующая отделением эндокринологической гинекологии профессор Г.Чернуха, профессор А.Петрин, а также профессор Л.Сутурин из Иркутска, коллеги из Хабаровска и другие почётные гости. Об организации работы перинатального центра с учреждениями родовспоможения Амурской области рассказала Е.Николаева, заместитель главного врача по акушерству и гинекологии Амурской областной клинической больницы.

К слову, гости отметили достойный уровень докладов амурских коллег, заинтересованность аудитории, активное её участие в обсуждении поднятых тем. Это подтвердили и результаты проведённого в конце конференции тестирования – все участники хорошо с ним справились.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Благовещенск.

Названы лучшие
медсёстры и фельдшеры

В Алтайском крае прошёл традиционный конкурс профессионального мастерства «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

Конкурс проходил в 2 этапа. На 2-й этап была представлена 51 работа из городов и районов края.

В номинации «Лучший фельдшер» 1-е место занял Евгений Горохов из станции скорой медицинской помощи Барнаула, в номинации «Лучшая медицинская сестра» победила Елена Добрикова из Алтайской краевой клинической детской больницы, а лучшей старшей медицинской сестрой была признана Ольга Сидорова из краевой клинической больницы.

Победителем в номинации «За верность профессии» стала медицинская сестра Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи Марина Ходченко.

Работы победителей направлены в Министерство здравоохранения РФ для участия в 3-м этапе конкурса.

Елена ЛЬВОВА.

Барнаул.

Кто первый донор России?

Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация трансфузиологов» подвела итоги XIV Всероссийского конкурса «Лучший донор России – 2017».

По итогам конкурса в номинации «Максимальное количество донаций крови» победителем был признан наш земляк, житель станции Каневской «Почётный донор России» Хан Гаджимуратов. Хан Магомедович сдал кровь 132 раза, или почти 60 л крови.

Аревик ТАМРАЗЯН.

Краснодарский край.

Семейные аллеи врачей

На территории Нагайбакской центральной районной больницы Челябинской области в честь Всемирного дня семьи появилось по 20 новых саженцев елей, сосен и берёз. Их посадили сами медики вместе со своими друзьями, близкими людьми.

«Наверное, в районе нет ни одной организации, которая могла бы похвастаться столь многочисленными примерами семей, работающих вместе. У нас, в больнице, это целые династии с тремя поколениями врачей. Именно дерево является символом семьи – чем старше оно становится, тем мощнее и крепче его корни. Каждая семья в своей жизни должна посадить не одно дерево, и я думаю, что эту традицию у себя в больнице мы продолжим», – подчёркнула главный врач Нагайбакской ЦРБ Гульнара Байтерякова.

Семьи медицинских работников Хазиевых, Чудиновых, Юлдашевых, Киселёвых, Якуповых, Ковалёвых, Маметьевых, Фархутдиновых вышли на территорию учреждения не в белых халатах, а в синей спецодежде. Первые деревца в семейной аллее стройными рядами уже радуют глаз всех окружающих.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

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

Праздники

Услышать мир
и увидеть его красоту

(Окончание. Начало на стр. 1.)

– Родители – полноправные участники процесса реабилитации, – подчеркнула ассистент кафедры детской оториноларингологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России кандидат медицинских наук Лия Торопчина, знакомя присутствующих с особенностями слуховой системы нового поколения, обладающей высоким качеством звука, усиленной громкостью его передачи. При наличии кондуктивной тугоухости и проблем в наружном и среднем ухе, когда нет возможности использовать обычные слуховые аппараты (заушные или внутриушные), на помощь приходят аппараты костной проводимости.

В отделении сурдологии центра оториноларингологии были выделены кабинеты и специалисты для консультирования и обследования маленьких пациентов. Мамы и папы могли получить ответы на интересующие их вопросы, а ребяташки вдоволь порезвиться: для них были организованы праздник и анимационная программа.

Наблюдая за тем, как дети общаются, танцуют, читают стихи, как радуются происходящему, улыбаются и родители. Глядя на девочек-хохотушек с ободками на голове, сразу не поймёшь, что под волосами у них слуховые аппараты. Дети полностью адаптированы.

Весёлый праздник для маленьких пациентов, но уже с другой патологией, состоялся и в НИИ ревма-



Л. Торопчина осматривает пациента

тологии им. В.А.Насоновой. Дети играли с аниматорами, активно участвовали в конкурсах и викторинах, учились делать открытки, которые смогут подарить друзьям, врачам, родителям.

– Защита детей от всех невзгод и болезней является одним из главных предназначений каждого взрослого человека, тем более педиатра. Видеть улыбки на лицах детей, слышать их смех – большое счастье. Наши маленькие пациенты вынуждены часто находиться в стационаре и ограничены во многих простых детских радостях, таких как шумные подвижные игры со сверстниками. Они постоянно борются с болезнью, преодолевая боль и скованность движений. Мы, врачи, предоставляем детям самую современную и эффективную терапию,

в том числе высокотехнологичными препаратами, которые способны вернуть детям свободу движения и жизнь без боли. Но им нужна и психологическая поддержка, поэтому праздник, устроенный для них благотворительной организацией «Возрождение», стал ярким событием, позволившим отвлечься от ежедневных лечебных процедур, – отметила руководитель лаборатории ревматических заболеваний детского возраста с реабилитационной группой НИИ ревматологии Ирина Никишина.

Подобные мероприятия, посвящённые Дню защиты детей, прошли и в других медучреждениях страны.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

Акценты

Профсоюз о зарплате медиков

В Москве прошёл V пленум ЦК Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации. Участники пленума приняли коллективное обращение к Президенту РФ Владимиру Путину. Как говорится в тексте документа, это сделано из-за серьёзной озабоченности ситуацией, связанной с положением медицинских работников в современных условиях, состоянием и уровнем оценки их труда.

«Подводя итоги пятилетнего периода реализации вашего Указа № 597 от 7 мая 2012 г., вынуждены констатировать, что меры по его реализации направлены на получение формальных, а не истинных результатов оценки труда работников здравоохранения», – говорится в этом заявлении.

При этом ряд изменений, которые внесены Правительством РФ, напрямую искажает сам смысл принятых Указов. В их числе – применение с 2015 г. показателя «среднемесячный доход от трудовой деятельности по субъекту РФ» взамен обозначенного в вашем Указе целевого показателя «среднемесячная заработная плата по субъекту РФ». В результате существенно уменьшена, а по оценкам экспертов Минэкономики России – не менее чем на 11%, исходная величина, относительно которой определяются индикативные показатели увеличения зарплаты отдельных категорий работников во всех субъектах РФ. С учётом изменений сложившиеся по итогам 2016 г. соотношения среднемесячной заработной платы по категориям медицинских работников к показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности в целом по России оказались завышенными по сравнению с расчётными показателями по «старой» методике, исходя

из среднемесячной заработной платы в целом по РФ. Так, по врачам это соотношение составило 155,3 против 137,9% при расчёте по старой методике. Среднего медперсонала – соответственно 86,3 против 76,7%, а младшего медперсонала – соответственно 56,5 против 50,2%.

Принципиально важным является также вопрос о неправомерности включения при исчислении средней заработной платы работников ряда выплат, относящихся к мерам социальной поддержки, в том числе компенсации по оплате жилищно-коммунальных услуг, имеющих систематический характер, что напрямую противоречит нормам Трудового кодекса РФ. Не связанные с осуществлением трудовых функций работников, эти выплаты необоснованно приводят к увеличению анализируемого размера среднего заработка.

По мнению профсоюза, одним из источников финансового обеспечения повышения уровня оплаты труда работников продолжает оставаться оптимизация сети учреждений здравоохранения и штатной численности. Реализация данного направления ещё более усугубляет существующий дефицит кадров специалистов и приводит к значительному росту интенсификации труда работников. Так, по данным экспертов, дефицит врачей составляет около 37 тыс. человек, среднего медицинского персонала – более 200 тыс. По официальным данным Минздрава России, коэффициент совместительства в 2016 г. равен 1,4, однако на практике его величина существенно превышает указанный показатель.

В этих условиях расчёт среднемесячной заработной платы медицинских работников, учитывающий все виды дополнительных работ, также формирует необъективную,

формально – арифметическую статистику и не позволяет оценить реальный размер заработной платы за осуществление трудовой функции в пределах установленной продолжительности рабочего времени.

Отмечая, что в здравоохранении страны в настоящее время реализуется комплекс мер по совершенствованию подготовки профессиональных кадров и механизмов допуска их к профессиональной деятельности, профсоюз вынужден констатировать, что реальная ситуация, связанная с обеспечением социально-экономических прав работников, принципиально не меняется.

Профсоюзные лидеры убеждены, что дальнейшее обострение проблемы и без того крайне низкого уровня материальной оценки труда работников сферы здравоохранения на фоне роста интенсификации их труда не позволит разрешить критическую ситуацию с кадровым обеспечением отрасли, что, в свою очередь, сопряжено с ухудшением качества и снижением доступности оказываемой медицинской помощи населению.

В этой связи руководство профсоюза считает необходимым принятие на федеральном уровне Комплексной программы по совершенствованию кадровой политики в отрасли, ориентированной не только на совершенствование подготовки кадров, повышение квалификации специалистов, но и на решение вопросов достойной оценки их труда, соответствующей степени социальной значимости и ответственности их профессиональной деятельности.

Более подробно «МГ» расскажет о работе пленума в ближайших номерах газеты.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Из первых уст

Максимально эффективная работа

В Ростовском территориальном фонде обязательного медицинского страхования состоялось рабочее совещание, которое провели председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко и директор Ростовского ТФОМС Алексей Решетников.

В ходе заседания были заслушаны отчёты руководителей страховых медицинских организаций о работе в Ростовской области страховых представителей.

Начальник Управления организации обязательного меди-

цинского страхования Светлана Кравчук в ходе своего выступления обратила внимание участников совещания на приоритетность адресности при работе с застрахованными, в частности на персональный подход при информировании о необходимости прохождения диспансеризации.

Обращаясь к главам СМО, Н.Стадченко подчеркнула: отчётные показатели должны быть объективными и точными – только в этом случае работа страховых представителей будет максимально эффективной. Кроме того, председатель ФОМС отметила значимость марш-

рутизации застрахованных и необходимость согласования с лечебными учреждениями объёмов информирования, чтобы процесс диспансеризации был комфортным для населения.

В свою очередь, А.Решетников призвал глав СМО расширять свои филиальные сети, чтобы не было концентрации сил и средств в крупных населённых пунктах, а поддержка застрахованных осуществлялась повсеместно.

Ксения САПОЖНИКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

Профилактика

Бюджет или здоровье: что всё-таки важнее?

Утверждать о положительном влиянии федерального антитабачного закона на распространённость табакокурения в России пока явно преждевременно. Об этом красноречиво говорят данные очередного социологического исследования, проведённого Красноярским краевым центром медицинской профилактики.

Согласно его результатам, доля курильщиков в регионе за время реализации антитабачной кампании в стране не просто не снижается, а, напротив, растёт. Если в 2011-2014 гг. распространённость потребления табака среди взрослого населения края сохранялась на уровне 33,1-33,4%, то в 2015 г. курящих красноярцев стало уже 38,5%. Самое трагичное в том, то прирост обеспечили женщины: в 2011 г. в Краснояр-

ском крае курили 19,8% представительниц прекрасного пола, а в 2015 г. – уже 30%, в то время как доля курящих мужчин остаётся неизменной на уровне 48%.

И это при том, что Красноярский край относится к числу территорий, где уделяется огромное внимание профилактике табакокурения и организации оказания медицинской помощи желающим бросить курить. Сегодня лечением табачной зависимости занимаются 44 учреждения здравоохранения.

Тот факт, что Роспотребнадзор стал активнее возбуждать административные дела и штрафовать за нарушения данного закона (в I квартале 2017 г. выявлено 3498 нарушений, вынесено 34 постановления о наложении штрафов на сумму 289 тыс. руб.) ещё не говорит об успехе оздоровительной кампании в целом. Суммы уплаченных в казну штрафов за продажу сигарет

несовершеннолетним и курение в неположенных местах абсолютно несопоставимы с доходами производителей и продавцов табачных изделий. По информации краевого Министерства здравоохранения, даже после повышения цен на табачные изделия объём их продажи в Красноярском крае сократился всего на 2,5%, такова же ситуация по другим сибирским территориям.

Очевидно, что психологический барьер стоимости пачки курева далеко не пройден, и этим обстоятельством необходимо воспользоваться, если из двух ценностей, положенных на разные чаши весов – здоровье нации и доходы бюджета от продажи табака, – первая для государства действительно важнее.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Проекты

Когда же помогут скорой помощи?

Депутаты Государственной Думы РФ внесли на рассмотрение Парламента законопроект о введении уголовной ответственности за препятствование работе медиков, если в результате этого врачи не смогли вовремя оказать медицинскую помощь и состояние здоровья пациента значительно ухудшилось, или пациент скончался. Как сообщили во фракции «Справедливая Россия», необходимость разработки документа вызвана участившими случаями препятствования работе медиков, в частности отказами пропускать автомобили скорой помощи, которые едут на вызов.

«Примером указанных действий может служить недавний случай, когда в нарушение предусмотренных законодательством РФ норм участник дорожного движения не пропустил автомобиль скорой помощи с включёнными специальными световыми сигналами, направляющийся на вызов для оказания помощи, в результате чего больной, которому вследствие указанных действий не была

оказана своевременная медицинская помощь, скончался», – говорится в пояснительной записке к законопроекту.

Ранее аналогичный законопроект разработали вице-спикер Госдумы РФ Ирина Яровая и председатель профильного Комитета по охране здоровья Дмитрий Морозов.

Документ предусматривает введение административной ответственности за препятство-

вание работе медиков – угрозы, создание помех для доступа к больному, удержание. В случае, если какое-то из этих действий повлекло средний или тяжкий вред здоровью пациента, виновника ожидает уголовная ответственность.

Кроме того, документ вводит ответственность за причинение медработникам лёгких телесных повреждений или угрозу убийством, а также административную ответственность для хулиганов на дороге, которые мешают проезду автомобилей скорой помощи.

В ноябре минувшего года Минздрав России разработал другой законопроект об ужесточении ответственности за нападение на медицинских работников. В частности, за посягательство на жизнь медика при исполнении профессиональных обязанностей документом предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок от 12 до 20 лет либо пожизненного срока.

Матвей ШЕВЛЯГИН,

МИА Сити!

Статистика

Десятикратный рост показателей

За 10 последних лет число ульяновцев, получивших высокотехнологическую медицинскую помощь, выросло в 10 раз: с 590 человек в 2006 г. до 5894 в 2016 г. При этом почти 3 тыс. пациентов прошли такое лечение в ульяновских больницах.

«Мы продолжим увеличивать финансирование отрасли здравоохранения и медицинских учреждений. Направления, которым будет уделено особое внимание, соответствуют тем задачам, которые ставит перед нами Президент в Майских указах. Так, необходимо продолжить улучшать работу первичного звена, повышать доступность высокотехнологичных методов лечения. Если несколько лет назад, чтобы получить это дорогостоящее лечение, нужно было ехать в Москву или узкоспециализированные медицинские центры

России, сегодня многие виды такой помощи оказывают у нас в регионе. Для повышения доступности этих услуг мы будем создавать новые центры и открывать новые отделения. Финансовые средства для решения этих важных задач есть», – подчеркнул губернатор Сергей Морозов.

В настоящее время высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в 10 учреждениях здравоохранения региона.

«Мы и дальше будем развивать это направление и наращивать объёмы высокотехнологичной медицинской помощи», – отметил министр здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области Павел Дегтярь.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Перспективы

Аукцион посодаетствует

Медицинские изделия однократного применения закупят в ходе совместного аукциона для медицинских организаций Москвы. Об этом сообщили в столичном Департаменте по конкурентной политике.

«Аукцион на поставку свыше 52 млн единиц медицинских изделий на сумму 417 млн руб. будет проведён в ближайшее время. Эта закупка призвана обеспечить потребности в медицинских изделиях однократного применения более 170 получателей – медицинских организаций Москвы и их филиалов.

В числе закупаемых товаров – комплекты белья, покрытий и одежды, в том числе для различных видов хирургии, а также халаты, маски, бахилы, шапочки, пелён-

ки и пр.», – сообщил начальник Управления организации обеспечения деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения Москвы Олег Левин.

Чиновник также отметил, что в настоящее время объявлен аукцион на закупку аналогичных медицинских изделий на сумму 106,8 млн руб.

Закупка призвана обеспечить потребности 117 медицинских организаций и их филиалов, наряду с представленными закупками в течение года в Москве планируется провести не менее 170 закупок малого объёма, которые могут представлять интерес для представителей малого бизнеса.

Ян РИЦКИЙ,

Москва.

Однако

«Мы сидим, а денежки идут»



В Нижегородской области суд арестовал главного врача и бухгалтера одной из больниц по подозрению в присвоении и растрате более 1,1 млн руб., сообщает пресс-служба судов общей юрисдикции области. О какой именно больнице идёт речь, в сообщении не говорится, однако уточняется, что учреждение обслуживает три района.

«В ходе предварительного следствия установлено, что должностное лицо филиала учреждения трудоустроило в данную организацию лиц, которые фактически не работали в нём, но которым начислялась зарплата, поступавшая на банковские карты. Далее лица, фактиче-

ски не осуществлявшие трудовую деятельность в учреждении, обналичивали денежные средства и передавали их должностному лицу учреждения, который присвоил и растратил в период с 2011 по 2016 г. 1,15 млн руб., причинив федеральному бюджету РФ имущественный вред в особо крупном размере».

Примечательно, что фиктивное трудоустройство, к сожалению, нередко применяется в медицинских учреждениях для хищения бюджетных средств. Недавно такой случай был зафиксирован прокуратурой в городской больнице № 2 Калининграда.

Борис БЕРКУТ,

Нижний Новгород.

Более трети россиян (35%) предпочитают самолечение визиту к врачу, 4% пускают в случае болезни всё на самотёк, 1% прибегают к помощи народных целителей – таковы данные социологического опроса, проведённого недавно Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) среди 1,2 тыс. респондентов.

Если ты простужен...

Справедливости ради, надо отметить, что, как следует из опроса, в случае проблем со здоровьем, появления симптомов тех или иных заболеваний 46% опрошенных обращаются, как и 2 года назад, в государственные медицинские учреждения, 11% предпочитают частные платные клиники. Но при этом почти каждый второй (49%) считает своё здоровье удовлетворительным. Среди женщин эта доля, кстати, выше, чем среди мужчин. Как отмечают социологи, в последние 4 года доля жителей страны с плохим самочувствием по выборке в целом изменилась незначительно, тогда как в сравнении с 2006 г. она сократилась на 9%.

Из 10 «простуженных» 9 человек сами выбирают себе средства для лечения, а к специалистам обращаются лишь тогда, когда самолечение не помогает. К сожалению, аналогичная картина наблюдается и в случае изжоги, диспепсии, болезненных ощущений в области суставов и позвоночника и даже эпизодах гипертонии. По данным Минздрава России, 68% пациентов амбулаторного звена самостоятельно обеспечивают себя лекарствами, а 61% жителей нашей страны при выборе безрецептурного препарата ориентируются на рекомендации фармацевта.

Такая «самодеятельность» в постановке диагноза и выборе лекарственных препаратов чревата, понятно, серьёзными осложнениями.

В ходе опроса социологи также выяснили – за какими лекарствами россияне обычно заходят в аптеку. Самыми популярными оказались средства от гриппа и простуды, а также обезболивающие препараты. В апреле 70% опрошенных аналитическим «Левада-центром» в течение года хотя бы раз приобрели препараты против гриппа, простуды или насморка, обезболивающие покупали 57% населения. Лекарства от расстройства желудка, изжоги или метеоризма – 32% опрошенных. Столько же, 32%, выходили из аптеки с витаминами, 27% – с лекарствами от гипертонии и сердечной недостаточности, 17% – с успокоительными и снотворными препаратами, 8% опрошенных покупали БАДы.

В общем, как в популярной телепередаче «Сам себе режиссёр»... Впрочем, 11% респондентов заявили, что не покупали ничего из перечисленного в опросе, а 23% ответили, что приобретали другие лекарства.

Кстати, в июле прошлого года компания Nielsen представила данные другого опроса о лекарствах в России, согласно которому более половины жителей страны (52%) начали приобретать отечественные безрецептурные лекарства вместо импортных. А 49% готовы проигнорировать предписания врача, если цены на выписанные лекарства слишком высоки.

«В течение последнего года работа медицинских учреждений вызывает всё больше нареканий в части доступности и качества

услуг. Это косвенным образом влияет на оценку своего состояния. Крайне тревожный факт – большой размер группы самолечения. Опять же это свидетельствует и об уровне доверия к медицинским учреждениям, и о доступности самих медицинских услуг. Дополнительно отметим, что улучшение ситуации в здравоохранении сегодня является одним из ключевых запросов населения к власти. Этот запрос только усиливается», – про-

серечно-сосудистые заболевания, хроническая обструктивная болезнь лёгких и онкологические заболевания дают 90% смертности в группе хронических неинфекционных заболеваний. Англичане поставили своей целью так обучать пациента, чтобы он стал лечащим врачом самого себя. Безусловно, в понятие ответственного самолечения входят и профилактические мероприятия для сохранения здоровья, которые проводит сам пациент.

к врачу, а стремятся найти максимум информации в интернете. Согласно отчётам Google, 25% всех запросов в поисковиках – а это более 3,5 млрд обращений – касаются здоровья. Обычные люди всё чаще ищут и находят там ответы на свои вопросы о различных методах лечения заболеваний и применении лекарственных препаратов.

Другим важным мировым трендом является рост числа хронических неинфекционных заболе-

собственного здоровья и предупредить негативные последствия самолечения, связанные с отсутствием своевременной диагностики и назначения рациональной терапии заболевания. Надо выработать также методологию и основные принципы применения этой концепции.

Потому что на практике далеко не всегда пациенты могут оценить потенциальные риски и придерживаться принципов ответственного самолечения

Проблемы и решения

Сам себе доктор...

Концепция ответственного самолечения ВОЗ пока слабо работает в России



«Я простуды не боюсь...»

комментировал данные опроса руководитель практики политического анализа и консультирования ВЦИОМ Михаил Мамонов.

Остаётся добавить, что, согласно результатам опроса «Левада-центра», более половины россиян (52%) доверяют народной медицине.

Один из глобальных трендов

Концепция ответственного самолечения была предложена экспертами Всемирной организации здравоохранения два десятилетия назад. Она определяет такое лечение как разумное применение самими пациентами лекарственных средств, находящихся в свободной продаже, с целью профилактики или лечения лёгких расстройств здоровья до оказания профессиональной врачебной помощи. Поэтому во многих странах мира в первые 3 дня острого заболевания больничный лист не выдаётся, а человек имеет возможность просто отлежаться, используя для лечения уже знакомые ему привычные средства... Также в случае лёгкого недомогания можно посоветоваться с врачом по телефону, а не идти к нему на приём.

Хотя ВОЗ рекомендует самолечение только на начальных этапах острых заболеваний, мировая практика пошла несколько дальше, экстраполировав ответственное самолечение и на хронических больных. Как известно, сахарный диабет,

в настоящее время мировое медицинское сообщество занимает достаточно активную позицию в вопросе самолечения. Немногом более года назад в Женеве в рамках сессии Исполнительного комитета ВОЗ был затронут вопрос о социально ориентированном подходе к здравоохранению и важности повышения роли пациентов в заботе о своём здоровье. А уже в мае 2016 г. ВОЗ приняла резолюцию о важности вовлечения граждан и членов их семей в совместную с государством заботу о своём здоровье. Речь идёт о том, чтобы были созданы специальные образовательные программы в области здоровья и самодиагностики для пациентов.

Сегодня ответственное самолечение – один из глобальных трендов в современном здравоохранении. Во всём мире люди самостоятельно приобретают и применяют огромное количество безрецептурных препаратов, не посещая при этом предварительно лечащего врача. Как правило, это касается лёгких недомоганий, а также хронических состояний, когда поставлен диагноз и назначено лечение.

Растущая популярность самолечения в мире обусловлена рядом тенденций, связанных прежде всего с техническим прогрессом. Всё больший охват интернетом населения разных стран сделал пациентов более информированными. Столкнувшись с тем или иным недугом, люди не сразу спешат на приём

важных: сердечно-сосудистых, бронхолёгочных, диабета и пр. Как правило, через 3 года после постановки диагноза пациент знает о своём заболевании больше, чем молодой врач. Когда подобрана и назначена терапия, человеку необязательно приобретать препараты идти на приём к врачу. При этом архиважной становится приверженность лечению, соблюдение терапии пациентом и постоянный мониторинг своего состояния, осуществление которого позволяют современные технические средства. И очень многие пациенты этим пользуются.

Кроме того, из года в год растут затраты на здравоохранение, что вынуждает государства искать пути оптимизации этих расходов. Ответственное самолечение помогает в определённой степени снять финансовое бремя с системы здравоохранения.

Максимально осознанно и безопасно

Однако российская модель самолечения существенно отличается от европейской, в том числе потому, что в России можно купить различные медикаменты, которые в большинстве стран не приобрести без рецепта врача.

Как же сделать в этих условиях самолечение максимально осознанным, а потребление безрецептурных препаратов максимально безопасным для пациента? Россияне надо научиться основам ответственного самолечения, считают участники «круглого стола» «Ответственное самолечение: векторы развития концепции в рамках российской действительности». Ведь, согласно исследованию, проведённому ВЦИОМ, 81% населения страны считают себя ответственными за поддержание своего здоровья и профилактику заболеваний.

Участники дискуссии признали необходимость принятия концепции, которая должна повысить ответственность россиян за принятие решений в отношении

– применения безрецептурных лекарств для профилактики или лечения лёгких недомоганий. На сегодняшний день в России не существует официальных рекомендаций, связанных с применением концепции ответственного самолечения. Согласно исследованию ВЦИОМ, 61% жителей нашей страны при выборе безрецептурного препарата будут ориентироваться на рекомендации фармацевта.

Для формирования ответственного отношения населения к лечению лёгких недомоганий и формирования приверженности к назначенной терапии при хронических неинфекционных заболеваниях необходимо создавать программы повышения медицинской грамотности пациентов, а также дополнительные образовательные программы для фармацевтов.

Как рассказала глава Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Елена Максимкина, на сегодняшний день отечественная модель обеспечения россиян лекарствами в амбулаторных учреждениях преимущественно работает за счёт личных средств пациентов. Возмещаемый сектор по российским лекарствам занимает 18,8%, аналогичный показатель в странах Организации экономического сотрудничества и развития составляет 54,2%. Причём российский показатель возмещаемого сектора уменьшается год от года вот уже на протяжении 5 лет.

Эту информацию необходимо учесть в процессе обсуждения законопроекта о лекарственном страховании, который в ближайшее время обещает представить Минздрав. Согласно документу, лекарственные средства, рекомендованные к приёму врачом в амбулаторном медицинском учреждении, могут быть учтены программой обязательного медицинского страхования.

Специалисты считают необходимым проводить просветительскую работу среди населения, направленную на разъяснение различных ситуаций, в которых самолечение допустимо или же, напротив, может быть опасным. Кроме того, важно менять отношение россиян к рекламе, так как многие телевизионные ролики, публикации в электронных и печатных СМИ воспринимаются как истина в последней инстанции в отличие от рекомендаций врача.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

В то время как политики раскалывают мир, медики укрепляют его. Такая мысль родилась во время открытия в Ставропольском государственном медицинском университете под эгидой Министерства здравоохранения РФ 4-я Всероссийской олимпиады с международным участием по оказанию экстренной и неотложной помощи на догоспитальном этапе «Асклепий-2017».

С каждым годом расширяется география и растёт количество участников олимпиады. На этот раз в очном, третьем туре приняли участие студенческие сборные медицинских вузов Харбина, Азербайджана, Луганска, Крыма, Астрахани, Волгограда, Санкт-Петербурга, Рязани, Ростова-на-Дону, Тюмени, Саратова, Ставрополя и Нижнего Новгорода, а также команда врачей станции скорой медицинской помощи Ставрополя – всего более 100 молодых асклепиев.

Выступления олимпийцев оценивало компетентное жюри, возглавляемое ведущим научным сотрудником Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения доктором медицинских наук Леонидом Дежурным.

Конкурсная программа олимпиады включала несколько этапов. В «Медицинском биатлоне» команды на манекенах продемонстрировали выполнение следующих практических навыков и манипуляций: обеспечение венозного доступа, проведение СЛР, интубацию трахеи, освобождение дыхательных путей приёмом Геймлиха, постановку назогастрального зонда и уретрального катетера.

При решении ситуационных задач студенты, поставив предварительный диагноз, отбирали в «электронный чемоданчик» препараты и средства медицинского назначения, которые могут быть использованы при лечении данной патологии с указанием дозы и алгоритма ведения.

«Конкурс капитанов» дал возможность участникам сравнить свои знания в области хирургии и травматологии, реанимации и скорой медицинской помощи, безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф. Во время конкурсного этапа «Знать и

Конкурсы

Медики укрепляют мир

Это доказала студенческая олимпиада «Асклепий-2017»



Студенческое братство не знает границ – их подружил «Асклепий-2017»

уметь – значит, спасти» командами были представлены видеоролики, демонстрирующие, что в вузах-участниках олимпиады делается для обучения навыкам первой помощи.

Самыми зрелищными стали заключительные этапы соревнований, состоявшиеся на базе городского оздоровительного лагеря, расположенного в лесной зоне. Среди ночи участников команд разбудил сигнал тревоги: по легенде их помощь срочно требовалась людям, пострадавшим в результате различных несчастных случаев. К слову сказать, вводная максимально приближена к реалиям: мало ли людей по ночам ищут приключения на свою голову? Олимпийцам предстояло по карте отыскать раненых и в отведённое на выполнение заданий время – 5 минут – оказать им необходимую помощь на догоспитальном этапе.

Во время конкурса «Оказание экстренной и неотложной помощи при чрезвычайной ситуации» сборные стали «свидетелями» террористического акта по захвату заложников (тоже, что называется, «в духе времени»), затем им предстояло найти трёх пострадавших, с номерами, доставшихся командам при жеребьёвке, оценить тяжесть их состояния и тип повреждения, осуществить сортировку и эвакуацию раненых.

Заключительный конкурсный этап представлял собой своеобразный квест – оказание неотложной помощи при различных несчастных случаях, таких

как электротравма (этот вид конкурсного задания максимально приближен не только к реальной обстановке, но и к «первоисточникам» – мифам Древней Греции, откуда «родом» сам Асклепий: как известно всё из тех же мифов, Зевс поразил его молнией, когда узнал, что Асклепий не только исцеляет больных, но и оживляет мёртвых, что, по мнению Зевса, нарушало общий уклад мироздания – Р.К.), мототравма, ДТП, попытка суицида, отравление курительными смесями и др. Будущие врачи с честью справились со сложными заданиями, продемонстрировав умение работать в команде, быстро ориентироваться в сложившейся ситуации, особенно когда счёт идёт на минуты, а про-

рушало общий уклад мироздания – Р.К.), мототравма, ДТП, попытка суицида, отравление курительными смесями и др. Будущие врачи с честью справились со сложными заданиями, продемонстрировав умение работать в команде, быстро ориентироваться в сложившейся ситуации, особенно когда счёт идёт на минуты, а про-

медление может стоить человеку жизни.

Каждую команду на всех этапах олимпиады сопровождали инструкторы студенческого общества СтГМУ First Aid, иностранным студентам помогли в преодолении языкового барьера члены международного студенческого клуба университета StavMed International. Более 50 статистов из числа студентов различных курсов обеспечивали достоверность чрезвычайных ситуаций – в течение года они изготавливали накладку, имитирующую травмы, учились накладывать грим, изображать характерные для каждого конкретного состояния поведение и эмоции. Кроме того, каждой команде во время пребывания в Ставрополе оказывали необходимую помощь вожатые-активисты Студенческого союза СтГМУ.

В общем зачёте лучшей оказалась сборная Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, «серебро» – у принимающей стороны – ставропольчан из СтГМУ, но главное в том, что здоровый состязательный азарт команд привёл к высоким результатам, позволил провести индивидуальный и командный «менеджмент качества» – определить слабые стороны в усвоенных знаниях и навыках, помог расширить профессиональный кругозор участников, стал вдохновляющим стимулом к более глубокому овладению будущей специальностью и ещё больше укрепил дружеские связи, которые существуют в студенческой среде медицинского профессионального сообщества. Все эти слагаемые конкурса означают ровно то, что в следующий раз олимпиада пройдёт ещё более интересно и захватывающе.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.



В роли пациентов выступают ситуационные манекены

Ориентиры

Наркозависимые находят добрых друзей

Они начинают получать поддержку госструктур и общественных организаций

Современная трёхуровневая система оказания наркологической помощи населению, организованная в регионе, включает амбулаторный, стационарный и реабилитационный этапы. Амбулаторная помощь пациентам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ, оказывается в 44 наркологических кабинетах. Ежегодно в дневном стационаре областного наркологического диспансера (на 20 коек) проходят лечение около 250 пациентов. Специалисты наркологической службы, отметил заместитель главного врача диспансера Дмитрий Титов, проводят работу с лицами из «группы риска».

В рамках межведомственного взаимодействия и повышения доступности оказания специализированной помощи наркологи консультируют лиц, замеченных в употреблении психоактивных веществ, непосредственно в отделах полиции (в соответствии с утверждёнными графиками). К примеру, в минувшем году было проведено более 10 тыс. таких «выездных» консультативных приёмов.

На базе наркодиспансера осуществляется и реабилитация, в этом процессе здесь используются современные программы работы с больными – функционирует компьютерный класс, теплица для трудотерапии, зал, оборудованный инвентарём для лечебной физкультуры. Практикуются методики арт-терапии, коллективные спортивные мероприятия, посещение музеев и выставок. Продолжительность курса стационарной реабилитации

составляет 45 дней в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. После завершения стационарного лечения реабилитация продолжается в амбулаторных условиях. Ежегодно успешно завершают амбулаторные и стационарные реабилитационные программы около 2 тыс. человек.

Услуги по социальной реабилитации предоставляются в 40 центрах, созданных на базе негосударственных организаций

различных форм собственности. О проблемах и перспективах развития системы комплексной реабилитации и ресоциализации наркозависимых на территории Прииртышья говорилось на «круглом столе», в котором приняли участие представители региональных министерств и ведомств, федеральных структур, негосударственных реабилитационных центров. Особое внимание в ходе встречи было уделено возможностям государственной поддержки организаций, которые оказывают реальную помощь тем, кто страдает от наркомании.

Процесс реабилитации в таких центрах выстраивается с учётом различных методов и форм работы с лицами, имеющими разные формы зависимости. В прошлом году, сообщили в региональном Министерстве здравоохранения, в области реализовывался пилотный проект, предусматривающий помощь больным наркоманией на базе негосударственных реабилитационных центров. Проект включал курс реабилитации в 90 дней в ООО «Омсксоадаптация», ООО

«Наркологическая клиника «Новый взгляд», ООО «Центр социальной реабилитации «Основа».

На эти цели правительством Омской области было выделено 500 тыс. руб. В 2016 г. реабилитационный центр для наркозависимых «Становление» в Горьковском муниципальном районе начал новое направление – вовлечение в активное занятие спортом. Успешно работает на территории региона ассоциация реабилитационных центров «Содружество». Волонтеры занимают социальную адаптацией, оказанием помощи в трудоустройстве людей, прошедших курс реабилитации, проводят культурные и спортивные мероприятия, направленные на профилактику алкоголизма и наркомании.

Все эти организации получили помощь из регионального бюджета на реализацию социально значимых проектов в сфере противодействия наркомании. Такая поддержка оказывается по линии Министерства труда и социального развития региона, Министерства сельского хозяйства и

продовольствия Омской области (в плане развития сельскохозяйственного производства на базе реабилитационных центров), Министерства экономики области.

– Госструктуры и общественные организации должны найти общий язык и взаимодействовать в решении вопросов реабилитации наркозависимых, – подчеркнул первый заместитель министра здравоохранения Омской области Сергей Добрых. – Комплексный подход позволяет использовать все механизмы для решения данных задач. Это касается таких сфер, как пропаганда здорового образа жизни, медицинская реабилитация, работа с родственниками и родителями наркозависимых.

Разумеется, по-прежнему актуальной остаётся профилактика наркомании, санитарно-просветительская деятельность по противодействию спросу на психоактивные вещества.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Майский пленум Московской областной организации Профсоюза работников здравоохранения (МООП) очертил границы качества жизни медицинских работников, переход за которые обернётся большими потерями для отрасли здравоохранения. Предел уже близок, а потому время такое подошло – действовать. Не случайно для обсуждения был вынесен вопрос о задачах руководителей медицинских организаций и председателей их первичных организаций Подмоскovie по профилактике и укреплению здоровья работников здравоохранения. Беспрецедентный случай: уже 5 лет данные о заболеваемости медработников никем не собираются, никуда не предоставляются, не анализируются и не используются при планировании профилактических мероприятий. Почему спасающие наши жизни оказались в забвении? Ответ содержался в аналитическом докладе председателя МООП Анатолия Домникова.

Картина – «маслом»

Тема сбережения здоровья медицинских работников вышла на первый план, так как общая заболеваемость и заболеваемость с временной утратой трудоспособности выше на 30-40%, чем в среднем в популяции. Точно, как в известной поговорке о сапожнике, который без сапог.

Этот вопрос рассматривался обкомом профсоюза 9 лет назад на научно-практической конференции. Уже тогда было отмечено, что система сбережения здоровья работников учреждений здравоохранения, существовавшая ранее, разрушается. Решения ВЦСПС об обязательной работе доверенных врачей утратили свою силу. Когда профсоюзу потребовалась аргументация в диалоге с работодателями и оценивающими организациями при проведении специальной оценки условий труда, выяснилось, что доверенные врачи на общественных началах исполняют свои функции лишь в 36% медицинских организаций, а статистические данные о заболеваемости медработников отсутствуют.

Обком начал искать выход из создавшегося положения. В конечном итоге запросили отчёты у медицинских организаций по форме № 4 фонда социального страхования. Из него взяты сведения о трудовых потерях работников по заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Данные получены из 249 медицинских организаций, охватывающих 74,2% от всех работающих. Эта информация позволяет в какой-то мере оценить проблему. Оказалось, что цифры не на 30-40% превышают среднюю заболеваемость (как ожидалось), а на 249% в среднем и до 400% по некоторым территориям. Таковы были отчётные данные по большому количеству листов.

Охрана труда

Система управления охраной труда сохранилась лучше, но так же претерпела целый ряд негативных изменений. Когда-то государственная роль профсоюзов в этом вопросе была заменена на общественный контроль, но не получила развития. Ослабли рычаги управления со стороны главного управления по труду и занятости Московской области. Уменьшение внимания чувствуется и со стороны Минздрава области. Вся полнота ответственности и исполнения обязанностей по охране труда легла на плечи руководителя учреждения.

В современных условиях охрана труда должна стать частью системы управления организацией и иметь направленность на сохранение жизни и здоровья работников. Что для этого нужно? Начать надо, считает докладчик, с оценки здоровья работника до заключения трудового договора и во время его трудовой деятельности, проводимые за счёт средств работодателя.

Следующее мероприятие – выдача защитных средств. Главные врачи обязаны обеспечить как медицинский, так и немедицинский персонал специальной одеждой и обувью и другими средствами индивидуальной защиты, которые предусматриваются типовыми нормами.

Рабочее место, оценённое при проведении специальной оценки условий труда в медицинской организации по классу вредности

Однако при сегодняшнем уровне зарплат они работникам не по карману.

После 20 лет практического забвения, резкого сокращения численности здравниц и их экономического упадка у санаторно-курортного комплекса страны появился шанс на «выздоровление». В августе 2016 г. на Алтае в санатории «Белокуриха» состоялся Госссовет, посвящённый этой теме, на котором Президент РФ отметил, что возрождению профилактической направленности

любой формы собственности с частичной профсоюзной компенсацией (от 4 до 10 тыс. руб.) за счёт созданного обкомом 2-уровневого Фонда оздоровления (создан в 2007 г.). В него входят 25 городских, районных и 10 областных первичных организаций, объединяющих более 60% членов профсоюза. С 2008 по 2016 г. из средств фонда было израсходовано около 43 млн руб. Реабилитация за счёт средств ОМС, которая обходится для работника бесплатно. В соответствии с постановлением

львиная доля детей отдыхала на школьных площадках, а некоторые ЛПУ вообще не подавали заявок на детское оздоровление, мотивируя это тем, что нет желающих. Ясность была внесена при передаче в 2015 г. полномочий по организации медицинской помощи с муниципального уровня на областной. Понимая суть происходящих перемен, обком упорно добивался выделения финансирования оздоровительной кампании детей работников медицинских организаций по отраслевому признаку. К тому же большинство муниципалитетов прекратило работу с загородными лагерями, ограничившись организацией отдыха детей только на школьных площадках, то есть на «асфальте». Какое уж тут оздоровление?

Профсоюз продолжил отстаивать право на отдых детей медиков в загородных лагерях и санаториях. И его услышали в министерствах здравоохранения, экономики и финансов Московской области. Губернатором Московской области Андреем Воробьёвым было принято решение о выделении дополнительных средств, в размере 99,6 млн руб.

Поскольку многое в финансировании летнего отдыха зависит от главных врачей, обком профсоюза посчитал целесообразным ввести в систему оценки их работы наличие заявки ЛПУ на детское оздоровление, а главное – её исполнение. К тому же постановлением Правительства области утверждена Государственная программа Московской области на 2017-2021 гг., в рамках которой в течение 5 лет продолжится финансирование летнего отдыха детей работников здравоохранения в размере 99,6 млн руб. ежегодно.

Спорт в моде

А. Домников обратился к руководителям медицинских организаций с предложением внести свой вклад в оздоровление работников, финансируя профсоюзам приобретение или компенсацию стоимости абонементов в фитнес-клубы, бассейны и в другие секции. Подмосковье может служить примером проведения физкультурно-оздоровительных мероприятий. Благодаря участию студентов медицинских училищ и колледжей, а также работающей молодёжи здравоохранения всегда занимало лидирующие позиции в областных спартакиадах. Начиная с 2010 г., традиционными стали ежегодные зимние и летние физкультурно-оздоровительные фестивали и молодёжные спортивные туристические слёты.

Сохранение здоровья работников отрасли – государственная задача. Обращение об этом направлено правительству, министру здравоохранения Московской области и руководителям медицинских организаций.

В чём корень

Конкретный ёмкий доклад председателя МООП А. Домникова о состоянии здоровья медиков Подмоскovie дополнили выступающие. Никого не оставил равнодушным тот факт, что средний показатель заболеваемости медицинских работников с временной утратой трудоспособности в 2,46 раза выше, чем заболеваемость работающего населения Московской области. В 2013-2016 гг. трудопотери составили 3 млн 153 тыс. 655 дней, а сумма выплат из ФСС по больничным листам – 2 млрд 701 млн 277 тыс. руб.

Е. Иванова, главный врач Московского областного центра медицинской профилактики, заострила внимание на курении, так как это наносит огромный вред здоровью. Она дала раскладку вредной привычки среди мужчин и женщин медиков в стране и за рубежом. Самой воздержанной в этом отношении оказалась Индия. Там женщины вообще не курят.

– А поскольку врач – помощник Бога, он должен быть в этом плане

Деловые встречи

Качество жизни без прикрас

Московская областная организация Профсоюза работников здравоохранения выступает за сбережение здоровья медиков



В президиуме

менее чем в 3,2, является предметом пристального внимания профсоюза, так как это значит, что при его оценке не учтён биологический фактор. А это при очень высокой заболеваемости с временной утратой трудоспособности, конечно, недопустимо.

Таким образом, можно в разы уменьшить риск получения медицинскими работниками травм, отравлений, профессиональных и инфекционных заболеваний, считает А. Домников.

Шанс на «выздоровление»

Раньше санаторно-курортное лечение являлось одной из государственных функций профсоюза, теперь стало зоной ответственности Фонда социального страхования и руководителей разных уровней. У профсоюза как общественной организации осталась контролирующая функция, а также взаимодействие с работодателями в рамках соцпартнёрства.

По версии Фонда социального страхования, денег на санаторно-курортное лечение для работающих граждан не выделяется, только неработающим, детям и пенсионерам. Да и то далеко не всем категориям. А работающие, по логике фонда, сами в состоянии купить себе и детям путёвки.

в медицине поможет санаторно-курортное лечение. Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова назвала цифру оставшихся санаториев (1875), 33% из которых принадлежит государству. Стратегия развития санаторно-курортного комплекса, разработанная Минздравом, предусматривает ежегодное увеличение лиц, получивших лечение на курортах страны с достижением 45% от общего числа к 2020 г.

Обком профсоюза на протяжении последних лет проводит работу «в тренде, заданном Минздравом России», то есть с постоянным наращиванием числа работников, получивших санаторно-курортное лечение. За период с 2008 г. обком способствовал 58 886 работникам получить санаторное лечение. Однако одному обкому невозможно за неполные 4 года увеличить в 4 раза количество работников, которым надлежит поправить своё здоровье, как того требует Минздрав Московской области. Необходимо объединение усилий того же министерства, территориального фонда ОМС, профсоюзных организаций и руководителей ЛПУ с разработкой подробной дорожной карты.

Какие же существуют возможности? Оздоровление в профсоюзных здравницах, которые предоставляют 20% скидку членам профсоюза. Лечение на курор-

регионального правительства родителям за отдых детей выплачивается компенсация.

А. Домников обратил внимание на проблему изменения порядка направления на реабилитацию пациентов, сокращение показаний на её проведение и, главное, резкое уменьшение квоты на реабилитацию в санаторных условиях, что привело к пятикратному сокращению числа пролеченных работников по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. А как же решения Госсвета в «Белокурихе»?

На старте – детский отдых

Сейчас изменилось в лучшую сторону отношение власти к детскому отдыху и оздоровлению детей. На это повлияло принятие в 2016 г. Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части совершенствования отдыха и оздоровления детей», вступившего в силу с января 2017 г.

– Оздоровление детей работников всегда было приоритетом профсоюза, – подчеркнул докладчик. – Но как эта работа организовывалась на уровне муниципальных образований, об этом мы были информированы не полностью. Теперь знаем, что

примером для своих пациентов, – высказала своё мнение Екатерина Сергеевна.

Первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Н.Санина отметила, что аналитический доклад председателя А.Домникова должен дать толчок к разработке мероприятий по укреплению здоровья работников здравоохранения. Каждый руководитель медицинской организации просто обязан заниматься процессом диспансеризации своих подчинённых. Ибо каждое серьёзное заболевание медика приводит к тому, что он не в силах выполнять свои обязанности – лечить пациентов.

Председатель Подольской территориальной организации профсоюза Л.Сидоркина считает, что прежде более серьёзно занимались проблемами здоровья медиков, профилактикой их заболеваний. Была система, которая опиралась на научные разработки. Сейчас всё это утрачено. Зато непомерно возросли нагрузки, не оставляющие времени заниматься своим здоровьем. Эти проблемы надо во весь рост ставить перед губернатором и областной думой.

О важности взаимодействия на данных направлениях говорила председатель Союза Московского областного объединения организаций профсоюза В.Кабанова. В 2011 г. впервые появилось выражение «профессиональный риск». Его появление в трудовом поле, так или иначе, означает, что законодатели обязаны выстраивать систему управления профессиональными рисками. Это значит, что нужно стремиться к их минимизации. Сегодня специальная оценка стоит в центре внимания. Именно за ней следуют реальные меры. Критерии оценки сейчас разрабатываются. Но везде и во всём непреложным остаётся соблюдение трудового законодательства.

Заместитель руководителя Государственной инспекции труда в Московской области Н.Айзитулина напомнила о задаче, поставленной губернатором, сделать Московскую область лидером. Но для этого надо постараться всем. Здравоохранение – отрасль, которая отвечает за народосбережение. Будет здоров медик – будет здоров и пациент. По словам Н.Айзитулиной, очень правильно, что областной профсоюз вынес на обсуждение животрепещущую проблему, после чего можно ожидать конкретных действий.

Г.Павлюкова, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе Шатурской ЦРБ, поделилась опытом, как в коллективе больницы заботятся о здоровье сотрудников. Здесь сохранили прежние подходы к заболеваемости: ведут наблюдение доверенные врачи, все сотрудники находятся на диспансерном учёте, если надо, проходят дополнительные осмотры. Ежегодно составляется карта заболеваемости. Всё это анализируется по отделениям и больнице, составляются списки страдающих хроническими заболеваниями и требующих санаторного лечения. Но представителя Шатурской ЦРБ очень беспокоит сокращение показаний направления на лечение. А Г.Павлюкова поддержала предложение возродить прежнюю форму оздоровления работников.

И.Ижболдин, и.о. начальника отдела надзора Федеральной службы Роспотребнадзора по Московской области, говорил о том, как выстроить эффективную систему профилактики профессиональных заболеваний.

Первый заместитель министра здравоохранения области В.Ющук подчеркнул актуальность и своевременность обсуждения сохранения здоровья медиков. Есть территории в Подмосковье, где не ослабевает на этом направлении работа. Владимир Николаевич признал, что мы не знаем истинную картину заболеваемости среди медицинских работников и правильно ставится вопрос о сборе и обработке статистики. Только

на этой основе можно выстроить чёткую, многоуровневую систему профилактики. Своевременным является и возрождение системы доверенных врачей, которые вносили существенный вклад в сохранение здоровья коллег. Нужно повысить статус уполномоченных по охране труда.

Министерство не может не волновать и оздоровление детей работников отрасли, так как от их отдыха зависит и настроение родителей на работе. И здесь, признал первый заместитель министра, министерству вместе с профсоюзом нужно подумать, как лучше организовать оздоровление летом детей медиков. Это обязывает сделать и партнёрство в рамках двухстороннего отраслевого соглашения.

Что касается курения, затронув большую тему В.Ющук, то здесь многое зависит от главного врача, какой пример он подаёт коллегам, и предложил сделать срез по курению руководителей и уже на его основании сделать выводы... В любом случае должна повыситься ответственность за здоровье медиков Подмосковья.

В выступлении на пленуме заместителя председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ М.Андрочникова тоже прозвучала обеспокоенность цифрами нетрудоспособности медицинских работников. Но при таком напряжённом ритме это и неудивительно. Санаторное лечение практически разрушено.

Ещё многое предстоит осмыслить и проанализировать из прозвучавшего на пленуме. И М.Андрочников уверен, что московский областной профсоюз будет и дальше реализовывать меры по охране здоровья медиков и способствовать формированию в медицинской среде здорового образа жизни.

* * *

Пленум признал необходимость совместно с Министерством здравоохранения Московской области разработки отраслевой программы по сохранению здоровья работников, продолжить работу с Министерством труда РФ по внесению изменений в законодательство о специальной оценке условий труда и других нормативных актов, где бы учитывались вредные факторы биологического, химического, физического и психо-эмоционального воздействия на медиков. В постановлении отмечена необходимость концепции по организации и проведению спортивно-оздоровительной и культурно-массовой работы в Московской области, начиная с ЛПУ до областного уровня. Главный вывод участников пленума: принять управленческие решения по санаторно-курортному лечению, в той или иной форме восстановить систему доверенных врачей, контролировать степень инфекционных заболеваний среди работников здравоохранения. По существу, пленум должен стать поворотным по запуску оздоровительных технологий в медицинской среде.

За профессионализм и плодотворный труд

Ощущение причастности профсоюза к тому, что происходит в отрасли, испытал каждый, кто участвовал в работе пленума. Большой группе медицинских работников, профсоюзных руководителей и активистов были вручены нагрудные знаки Минздрава России «Отличнику здравоохранения», Московского областного объединения организаций профсоюза «За заслуги перед профсоюзами Московской области», Профсоюза работников здравоохранения РФ, Почётные грамоты федерального Минздрава, Федерации независимых профсоюзов России, Московского областного профсоюза работников здравоохранения.

Галина ПАПЫРИНА,
редактор отдела региональных проблем «МГ».

Дословно

Такие «скользкие» нормативы...

Они явно снижают доступность медицинской помощи



Встреча экспертов на площадке ОНФ

В нормативно-правовой базе сферы здравоохранения имеется ряд противоречий – к такому выводу пришли участники экспертного совещания на площадке Общероссийского народного фронта (ОНФ) с участием представителей Минздрава России, Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) и депутатов Госдумы РФ.

Так, нормативные требования к объёмам медицинской помощи и срокам её оказания, прописанные в различных актах Минздрава, не согласованы между собой, не соответствуют потребностям населения в такой помощи, современным научным данным и имеющимся ресурсам отрасли. Из-за этого, подчёркивалось на совещании, снижается доступность медпомощи. При этом в одном регионе тарифы на услуги могут быть в несколько раз выше, чем в соседнем субъекте Федерации, где похожие экономические показатели.

Эксперт рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением Гузель Улумбекова рассказала о противоречиях в нормативах оказания медицинской помощи, рассчитанных на основании программ государственных гарантий. «Например, при оказании акушерской и гинекологической помощи, согласно порядку оказания медицинской помощи на одного врача, по расчётам, приходится 20 коек, а по программе госгарантий – 12. Нормативы в документах не согласованы между собой и не соответствуют международным нормам», – говорит она.

Г.Улумбекова считает, что Правительству РФ необходимо в кратчайшие сроки согласовать действующие нормативные акты, обосновать нормативы объёмов медпомощи для регионов и ввести особый режим финансирования для медучреждений труднодоступных территорий, особенно арктических.

С ней согласился член Центрального штаба ОНФ, руководитель Фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов, добавив, что особый режим финансирования нужно распространить и на сельские медучреждения. «Фельдшеры с сорокалетним стажем получают 13-15 тыс. руб., а сельские врачи – около 20 тыс. При этом состояние фельдшерско-акушерских пунктов, поликлиник и больниц в сёлах просто ужасающее и развивать их не на что. Там не то, что нет современного оборудования, там гнилой пол, по которому ходить невозможно», – рассказал он.

Представители Минздрава России отметили, что механизм дополнительного финансирования медучреждений в труднодоступных и малонаселённых регионах уже создан. «Каждый год выходят рекомендации по финансово-экономическому обоснованию медицинской помощи. Для медорганизаций в труднодоступных территориях внедрён подушевой способ её оплаты. Так, в зависимости от потребностей медучреждения индивидуально устанавливаются повышающие коэффициенты – от 0,7 до 1,2», – пояснил помощник министра здравоохранения РФ Виталий Флек.

Председатель ФОМС Наталья Стадченко добавила, что нужно сделать более прозрачным процесс финансирования медучреждений, установив жёсткий контроль над повышающими коэффициентами финансирования, следить, чтобы регионы, которые нуждаются в дополнительном финансировании таких учреждений, применяли повышающие коэффициенты.

Минздрав признаёт, что проблема с коэффициентами действительно существует. Имеются проблемы в правоприменительной практике на уровне отдельных субъектов, в том числе при определении размера тарифов на медицинскую помощь гражданам в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, труднодоступных и малонаселённых пунктах. Это приводит к недофинансированию таких организаций, к снижению уровня доступности и качества медпомощи.

Ещё одна проблема, которой на совещании было уделено особое внимание, – непрозрачное тарифообразование на медицинские услуги. Дело в том, что в разных регионах цены на одну и ту же услугу могут отличаться в несколько раз. Например, как отмечают эксперты ОНФ, гемодиализ в Санкт-Петербурге стоит около 4,7 тыс. руб., а в Калининграде и Москве – около 5,9 тыс. Представители Минздрава и ФОМС заверили, что этот разрыв постоянно сокращается и за последние 5 лет снизился в разы.

Руководитель службы организации медицинской помощи и информационного сервиса Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава России Любовь Спорышева отметила, что порядок формирования тарифов на медицинские услуги очень запутан. «Тарифы должны формироваться на основании стандарта, но порядок расчёта этих тарифов не про-

зрачен и нередко противоречит стандарту», – пояснила она.

Однако, по словам Н.Стадченко, во всех регионах тарифы не могут быть одинаковыми, ведь экономические показатели у субъектов Федерации порой сильно отличаются. «Приказ, согласно которому происходит формирование тарифов на медицинские услуги, имеется. Там же прописано их экономическое обоснование. Московская область, где тарифы выше, работает с действующими нормативными актами и оплачивает медицинские услуги по законному случаю заболевания, а Москва оплачивает при формировании конкретных услуг. Если же взять законченный случай в Москве, то он будет стоить не меньше, чем в Московской области», – подчеркнула Н.Стадченко.

Также эксперты ОНФ рассказали о проблемах избыточной регламентирующей документации в сфере здравоохранения. Представители Минздрава, в свою очередь, отметили, что все имеющиеся документы важны, поскольку каждый из них имеет свой предмет регулирования: одни предназначены для руководителей медучреждений, другие – для врачей, третьи – для проверяющих органов.

По итогам экспертного совещания эксперты ОНФ представили свои предложения, согласно которым Минздраву и ФОМС следует устранить нестыковки в рекомендациях по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий. Особое внимание при проведении мониторинга реализации территориальных программ необходимо уделить финансовому обеспечению медицинской помощи гражданам в медорганизациях, расположенных в сельской местности, труднодоступных и малонаселённых пунктах, усилив при этом контроль за выполнением регионами законодательства при формировании тарифов.

«По всем вопросам, которые мы обсудили, ждём комментариев и предложений от участников мероприятия. Следующая наша встреча по проблемам здравоохранения состоится в июне. В частности, мы подробно рассмотрим проблему дефицита медицинских кадров», – сказал член центрального штаба ОНФ, президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, президент Национальной медицинской палаты Леонид Рощаль.

Валерий МАЛОВ.

МИА Сито!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 39 (2069)

Остеопороз (ОП) – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы костной ткани и нарушением её качества (микроархитектоники), приводящее к хрупкости костей, которая проявляется переломами при незначительной травме. Наиболее часто остеопороз проявляется компрессионными переломами позвонков, дистального отдела предплечья (перелом Коллиса), проксимального отдела бедренной кости и проксимального отдела плечевой кости. 85% случаев заболевания относятся к первичному остеопорозу, преимущественно постменопаузальному.

Классификация

А. Первичный остеопороз:

1. Постменопаузальный остеопороз (I тип).
2. Сенильный остеопороз (II тип).
3. Ювенильный остеопороз.
4. Идиопатический остеопороз.

Б. Вторичный остеопороз:

- I. *Заболевания эндокринной системы*
 1. Эндогенный гиперкортицизм (болезнь или синдром Иценко – Кушинга).
 2. Тиреотоксикоз.
 3. Гипогонадизм.
 4. Гиперпаратиреоз.
 5. Сахарный диабет (инсулинозависимый).
 6. Гипопитуитаризм, полигландулярная эндокринная недостаточность.
- II. *Ревматические заболевания*
 1. Ревматоидный артрит.
 2. Системная красная волчанка.
 3. Анкилозирующий спондилоартрит.
- III. *Заболевания органов пищеварения*
 1. Состояние после резекции желудка.
 2. Мальабсорбция.
 3. Хронические заболевания печени.
- IV. *Заболевания почек*
 1. Хроническая почечная недостаточность.
 2. Почечный канальцевый ацидоз.
 3. Синдром Фанкони.
- V. *Заболевания крови*
 1. Миеломная болезнь.
 2. Талассемия.
 3. Системный мастоцитоз.
 4. Лейкозы и лимфомы.
- VI. *Другие заболевания и состояния*
 1. Иммуобилизация.
 2. Овариэктомия.
 3. Хронические обструктивные заболевания лёгких.
 4. Алкоголизм.
 5. Нервная анорексия.
 6. Нарушения питания.
 7. Трансплантация органов.
- VII. *Генетические нарушения*
 1. Несовершенный остеогенез.
 2. Синдром Марфана.
 3. Синдром Элерса – Данло (несовершенный десмогенез).
 4. Гомоцистинурия и лизинурия.
- VIII. *Медикаменты*
 1. Кортикостероиды.
 2. Антиконвульсанты.
 3. Иммунодепрессанты.
 4. Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона.
 5. Антациды, содержащие алюминий.
 6. Тиреоидные гормоны.

Эпидемиология

В России среди лиц в возрасте 50 лет и старше ОП выявляется у 34% женщин и 27% мужчин. Это означает, что остеопорозом страдают около 14 млн человек. Аналогичные показатели распространённости остеопороза у женщин отмечены среди белого населения Северной Америки и ряда стран Западной Европы. Социальная значимость ОП определяется его последствиями – переломами позвонков и костей периферического скелета, обуславливающими высокий уровень нетрудоспособности, включая инвалидность, смертности и, соответственно, большие материальные затраты в области здравоохранения.

При одномоментном эпидемиологическом исследовании среди городского населения России оказалось, что 24% женщин и 13% мужчин в возрасте 50 лет и старше ранее уже имели по крайней мере один клинически выраженный перелом. Наиболее распространены переломы позвонков. Так, распространённость остеопоротических переломов позвонков в популяции жителей России 50 лет и старше составляет около 10%, причём одинакова у мужчин и женщин.

Исследование, проведённое в 2008-2009 гг. в 4 городах России, показало, что частота переломов проксимального отдела бедра составляла 239 случаев на 100 тыс. населения. При этом у мужчин в возрасте 50-64 года она была в 2 раза выше, чем у женщин, а в возрасте 75 лет и старше эта тенденция была диаметрально противоположной.

Летальность в течение первого года после этого перелома составляет от 12 до 40%, причём данный показатель выше у мужчин. Особенно высока летальность в течение первых 6 месяцев после перелома, которая на 5-20% выше по сравнению с лицами того же возраста без переломов, а в некоторых городах России летальность в 8 раз выше

Скрининг всех женщин в постменопаузе с помощью денситометрии (двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия, ДРА) нецелесообразен. Вместе с тем рекомендуется проводить ДРА денситометрию всем женщинам старше 65 лет и мужчинам старше 70 лет, а также женщинам в постменопаузе моложе 65 лет или мужчинам между 50 и 70 годами при наличии у них клинических факторов риска (см. выше). Для скрининга также могут использоваться аппараты ультразвукового исследования костной ткани (костная ультразвуковая денситометрия – КУС).

Диагностика

Диагноз устанавливается:

– клинически на основании типичного для остеопороза перелома, перенесённого в возрасте старше 50 лет при незначительной травме или спонтанного, при исключении других причин перелома (А);
– либо при проведении ДРА денситометрии позвоночника и/или бедра (А).

Решение о начале лечения остеопороза может быть принято также на основании

Первичное обследование пациента направлено на выявление факторов риска остеопороза, клинических признаков переломов костей, перенесённых при минимальной травме или спонтанных, в том числе позвонков, а также возможных причин вторичного ОП.

Клинические проявления остеопоротических компрессионных переломов позвонков (В)

- хроническая или впервые возникшая боль в спине
- потеря роста на 2 см и более за 1-3 года или на 4 см и более по сравнению с возрастом в 25 лет (отражает снижение высоты позвонков при компрессии)
- расстояние между затылком и стеной при измерении роста составляет более 5 см (отражает грудной кифоз)
- расстояние между нижними рёбрами и крылом подвздошной кости составляет ширину 2 пальцев и менее (отражает укорочение позвоночного столба из-за компрессии позвонков).

Боль в спине является неспецифическим признаком, поэтому заподозрить остеопо-

Диагностика и лечение остеопороза

Федеральные клинические рекомендации

Уровни доказательности, принятые при разработке данных рекомендаций

A	Высококачественный метаанализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью систематической ошибки, результаты которого могут быть распространены на соответствующую российскую популяцию
B	Высококачественный (++) обзор или систематический обзор когортных исследований или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное исследование или исследование случай-контроль с очень низким уровнем систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которого могут быть распространены на соответствующую российскую популяцию
C	Когортное исследование, или исследование случай-контроль, или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким уровнем систематической ошибки (+), результаты которого могут быть распространены на соответствующую российскую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которого не могут быть непосредственно распространены на соответствующую российскую популяцию
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов

общегородских показателей смертности у лиц того же возраста. У больных, выживших после перелома бедра, снижается качество жизни, каждый третий утрачивает способность к самообслуживанию и нуждается в длительном постоянном уходе.

Факторы риска

При остеопорозе нет характерной, в том числе ранней, симптоматики, кроме уже развившихся переломов. В связи с этим знание и учёт факторов риска приобретает особое значение для профилактики и диагностики заболевания. Необходимо целенаправленное выявление пациентов с факторами риска ОП и переломов для организации профилактики либо формирования групп риска с целью дальнейшего обследования для диагностики или исключения остеопороза.

Большинство переломов проксимального отдела бедра и дистального отдела предплечья возникают вследствие падений. Падения являются независимым фактором риска переломов.

Скрининг

Скрининг на остеопороз должен проводиться в группах риска остеопороза и переломов в первую очередь среди женщин в постменопаузе и мужчин в возрасте 50 лет и старше. Особое внимание следует обращать на людей, перенёвших переломы при минимальной травме. Своевременная диагностика ОП и адекватное лечение позволяют предотвратить у них «каскад» переломов, характерных для ОП.

В качестве скрининга наиболее целесообразен FRAX – метод прогнозирования вероятности остеопоротических переломов на основе оценки клинических факторов риска. FRAX определяет абсолютный риск перелома у мужчин и женщин старше 40 лет (у женщин в постменопаузе) в течение последующих 10 лет.

подсчёта FRAX при высокой 10-летней вероятности перелома (D).

Клиническое обследование при подозрении на остеопороз

При ОП нет характерной ранней клинической симптоматики. Единственным клиническим проявлением являются его осложнения – низкоэнергетические переломы, то есть переломы, произошедшие при такой травме, при которой здоровая кость осталась бы целостной. Соответственно боли появляются только при клинически манифестном ОП с переломами костей периферического скелета и/или позвонков.

ротический компрессионный перелом позвонка можно, если есть сочетание её хотя бы с одним из следующих признаков (В):

- деют боли в возрасте старше 50 лет;
- указание на падение с высоты собственного роста или подъём тяжести;
- связь с травмой;
- предшествующие переломы;
- возраст старше 55 лет;
- длительный приём ГКС.

Оценка риска падений

Проводится у всех людей старше 65 лет. Риск падений определяется с помощью теста «Встань и иди»: встать со стула, пройти 3 м и вернуться обратно (В). Время выполнения теста более 10 секунд свидетельствует о повышенном риске падений. Кроме того, косвенными свидетельствами повышения риска падений являются следующие (D):

- невозможность пройти без остановок 100 м;
- невозможность подняться со стула без опоры на руки;
- частые падения в анамнезе.

Инструментальная диагностика остеопороза

Денситометрия
Основным инструментальным методом диагностики остеопороза является денситометрия – измерение минеральной плотности костной ткани (МПК) методом двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) (А).

Критерии диагностики остеопороза ВОЗ (Т-критерий) применимы только для ДРА денситометрии при исследовании позвоночника и проксимального отдела бедренной

Таблица 1
Основные факторы риска остеопороза и переломов костей

Модифицируемые факторы риска	Немодифицируемые факторы риска
Системный приём ГК более трёх месяцев (А)	Возраст старше 65 лет (А)
Табакокурение (А)	Женский пол (А)
Недостаточное потребление кальция (А)	Белая (европеоидная) раса (В)
Дефицит витамина D (А)	Предшествующие переломы (А)
Злоупотребление алкоголем (А)	Низкая МПК (А)
Низкая физическая активность (В)	Склонность к падениям (А)
Длительная иммобилизация (В)	Наследственность (семейный анамнез ОП) (А)
	Гипогонадизм у мужчин и женщин* (А)
	Снижение клиренса креатинина и/или клубочковой фильтрации (В)
	ИМТ < 20 кг/м ² и/или вес менее 57 кг (А)

* – низкий уровень тестостерона у мужчин с соответствующей симптоматикой и ранняя менопауза у женщин (ранее 45 лет)

Таблица 2
Факторы риска падений

Модифицируемые факторы риска	Немодифицируемые факторы риска
Низкая физическая активность (В)	Немощность (А)
Приём препаратов, вызывающих головокружение или нарушение баланса тела (С)	Нарушения зрения (В)
	Снижение клиренса креатинина (В)
	Нарушения сна (В)

Таблица 3

Критерии ВОЗ по интерпретации результатов ДРА денситометрии у женщин в пери- и постменопаузе и у мужчин старше 50 лет (А)

Норма	Показатели Т-критерия от +2,5 до -1 стандартных отклонений от пиковой костной массы
Остеопения	Показатели Т-критерия от -1 до -2,5 стандартных отклонений
Остеопороз	Показатели Т-критерия -2,5 стандартных отклонений и ниже
Тяжёлый остеопороз	Показатели Т-критерия -2,5 стандартных отклонений и ниже с наличием в анамнезе одного и более переломов

кости (так называемая центральная или аксиальная ДРА денситометрия). При невозможности проведения аксиальной ДРА денситометрии для постановки диагноза можно использовать периферическую ДРА на уровне дистальной трети костей предплечья. Т-критерий показывает, на какое количество стандартных отклонений МПК у исследуемого выше или ниже среднего показателя пиковой костной массы молодых здоровых женщин.

Показания для проведения оценки минеральной плотности костей при первичном обследовании (А)

- женщины в возрасте 65 лет и старше
- женщины в постменопаузе в возрасте до 65 лет с факторами риска переломов
- мужчины в возрасте 70 лет и старше
- мужчины моложе 70 лет с факторами риска переломов
- лица, перенёвшие остеопоротические переломы (переломы при низком уровне травмы)

- лица с заболеваниями или состояниями, ассоциирующимися с низкой костной массой или костными потерями

- лица, принимающие медикаментозные препараты, ассоциирующиеся со снижением костной массы или костными потерями.

Рентгенологическое обследование

Стандартное рентгенологическое исследование следует проводить для диагностики переломов костей периферического скелета и позвонков (D). Показаниями для направления на рентгенографию позвоночника являются клинические проявления остеопоротических переломов позвонков (см. выше). Рентгенография костей не может использоваться для диагностики первичного остеопороза за исключением случаев, когда выявляются типичные для ОП деформации тел позвонков (D). При наличии ОП деформаций позвонков подтверждение диагноза ОП с помощью ДРА денситометрии необязательно, поскольку пациент с переломами позвонков должен рассматриваться как кандидат на лечение независимо от показателей МПК (D).

Лабораторное обследование больного с остеопорозом или с подозрением на остеопороз

Цель лабораторного обследования – проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями скелета и выявление противопоказаний для назначения медикаментозного лечения (D).

Лабораторные показатели, исследуемые при остеопорозе

- общий клинический анализ крови
- кальций и фосфор сыворотки крови
- клиренс креатинина
- щелочная фосфатаза
- общий белок и фракции электрофорезом у больных с переломом позвонка.

Изменения этих показателей не характерны для ОП. При отклонениях от нормы необходимо проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.

При наличии возможности желательно исследовать уровень 25(OH) D3 в сыворотке крови для исключения дефицита витамина D.

Формулировка диагноза

При формулировке диагноза остеопороза следует учитывать следующие его характеристики.

1. Форма:
 - остеопороз первичный (постменопаузальный, сенильный, идиопатический)
 - остеопороз вторичный (с указанием возможной причины).
 2. Наличие или отсутствие переломов костей (их локализация). При указании в анамнезе на переломы костей при минимальной травме диагностируется тяжёлая форма заболевания.
 3. Динамика заболевания:
 - положительная динамика – прирост МПК более чем на 3% за год при отсутствии новых переломов;
 - стабилизация – нет новых переломов костей, динамика МПК $\pm 2\%$ за год;
 - прогрессирование – новые переломы и/или снижение МПК более чем на 3% за год.
- Пример: Постменопаузальный остеопороз,

тяжёлая форма с компрессионным переломом Th10 позвонка, переломом лучевой кости, прогрессирующее течение. МКБ 10: M80.0

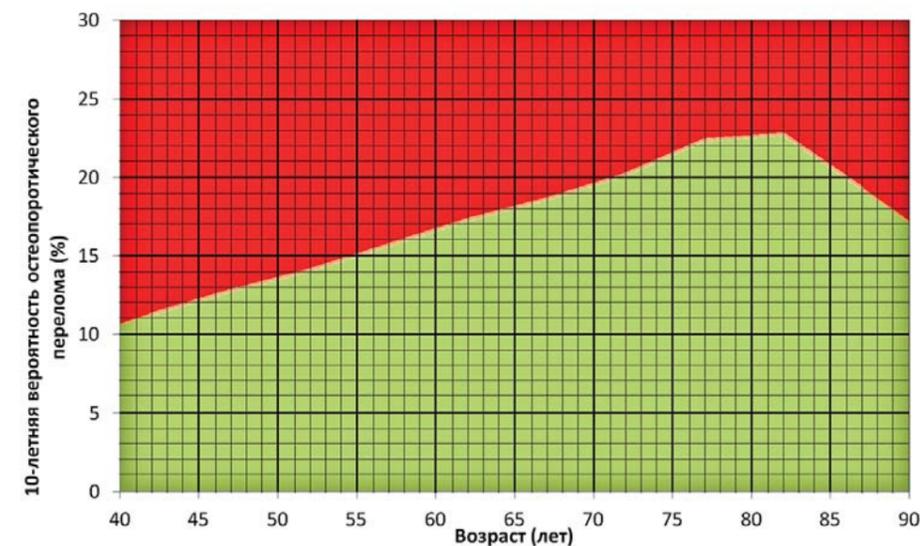
Дифференциальная диагностика

Проводят с заболеваниями с похожими клиническими проявлениями:

- остеомалация,
- миеломная болезнь,
- метастазы в кости,
- болезнь Педжета,
- почечная остеодистрофия,
- гипопаратиреоз,
- синдром Фанкони.

Особенности диагностики остеопороза у мужчин

Примерно в 30-60% случаев остеопороз у мужчин имеет вторичную природу. Поэтому



Порог вмешательства на основании определения 10-летнего абсолютного риска основных остеопоротических переломов

у них диагноз первичного (идиопатического) остеопороза выставляется только при исключении других причин заболевания.

Факторы риска переломов у мужчин

Основные факторы риска остеопороза и переломов костей у мужчин и женщин идентичны (см. выше) (А). Особую роль у мужчин играет первичный или вторичный гипогонадизм (А), лечение аналогами гонадотропин-релизинг-гормона, применяемыми для лечения опухоли предстательной железы (А), а также хроническая обструктивная болезнь лёгких из-за высокой распространённости у них курения (В).

Клинические проявления у мужчин

Клинические проявления остеопороза у мужчин и женщин схожи.

Инструментальная и лабораторная диагностика у мужчин

Подходы к диагностике остеопороза у мужчин 50 лет и старше не отличаются от диагностики постменопаузального остеопороза

(D). Однако у мужчин моложе 50 лет снижение костной массы ниже возрастной нормы устанавливается по Z-критерию (количество стандартных отклонений от возрастной нормы) при его значении $\leq -2,0$ (А). В целом у мужчин моложе 50 лет при диагностике ОП нельзя основываться только на данных МПК, необходимо учитывать и клиническую картину заболевания.

Подходы к рентгенологическому исследованию при остеопорозе у мужчин такие же, как у женщин. Деформации позвонков, выявленные по рентгенографии позвоночника, у мужчин могут быть результатом как ОП, так и травмы или тяжёлых физических нагрузок.

У мужчин с подозрением на ОП проводятся те же анализы, что и у женщин. Дополнительно исследуется уровень тестостерона в крови для исключения гипогонадизма (С).

Диагностика глюкокортикоидного остеопороза

Глюкокортикоиды (ГК) эффективны в лечении различных воспалительных заболеваний и широко используются во многих областях медицины. Пациенты любого возраста и пола, длительно (более 3 месяцев) принимающие системные ГК, относятся к группе высокого риска остеопороза и переломов (А). Риск переломов резко увеличивается после начала терапии системными глюкокортикоидами и также резко снижается после её прекращения, однако остаётся выше популяционного (А). Не существует безопасной дозы системных ГК, с увеличением суточной дозы риск перелома увеличивается (А). Наиболее высок риск переломов тел позвонков, которые развиваются, как правило, бессимптомно (А).

которая может приводить к падениям и развитию переломов. Проводятся те же тесты, что и при ПМОП.

Дополнительные методы исследования у больных, принимающих глюкокортикоиды

Денситометрия

ДРА денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра является основным методом измерения МПК у больных, принимающих ГК (А). При возможности ДРА денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра должна проводиться всем больным, которым планируется или уже проводится длительная терапия ГК (D).

Интерпретация результатов ДРА денситометрии у лиц, получающих ГК

Для диагностики снижения МПК в зависимости от возраста пациента используются Т- или Z-критерии. При этом ГКОП диагностируется при лучших показателях МПК, чем ПМОП или ОП у мужчин, а именно:

- Т-критерий $\leq -1,5$ СО у мужчин 50 лет и старше и у женщин в постменопаузе;
- Z-критерий $\leq -2,0$ СО (у детей, женщин в пременопаузе и мужчин моложе 50 лет).

Рентгенографическое обследование

Показания для направления на рентгенографию позвоночника – подозрение на компрессионные переломы позвонков.

Лабораторное обследование

Рутинная лабораторная оценка у пациента, принимающего пероральные ГК, не отличается от таковой при других формах ОП.

Основания для диагностики остеопороза и назначения лечения у пациентов, принимающих системные глюкокортикоиды (любой из нижеперечисленных) (А)

- наличие в анамнезе низкоэнергетического перелома
- возраст 70 лет и старше
- Т-критерий $\leq -1,5$ СО (у мужчин 50 лет и старше и у женщин в постменопаузе) или Z-критерий ≤ -2 СО (у детей, женщин в пременопаузе и мужчин моложе 50 лет).

Оценка 10-летнего абсолютного риска переломов (FRAX)

Модель FRAX® вычисляет у конкретного человека 10-летний абсолютный риск (вероятность) основных ОП переломов (клинически значимого перелома позвоночника, перелома дистального отдела предплечья, перелома проксимального отдела бедра или перелома плеча) и отдельно перелома проксимального отдела бедренной кости. Применяется только у мужчин 50 лет и старше и у женщин в постменопаузе, начиная с 40 лет. FRAX® можно подсчитывать как без учёта данных ДРА денситометрии, так и введя в соответствующую графу результаты денситометрии шейки бедра.

Дальнейшая тактика врача определяется на основании графика (см. ниже) порога вмешательства в зависимости от возраста пациента и 10-летнего абсолютного риска основных ОП переломов. Если пересечение этих двух параметров пришлось на красную зону графика, то пациенту рекомендуется выставлять диагноз вероятного ОП, если в зелёную зону – то оценку риска перелома повторить через год.

Особенности подсчёта FRAX у больных, принимающих системные ГК

При расчёте индивидуального 10-летнего абсолютного риска переломов у мужчин 50 лет и старше и у женщин в постменопаузе в модели FRAX® в графе «Глюкокортикоиды» надо выбрать «да», если пациент длительно (3 месяца и более) принимает или принимал пероральные ГК в любой дозе. FRAX® учитывает средние дозы ГК ($\geq 2,5$ – $< 7,5$ мг/сут) и может недооценивать риск переломов у пациентов, принимающих более высокие дозы, и, наоборот, переоценивать риск переломов у больных, принимающих лечение меньшими дозами. Для расчёта риска перелома в зависимости от дозы ГК у женщин в постменопаузе и мужчин в возрасте ≥ 50 лет необходимо использовать поправочный коэффициент.

Показания для назначения антиosteoporotического лечения

Показания для назначения антиosteoporotического лечения у женщин в постменопаузе и мужчин 50 лет и старше

- диагностика ОП по критериям ВОЗ при ДРА денситометрии (А)
- наличие перелома при минимальной травме или спонтанного (за исключением переломов костей пальцев или черепа, нехарактерных для ОП) при исключении других возможных причин перелома (А)
- на основании подсчёта 10-летнего абсолютного риска (вероятности) основных ОП переломов с помощью FRAX® (D).

(Окончание следует.)

Таблица 4
Поправочные коэффициенты к вычисленному значению 10-летней вероятности остеопоротических переломов по FRAX в зависимости от дозы системных глюкокортикоидов

Доза	В эквиваленте к преднизолону (мг/сут)	Усреднённая поправка для всех возрастов
Перелом проксимального отдела бедра		
Низкая	$< 2,5$	0,65
Средняя	$\geq 2,5$ – $< 7,5$	Без поправки
Высокая	$\geq 7,5$	1,20
Основные остеопоротические переломы		
Низкая	$< 2,5$	0,8
Средняя	$\geq 2,5$ – $< 7,5$	Без поправки
Высокая	$\geq 7,5$	1,15

VII научно-практическая конференция «Современные вопросы педиатрии», прошедшая в Москве, традиционно была посвящена проблемам, с которыми детские врачи амбулаторного звена сталкиваются в каждодневной работе. Одна из них – лихорадка, в том числе неясного генеза. Как должен действовать доктор, на что обращать внимание? На этих моментах акцент делали все докладчики, стараясь донести до педиатров современные знания.

Как известно, повышение температуры тела у детей является наиболее частым поводом обращения к врачу. Ещё тысячелетие назад Авиценна говорил, что, пока есть жар и боль, организм борется.

Знаменитый Е. Дюбуа в 50-е годы XX века предполагал: «Лихорадка является только симптомом, и мы не уверены в том, что она враг. Возможно, она друг». С тех пор педиатры стали учить стимулировать родителей не сбивать любую температуру, а выждать определённое время. Это время зависит от самочувствия и состояния здоровья ребёнка.

– Если есть вероятность судорог или имеется врождённая патология сердца, конечно же, нельзя дожидаться подъёма температуры до 38,5°C. А если ребёнок соматически здоров, то такую лихорадку допускаем, не сбивая её жаропонижающими средствами, – напомнила заведующая кафедрой педиатрии Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования профессор Ирина Захарова. – Лихорадка – это защитно-приспособительная реакция организма.

Чаще всего лихорадка связана с респираторными проблемами у ребёнка (не будем на этом останавливаться, так как и без того данный вопрос часто обсуждается). Но нельзя забывать и о других причинах. Одна из них – инфекция мочевых путей (ИМП). Она является достаточно частой патологией, с которой надо проводить дифференциальный диагноз при наличии лихорадки у детей. Последняя может быть единственным признаком ИМП.

И. Захарова сделала упор на трудностях диагностики и тактике ведения пациентов с ИМП, подчеркнув, что главная задача терапии инфекции мочевых путей – устранить симптомы и бактериурию. Если антибиотикотерапия назначена правильно, то в 90% случаев микробы погибают после первого приёма препаратов.

Затем необходимо подумать о противорецидивной терапии, проконсультировав пациента у уролога.

– Мы должны помнить, что чем младше ребёнок (особенно мужского пола), тем более вероятно у него наличие пороков развития мочевой системы, – призвала докторов к настороженности И. Захарова.

Тактика педиатра при остром пиелонефрите, цистите и бессимптомной бактериурии разная.

Профессор отметила, что бессимптомную бактериурию сейчас стараются лечить не агрессивно, понимая, что небольшое количество кишечной палочки может обладать защитной ролью, предупреждая контаминацию именно патогенными штаммами.

Что касается лечения острого пиелонефрита, то в последние годы произошли изменения. Среди препаратов выбора для стартовой терапии, которая может быть назначена в амбулаторных условиях, это либо защищённые пенициллины, либо цефалоспорины 3-го поколения. Ампициллин не используется, так как наблюдается выраженная резистентность к нему. Ступенчатая терапия, популярная 10 лет назад при ведении нетяжёлых больных, стала отходить на второй план. В тяжёлых случаях она проводится, но в стационаре.

По словам И. Захаровой, антибактериальная терапия, назначенная лихорадящим детям с

инфекцией мочевых путей в первые сутки болезни позволяет избежать формирования очагов нефункционирующей почечной паренхимы. При поздно начатом лечении (на 5-е сутки и позднее) рубцы, приводящие к утрате паренхимы, регистрируются у каждого второго-третьего ребёнка. Поэтому необходимо обращать внимание на лихорадящих детей. Очень важно убеждать родителей сдать мочу ребёнка на анализ до назначения антибиотикотерапии.

Профессор Андрей Заплатников, декан педиатрического факультета РМАНПО, остановился на особен-

ном числе и пневмонией). Остальные возбудители (микоплазма, хламидии) у дошкольников встречаются редко. А вот у детей школьного возраста, особенно подростков, примерно раз в 5-7 лет микоплазма становится конкурентом пневмококку.

В чём отличие лихорадки в зависимости от возбудителя пневмонии? По словам А. Заплатникова, если речь идёт о типичной пневмококковой пневмонии, то, как правило, она характеризуется острым началом, в дебюте заболевания отмечается одышка, фебрильная лихорадка. Она обычно стойкая,

– Профессор П. Воробьев говорит о том, что именно с лихорадки, длительной, упорной, неясной для практического врача, могут начинаться различные заболевания, но это не экзотические, не редкие болезни, а хорошо нам известные заболевания, но с необычным началом, – напомнила кандидат медицинских наук Татьяна Творогова.

Наиболее часто причиной лихорадки неясного генеза выступают инфекционные заболевания (50% всех случаев), из них 15% – вирусные инфекции, в том числе вирусы герпетической группы. Это могут быть и бактериальные

обследования таких детей. Первый уровень включает общие рутинные исследования, второй – углублённые исследования отдельных иммунологических показателей, КТ головного мозга. На третьем уровне проводится сцинтиграфия всего тела с контрастным веществом.

– Лихорадку неясного генеза нельзя путать с лихорадкой без видимого очага инфекции, – подчеркнула Т. Творогова.

В группу пациентов с лихорадкой без очага инфекции включаются дети в возрасте до 3 лет с высокой температурой, у которых на момент обращения к врачу отсутствуют катаральные явления и иные симптомы, указывающие на локализацию процесса или этиологию заболевания. То есть, когда у детей до 3-месячного возраста нет никакой конкретной симптоматики, а есть повышение температуры более 38°C, а у детей от 3 месяцев до 3 лет повышение температуры свыше 39°C.

В чём же отличие?

Лихорадка без очага менее продолжительна и более ярко при ней нарастает клиническая симптоматика. Если лихорадка неясного генеза длится свыше 2-3 недель, то при лихорадке без видимого очага конкретная симптоматика появляется к концу первой недели.

В группу с лихорадкой без видимого очага не включаются дети с симптоматикой, требующей экстренной помощи. Угрожающими симптомами являются: крайняя тяжесть состояния, выраженная интоксикация, упорное нежелание принимать жидкость (это тот самый клинический микросимптом, который может указать на развитие менингита).

Лихорадка без очага может развиваться как вследствие вирусных, так и бактериальных инфекций. Она зачастую обусловлена скрытой бактериемией, которая, кстати, не является эквивалентом септицемии (при сепсисе, как правило, имеется источник инфекции, признаки полиорганной недостаточности, инфекционно-токсический шок), однако может повлечь за собой развитие тяжёлой бактериальной инфекции. В таких ситуациях практическим врачам прежде всего нужно исключить инфекцию мочевых путей, бактериальный менингит, пневмонию (так называемую немую, без явных физических изменений), дебют остеомиелита, бактериальный отит, особенно у детей первого года жизни. На раннем этапе эти заболевания порой проявляются только лихорадкой без какой-либо клинической симптоматики.

На конференции постоянно подчёркивалась необходимость строго подходить к назначению антибиотиков. Исследования, проведённые сотрудниками Национального научного центра здоровья детей, свидетельствуют, что примерно 40% пневмококков, которые стали этиологическими факторами инфекций респираторного тракта, уже резистентны к макролидам, 15% – к пенициллинам. Это большая проблема для мегаполисов, где наблюдается скученность населения, где антибиотики легкодоступны по стоимости. Известно ведь: чем более благоприятная экономическая ситуация, тем больше вольности в выборе антибиотиков; нередко сразу же назначаются препараты последнего поколения. Всё это приводит к росту резистентности микроорганизмов. Профессор А. Заплатников призвал учитывать эпидемиологические подсказки и назначать стартовую терапию препаратами, которые будут ещё в течение нескольких лет работать.

Особо стоит отметить, что на конференции много внимания уделялось взаимодействию педиатров с родителями маленьких пациентов, умениям построить диалог с мамами и папами, сделать их своими союзниками.

**Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «М».**

Фото автора.

Итоги и прогнозы

Лихорадка — друг и враг

Изменения температурного баланса детского организма стали основной темой конференции педиатров



Во время конференции

ностях лихорадки при пневмонии в зависимости от этиологии заболевания.

– Ни для кого не секрет на сегодняшний день, что отечественный подход к диагностике инфекций дыхательных путей (на внедрение которого много сил положили профессор В. Таточенко, С. Рачинский) наиболее целесообразен, оправдан. И когда нам говорят, что за рубежом совсем другие критерии, мы должны возражать: «Где другие? В развивающихся странах, в которых врач – редкий представитель медицинской общности?» Да, там лейкоцитоз, кашель, длительная лихорадка – это уже инфекция нижних дыхательных путей, без разбивки на бронхиты, бронхолиты, пневмонии. Но если у нас создана высокоэффективная педиатрическая служба, зачем мы будем отказываться от этих достижений? – заметил А. Заплатников. – Критерием диагностики пневмонии должна быть совокупность клинических и рентгенологических данных, потому что анализ крови в зависимости от этиологии, статуса, реактивности ребёнка может и не показать острые воспалительные изменения на этапе первичной диагностики.

В подавляющем большинстве случаев у детей старше года основным возбудителем внебольничной пневмонии является пневмококк, в 10-15% – гемофильная палочка. (Кстати, существуют вакцины против пневмококка и против гемофильной палочки типа В, значит, при массовой иммунизации можно весомо снизить заболеваемость, в

поэтому назначаются адекватные антибиотики.

Микоплазменная пневмония тоже характеризуется острым началом, возможен кратковременный эпизод фебрильной лихорадки. Однако важный симптом – своего рода ножницы: есть фебрильная лихорадка, но нет дыхательной недостаточности. И вторая отличительная особенность для пневмонии этой этиологии – быстрее, самостоятельное, спонтанное купирование фебрильной лихорадки, переход её в субфебрильную. Токсикокоза при микоплазменной инфекции, как правило, не бывает. Пневмококковая пневмония протекает по-другому: интоксикация будет нарастать, пока не будут назначены адекватные антибиотики.

Клинические особенности хламидийной пневмонии: постепенное начало, в большинстве случаев субфебрильная лихорадка.

К сожалению, бывают ситуации, когда сложно поставить диагноз при наличии лихорадки, причём носящей фебрильный характер. В связи с этим выделяют лихорадку неясного генеза, её называют ту, которая имеет постоянный или интермиттирующий характер и в то же время не сопровождается симптомами, которые помогли бы выйти на конкретный диагноз, то есть отмечается только лихорадка и ничего другого не регистрируется.

Критериями лихорадки неясного генеза является её длительность не менее 2 недель и отсутствие ясности в её генезе после интенсивного обследования пациента в течение недели.

инфекции, когда речь идёт об эндокардите, болезни кошачьей царапины, о возможном формировании абсцесса печени, апостематоза почки, ранней стадии остеомиелита, а также абсцессов в параректальной зоне. Причиной могут стать и гематоонкологические заболевания (прежде всего дебют острого лейкоза), ревматические болезни (дебют системного варианта ревматоидного артрита, системной красной волчанки). Онкологические за-

болевания (опухоль мозга, различные лимфомы) тоже могут дебютировать с неясной лихорадкой.

По словам Т. Твороговой, чтобы легче выйти на диагноз, нужно обращать внимание на мелкие диагностические улики. Сбор анамнеза с их учётом – важнейший этап, направляющий диагностический поиск в правильное русло. Следует уточнить место пребывания ребёнка, в том числе за границей, в жарких странах, контакт с грызунами, насекомыми для исключения экзотической патологии. Необходимо выявить симптомы, сопутствующие лихорадке (наличие проливного пота, выраженного озноба, синяков на теле, оссалгии, мышечных и головных болей, кровотечения из носа и т.д.). Эта симптоматика может направить доктора на диагностику как онкологического заболевания, так и ревматического, а также заболевания инфекционной природы.

Составить точный алгоритм обследования при лихорадке неясного генеза сложно. Всё зависит от микросимптоматики, от клинических улик. При отсутствии указаний на заболевание сердца причиной лихорадки не стоит считать развитие инфекционного эндокардита, но в обязательном порядке следует сделать ЭХО-кардиографию сердца в первые 7 дней лихорадки, чтобы исключить один из вариантов системного васкулита, каким является болезнь Кавасаки.

Союзом педиатров России подготовлены клинические рекомендации и предложены уровни

На сегодня одной из ведущих проблем здравоохранения является поиск путей его оптимизации за счёт индивидуального и интенсивного подхода к лечебно-восстановительному процессу. В начале 90-х годов прошлого столетия появился интерес к совершенно новым разработкам в области ударно-волновой терапии. Но когда отечественные ведущие научные учреждения только приступили к реализации перспективных идей в этой области, одной из первых в стране успешно освоила совершенно новый для реалий того времени метод терапии московский физиотерапевт кандидат медицинских наук Татьяна ШЕРКОВИНА. С ней на днях побеседовала корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наиля САФИНА.

– Татьяна Юрьевна, как так получилось, что методика, которая только-только появилась в западных клиниках и ещё не была на слуху в нашей стране, стала использоваться в городской клинической больнице № 13 Москвы.

– В 90-х в нашу больницу был передан аппарат ударно-волновой терапии. Мне как физиотерапевту, прошедшему обучение в клинической ординатуре Института физиотерапии и курортологии (ныне – Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии), пришлось осваивать незнакомую технику. Связавшись с непосредственным производителем, поехала на стажировку. По мере накопления личного опыта корректировала, разрабатывала собственные методики. Это сейчас ударно-волновая терапия – прорыв в лечении ряда заболеваний, а раньше об этом методе у нас не имели представления.

– Уверена, что и сейчас не все достаточно хорошо знают о таком подходе к болезням.

– В перечень лечебных физических факторов и физических методов лечения порядка организации медицинской помощи по физиотерапии включён вид воздействия – механическая энергия в непрерывном и прерывистом, то есть импульсном, режимах, используемая методом ударно-волновой терапии. Этот метод основан на том, что мощная гидроакустическая волна «разрыхляет» фиброзные образования и кальцификаты, которые формируются в области связок. После такого воздействия эти образования нередко полностью рассасываются. Ударно-волновая терапия улучшает кровоснабжение связочного аппарата, способствует развитию коллатерального кровоснабжения, что очень важно для нормальной работы сухожилий и связок.

– Но многие боятся, что во время проведения процедуры им раздробят кости. Ударная волна воспринимается, образно выражаясь, как след от взрыва техногенного или природного генеза, сметающая всё

томическом отделении. Когда ещё только начинала работать по этой методике, основной патологией была так называемая пяточная шпора – нарушение, спровоцированное костным разрастанием в подошвенной части кости пятки. Не могу не отметить, несмотря на нынешнее развитие медицины, лечение поражения является достаточно актуальной проблемой и

гнут вверх, вызывая сдавливание и повреждение тканей стопы, начинала работать с этой патологией. К примеру, западная школа в области ударно-волновой терапии больше ориентирована не на анатомию, а на триггерные точки. Наши отечественные специалисты совмещают оба подхода.

– Другой подход, вероятно, вам тоже близок как доктору,

часто глубоко ощущаемые. Они могут проявляться в покое или только при движении. Триггерные боли могут быть столь же интенсивными, как и боли, вызванные любыми другими причинами, и проявляться в любой мышце тела. Болевое состояние в зависимости от тяжести варьируется от лёгкого дискомфорта до хронических страданий, приводящих к потере

Работают мастера

Взрыв, который созидает

Если его грамотно «приручить» в лечебном кабинете

на своём пути и приносящая сплошные разрушения...

– Согласно, очень часто встречается именно такое представление. На самом деле мы работаем не с костными структурами, а со связочным аппаратом, улучшая его кровообращение. Анатомически устроено так, что связки обделены кровоснабжением в отличие от других органов и систем. Согласно проведённым в России и за рубежом исследованиям, ударно-волновая терапия работает на уровне неоангиогенеза. Неоангиогенез – это образование новых кровеносных сосудов. Например, он наблюдается при раневом процессе, росте организма, беременности и в ряде других физиологических и патологических процессов.

– Уйдя от обсуждения патофизиологических механизмов, появляется вопрос – как часто возникает рецидивы после ударно-волновой терапии и меняется ли подход к лечению после возникновения рецидива?

– Риск возврата заболевания зависит от многих факторов. Безусловно, степень успеха лечения пациентов определяется не только длительным стажем работы врача, но и наличием техники, всегда идущей в ногу со временем. А так, видите, у меня всегда на столе открыты анатомические атласы, но, если надо, изучаю анатомию и непосредственно в патологоана-



сейчас. Так вот, при лечении методом ударно-волновой терапии плантарного фасциита, рентгенологическим симптомом которого является пяточная шпора, на 7 тыс. больных мною наблюдалось всего лишь 3 рецидива, то есть крайне редко. А ещё в те времена я ходила в морг, чтобы изучить, например, подошвенный апоневроз и визуально представлять, куда же набивается кальций. И только убедившись, что нарост действительно подобен шпигу или клину, заострённый конец которого направлен в сторону пальцев и за-

в прошлом специализированному на иглорефлексотерапии?

– Если вы напоминаете, что имеется устойчивая корреляция между местоположением на теле миофасциальных триггерных точек и классических точек акупунктуры, то в какой-то степени, да, близок. Считается, что триггерные точки имеют анатомическую связь с акупунктурными точками, в том числе и с болевыми симптомами. Боли, обусловленные триггерными точками, как правило, устойчивые, тупые и ноющие,

работоспособности. В настоящее время существует несколько концепций для объяснения анальгезирующего эффекта ударно-волновой терапии. Так, ударная волна воздействует на нейроны и полностью прекращает передачу болевых импульсов. Уменьшение боли и положительное влияние на состояние пациента обусловлено ещё и тем, что раздражённые болевые рецепторы способствуют выбросу большого количества эндорфинов. Также установлено, что прохождение звуковых волн приводит к выработке эндорфинов в ответ на раздражение болевых рецепторов. Об улучшении кровообращения в области воздействия я уже говорила. Добавлю, что усиление притока крови и локальная гиперемия в месте воздействия интенсифицируют распад медиаторов воспаления и индуцируют регенеративные процессы. Что касается разрушения кальциатов ударной волной, с чего мы начали разговор, параллельно идёт стимуляция их реабсорбции. Известно, что ударно-волновая терапия стимулирует выведение продуктов катаболизма, активируя функцию макрофагов, чем и достигается противовоспалительный эффект.

Москва.

Слово о болезни

В конце мая ежегодно отмечается День борьбы с рассеянным склерозом – тяжёлым аутоиммунным заболеванием, заставляющим страдать более 2 млн человек во всём мире.

Накануне этого события состоялась Всероссийская конференция «Демиелинизирующие заболевания центральной и периферической нервной системы. Редкие и атипичные формы», собравшая несколько тысяч специалистов из России и из-за рубежа. В её рамках прошло образовательное интерактивное мероприятие «Иди уверенно».

Рассеянный склероз (РС) – заболевание, с которым сталкиваются молодые люди в возрасте от 20 до 40 лет, в период наиболее активной социальной жизни, когда многие стремительно строят карьеру и создают семью. Оно проявляется ранним развитием ряда неврологических симптомов, включая мышечную слабость, утомляемость, проблемы со зрением, нарушение тазовых функций и координации движений. Если его не лечить, человек становится глубоким инвалидом.

Этиология заболевания, несмотря на многочисленные научные

Иди уверенно!

Каково жить с рассеянным склерозом

изыскания, остаётся неясной. Существует ряд гипотез, пытающихся пролить свет на природу РС. По мнению сотрудника кафедры неврологии и нейрохирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова Глеба Макшакова, триггерным механизмом, запускающим недуг, могут становиться вирусы, поражающие нервную систему пациентов.

Наиболее тяжёлой считается первично-прогрессирующий тип течения рассеянного склероза (ППРС), при котором уже в течение 10 лет с момента дебюта заболевания люди становятся инвалидами.

Учёные десятилетиями искали средство от недуга, однако до нынешнего года ни один исследуемый препарат не доказал эффективности и не был зарегистрирован при этой форме РС.

Сегодня благодаря инновационным разработкам в области анти-В-клеточной терапии у пациентов с ППРС появляется надежда существенно замедлить прогрессирование заболевания и с оптимизмом взглянуть в будущее.

Обо всём этом подробно рассказали профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, президент Российской комиссии исследований рассеянного склероза, доктор медицинских наук А.Бойко и президент Общероссийской общественной организации инвалидов-больных рассеянным склерозом, профессор-невролог, доктор медицинских наук Я.Власов.

В ходе конференции можно было не только пообщаться с рядом

видных специалистов, занимающихся этими проблемами, но и познакомиться с представителями пациентских организаций, узнать, с какими ситуациями им и самим пациентам приходится сталкиваться в повседневной жизни.

30-летний Андрей, которому диагностирован ППРС, передвигается с палочкой, плохо чувствует свои конечности, страдает частичной потерей зрения, хотя раньше играл в футбол и прекрасно видел. 60-летняя Елена Геннадьевна, которая живёт с этим заболеванием уже 15 лет, рассказала, что периодически перестаёт ощущать ноги, и тогда даже палочка не помогает ей удержаться. Нередко падения заканчиваются переломами конечностей.

Сохранять самообладание и бодрость духа нашим собеседникам помогают близкие люди, которые

их неустанно поддерживают, окружают заботой и вниманием. По мнению врачей, моральная поддержка и здоровый образ жизни не менее важны, чем самые современные и действенные инновационные препараты.

Для того, чтобы журналисты лучше прочувствовали, каково жить людям с рассеянным склерозом, участникам встречи предложили принять участие в интерактивной части мероприятия: собрать мозаику с помощью толстых кожаных перчаток (имитация потери чувствительности конечностей), пройти в тяжёлых «колодках» по качающемуся надувному матрасу (нарушение баланса и координации движений), соединить точки на рисунке в очках с «размытыми» стёклами (частичная потеря зрения)...

Скажем честно – тяжело. А если соединить все эти симптомы – вообще непонятно, как жить. Не удивительно, что уровень суицидов у больных РС в 7-8 раз выше, чем в среднем по стране...

А значит – большая надежда на внимание государства к этой важнейшей проблеме, заставляющей страдать более 70 тыс. россиян.

Наталья ЛЕСКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Пилотные проекты в области лекарственного возмещения должны были заработать ещё 5 лет назад, но эти сроки постоянно сдвигались. Сегодня в планах стоит 2019 г., однако пока существует неопределённость в вопросах размера и источников компенсации затрат на этот проект, сообщила директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Елена Максимкина на V конгрессе «Право на лекарство», состоявшемся в конце мая в Москве.

Согласно стратегии, разработанной ведомством, новая система должна решить проблемы с лекарственным обеспечением всего населения, а не отдельных групп пациентов, и определённые предпосылки для её внедрения уже есть.

Прежде всего, сформирован Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), который станет основой для запуска пилотных проектов. По словам Е.Максимкиной, при формировании списка используются объективные и прозрачные критерии, позволяющие максимально «оцифровать» данный процесс. Один из последних шагов в этом направлении – разработка поправок в Постановление правительства РФ № 871, касающихся процедуры включения в перечень новых препаратов и исключения из него устаревших и малоэффективных, в ближайшее время они будут вынесены на общее обсуждение. В частности, больше внимания будет уделяться фармакоэкономическим аспектам применения ЛС, в том числе такому важному параметру, как «влияние на бюджет».

Существенным препятствием на пути реализации надлежащей лекарственной политики в регионах является пресловутая монетизация льгот. Сегодня правом «превратить» натуральную лекарственную льготу в живые деньги воспользовались более 13 млн граждан страны. В итоге был потерян солидарный принцип обеспечения, заложенный в основу программы: «здоровый платит за больного». И те бюджетные средства, которые сегодня на неё выделяются, априори не могут покрыть всех расходов на лекарства.

Согласно предварительным расчётам, на реализацию модели всеобщего лекарственного обеспечения ежегодно необходимо порядка 500 млрд руб. По сути,

государству придётся искать источники финансирования, чтобы покрыть ту сумму, которую сегодня платят за лекарства сами граждане. По оценке DSM Group, житель страны в среднем тратит в год на лекарства 7700 руб., из них 5,5 тыс. приходится на собственные средства. Потребление в упаковках выглядит аналогичным образом: 28 – за счёт граждан, и только 7 – за счёт государства.

По данным аналитических агентств, в прошлом году собственные средства населения на препараты из Перечня ЖНВЛП,

монетизации может дать дополнительно более 130 млрд руб. Но на полное покрытие фактического потребления требуется ещё порядка 193 млрд, уточнила Е.Максимкина.

По её словам, в настоящее время Минздрав наделён правом устанавливать начальную (максимальную) цену контракта на основе референтной цены. Таким образом, с учётом поправок в Федеральный закон № 44-ФЗ, которые вступают в силу 1 января 2018 г., ведомство в дальнейшем сможет отказаться от глобальных закупок ЛС. Это позволит сделать лекарственную помощь

Однако внедрение системы возмещения сопряжено с определёнными сложностями. Прежде всего это касается введения соплатежей со стороны граждан. «Все боятся произносить словосочетание «подключение населения», потому что интерпретация слов Минздрава идёт всегда в негативе. В смысле: Минздрав сказал, что будут брать деньги с населения. Да, это один из вариантов», – уточнила спикер.

Подобные схемы уже начинают применяться в пространстве ЕАЭС. Так, например, в Казахстане в рамках программы обязатель-

соблюдения правильности применения лекарства и других рекомендаций, которые даёт врач пациенту», – акцентировала глава департамента. Если обратиться к европейскому опыту, к примеру, в Германии пациент не получает бесплатно препараты для снижения сахара в крови, если он не соблюдает специальную диету и рекомендации по питанию. Аналогичные механизмы повышения compliance существуют и в других странах Европейского союза.

Кроме того, государству необходимо научиться правильно считать эффективность расходов в систе-

Проблемы и решения

Таблетки для всех

На реализацию модели всеобщего лекарственного обеспечения требуется порядка 500 млрд руб. в год



отпускаемые по рецепту, составили около 200 млрд руб. С учётом того, что не все смогли позволить себе купить то, что им нужно, при возможности получать лекарства на условиях возмещения, к этой сумме необходимо приплюсовать ещё 100 млрд руб., считают эксперты.

Один из источников – переход на референтное ценообразование. По экспертным оценкам, это даст экономии до 50% средств. Прогнозы министерства менее оптимистичны – 15-20%. Отказ от

адресной, поскольку при введении системы возмещения у пациента и врача появится право выбора конкретного препарата, исходя из имеющихся возможностей. В программу попадут только лекарственные препараты, включённые в Перечень ЖНВЛП. Если человек захочет приобрести более дорогой препарат в рамках одного МНН, то он должен будет оплатить разницу между референтной ценой и рыночной стоимостью лекарства.

ного социального медицинского страхования уже в этом году граждане будут обязаны перечислять в фонд ОМС 5% от своей ежемесячной зарплаты. Полученные средства, в том числе, должны покрыть расходы на бесплатную лекарственную помощь.

По словам представителя ведомства, в настоящее время прорабатывается юридическая сторона вопроса, касающегося в целом лекарственной политики: «До сих пор нет чёткого понятия, что такое лекарственное обеспечение, где средства граждан, а где средства государства, каковы гарантии и ответственность государства, врача, пациента». Все эти вопросы необходимо прописать законодательно, в связи с чем сегодня обсуждается идея разработки отдельного нормативного акта о лекарственном обеспечении.

Понятно, что новая система не заработает одновременно, многое придётся менять в амбулаторном звене (автоматизация процесса, ведение электронных амбулаторных карт и выписки рецептов и др.). В детализации нуждается также вопрос ответственности самих пациентов, их приверженности к лечению. «Сегодня много говорят о моделях риск-шеринга, или разделения рисков, но их запуск требует неукоснительного

ме здравоохранения и оперативно перераспределять эти средства на лекарственную помощь. «Идею «бюджетного разворота», которая была озвучена на предыдущих конгрессах, не оставят без внимания, – заверила Е.Максимкина. – Искусственное разделение решения одинаковых задач и лишение себя манёвра – абсолютно неправильное движение для государственной политики».

Совокупные расходы государства на здравоохранение составляют более 3 трлн руб., из них почти половина – 1,2 трлн – «уходят» на зарплату всего медперсонала. Таким образом, цифры расходов на лекарства не выглядят заоблачно недостижимыми, считает Александр Саверский, президент Лиги защитников пациентов.

– Наша задача, чтобы лекарства стали доступны, а под доступностью мы подразумеваем бесплатность. Экономические доводы, что в бюджете нет средств, имеют неправоую основу, – сказал он. – Потратив 2 года на разработку платформы «Право на лекарство», находясь во взаимодействии с органами прокуратуры и госорганами, можно чётко сказать, что мы правы.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Перспективы

Инструменты роста

Развитие российской фармацевтической розницы в I квартале 2017 г. ознаменовалось укреплением тех позитивных тенденций, начало которых было положено ещё в прошлом году.

Как отмечается в отчёте аналитической компании RNC Pharma, спрос на лекарственные препараты в России медленно, но восстанавливается, причём как за счёт роста натурального объёма потребления, так и в результате переключения потребителей на приобретение более дорогостоящих лекарств. С другой стороны, имеющаяся положительная динамика, пока, увы, не более чем приятный факт, который хоть и улучшает общее самочувствие аптечных учреждений, но в силу объективных причин не может служить базой ни для количественного, ни для качественного развития отрасли, отмечают аналитики.

Основные инструменты роста, которые были задействованы в развитии фармрозницы в недавнем прошлом, сейчас либо полностью не эффективны, либо очень близки к порогу целесообразности. Например, уже практически невозможно найти подходящее по площади и условиям аренды помещение в местах с достаточным уровнем трафика.

Определённые возможности в этом плане открывают глобальные инвестиционные программы, скажем, проект реновации в Москве, но даже при всей масштабности данных проектов эти истории сугубо локальные.

Подобные перспективы открывает сход с дистанции некогда крупных аптечных сетей в отдельных регионах, к примеру, в Санкт-Петербурге. Возможности ценовой конкуренции тоже близки к исчерпанию. Сейчас подразделения-дискаунтеры в своём составе имеют фактически каждая уважающая себя аптечная сеть, а переступать грань ценовой войны в текущих условиях – себе дороже.

Между тем интерес к фармрынку со стороны нефармацевтической розницы обещает в обозримой перспективе серьёзное усиление конкуренции, прогнозируют аналитики. Так что фармритейлу в ближайшие пару лет придётся очень серьёзно озаботиться поиском новых путей развития. Впрочем, в случае масштабного развёртывания аптечных проектов двух крупных продуктовых сетей совсем без потерь обойтись будет едва ли возможно. Но пока можно хотя бы попытаться минимизировать эти потери.

Ирина АНДРЕЕВА,
МИА Сито!

Статистика

В соответствии с прогнозом компании QuintilesIMS Holding, к 2021 г. расходы на рецептурные лекарственные препараты в США вырастут на 4-7%, а не на 6-9%, как предполагалось ранее, и составят 580-610 млрд долл. Это обусловлено меньшим количеством одобренных новых препаратов в 2016 г., ценовым давлением на фармпроизводителей и дженериковой конкуренцией.

Меньше, но дороже

Одновременно рост цен на брендированные препараты замедлится. Ряд фармпроизводителей, подчинившись давлению со стороны политиков и страховых компаний, обязались ограничить ежегодное повышение цен десятью процентами.

Частично рост расходов на новые лекарства будет компенсироваться более широким применением дженериков на фоне истечения сроков действия патентов на некоторые оригинальные препараты-бестселлеры и выходом на американский рынок биоаналогов.

В 2016 г. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) одобрило только 22 новых лекарственных препарата по сравнению с 45 в 2015 г. По мнению аналитиков, это также станет одним из факторов снижения роста расходов на рецептурные препараты в 2017 и 2018 г.

Эксперты прогнозируют, что рост коли-

чества одобрений FDA начнётся в 2019 г. Ожидается, что с 2019 по 2021 г. регулятор ежегодно будет одобрять 40-45 новых брендов. Этот вывод сделан на основе анализа портфелей экспериментальных препаратов фармацевтических компаний. В настоящее время финальные стадии разработки проходят более 2,3 тыс. инновационных препаратов, в том числе свыше 600 для лечения онкологических заболеваний. На последние могут быть установлены очень высокие цены.

Препараты для лечения хронических заболеваний, таких как артериальная гипертензия и психические расстройства, станут основными драйверами роста цен.

Отмечено, что применение болеутоляющих препаратов сократилось на 1% на фоне борьбы с зависимостью от опиоидных препаратов.

Анна КРАСАВКИНА,
По информации Reuters.com.

Взгляд

Поэт учил, что привычка даёт нам в качестве подмены счастьем, одной из ипостасей которого является здоровье (не совсем оптимистическая шутка утверждает, что о нём можно говорить, когда каждый день болит что-то другое).

Мы живём в режиме постоянного привыкания к меняющейся среде – автомобильным выхлопам и скоплению пластика на чудесных пляжах мало кем посещаемых тропических островов, новым пищевым продуктам и лекарствам, тканям и материалам для одежды и обуви. Всё это сказывается на наших клетках, которые за миллионы лет своего развития никогда не сталкивались ни с чем подобным. Предки людей питались подножным кормом, затем перешли к охоте и собирательству, чтобы в конце концов осесть и заняться фермерством, перейдя к потреблению энергоёмких злаковых и мясных продуктов, получаемых от одомашненных животных.

Смена режимов питания отразилась на развитии мозга и других органов, клеткам и тканям которых соответствует свой геномный «штрих-код», или сигнатуры в виде активности наборов тех или иных генов. Учёные научились не только «вычленять» эти сигнатуры, но и с помощью светящихся протеинов делать их видимыми и зримыми. Так, в млечном протоке эпителиальные клетки, в которых синтезируется уникальная комбинация молока, можно «подсветить» красным, а клетки подлежащей стромы – зелёным. Сотрудники Юго-Западного университета штата Теннесси выявили повышенную активность 35 генов, совокупность которых они назвали сигнатурой, определяющей «склонность» трансформированных клеток не замечать действия лекарств. Одним из главных в этой когорте является ген, кодирующий фермент деметилазу.

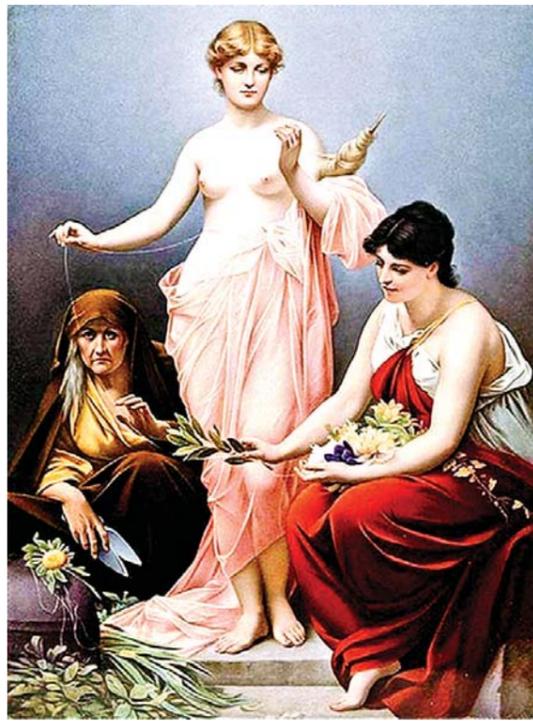
Ферменты этого класса «снимают» с генов запрещающие их активность метильные группы – СНЗ. Известно, что метилированию вскоре после рождения подвергаются практически все гены эмбрионального развития, и «воскрешение» их активности является свидетельством геномного дисбаланса. Фермент носит слэнговое название «джумонджи», представляющее собой заимствованное японское слово *Jumonji*. Так самураи называли борцов-воинов и боевое копье для нанесения разящего удара. В ходе развития зародыша фермент регулирует генную активность, ограничивая, в частности, увеличение мозга (который при отключении белкового регулятора *Jumonji* может вырастать в 2-3 раза больше обычного). Для подавления активности мутантного фермента уже найдено несколько ингибиторов, самый активный из которых действует в наномолярных концентрациях, практически не нанося вреда здоровым клеткам.

Практически все нынешние лекарства, так или иначе, действуют

Микрометил

на цитоплазматические протеины, подавляя их излишнюю активность. Однако в Принстонском университете (США) совершенно неожиданно обнаружили ещё один трансформирующий агент в виде микроРНК (miR). Известно, что сложная структура генов воспроизводится в виде длинных молекул информационной РНК, выходящих в клеточную цитоплазму, где по её «команде» рибосомы синтезируют протеины. Однако помимо этого с ДНК синтезируются и различные РНК, не кодирующие белков, при этом микроРНК могут «замалчивать» – осуществлять сайленсинг обычных генов, совершая тем самым интерференцию в генную активность. Помимо miR в Принстоне уточнили роль одного из белков в клеточном ядре, который «продвигает» стволовые клетки по пути развития и специализации для выполнения возложенной на них функции. МикроРНК, как выяснилось, является ярым «противником ядерного протеина, поддерживая стволовое состояние клеток, которые способны быстро делиться. Так, исследователи, которым помогли их коллеги из шанхайского Университета Фудань, выявили ещё один фронт борьбы с аномальными клеточными разрастаниями.

Не желают отставать от общего движения и «клеточники» Института биомедицинских исследований Барселона, которые попытались раскрыть механизм развития клеточной адаптации к действию тех же производных знаменитого таксола. Его довольно давно выделили из коры сосен рода *Taxus*, растущих на западном побережье Северной Америки. Анализ показал, что таксол подобно печально известному колхицину блокирует самосборку микротрубочек веретена клеточного деления. В Барселоне выяснили, что последовательное применение курсов доцетаксела (*Docetaxel – DTX*) с перерывами предпочтительнее одноразового. Каталонцы назвали первый подход лекарственным отпуском – *drug holidays* – и убеждены, что у «отпусчников» меньше образуется хеморезистентных клеток с большим потенциалом инициации повторного роста.



Три судьбы античных греков

Добавим, что Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA), по сообщению *Nature*, впервые одобрило лекарство против опухолей со специфическими мутациями, действие которого блокирует белок, поддерживающий стволовое состояние клеток. На обложке журнала показан метод определения ДНК опухолевых клеток в крови.

Свой теоретический подход сотрудники института опробовали на мышиных «парных» моделях резистентности, которые выявили сигнатуры, помогающие прогнозировать течение и предсказывать исходы процессов в режиме персонализации. Наука долго шла к этому, но ей не хватало разрешения созданных ею методов изучения клеточной жизни. Сегодня учёные всё полнее видят её, и преимущество новых подходов заключается в том, что исследуются живые клетки, чего до сих пор не было в истории науки.

Греки считали, что судьбой человека управляют три женщины, самая добрая и прекрасная из которых «пряха» – Лахезис – несомненно сучит нить жизни, другая отмеряет её, а третья в образе старухи обрезает её ножницами, недаром звали её «а-тропос» – неотвратимая. Нити клеточной жизни «сучат» стволовые клетки, на другом полюсе от которых конец определяет апоптоз, или запрограммированную смерть. Но это в норме, в здоровом организме...

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам *Cell Reports*.

Мнения

Борьба с избыточной массой тела может быть безрезультатной, если человек при этом не высыпается. Учёные из Уппсальского университета (Швеция) в ходе экспериментов выяснили, что даже одна-единственная «плохая» ночь может оказать существенное негативное влияние на метаболизм, уровень сахара в крови и другие показатели. Проблемы со сном в настоящее время имеются у большого количества людей, и из-за недосыпа и связанных с ним изменений в организме может изменяться аппетит, а кроме того, мозг может начать иначе реагировать на пищу.

Сон – лучший врач?

Две трети населения Европы имеют лишний вес, четверть европейцев уже перешли грань, за которой начинается ожирение. Сидячий образ жизни и неправильное питание – вот те факторы, которые, как считается, играют ключевую роль при наборе веса, однако спикер научной группы Кристиан Бенедикт отметил, что хороший сон тоже очень важен.

Это подтвердило исследование, в ходе которого 14 юношей-студентов прошли через серию опытов со сном – в течение нескольких суток они спали положенное количество часов, затем время сна было сокращено, а на конечном этапе молодые люди не спали ночью вообще. После экспериментов учёные замерили, каким образом

изменились количество пищи, потребляемой участниками, уровень сахара и гормонов в их крови, а также метаболизм.

Оказалось, что даже после одной ночи недосыпа уровень глюкозы и грелина (гормона, регулирующего аппетит) в крови повышался, а энергозатраты на дыхание и иные процессы, наоборот, понижались. Невыспавшиеся люди употребляли столько же продуктов, сколько и раньше, но переработка этих продуктов происходила иначе. Острый недостаток сна также влиял на микробиом человека, что также замедляло метаболизм.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По сообщению *The Guardian*.

Гипотезы

Сердце, тебе не хочется покоя

Как известно, многие человеческие органы имеют способность к регенерации, однако сердце не обладает данным свойством. Мышечная ткань сердца (миокард) не восстанавливается после повреждений и возрастных изменений, из-за этого так высока смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Однако исследование медиков из Университета Хьюстона в США показывает, что регенерация теоретически возможна.

Например, несколько лет назад американские исследователи из Университета Техаса, обнаружили, что регенерация возможна даже после рождения, сердце мышонка сохраняло такую способность в первый день жизни, правда теряло её в течение нескольких дней после рождения. Учёные уверены, что необходимо изучать молекулярные механизмы, которые действуют во время регенерации и останавливают её.

Исследователи из Университета Хьюстона (США) выделили в клетках соединительной ткани эмбриона около 140 видов микроРНК, участвующих в регуляции генов. Следующим шагом стало определение тех из них, которые связаны с формированием кардиомиоцитов. Особую группу молекул удалось найти.

Как утверждают авторы исследования, выделение данной группы позволяет серьёзно рассчитывать на возможности использования микроРНК при лечении сердечно-сосудистых заболеваний и «управление» восстановительной способностью сердца. Теперь необходимо продолжать исследования.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению *BBC*.

Исследования

Гены неандертальцев, которые были получены кроманьонцем в результате спаривания двух разных подвидов людей, оказывают заметное влияние на современного человека. К такому выводу пришли исследователи из Университета Вашингтона (США), проанализировав последовательности РНК из разных тканей.

Исследования позволили выявить гены разных подвидов человека, парно расположенные в одних и тех же участках спаренной

Всё по Дарвину

ДНК. Затем учёные определили, насколько активно эти гены участвовали в построении белка, влияя в итоге на их носителя.

В результате исследований таких пар в ДНК 52 видов тканей удалось выяснить, какова разница в работе этих генов. По словам учёных, даже спустя 50 тыс. лет после исчезновения последнего неандертальца его гены, переданные смешанному

потомству, не исчезли, а продолжают участвовать в формировании человека.

Предыдущие исследования, что характерно, подтвердили: гены неандертальцев влияют на такие показатели, как интенсивность жирового обмена, склонность к депрессии, риск появления системной волчанки. Теперь выяснилось, что рост и склонность к

шизофрении также коррелируются этими генами.

Как отметил один из исследователей доктор Раджив Маккой, активность генов неандертальца, как правило, была особенно низка в мозгу и в семенниках, так как, по-видимому, эти ткани за 700 тыс. лет после расхождения подвидов развились особенно быстро. К сожалению, побочным эффектом быстрого развития мозга стала шизофрения, которая появилась как патологическая надстройка высшей нервной деятельности человека. Активные гены, переданные крома-

ньонцам от неандертальцев, уменьшают вероятность проявления этой патологии. Эти же гены определяют рост их носителя.

Разумеется, это не значит, что шизофрения – удел людей определённого роста, однако управление столь разными параметрами человека с помощью одних и тех же генов может оказать серьёзную услугу в дальнейшей диагностике шизофрении, а также в раннем выявлении возможной группы риска этого заболевания.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

По сообщению *Reuters*.

Угроза

В отпуск
за болезнью?

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека предупредила российских туристов об ухудшении эпидемиологической ситуации в Индии.

В 2017 г. в стране выросла заболеваемость свинным гриппом, лихорадками Чикунгунья и Денге, зарегистрировано 150 случаев холеры и 3 – заражением вирусом Зика.

Так, в штатах Мумбайского округа растёт заболеваемость свинным гриппом. С начала года от этой инфекции в стране умерли более 200 человек и более 7,5 тыс. госпитализированы. По мнению экспертов, рост заболеваемости связан с неблагоприятными климатическими условиями.

В штате Гуджарат, по данным Всемирной организации здравоохранения, выявлены случаи заражения вирусом Зика. Растёт заболеваемость лихорадками Денге и Чикунгунья в штате Махараштра. Из зарегистрированных с начала этого года 150 случаев холеры 3 завершили летальными исходами.

Между тем в прошлом году Индия занимала лишь пятое место в ТОП-5 стран, где у российских туристов возникли проблемы со здоровьем. Тогда страховщики составили список стран, в которых путешествующие россияне чаще всего обращались за медицинской помощью.

На первом месте оказалась Болгария, на неё пришлось 7,3% всех таких обращений застрахованных в стране. Вторую строчку занимает Испания – 5,4% обращений. Таиланд (4,2%) замыкает тройку «лидеров». На четвёртом месте находится Индонезия – 4% обращений, на пятом – Индия (2,9%).

Среди причин обращений в Болгарии отмечены такие проблемы, как ОРВИ и ОРЗ (45% обращений), расстройства желудка и отравления (18%), ушибы, переломы и травмы различной степени тяжести (11%), конъюнктивиты и прочие заболевания глаз (5%).

В Испании самой частой причиной обращений россиян стали также простуды (41% от общего числа обращений в стране). На втором месте – заболевания желудочно-

кишечного тракта и расстройства пищеварения (15%), на третьем – травмы (14%). Среди необычных страховых случаев, произошедших с россиянами на территории этой страны, стал укусы лошади.

«Высокая обращаемость за организацией медицинской помощи в Болгарии и Испании – это с большой долей вероятности временный тренд, – считают страховщики. – Основная причина лидерства первой тройки стран – перераспределение туристического потока из традиционных для россиян Турции и Египта».

В Таиланде 30% обращений к страховой компании пришлось на отравления, по 16% на лор-заболевания и простуды. Частой причиной обращений являются также укусы животных (кошек, собак, обезьян, морских обитателей) – 13% всех страховых случаев.

В Индонезии помимо традиционных для этого региона обращений в связи с проблемами желудочно-кишечного тракта (15%), простудами и лор-заболеваниями (13%), травмами (6%), отмечались также как обычная лихорадка, так и характерная для тропического климата лихорадка Денге (10%).

В Индии путешественники часто обращались в страховую компанию при острых расстройствах желудка (33%), простудах и вирусных инфекциях (24%), некоторые – с зубной болью (2%).

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Выводы

В Атланте (США) в марте нынешнего года проходил конгресс Американской академии аллергии, астмы и иммунологии. В рамках конгресса были представлены результаты исследования, показавшего, что употребление небольшого количества белка пшеницы у пациентов с аллергией на неё может обладать десенсибилизирующим эффектом. Энн Новак из Университета Нью-Йорка (США), представившая итоги исследования, отметила, что если результаты подтвердятся в других работах, то такая терапия может снизить риск одной из самых часто встречающихся и серьёзных пищевых аллергий.

Как известно, пшеница содержит большее количество белка, чем рис и другие зерновые культуры. Необходимо отметить, что аллергия на пшеницу может проявляться анафилактическим шоком. Однако до настоящего времени только в двух небольших исследованиях изучалась оральная иммунотерапия у пациентов

Пшеничная диета

с повышенной чувствительностью к пшенице.

Для проверки гипотезы о том, что десенсибилизация может иметь положительный эффект, учёные провели анализ. В исследовании участвовали 48 пациентов.

Вначале пшеничную клейковину (в 29,8 г содержится 7 г протеина пшеницы) развешивали в капсулы, затем давали участникам исследования в виде порошка, вес которого можно было измерять в домашних условиях при помощи специальной мерной ложки.

Год спустя 52,5% участников исследования из группы, где применялась пшеница, могли употреблять 4443 мг пшеницы без развития аллергии, в то время как в группе плацебо 0% (P < 0.0001). Ещё через год терапии уровень пшеница-специфического иммуноглобулина G4, являющегося маркером пищевой толерантности, был выше в группе, где применялась низкая

доза клейковины пшеницы, по сравнению с группой плацебо. Уровень иммуноглобулина коррелировал со способностью участников исследования употреблять пшеницу.

На протяжении последующих 52 недель лица из группы плацебо перешли в группу с высокой потребляемой дозой пшеничной клейковины (максимальная суточная доза 3870 мг). Пациенты из другой группы продолжали получать низкую дозу пшеницы. В конце второго года 66,7% из группы с высоким потреблением клейковины переносили 4443 мг пшеницы.

Хотя статистически значимых различий между группой с высоким потреблением клейковины и низким потреблением достигнуто не было, Э.Новак предположила, что более высокая доза может быть эффективнее.

Борис БЕРКУТ.

По сообщению Nature.

Идеи

Фототерапия: новое мировосприятие

В США каждая шестая женщина сталкивалась с сексуальным насилием в той или иной форме.

Более чем у половины представительниц слабого пола, имевших в жизни такой печальный опыт, развивается посттравматическое стрессовое расстройство – и при этом лечение помогает далеко не каждой. Существующая терапия для части женщин оказывается бесполезной, симптомы расстройства снова появляются через некоторое время после исчезновения. Абигейл Ролбики из Университета Миссури (США) предложила новый метод, который снизил количество этих симптомов.

В небольшом исследовании участвовали 9 женщин, ставших в определённый момент жизни жертвами насилия. Каждой из них

вручили фотоаппарат и попросили делать снимки, которые отражали произошедшее с ними, а также иллюстрировали бы процесс восстановления после травмы. Ежедневно все участницы встречались и обсуждали сделанные ими фотографии. После окончания этих встреч женщины организовали выставку фотографий, на которую можно было войти только по приглашениям. Целью выставки было рассказать посетителям о насилии и о том, как себя чувствуют пережившие его люди. После мероприятия А.Ролбики пообщалась с каждой участницей отдельно.

Автор исследования рассказала, что описанный метод был полезен для пациенток. По их словам, симптомы расстройства проявлялись реже, женщины меньше винили себя в произошедшем и добавляли,

что стали более сильными благодаря фототерапии. Специалист прокомментировала, что женщины делали снимки, отражавшие их сильные и слабые стороны, фотографировали триггеры, которые заставляли их вспоминать о пережитом, а также снимали то, как они пытались добиться справедливости с помощью правосудия.

Обсуждение этих фотографий помогало участницам «привыкнуть» к триггерам, перестать остро реагировать на них, а также смягчить свой опыт, вспомнив о нём в безопасной обстановке и почувствовав поддержку группы. А.Ролбики добавила, что встречи помогли женщинам дистанцироваться от роли жертвы.

Алиа КРАЗУЭ.

По сообщению Medical Xpress.

Однако

Профессор Дэвид Натт из Имперского колледжа Лондона (Великобритания) считает, что в недалёком будущем альтернативой традиционному алкоголю станет синтетический. Люди, употребляющие такой напиток, ощутят всё то, что обычно сопровождается приёмом алкогольных напитков – улучшение настроения, раскрепощённость и эйфорию. А вот симптомов похмелья: головной боли, сухости во рту и других неприятных ощущений после принятия алкоголя удастся избежать.

Выпивка без похмелья

Профессор Натт утверждает, что любители алкоголя смогут употреблять свои любимые напитки в беспохмельном варианте, не боясь навредить своей печени и сердцу.

Учёный уже разработал и запатентовал более 90 вариантов «антипохмельного» вещества, которое можно будет добавлять к традиционным алкогольным напиткам. Одни из них совершенно безвкусны, а другие могут придавать алкоголю специфические вкусовые оттенки.

Для того чтобы создать такое соединение, профессор Натт и его коллеги изучили, каким образом алкоголь влияет на головной мозг.

После этого они синтезировали вещество, имитирующее это влияние, но не вызывающее неприятных последствий.

Д.Натт полагает, что к 2050 г. весь алкоголь будет заменён на беспохмельный, так как «люди хотят употреблять более здоровые напитки». Это поможет справиться с проблемой алкоголизма, считают учёные, поддерживающие профессора Натта, отмечая, что употребление алкоголя является одной из ведущих причин смерти наряду с ожирением и курением.

Герман АКОДИС.

По сообщению The Independent.

Эксперименты

Компьютер-перчатка

Многие люди способны время от времени чувствовать напряжение мышц. Например, после серьёзной тренировки, в холодную погоду или просто после сна в неудобной позе. Однако для людей с церебральным параличом, рассеянным склерозом, после инсульта жёсткие мышцы – это ежедневная реальность, из-за которой даже обычные домашние дела становятся для таких пациентов сложными и болезненными.

В Калифорнийском университете в Сан-Диего совместно с детской больницей Рэди (оба – США) разработали технологию, которая с помощью датчиков сможет точно измерить жёсткость мышц. Врач надевает устройство в виде перчатки на руку, после чего этой рукой перемещает руку или ногу больного.

Более 300 сенсоров измеряют

усилие, необходимое для движения, а специальный датчик оценивает скорость движения конечности. Перчатка соединена с компьютером через интерфейс USB. Компьютер, в свою очередь, рассчитывает, сколько силы нужно, чтобы переместить конечность пациента, и чем больше силы применяется, тем выше спастичность мышц больного.

Устройство уже протестировали на реальных больных – 5 пациентах с церебральным параличом. В эксперименте участвовали два медика, каждый из которых оценил уровень спастичности мышц каждого пациента по привычной шкале, а также с помощью перчатки. При использовании 6-балльной шкалы оценки врачей совпадали только в 27% случаев. Применение датчиков существенно повышало точность измерения.

Марк ВИНТЕР.

По информации Science Daily.

А как у них?

В обязательном порядке



Правительство Италии утвердило решение о введении в стране обязательной вакцинации детей до 16 лет. Прививки будут обязательными, кроме тех случаев, когда они не рекомендованы врачами, отмечается на сайте правительства страны.

В новом учебном году в детских садах и школах будут требовать справки о прививках от 12 распространённых инфекционных заболеваний: кори, паротита, краснухи, ветрянки, менингита, гепатита С, полиомиелита, дифтерии, столбняка, гепатита В, коклюша и гемофильной инфекции. В соответствии с утверждённым документом, если родители

не представят в школы и детсады справки о полученных прививках, им грозят штрафы в размере от 10 до 30 минимальных зарплат (примерно от 500 до 7500 евро).

По словам премьер-министра Италии Паоло Джентилони, ситуация с заболеваниями такова, что некоторые земли (субъекты республики) уже самостоятельно приняли решение о вакцинации. По данным местных СМИ, только в этом году в Италии было зафиксировано в несколько раз больше случаев кори, чем за весь прошедший год.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению Vita.

Медицина и религия

Врачуя душу и тело

Могут ли быть сегодня практикующими врачами священнослужители РПЦ?

Президент России Владимир Путин на днях вручил в Кремле за большой вклад в развитие здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу Орден «За заслуги перед Отечеством» IV степени академику РАН протоиерею Георгию. В миру – Юрию Шевченко, руководителю Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова, известному уникальными операциями практикующему врачу.

Между тем в Русской православной церкви (РПЦ), на официальном сайте Московского патриархата, не утихает дискуссия вокруг опубликованного для обсуждения документа «Профессии, совместимые и несовместимые со священством». В этот перечень, подготовленный комиссией Межсоборного присутствия по вопросам церковного управления и механизмов осуществления соборности в церкви, включены наравне с ветеринарами и врачами. Эти профессии предлагается считать несовместимыми со священством.

Из плеяды святых покровителей...

«Клирики не должны быть практикующими врачами, в особенности хирургами, или занимать должности иных медицинских работников», – категорично гласит одно из мнений по поводу обсуждаемого проекта церковного документа.

Однако вспомним... В числе 70 учеников апостол и евангелист, уроженец Антиохии сирийской, врач из просвещённой греческой среды святой Лука был послан Господом на первую проповедь о Царствии Небесном ещё при жизни Спасителя на земле (Лк. 10, 1-3).

Во время распятия Иисуса Христа апостол Лука среди немногих верных «стоял вдали и смотрел на это» (Лк. 23:49). За эту свою преданность он одним из первых был сподоблен лицезрения Воскресшего Спасителя, явившегося ему и Клеопе по пути «в селение, называемое Еммаус» (Лк. 24:13).

О врачевании святого во время его подвижничества известно немного, зато мощи святого Луки источали множество исцелений.

Но даже если апостол и евангелист Лука и не практиковал, как же тогда святые покровители медицины, бессребреники, мученики Кир и Иоанн, святой мученик Трифон, преподобные Агапит Печерский и Ипатий Целебник, святой мученик и целитель Пантелеимон, святой мученик Орест и другие, исцелявшие недуги?

Как святитель-хирург и исповедник Лука, архиепископ Симферопольский, лечивший обычных людей, многие из которых живы и сейчас; профессор, читавший лекции обычным студентам, ныне практикующим врачам. Политзаключённый, прошедший ссылки, тюрьмы и пытки и... ставший лауреатом Сталинской премии. Хирург, спасший от слепоты сотни людей и сам потерявший зрение в конце жизни. Гениальный врач и талантливый проповедник, порой метавшийся между этими двумя призваниями. Христианин огромной силы воли, честности и безбоязненной веры, но не избежавший серьёзных ошибок на своём пути. Реальный человек. Пастырь. Учёный. Святой...

Как же тогда врач царской семьи Евгений Боткин – сын всемирно известного доктора Сергея Боткина, возможность общецерковного прославления которого как «страстотерпца праведного, принявшего страдания вместе с царской семьёй в Ипатьевском доме», признала недавно РПЦ?

Православное медицинское сообщество не раз заявляло о необходимости канонизации Е.Боткина. Академик РАН Александр Чучалин сообщил, что с соответствующей просьбой врачи обратились к Патриарху Московскому и всея Руси Кириллу ещё летом 2015 г. Е.Боткин, как известно, принял решение остаться с приговорённой к смерти царской семьёй, потому что ей требовалась помощь врача. Члены



Профессор В.Войно-Ясенецкий оперирует пациента. Хирургическое отделение городской больницы в Ташкенте, 1917 г.

царской семьи, а также доктор и трое слуг были убиты в ночь на 17 июля 1918 г. в доме инженера Ипатьева в Екатеринбурге. Пятеро детей Е.Боткина остались круглыми сиротами.

Во имя духовности и здоровья

Как же наконец удостоенный Ордена «За заслуги перед Отечеством» лауреат Государственной премии РФ Юрий Шевченко?

Не стану шаг за шагом пересказывать трудовую биографию этого хирурга, ныне заслуженного деятеля науки и заслуженного врача РФ, генерал-полковника медицинской службы, а в 1999-2004 гг. министра здравоохранения РФ.

В 2002 г. Ю.Шевченко организовал Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова Минздрава России, президентом которого он был избран на заседании расширенного состава учёного совета центра. Будучи министром здравоохранения РФ, должность президента исполнял на общественных началах.

С 20 марта 2004 г. – президент и председатель учёного совета Пироговского центра. С этого же времени – главный хирург России.

В марте 2005 г. созданный на базе Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова НИИ грудной хирургии трансформирован в Национальный центр грудной и сердечно-сосудистой хирургии им. Св.Георгия в составе Национального медико-хирургического центра.

На протяжении своей деятельности на посту главы Минздрава России Ю.Шевченко активно сотрудничал с РПЦ. В 2004 г. основал на территории центра в Восточном Измайлово Храм святителя Николая. В 2009 г. Украинской православной церковью Московского патриархата рукоположен в священники с именем Георгий. Он доктор богословских наук, награждён орденом РПЦ святого благоверного князя Даниила Московского III степени (1998), международным орденом святого Константина Великого (1998).

Больше вопросов, чем ответов

«Мы молимся святым врачам, но при этом хотим запретить врачебную практику священникам. Что же плохого в том, чтобы врач душ был и врачом телес?» – этот вопрос задаёт, обсуждая документ Межсоборного присутствия РПЦ «Профессии, совместимые и несовместимые со священством», и авторитетнейший митрополит Волоколамский Иларион (Алфеев).

«Всем известен пример святителя Луки Крымского. В представленном проекте он назван исключением, которое не следует возводить в правило, – пишет в своём отзыве на проект, выдержки из которого мы публикуем, председатель Отдела внешних церковных связей Московского патриархата, ректор Общецерковной аспирантуры и докторантуры имени святых Кирилла и Мефодия. – Разумеется, общеобязательным правилом медицинская деятельность клирика стать не должна и не может, но примеры такого совмещения как в истории Церкви, так и в современной её жизни столь многочисленны, что объявить их единичными случаями невозможно. Небесный покровитель святителя Луки Войно-Ясенецкого, святой евангелист Лука, был врачом, и это не стало препятствием для его апостольского служения».



За операционным столом – протоирей Георгий (Юрий Шевченко)

Много и других вопросов вызывает у его Высокопреосвященства предлагаемый запрет на врачебную деятельность для священников, имеющих медицинское образование.

«Считаю, что представленный проект может нанести серьёзный ущерб пастырской и миссионерской деятельности РПЦ, в частности в диаспоре, – пишет митрополит Иларион. – На суд церковной общественности представленный текст, содержащий множество сомнительных выводов и к тому же многочисленные стилистические погрешности...»

Проект документа, в явном противоречии с его заглавием, не содержит списка профессий, совместимых со священством: перечисляются, притом в произвольном порядке, только несовместимые, что придаёт документу ярко выраженный запретительный характер. В числе вполне совместимых со священством занятий можно было бы упомянуть, в

частности, преподавание и вообще работу в образовательных, просветительских организациях, а также организациях издательского, благотворительного, паломнического характера. Святой апостол Павел, как известно, рассматривал свою трудовую деятельность по производству палаток как добровольный подвиг. Авторы же представленного документа, возможно, мало знакомые с реальными условиями пастырской деятельности в современных условиях, особенно в малочисленных приходах диаспоры, почему-то склонны рассматривать трудовую деятельность духовенства как нечто терпимое церковью, да и то лишь в силу необходимости.

Церковь сегодня живёт в стремительно меняющемся мире, который бросает ей всё новые и новые вызовы, одновременно открывая новые миссионерские возможности. Для священнослужителя владение навыками, относящимися к иной профессии, может дать дополнительные возможности для проповеди, миссии и активного добродетельства, к которому призывает Господь (Мф. 5, 16). Авторы документа, как кажется, об этом вообще не задумались.

Наибольшему нареканию, как это ни странно, в документе подверглись профессии, связанные либо с творчеством, либо с добродетельством. Более толерантное отношение авторы документа показывают к техническим профессиям. В частности, среди профессий, не являющихся запретными для клириков, перечисляются «работа на государственных предприятиях или в государственных учреждениях в качестве рабочих, инженеров, технических работников и подобных должностям» (стилистика документа сохранена).

«Обоснованием запрета на медицинскую практику в документе становится возможность несчастного

медицинское образование, в случае, если кому-либо требуется неотложная помощь, а поблизости нет врача (например, если у пассажира в самолёте случился сердечный приступ)? Следуя букве документа, священник-врач должен будет воздержаться от оказания помощи, поскольку в случае смерти пострадавшего он может быть обвинён в «неосторожном убийстве». При этом если он не будет вмешиваться в ситуацию и пассажир умрёт, он будет свободен от обвинений.

Как тут не вспомнить начало притчи о милосердном самарянине? «Некоторый человек шёл из Иерусалима в Иерихон и попался разбойникам, которые сняли с него одежду, изранили его и ушли, оставив его едва живым. По случаю один священник шёл той дорожкой, и увидев его, прошёл мимо. Также и левит, быв на том месте, подошёл, посмотрел и прошёл мимо» (Лк. 10, 31-32). У священника и левита были свои мотивы, чтобы так поступить: если бы они коснулись этого израненного человека, а он оказался мёртвым, то они, согласно ветхозаветным правилам, считались бы осквернёнными. А так – прошли мимо и остались чистыми.

Обсуждаемый документ, по сути, узаконивает подобную ситуацию для священнослужителя, имеющего медицинское образование, и делает её единственно возможной. И если святитель Лука Войно-Ясенецкий стал милосердным самарянином для сотен или тысяч людей, чьей плоти коснулся его хирургический нож и чью кровь он проливал во время операции, то обсуждаемый документ видит в этом лишь исключение из правила. Тогда непонятно, зачем он был канонизирован. К тому же наверняка не все произведённые им операции были успешны, наверняка за долгие годы его хирургической практики были и такие пациенты, которые умерли под его ножом.

Само сведение медицинской практики к пролитию крови вызывает большие сомнения. Совершенно ясно, что в медицине пролитие крови, если и совершается, то с целью спасения жизни и сохранения здоровья, а не убийства или нанесения ущерба человеку. В этом случае механическое применение правил, почерпнутых из Моисеева закона, производит впечатление чуждого Новому Завету Господа Иисуса Христа фарисейского буквализма.

«Текст вызывает больше вопросов, чем даёт ответов, – заключает митрополит, приведя ряд других необоснованных, по его мнению, запретов. – Не проще ли взять классификатор профессий и отметить галочками те, которые допустимы для священнослужителей, и те, которые недопустимы или нежелательны? А может быть, правильнее было бы оставить в каждом конкретном случае вопрос на усмотрение правящего архиерея, которому подчиняется тот или иной клирик? Полагаю, что у наших святителей найдётся достаточно мудрости, чтобы определить, исходя из всей совокупности факторов (включая материальный), какая деятельность позволительна для подведомственных им клириков, а какая предосудительна.

Может ведь оказаться, что допустимое в одном культурном контексте окажется недопустимым в другом. Не забудем о том, что наша Церковь присутствует в более чем 60 странах мира, и условия везде разные. Не думаю, что нам следует стричь всех наших клириков под одну гребёнку.

Согласитесь, надо ли добавлять что-либо к этому комментарию?

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

