

Медицинская

10 июля 2015 г.
пятница
№ 50 (7572)

Газета®

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

События

Путь в профессию

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова на днях выпустил более 1700 специалистов



По традиции вручение дипломов прошло в библиотеке Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова. Выбор места понятен. Ведь в своё время мединститут начинался с медицинского факультета МГУ. И будущие врачи и провизоры должны гордиться тем, какой почётный вуз они окончили.

В этом году Первый МГМУ дал путёвку в профессию 1712 молодым специалистам, из них 255 – иностранным. Более 200 из них закончили учёбу с отличием, а 42 получили медали

Выпускники с удовольствием фотографируются у памятника М.В.Ломоносову

«Преуспевающему» за выдающиеся успехи в учёбе и активное участие в общественной жизни университета из рук известных и заслуженных представителей здравоохранения Российской Федерации.

– Позади – экзамены и зачёты, но сегодня вы получили лишь твёрдые базовые знания и навыки, – напутствовал выпускников ректор членкорреспондент РАН Пётр Глыбочко. – Ваша учёба на этом не заканчивается: такова наша профессия, что вам при-

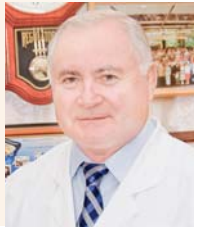
дётся учиться и совершенствоваться всю жизнь. Мы ждём вас для поступления в нашу интернатуру, ординатуру, аспирантуру. В университете создана Ассоциация выпускников Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, которая призвана поддержать и помочь вам на вашем профессиональном пути. Помните, что двери alma mater всегда открыты для вас, здесь вы найдёте совет и поддержку в любой жизненной ситуации.

(Окончание на стр. 2.)

Рафаэль ОГАНОВ,
главный научный сотрудник ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России, академик РАН:

Социальный уровень жизни в стране лежит в основе всевозможных демографических показателей.

Стр. 5



Диана НЕВЗОРОВА,
главный специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России, главный врач московского хосписа № 1 им. В.В.Миллионщиковой:

Каждый гражданин России должен иметь право на получение паллиативной помощи.

Стр. 6



Андрей ГАЖА,
главный врач Тамбовской психиатрической клинической больницы, заслуженный врач РФ:

Я рад, что роль вложения частных инвестиций в здравоохранение стала не только обсуждаться, но и принимать конкретные формы.

Стр. 7



Акценты

«Экстремальная» медицина вне политики

В городе Оулу (Финляндия) завершился XVI Международный конгресс по приполярной медицине. Учёные из США, Канады, Дании, Норвегии, Швеции, Финляндии, Исландии и России в очередной раз собрались, чтобы обсудить проблемы здоровья, технологии диагностики заболеваний и лечения людей, проживающих в условиях экстремальной экологии районов Крайнего Севера. В Сибирском отделении медицинских наук РАН отмечают, что для российской делегации участие в этом форуме было чрезвычайно эффективным.

Научная программа нынешнего конгресса строилась по нескольким направлениям. В разделе «инфекционные заболевания» самой актуальной темой конгресса оказался туберкулёз. Большой интерес участников форума вызвало сообщение российских учёных и врачей. Директор научного центра «Фтизиатрия» Республики Саха (Якутия), доктор медицинских наук Александр Кравченко и специалисты центра рассказали европейским коллегам об организации противотуберкулёзной работы в экстремальных условиях российской Арктики и Субарктики.

Последовавшие за этим выступления участников конгресса из США, Канады и Скандинавских стран показали, что туберкулёзная инфекция вызывает определённые сложности и в циркулярных регионах этих государств. В частности, общими проблемами остаются выявление латентной туберкулёзной инфекции, проведение противотуберкулёзной иммунизации новорождённых, работа с мигрантами, которые прибывают из неблагополучных по туберкулёзу стран. Все специалисты, участвовав-

шие в дискуссии, пришли к единодушному мнению, что развитие фтизиатрии – в переходе к технологиям персонализированной химиотерапии туберкулёза.

Международная Рабочая группа по мониторингу инфекционных заболеваний и туберкулёзу (ICS-TB) согласовала план работы на 2015-2016 гг., один из пунктов которого – совместное изучение вспышек туберкулёза в ранее благополучных территориях.

Также в ходе конгресса состоялись выборы в совет Международного союза по приполярной медицине, куда от России вошли вице-президент СО РАН, директор НИИ физиологии и фундаментальной медицины, академик РАН Любомир Афтанас и директор НИИ терапии и профилактической медицины членкорреспондент РАН Михаил Воевода. Причём академик Афтанас избран вице-президентом совета Международного союза по приполярной медицине. Впервые в полувековой истории организации этот высокий пост занял российский учёный.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск – Якутск.

Инициатива

Минздрав вышел на улицу

Сотрудники Министерства здравоохранения Челябинской области провели опрос населения о болезнях сердца и сосудов. Они беседовали с жителями и гостями Челябинска на центральной улице, задавали прохожим вопросы о том, что собою представляют такие заболевания, как инсульт и инфаркт, чем помочь человеку в случае приступа.

– Из более чем 60 опрошенных большинство знают, что такое инфаркт

и инсульт, но не все могут оказать первую помощь, – отметила главный специалист Минздрава Челябинской области по профилактической медицине Таисия Грищенко. – Наша задача – не только выяснить осведомлённость населения о заболеваниях сердца и сосудов, но и мотивировать людей к расширению познаний и профилактическим действиям.

Нынешний год, напоминают специалисты службы здравоохранения, объявлен годом борьбы с сердечно-

сосудистыми заболеваниями – самой распространённой причиной смерти россиян. Поэтому крайне важно проводить своевременное и регулярное обследование, вести здоровый образ жизни. Об этом беседовали медики с горожанами на улице. И видели в ответ заинтересованность, желание больше знать, стремление заботиться о своём здоровье.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Новости

Во избежание суицидов

Сотрудники Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского запустили 3 пилотных обучающих курса по онкопсихиатрической помощи для врачей-онкологов, пациентов и их родственников. Примечательно, что курсы проводятся на базе Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена в тестовом режиме. Полноценный запуск в других столичных медучреждениях намечен на сентябрь.

– Первый курс образовательной программы ориентирован на врачей-онкологов – в него включены лекции по выявлению суицидальной склонности у онкобольных. Второй курс рассчитан на родственников пациентов и призван обучить выявлять у тех на раннем сроке и погашать негативные намерения и настроения. Третий курс программы предложат самим пациентам, с ними будут работать психотерапевты, – пояснил главный психиатр Минздрава России Зураб Кекелидзе. – Самое главное – онкобольной не должен быть один и он должен знать, что многие виды рака лечатся, – подчеркнул он.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

Медицина на колёсах

На днях в отдалённые уголки Кемеровской области начали выезжать два автопоезда с врачами областных медицинских учреждений. «Поезда здоровья» работают в Кузбассе уже 11 лет. В этом году мобильная бригада Кемеровской областной клинической больницы начала выездную работу с первых дней. В июне к ним подключились коллеги из других областных учреждений: онкологического, наркологического и противотуберкулёзного диспансеров, клинической офтальмологической больницы, стоматологической поликлиники и др. В итоге бесплатную квалифицированную медицинскую помощь получили более 4 тыс. жителей из удалённых населённых пунктов. А в июле на маршрут вышла вторая мобильная бригада.

Первый автопоезд остановился в Беловском районе. На следующий день медики отправились в соседний Гурьевский район. Другая мобильная бригада начала работу в Краснобродском муниципальном округе. Дальнейшая точка на пути следования автопоезда – Чебулинский сельский район.

Кстати, в прошлом году благодаря активным выездам узких специалистов в города и районы, где не хватает своих врачей, получили консультации и прошли обследование более 220 тыс. жителей Кузбасса.

Валентина АКИМОВА.

Кемеровская область.

Летний лагерь –
территория здоровья

В оздоровительных лагерях Омской области началась масштабная антинаркотическая акция. Стартовала она в загородном лагере «Лесная поляна», где отдыхают и поправляют здоровье мальчишки и девчонки из не очень благополучных семей, поэтому в официальных документах эта смена определена как специализированная. После неё начались встречи специалистов с ребятами и в других местах, где они активно и с пользой для себя отдыхают. Причём эти встречи не ограничены только лагерями, расположенными «на природе». Об опасности пристрастия к наркотикам, алкоголю и курению узнают и дети, получившие путёвки в городские лагеря с дневным пребыванием, организованные в средних общеобразовательных учебных заведениях и на базах некоторых других бюджетных учреждений.

В акции «Летний лагерь – территория здоровья!» активно участвуют медики Омского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, наркологического диспансера, активисты региональной общественной организации «Трезвый Омск», сотрудники Управления Министерства внутренних дел РФ по городу Омску. И в своей профилактической работе с детьми они используют не только привычные формы вроде бесед и лекций. В программе акции спортивные соревнования, межлагерные спартакиады, психологические тренинги, театрализованные представления, конкурсы рисунков, плакатов, просмотры видеороликов, видеолектории.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Седьмая пересадка печени

В Республиканской клинической больнице им. Г.Г.Куватова проведена седьмая в Башкортостане трансплантация печени.

Операционная бригада успешно пересадила орган 48-летней пациентке, страдающей билиарным циррозом печени. Операция длилась более 9 часов. В настоящее время, как сказали хирурги, состояние пациентки соответствует тяжести перенесённой операции.

По словам главного трансплантолога Минздрава республики Рифата Нуриахметова, в этом году в Башкортостане проведено 2 трансплантации печени и 11 – почек, состоялась 1 пересадка сердца.

Материально-техническая база и кадровый потенциал учреждений здравоохранения Башкортостана позволяют проводить трансплантацию органов, вопрос остаётся за развитием органного донорства.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Уфа.

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

События

Путь в профессию

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Поздравляя выпускников Первого МГМУ им. И.М.Сеченова с этой знаменательной датой, первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян подчеркнул, что «образование, полученное в вузе с огромной историей, – это залог того, что в практическое здравоохранение придут врачи, готовые к решению тех задач, которые государство и общество ставит перед ними».

– Мы вступаем в тот период, когда главная составляющая дальнейшего развития – это высокопрофессиональный врач-специалист, обладающий не только глубокими знаниями и опытом, навыками, квалификацией, но и глубокими морально-нравственными качествами. Я уверен, что где бы вы ни трудились, традиции, заложенные за годы обучения в университете, будут гарантом того, что на любом посту и на любой медицинской специальности вас будет отличать глубокий профессионализм, – подчеркнул он.

Для студентов наступает время выбора: учиться в интернатуре,



Пётр Глыбочко вручает диплом и медаль «Преуспевшему» Николаю Сидоренко

ординатуре или поступать в аспирантуру. Со следующего года в нашей стране начнётся аккредитация врачей на право заниматься медицинской деятельностью. А значит, требования к молодым

врачам станут ещё более высокими.

Алексей ПАПЫРИН,
Юрий ЛУНЬКОВ (фото),
корреспонденты «МГ».

Москва.



Концерт не оставил никого равнодушным

Сотрудничество

Вместе против вирусов

В Алтайском государственном университете состоялась видеоконференция Барнаул – Атланта – Сан-Франциско, посвящённая совместным исследованиям учёных в разработке противовирусных препаратов нового поколения.

Тема видеофорума оказалась в русле научно-технического развития России, получив обсуждение на прошедшем днём позже заседании Совета по науке и образованию при Президенте РФ, где глава страны высказался о недопустимости интеллектуальной изоляции: «Если мы сможем обеспечить лидерство по ряду ключевых направлений, если от российских технологий будут висеть партнёры, и при этом мы будем способны быстро впитывать и использовать чужие наработки, то такая взаимозависимость будет серьёзно укреплять наши позиции», – заявил он.

Со стороны США в видеоконференции приняли участие целый ряд учёных Университета Эмори

(Атланта, штат Джорджия). Российскую сторону представляли ректор АлтГУ профессор Сергей Землюков, руководитель Алтайского краевого пульмонологического центра профессор Яков Шойхет, доцент кафедры органической химии АлтГУ Дмитрий Щербаков, старший научный сотрудник теоретического отдела ГНЦ ВБ «Вектор» (Новосибирск), кандидат биологических наук Анастасия Бакулина, а также руководители научных институтов АлтГУ.

Комментируя итоги телемоста, С.Землюков заметил:

– Тематика перспективных совместных исследований учёных АлтГУ и Университета Эмори ориентирована на серьёзные интеллектуальные прорывы. Эти разработки учитывают качественно новые вызовы, стоящие не только перед Россией, но и перед мировым сообществом в целом.

– Это было первое трёхстороннее обсуждение, на котором участники обозначили направления нашего взаимодействия в научно-исследовательской деятельности.

Предполагаются научные исследования, разработка совместной программы, обмен специалистами. Затем планируется создание центра по разработке новых противовирусных препаратов», – отметил проректор по научному и инновационному развитию АлтГУ профессор Алексей Тишкин.

В рамках намечающегося сотрудничества учёных АлтГУ и Университета Эмори запланировано изучение клещевых вирусов (энцефалит, болезнь Лайма и др.), вируса папилломы человека, гриппа, лихорадки Дэнге, птичьего гриппа, а также широко известных сегодня вируса Эбола и коронавируса ближневосточного респираторного синдрома (MERS).

Учёные химического факультета АлтГУ располагают серьёзными инновационными научными работами в этой области. Американские коллеги заинтересованы в сотрудничестве с ними.

Ян РИЦКИЙ,
МИА Cito!

На контроль!

Зарплата растёт за счёт сокращения врачей

Счётная палата РФ обнаружила связь между ростом зарплаты медиков и снижением числа врачей, сообщил июньский бюллетень СП.

В прошлом году рост средней заработной платы в системе здравоохранения сопровождался снижением количества медицинских работников, констатируют аудиторы СП. Так, число врачей уменьшилось на 12,8 тыс. (2,3%), среднего медицинского персонала – на 40,5 тыс. (2,8%), младших медицинских работников – на 36,7 тыс. человек (5,3%).

Как отмечается, среднее число врачей опустилось ниже планируемых показателей государственной программы «Развитие здравоохранения» (402 врача на 100 тыс. населения). По итогам прошлого года этот показатель составил 397 врачей (годом ранее – 410).

Счётная палата РФ констатировала, что майские указы Президента в сфере здравоохранения частично не выполнены.

Аудиторы ведомства полагают, что в прошлом году смертность оказалась на 2,3% выше планового показателя (128 человек на 100 тыс. населения).

Кроме этого, СП прогнозирует появление трудностей в лекарственном обеспечении населения. В 2014 г. производство российских лекарственных средств снизилось на 6,6%. При этом больше всего упали объёмы производства онкологических препаратов (на 18,7%). Импорт лекарств также снизился – на 11,9% за январь – ноябрь 2014 г.

По официальным данным, сейчас средняя зарплата российского врача составляет 42 тыс. руб., а медсёстры получают в среднем 24 102 руб. Между тем, как известно, в майских указах Президент РФ поручил довести заработную плату врачей к 2018 г. до уровня 200% от среднего заработка по региону.

Пока же эти указы главы государства, отмечает СП, выполняются в здравоохранении недостаточно и путём уменьшения

числа врачей: идёт сокращение кадров, о чём свидетельствует падение их численности.

Майские указы Президента предполагают, в том числе, возвращение должного статуса, престижа медицинским специальностям, а также принятия мер по обеспечению системы здравоохранения медицинскими кадрами. Соответствующие данные Росстата за первое полугодие 2013 и 2014 гг. свидетельствуют о том, что число врачей уменьшилось на 14 703 человека, в то же время зарплата в среднем выросла на 6442 руб. «Эти цифры красноречиво свидетельствуют о том, какие меры предпринимаются для исполнения указа Президента о повышении заработной платы: врачей сокращают, нагрузка на оставшихся растёт, врач, чтобы заработать, берёт дополнительную ставку, и не одну», – считают эксперты.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Этика и деонтология

Соблюдая права родных и близких пациента

Конституционный суд РФ разрешил раскрывать врачебную тайну, если она существенно затрагивает права родных и близких пациента.

«Ограничение на предоставление медицинских сведений умершего гражданина третьим лицам отвечает конституционным положениям о защите чести и достоинства умершего и доброй памяти о нём. При этом полный отказ в получении такой информации, особенно тогда, когда её наличие помогло бы внести ясность в обстоятельства смерти, существенно затрагивает права родных и близких», – гласит вердикт суда.

«В настоящее время заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдаётся супругу или близкому родственнику, а при их отсутствии – иным родственникам либо законному представителю умершего. Сле-

довательно, если сведения о причине смерти и диагнозе заболевания пациента уже стали доступны, то сокрытие информации о предпринятом лечении не может оправдываться врачебной тайной, особенно с учётом мотивов и целей обращения лица, объёма уже имеющейся у него информации и иных обстоятельств», – констатирует постановление Конституционного суда РФ.

Поскольку врачебная тайна – одна из форм обеспечения конституционного права граждан на неприкосновенность частной жизни, личной и семейной тайны, положения статей 23 и 24 Конституции РФ также имеют прямое отношение и к информации, относящейся к категории врачебной тайны.

Но по запросу правоохранительных органов составляющие её сведения должны предоставляться медицинской организаци-

ей. Например, их можно получить по запросу органов прокуратуры.

В то же время запрет на разглашение таких сведений, в том числе и после смерти человека, действовал, если пациент при жизни не успел выразить в письменной форме своё согласие конкретным людям, например, своим родственникам, то в случае его смерти близкие умершего лица (например, сомневающиеся в качестве лечения) не могли получить никаких медицинских документов.

Теперь, после решения Конституционного суда РФ, постановившего, что соблюдение врачебной тайны после смерти человека не должно идти вразрез с правами на информацию родственников умершего, это противоречие устранено.

Константин ЩЕГЛОВ.
МИА Сити!

Деловые встречи

Праздник якутской онкологии

Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы пре-канцерогенеза и клинической онкологии» с участием учёных, практических врачей, медицинской общественности, приуроченная к 65-летию создания Республиканского онкологического диспансера, состоялась в Якутске.

На конференции обсудили эпидемиологические аспекты онкопатологии и выявление риска её развития в регионе, совершен-

ствование организации онкологической помощи и новые технологии в повышении эффективности профилактики, диагностики и лечения злокачественных новообразований.

С большим интересом собравшиеся выслушали доклады главного учёного секретаря Ассоциации онкологов России, заместителя председателя Московского онкологического общества профессора Валерия Старинского и руководителя лаборатории молекулярной онкологии Института онкологии им. Н.Н.Петрова

(Санкт-Петербург) профессора Евгения Имянитова.

Практическим опытом работы поделились на конференции и известные якутские специалисты, представители Республиканского онкологического диспансера.

В честь 65-летия онкологической службы Якутии большой группе сотрудников Республиканского онкологического диспансера были вручены правительственные и ведомственные награды.

Зоя ИГНАТЬЕВА,
внешт. корр. «МГ».
Якутск.

Профилактика

Табак против здоровья

Организатором конференции под названием «Табак и здоровье» выступил Владивостокский клиничко-диагностический центр. Мероприятие прошло на базе городской стоматологической поликлиники, в нём приняли участие терапевты, педиатры, гинекологи, наркологи и врачи отделений медицинской профилактики ЛПУ города.

По словам Ольги Марковой, ведущей центром медицинской профилактики ВКДЦ, основной целью проведённого мероприятия

стало повышение уровня информированности медицинских работников Владивостока о вреде курения для населения, в первую очередь для молодёжи.

С докладами об организации доступной помощи населению, основных подходах к лечению табачной зависимости выступили специалисты наркологического диспансера, также прозвучало два клинических доклада. После чего состоялся обмен мнениями.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Деньги

Надбавки снова поликлиникам

В Красноярском крае начали выплачивать очередные стимулирующие надбавки врачам первичного звена здравоохранения – терапевтам, педиатрам и врачам общей практики. В данном случае речь идёт не о федеральном, а о самостоятельном проекте региона, реализуемом по поручению губернатора Виктора Толоконского. Цель – повысить финансовую привлекательность работы в поликлинике и привлечь туда молодых специалистов.

В Министерстве здравоохранения Красноярского края пояснили, что проект пока имеет статус пилотного, в нём согласились участвовать 29 медицинских учреждений. Каждая из поликлиник разработала критерии оценки труда своих участковых врачей, причём размер стимулирующей надбавки ставится в прямую зависимость от качества работы конкретного специалиста. В квартал эта сумма может составить от 18 до 36 тыс. руб. В числе критериев, по которым

оцениваются усилия участковых терапевтов и педиатров, – в частности, качество обслуживания вызовов на дому, работа с диспансерными группами, показатели смертности на участке, отсутствие жалоб от пациентов.

На реализацию проекта Красноярский краевой ФОМС выделил 90 млн руб. В июле доктора получат свои первые премии, начисленные по результатам работы во II квартале 2015 г.

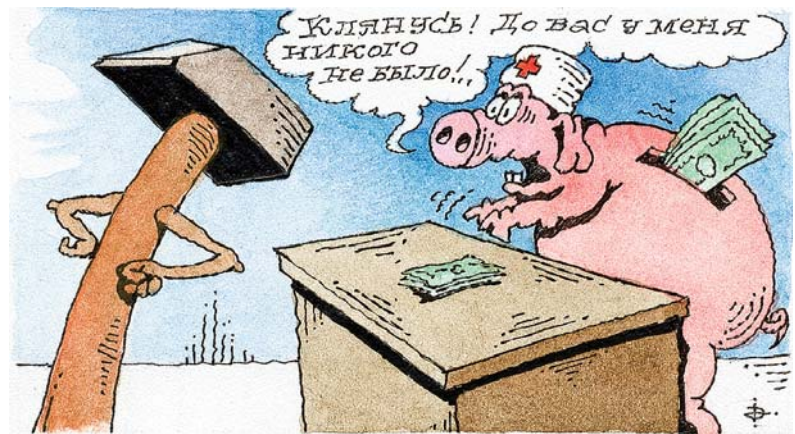
В первичном звене всегда и очень сильно нужны кадры, но из-за высокой нагрузки выпускники медицинских вузов не рвутся работать участковыми врачами, – подчёркивают в Минздраве Красноярского края. С введением очередной системы стимулирующих выплат здесь рассчитывают изменить ситуацию. Уже сегодня о намерении прийти работать в первичное звено заявили 50 молодых специалистов, окончивших интернатуру.

Елена ЮРИНА.

Красноярск.

Криминал

Пойман с поличным



Руководитель Центра гигиены и эпидемиологии Костромской области был задержан компетентными органами при получении взятки размером в 440 тыс. руб. Возбуждено уголовное дело.

По версии следствия, с июля 2012 г. по июнь 2015 г. чиновник ежемесячно получал от главного бухгалтера учреждения взятки, минимальный размер которых составлял 20 тыс. руб. Всего же он успел присвоить не менее 440 тыс. руб.

«При задержании у начальника центра обнаружено более 200 тыс. руб., а также несколько тыс. евро.

В отношении подозреваемого избрана мера пресечения в виде подписки о невыезде», – сообщил представитель регионального Следственного управления Следственного комитета РФ Александр Бузов.

Информацию о незаконной деятельности руководителя санэпидслужбы следователи получили от оперативников регионального Управления МВД России. Если вина чиновника будет доказана, ему грозит до 12 лет тюремного заключения с солидным штрафом.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Сити!

В Москве было заключено соглашение о сотрудничестве между Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Национальной медицинской палатой. Оно направлено на совершенствование механизмов работы ОМС и станет очередным шагом расширения сферы влияния медицинского сообщества на решения, принимаемые государством по регулированию деятельности системы здравоохранения.

Председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко отметила, что этот документ, безусловно, найдёт своё отражение в работе медицинского сообщества всей Российской Федерации. Не секрет, что НМП пользуется большим авторитетом во всей стране, имеет врачебные сообщества практически во всех субъектах с грамотными и уважаемыми медиками. Федеральный фонд проводит единую политику в системе ОМС, которая исполняется на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями. Это территориальные фонды ОМС, медицинские организации субъектов РФ, страховые медицинские организации, которые осуществляют свою деятельность на территории этих субъектов.

Поэтому очень важно знать мнение людей, которые работают в рамках того законодательства, которое принимается здесь, на уровне РФ. Не просто хочется подписать некий документ, в котором будут прописаны принимаемые правовые акты, – предполагается живое человеческое общение для улучшения оказания медицинской помощи для застрахованных лиц и деятельности медицинских организаций. Хочется, чтобы врачи НМП вошли

Перспективы

На пути к врачебному самоуправлению

Соглашение между ФФОМС и НМП упростит работу медицинского сообщества



Момент подписания соглашения

в ФФОМС в качестве экспертов оказания медицинской помощи, которые будут проводить экспертизу по заказу страховых медицинских организаций и при-

нимать участие во всех спорных вопросах по экспертизе качества оказания медицинских услуг.

Президент НМП Леонид Рощальский заметил, что подписание

этого документа – событие по-настоящему историческое, один из пунктов создания нового государственно-общественного профессионального управления здравоохранением в России. А ведь ещё буквально пару лет назад сотрудничество с органами власти в сфере здравоохранения не было возможным.

Фонд обязан оценивать качество медицинской помощи, что требует привлечения квалифицированных специалистов, которые должны наказывать справедливо, чтобы не возникало в организациях миллионных судебных издержек, которые никто просто не в состоянии оплатить. А

то ситуация иногда складывается анекдотичная: так, в Ленинградской области однажды работу акушера-гинеколога пришёл проверять... окулист. Необходим переход записей врачей на

электронную версию, чтобы избежать проблем с почерком. Важно присутствие специалистов НМП и в работе тарифных комиссий по оказанию медицинской помощи, что тоже является серьёзной ответственностью. Поэтому стороны договорились в следующем году проанализировать, что удалось сделать, с привлечением специалистов из регионов.

Так же в рамках соглашения предусматривается создание координационного совета по взаимодействию ФФОМС и НМП. Это позволит медицинскому сообществу на ранних стадиях участвовать в процессе внесения изменений в систему финансирования и контроля медицинской помощи.

Соглашение заключено на 3 года с возможной пролонгацией ещё на такой же период.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Акценты

Так всё-таки мы курим или нет?

Как соблюдается антитабачный закон теми, кто призван стоять на его страже

В прошлом году граждане России заплатили штрафов за нарушение антитабачного законодательства почти на 160 млн руб. – такая информация была представлена на V Всероссийском форуме «Здоровье или табак», организованном Государственной Думой и Минздравом России.

Признаюсь честно, цифра потрясла... своей нереальностью. Очень хочется узнать, в каких именно субъектах Российской Федерации правоохранительные органы показывают такие высокие результаты. Осмелюсь предположить, что Новосибирская область в их число не входит, и вот почему: ни на одной остановке общественного транспорта, ни в одном подъезде жилого дома мне не довелось увидеть рекламный щит или хотя бы простенькое рукописное объявление о том, что курение здесь запрещено и нарушителя ждёт финансовое возмездие. И остановочные пятачки, и детские площадки, и лестничные марши, и даже кабины лифтов (!) по-прежнему оккупированы курильщиками, в поведении которых не угадывается даже намёка на страх понести суровое наказание. Не меньше чем сумма наложенных на курильщиков штрафов, озадачивает сама статистика табакокурения в России: и цифры, и способы их получения.

Прежде всего смущает нестыковка данных, которыми оперируют специалисты разных ведомств.

Так, в Министерстве здравоохранения РФ приводят данные Рамочной конвенции по борьбе против табака: «На сегодняшний момент можно с уверенностью констатировать, что большинство граждан России являются некурящими. Число курильщиков в стране составляет примерно 34%, по данным независимых опросов».

В то же время директор Новосибирского центра медицинской профилактики Марина Фомичёва, выступая на днях на пресс-конференции, сообщила: в регионе курит 40% взрослых мужчин и 18% женщин. Может ли такая разница в цифрах означать, что столица Сибири – какой-то заповедник табакозависимых особей на общей карте почти уже некурящей России? Верится с трудом...

Дело, скорее всего, в качестве социологических опросов. Вот конкретный пример. В том же Новосибирске главный детский нарколог области Лариса Антрейкина на недавней встрече с представителями СМИ сообщила: «Меньше стали курить. Проводилось исследование Новосибирским институтом терапии. Раньше среди школьников курящих было 12%, а теперь уже 9%». Допустимо ли принимать в расчёт ответ на вопрос «ты куришь?» от подростка, который хочет получить одобрение со стороны взрослых и, естественно, ответит так, как должен ответить хороший ребёнок? Если официальная статистика основывается на информации, которая получена таким «надёж-



Прибор словам не верит, он верит запаху

ным» способом, то не пройдёт и пары лет, как в тотально курящей стране на бумаге не останется ни одного курильщика.

В то, что показатель табакокурения в России стремительно снижается, верится с трудом, хотя об этом почти ежедневно говорят с высоких трибун. В кругу знакомых автора этих строк за время действия антитабачного закона от сигарет не отказался ни один человек! Причём этот круг составляют преимущественно врачи.

Есть ещё один способ проверить объективность «статистики» – понаблюдать у кассы в супермаркете, на самом ли деле покупать

табачные изделия стали реже? Ничуть не реже. И кстати, тот факт, что в некоторых торговых точках выкладку сигарет заменили списком их наименований на самом видном месте, разве не является нарушением закона? Чем это не реклама табака?

Впрочем, чего же мы ждём от обывателей, если представители органов государственной и муниципальной власти позволяют себе вольное отношение к антитабачному закону? Специалисты Красноярского краевого центра медицинской профилактики в очередной раз провели рейд по административным зданиям, чтобы

замерить содержание продуктов сгорания табака в помещениях, занимаемых органами власти.

Такой контроль проводится в регионе уже второй год с единственной целью: проверить, как соблюдается антитабачный закон теми, кто призван стоять на страже законодательства, – чиновниками. Примечательно, что данная инициатива медиков поддерживается правительством Красноярского края.

В этот раз инструментальный контроль присутствия табака в воздухе проводили в помещениях администраций Березовского и Емельяновского районов края, городов Красноярска и Сосновоборска.

В территориальном Минздраве обращают внимание на то, что прибор, которым пользуются специалисты Центра медпрофилактики, имеет очень высокую степень чувствительности и способен уловить частицы сгорания табака размером менее 2,5 микрон. От такого «чуткого носа» не скроется ни одно место недозволенного курения. Вот и результаты нынешней серии замеров показали: не во всех, но в некоторых административных зданиях туалеты и лестничные площадки по-прежнему используются для курения.

Елена ЮРИНА.

Новосибирск – Красноярск.

Фото предоставлено Минздравом Красноярского края.

Как бы клиницисты ни старались изо всех сил сражаться с неинфекционными заболеваниями (НИЗ), без профилактики они непобедимы. Именно превентивный подход к лечению этой, наиболее социально значимой группы болезней позволяет избежать эпидемических цунами. В настоящее время благодаря значительной активизации профилактических мер в нашей стране сложилась благоприятная ситуация для закрепления и продолжения позитивных тенденций в снижении уровня смертности от НИЗ. Во многом это обусловлено принципиальным изменением отношения со стороны государства к профилактике этих болезней, а также формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) у населения.

О наиболее актуальных вопросах профилактической медицины на современном этапе «МГ» рассказал ведущий эксперт нашей страны в этой области, главный научный сотрудник Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России, академик РАН Рафаэль ОГАНОВ.

– Рафаэль Гегамович, насколько эффективны, по вашему мнению, усилия государства, направленные на профилактику НИЗ и формирование ЗОЖ населения нашей страны?

– В 2011 г. мы провели международную конференцию в области профилактики НИЗ, где были обозначены четкие цели, к которым наше здравоохранение должно прийти в течение следующего десятилетия. Также в рамках этого мероприятия мы наметили тактику и стратегию достижения этих показателей. Конечно, в течение года или двух этого не добиться. Тем не менее позитивные тенденции уже ощущаются.

Должен вам сказать, что в течение 5 последних лет усилия государства, направленные на профилактику НИЗ и формирование ЗОЖ только возрастают. Это чувствуется даже по финансированию нашего центра. С 2003 г. значительно снизилась смертность, возросли рождаемость и продолжительность жизни....

Если говорить в общем и целом, то те усилия, которые предпринимает государство, тем или иным образом отражаются в виде позитивных изменений демографической ситуации в стране. Одним словом, это эффективно, несмотря на все отраслевые недостатки, коих немало. Другое дело – всё познаётся в сравнении. До экономически развитых стран нам пока ещё далеко. Вы знаете, чем отличается клиницист от эпидемиолога? Если первый при ответе на вопрос о самочувствии супруги ответит: всё в порядке, то второй попросит уточнить: относительно кого – пожилой женщины или девушки? (улыбается).

– За последние 5 лет в нашей стране создано несколько сотен центров здоровья. Каковы принципы их работы?

– Идея создания этих учреждений состоит в организации исключительно профилактической помощи, где пациент может оказаться как самостоятельно, так и по рекомендации участкового врача. Там ему проводится стандартный набор обследований: электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, общий и биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, по результатам которых выявляется либо заболевание, либо факторы риска развития той или иной болезни, на чём и будет строиться дальнейшая тактика ведения такого больного.

Однако проблема в другом: а что же с таким пациентом делать дальше? Пускать по рутинному пути в практическое здравоохранение? Не каждый станет это исполнять. Вообще, наши пациенты не особо прислушиваются к докторам. Ведь, как вы знаете, высокий холестерин никак не беспокоит человека. Да, ему сказали, что уровень его холестерина превышает физиологическую норму, но ему от этого не жарко и не хо-

наблюдается прогресс. Об этом говорят цифры, полученные в ходе серьёзных клинико-социальных исследований. Смертность снижается. Рождаемость растёт, как и продолжительность жизни. Пусть и не стремительный, но прогресс есть.

И всё же у меня нет уверенности в том, что эта тенденция останется устойчивой. Дай бог мне ошибаться. Здоровье нации зависит не только от качества медицинской помощи, но и от политической и социально-эко-

и виноваты во всём государства и доктора» – инфантилизм. Это нужно искоренять в нашей ментальности. Конечно, врачи не идеальны и, как и все люди, допускают ошибки, но алкоголь-то они не вливают в горло людям, сигареты не предлагают, не угощают пациентов сладкой и жирной пищей. Очень многое зависит от самого человека. Насильно никого не оздоровишь.

– Выходит, что персональная ответственность за собственное здоровье крайне важна?

никто не отменял. Оно как лечит, так и убивает. Иногда достаточно просто поговорить с пациентом. Плацебо-эффект доказан в 20% случаев. Однако насколько здесь виноваты сами врачи? Я склонен думать, что многое зависит от организации лечебного процесса. Врачи поставлены в очень тяжёлые рамки. Если им создать более комфортные условия, то, на мой взгляд, наши доктора будут больше стремиться к повышению своей квалификации, самообразованию и т.д. Хотя, конечно же,

Авторитетное мнение

В профилактических целях

Предпочитая рекомендательный тон общения с пациентом назидательному



лодно. Убедить нашего пациента в необходимости лечения, когда его ничто не беспокоит, крайне сложно.

– Но ведь пациенты не всегда довольны врачами. Так, к примеру, многие из них отмечают формальный характер амбулаторного, а также диспансерного приёма...

– Сама идея диспансеризации – прекрасна, однако исполнение «хромает». Причин этому несколько. Если её проводить, что называется, как положено, то мы выявим огромное количество заболеваний и факторов риска развития их более чем у половины населения нашей страны. Кто будет это корректировать? Практическое здравоохранение не справится с этим просто физически. Не позволит как оснащённость, так и человеческий ресурс. Терапевту на приём пациента отводится 10-12 минут. За этой промежуток времени можно лишь поздороваться с больным и заполнить необходимую документацию. Какая здесь профилактика и клинический подход? Если брать в общем и целом по стране, то у нас отмечается дефицит врачей. Палка о двух концах получается...

– Как вы склонны оценивать нынешнюю ситуацию с заболеваемостью и смертностью от НИЗ в нашей стране?

– Конечно, в этом плане мы сильно отстаём от экономически развитых стран – раз в 5. Прежде всего, это касается сердечно-сосудистых заболеваний, болезней дыхательной системы, сахарного диабета 2-го типа, а также злокачественных новообразований. Однако как я уже отмечал ранее, за последние 10-12 лет у нас

номической ситуации в стране. Нынешние тенденции в этом вопросе вызывают тревогу... Как бы это не «подкосило» нас. Именно социальный уровень жизни в стране лежит в основе всевозможных демографических показателей.

– За счёт чего, на ваш взгляд, Западу удалось достичь столь завидных демографических показателей в этом направлении?

– Не знаю, удивлю я кого-то или нет, но, главным образом,

это произошло благодаря разумному и адекватному распределению материальных ресурсов на программы по борьбе с основными факторами риска наиболее социально значимых НИЗ, а также на активную пропаганду здорового образа жизни населения. Используя этот подход, экономически развитые страны ещё в 70-е годы XX века создали национальные программы, в которых профилактика НИЗ стала краеугольным камнем. Так что дело здесь в первую очередь не в самых современных медикаментах, а также высокотехнологичной медицинской помощи. Это – вторично.

Благосостояние населения на Западе в разы выше, чем у нас. Это касается и дохода на душу населения в среднем, и уровня общей тревожности, и качества медицинского обслуживания. Думаю, что наше государство делает всё от него зависящее, однако экономически развитые страны нам пока догнать не удаётся, и отстаём мы существенно.

– Согласно данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), 25% нашего населения уверены, что за неудовлетворительным состоянием их здоровья стоит низкий уровень квалификации отечественных врачей...

– Я не очень верю «гласу народа», который, как известно, не только «глас Божий», но и «Христа распял». Иными словами, я не согласен с такими данными ВЦИОМа. Состояние здоровья, наряду с прочим, во многом зависит от самого человека. Занимать позицию «я весь такой хороший,

– А как же! Это, если хотите, одна из составляющих профилактики НИЗ. Наиболее важная, по моему глубочайшему убеждению. Я полный противник того, чтобы заставлять людей быть здоровыми. Административно-командные методы здесь не помогут. Человека нужно просветить, создать стимулы для ведения ЗОЖ, а также предоставить все необходимые условия для выполнения рекомендаций врача. Именно рекомендательный тон, как правило, встречает автоматическое неприятие и дух противоречия. Люди не воспринимают командного тона. В этом я убедился на собственном опыте, когда буквально настаивал на том, чтобы мои пациенты отказались от табакокурения. Как только я «включал» безапелляционный тон командира, так сразу терпел фиаско. Врач не должен быть цербером или жандармом. Ему следует выступать неким проводником человека в мир здорового образа жизни, максимально ускоряя этот процесс собственным примером и профессионализмом.

– И тем не менее, почему всё же наше население в общем и целом не доверяет врачам?

– По всей видимости, речь идёт о медицинском обслуживании. Конечно, доля вины приходится непосредственно на докторов. Дело в том, что за последние 20 лет в нашей стране значительно снизился уровень медицинского образования. Студенты проводят мало времени у постели больного, а то и не проводят вовсе. Виртуальные образовательные программы – огромный плюс. Симуляционные курсы для отработки практических навыков – тоже.

Я окончил 2-й Мед более полувека назад, и у нас не было таких возможностей. Однако начиная с 3-го курса вузовского обучения, мы очень много времени проводили в клиниках, с пациентами. С манекеном поговоришь. Книга или виртуальный образовательный портал тебе не пожалуются на одышку или сердцебиение. Нельзя изымать из учебного процесса практические занятия у постели больного. Именно там у будущих специалистов формируется клиническое мышление – основной инструмент дифференциальной диагностики, с помощью которого врач приходит к правильному диагнозу и, как следствие, адекватному лечению пациента.

Первичное звено – наша беда. Они перегружены работой, им не до пациентов. Проверка медучреждений, оценка их деятельности происходит исключительно по ведению медицинской документации. А ведь слова-то

нынешняя, не самая привлекательная атмосфера внутри практического здравоохранения – не повод для хамского отношения к пациентам.

– Ведь врач должен быть примером для пациента и в плане ведения ЗОЖ?

– Однозначно. Авторитет врача во многом зиждется на собственном образе жизни и отсутствии вредных привычек. То, что курить вредно – понятно и без доктора. А ещё, как мне кажется, многое зависит от СМИ: именно они формируют общественное мнение. Несколько моих друзей не так давно бросили курить. И заметьте, не потому что стали плохо себя чувствовать. К ним пришло чёткое осознание того, что в цивилизованном обществе «дымить» неприлично. Особенно это развито за рубежом, и мы не должны отставать.

– Насколько профилактический подход к лечению НИЗ выгоден экономически?

– Все наши усилия по улучшению диагностики и лечения НИЗ в некоторой степени ведут к снижению смертности, но главным образом – к увеличению количества больных людей. Ведь за лучшей диагностикой следует большее выявление заболеваний. Здравоохранение выделяет средства. Мы их запускаем на диагностику и лечение, и вновь получаем этот порочный круг. Разорвать его может только профилактика. Другого не изобретёшь. Непрямые затраты, такие как потеря трудоспособности вследствие приобретённого заболевания и т.д., здесь играют более значимую роль, нежели прямые. Профилактика же существенно помогает в экономии не прямых затрат.

Лозунг «Болезнь дешевле предупредить, чем лечить» пойдёт скорее для инфекционных заболеваний. С неинфекционными всё с точностью до наоборот. Здесь лечить легче. Взять, к примеру, артериальную гипертонию. Несмотря на то, что излечить человека от этого недуга медикаментозно не представляется возможным, поддерживать уровень его артериального давления весьма просто – главное подобрать эффективную схему терапии. С профилактикой – труднее. Нужно менять образ жизни. А это – очень и очень сложно. Необходимо создать все условия для ведения ЗОЖ: здоровое питание, спортивные нагрузки, положительные эмоции... И это должно быть естественно. За ЗОЖ не надо бороться.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Для того чтобы паллиативная медицинская помощь в нашей стране стала доступной и по-настоящему эффективной, она должна получить очертания и статус полноценной службы и занять прочное место в системе здравоохранения России с соответствующим правовым, организационным, методологическим и финансовым обеспечением. Об этом шла речь на Международном конгрессе по паллиативной медицинской помощи, который прошёл в Москве и собрал более 400 специалистов – врачей, учёных, организаторов здравоохранения, а также представителей общественных организаций и Церкви.

Острота не спадает

– Точно так же, как имеет право на получение первичной медицинской помощи, каждый гражданин России должен иметь право на получение паллиативной помощи, – задала тон дискуссии главный специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России, главный врач хосписа № 1 им. В.В.Миллиончиковой (Москва) Диана Невзорова.

В последние несколько лет паллиативная медицина в России стала приобретать более-менее серьёзные очертания, хотя целостной службой в системе здравоохранения пока не стала: есть лишь отдельные, весьма немногочисленные клиники и отделения, куда в основном госпитализируют пациентов онкологического и неврологического профиля. Остро стоит вопрос доступности паллиативной медицины для больных с другими неинфекционными и инфекционными патологиями. Не менее остро – вопрос подготовки врачей и сестринского персонала для работы в учреждениях паллиативной помощи. И, наконец, острее всего – вопрос о медикаментозном обеспечении паллиативного лечения, в частности, об эффективной противоболевой терапии.

Нельзя сказать, что эти задачи совсем не решаются. Как отметил председатель правления Ассоциации паллиативной медицины, заведующий кафедрой паллиативной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, профессор Георгий Новиков, вся история паллиативной медицины в России укладывается в два этапа: «Первый этап – де-факто, когда медики работали на голом энтузиазме. Второй этап – де-юре, он начался с принятием Федерального закона об охране здоровья граждан. За это короткое время на свет появились уже два порядка оказания паллиативной помощи, и, думаю, что появятся ещё не один».

В свою очередь, ректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова профессор Олег Янушевич подчеркнул, что университет стал базой для открытия кафедры паллиативной медицины и принимает активное участие в разработке законодательных документов. В настоящее время обсуждается вопрос о включении специальности «врач паллиативной медицины» в перечень общемедицинских специальностей.

Заместитель начальника координационно-аналитического управления Госнарконтроля Юлия Шевцова, говоря о подходах к обеспечению доступности обезболивающих лекарств, дала понять: её ведомство разделяет тревоги врачей и понимает проблемы больных, именно поэтому прилагает максимум усилий к тому, чтобы совершенствовалась нормативно-правовая база, регламентирующая легальный оборот медицинских наркотиков.

– Чтобы облегчить применение в медицинской практике лекарственных средств, содержащих наркотики, начиная с 2012 г. выпущено уже много нормативно-

правовых актов: два федеральных закона, постановления Правительства РФ, приказ Минздрава России. В настоящее время идёт подготовка дополнительных подзаконных актов. Главы субъектов РФ и председатели региональных антинаркотических комиссий ещё в феврале 2014 г. письмом главы Госнарконтроля были проинформированы о необходимости реализовывать принятые на федеральном уровне нормативно-правовые акты и обеспечить доступность наркотических анальгетиков для больных. Руководителям территориальных министерств здравоохранения были направлены соответствующие письма от

медицины обсуждали специалисты, имеющие непосредственное отношение к данной теме, то с журналистами о них говорили депутаты Госдумы и члены Совета Федерации РФ.

В результате получилась заочная дискуссия в форме инверсии: ответы на некоторые вопросы, которые в аудитории журналистов «ставили ребром» политики, прозвучали двумя днями раньше в зале конгресса.

К примеру, член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Салия Мурзабаева на встрече с прессой сказала: «Сегодня наша страна находится на 48-м месте в мире по степени обеспечения бесплатными

подписей, и обязательность возмещения тары – ампул, пластырей. Новый закон все эти требования отменяет. Плюс сейчас действуют очень жёсткие условия относительно хранения и перемещения лекарств для онкобольных. Для оборудования комнат хранения таких средств нужен целый арсенал, как для бомбоубежища, – говорит член Комитета Совета Федерации по социальной политике врач-педиатр Владимир Круглый.

Кому, когда и как помочь?

Потребность в паллиативной помощи колоссальная: по самым строгим подсчётам, в России в

множественной и широкой лекарственной устойчивостью, лечение которых существенно затруднено, а также доля больных с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулёз. Особая социальная структура больных туберкулёзом объясняет их низкую приверженность к лечению, что порождает риск хронизации процесса и впоследствии требует паллиативного лечения. Это проблема не только российской, она общемировая, поэтому в 2010 г. эксперты ВОЗ приняли декларацию об оказании паллиативной помощи больным туберкулёзом с МЛУ и ШЛУ формами в случае неудачи в лечении при проведении двух курсов полноценной контро-

Проблемы и решения

Медицина избавления от страданий

Врачи и пациенты ждут легализации паллиативной помощи в России



Помогать до последней минуты жизни

Минздрава России, – подчеркнула Ю.Шевцова.

Получается, что формально доступность наркотических анальгетиков уже давно в значительной мере обеспечена. Только не все врачи это знают и не все пациенты это почувствовали. Именно потому вопрос об адекватности медикаментозной помощи «паллиативным» пациентам стал лейтмотивом многих выступлений: участники форума постоянно упоминали о случаях самоубийств онкобольных, которые сталкивались с серьёзными трудностями при получении обезболивающих лекарств.

Ключевые поправки

Примечательно, что конгресс состоялся накануне знаменательного события – вступления в силу Федерального закона № 501 «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»», который призван обеспечить доступность сильных обезболивающих препаратов для тяжелобольных пациентов. Долгожданные поправки начали действовать с 30 июня 2015 г.

Забегая вперёд, скажем, что через день после конгресса в одном из информационных агентств Москвы состоялась пресс-конференция, посвящённая «старту» 501-го закона. И если на конгрессе проблемы паллиативной

ней нуждаются минимум 800 тыс. человек в год, – такую информацию предоставил Георгий Новиков. Причём в качестве расчётных используются данные зарубежной статистики, ведь в РФ пока нет регистра неизлечимо больных пациентов. Создать такой регистр в каждом регионе и по каждой нозологии – задача номер один, поскольку, лишь опираясь на реальное число больных, можно планировать развитие службы паллиативной медицины.

Ещё несколько цифр, прозвучавших на конгрессе: ежегодно в России умирает 1 млн 700 тыс. человек, из которых только 17% – онкологические больные. Следовательно, нельзя сводить понятие «паллиативная помощь» исключительно к противоболевой терапии онкологическим пациентам. Две трети нуждающихся в паллиативном лечении – это пациенты эндокринологического профиля с сахарным диабетом и синдромом диабетической стопы, неврологического профиля – в состоянии после нарушений мозгового кровообращения, с боковым амиотрофическим склерозом, рассеянным склерозом. В пульмонологии паллиативная помощь бывает необходима больным при ХОБЛ, бронхиальной астме, в ревматологии – при тяжёлых повреждениях опорно-двигательного аппарата, даже в психиатрии есть такие состояния.

Интересы своих больных убедительно отстаивал научный сотрудник Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора кандидат медицинских наук Василий Шахильдян. В нашей стране уже более 930 тыс. зарегистрированных больных ВИЧ-инфекцией, и ежегодно выявляется 30 новых случаев. 195 тыс. больных уже погибли.

– К сожалению, из-за позднего выявления инфекции и низкой приверженности части пациентов к антиретровирусной терапии число больных с тяжёлыми вторичными заболеваниями на фоне иммунодефицита нарастает, и потребность в паллиативной помощи будет увеличиваться, – предсказывает В.Шахильдян.

В продолжение темы руководитель научно-методического отдела Санкт-Петербургского НИИ физиопульмонологии профессор Гоар Баласанянц сообщила участникам конгресса, что паллиативное лечение необходимо и больному числу больных туберкулёзом.

– Растёт число пациентов с

лируемой химиотерапии и в случае двукратного прерывания больными курсов химиотерапии, – говорит профессор Баласанянц.

Питерские специалисты работают на опережение: ими уже подготовлены методические рекомендации по оказанию паллиативной помощи во фтизиатрии, хотя паллиативное лечение ещё не включено официально в порядок оказания медицинской помощи во фтизиатрии. Кстати, эта формальность сильно осложняет работу фтизиатров.

– Регионам необходимо создавать регистры фтизиобольных, которым требуется паллиативная помощь, – предупреждает Г.Баласанянц. – Скажу на примере Санкт-Петербурга: сначала мы говорили, что в нашем субъекте для данной категории больных достаточно будет одного отделения, потом – двух, а теперь видим, что для них понадобится целая больница. Ещё части пациентов такая помощь должна оказываться

на дому. Обсуждая организационные аспекты паллиативной медицины, главный специалист Минздрава России Диана Невзорова напомнила участникам форума, что финансовое обеспечение данного раздела осуществляется исключительно за счёт бюджетов регионов. Причём денег мало, особо не разгуляешься: средний норматив финансовых затрат на 1 койко-день в медицинском учреждении на 2015 г. – 1700 руб., на 2016 г. – 1780 руб. и на 2017 г. – 1861 руб. А объём финансовых затрат на оказание паллиативной помощи в амбулаторных условиях вообще до сих пор не определён, и это создаёт массу сложностей в работе регионального здравоохранения.

В свою очередь руководитель Ассоциации паллиативной медицины Георгий Новиков предупредил коллег: при организации службы паллиативной помощи следует учитывать особенности территории. Ещё 20 лет назад он и его коллеги разработали территориальные модели организации паллиативной помощи для субъектов с населением до 2 млн и более 2 млн человек. К настоящему времени наконец-то сложились необходимые законодательные условия, чтобы эти модели можно было внедрять в практику. Потребовалось всего каких-то 20 лет...

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Как считает министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, одним из главных направлений работы ведомства должно быть развитие государственно-частного партнёрства, которое является важнейшим механизмом повышения качества и эффективности медицинской помощи в стране. И надо заметить, за последние несколько лет здесь произошли существенные изменения. По данным министра, если в 2013 г. программы государственно-частного партнёрства реализовывали в 40 регионах, то в 2014-м их стало 58. Вот, например, Тамбовская область. Психиатрическая служба на Тамбовщине, возглавляемая высококвалифицированным специалистом, заслуженным врачом РФ, кандидатом педагогических наук Андреем ГАЖОЙ, идёт именно по этому пути. С ним беседовала специальный корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наиля САФИНА.

– Андрей Константинович, вы руководите Тамбовской психиатрической клинической больницей уже 18 лет. Наверное, уже давно предвидели, что здравоохранение может быть эффективным только на основе государственно-частного партнёрства?

– Я рад, что роль вложения частных инвестиций в здравоохранение стала не только обсуждаться, но и принимать конкретные формы. Но особенно радостно, как однажды сказал главный психиатр Минздрава России Зураб Ильич Кекелидзе, «...мы пришли к такому времени, когда бизнес стал социально ориентированным. И тот факт, что инвесторы, до недавнего времени проявлявшие интерес к высокотехнологичным методам лечения, теперь обратили внимание на науку о душе, говорит о многом».

– Бизнес становится социально ориентированным – и это, действительно, прогресс. Слушая ваше выступление на первом совещании главных психиатров Центрального федерального округа, мне вспомнилось, как больше года назад Владимир Путин очень лаконично сказал, что «направлять на развитие медицинской инфраструктуры исключительно государственные средства достаточно сложно, неэффективно, затратно, и порой эти деньги – просто в никуда»...

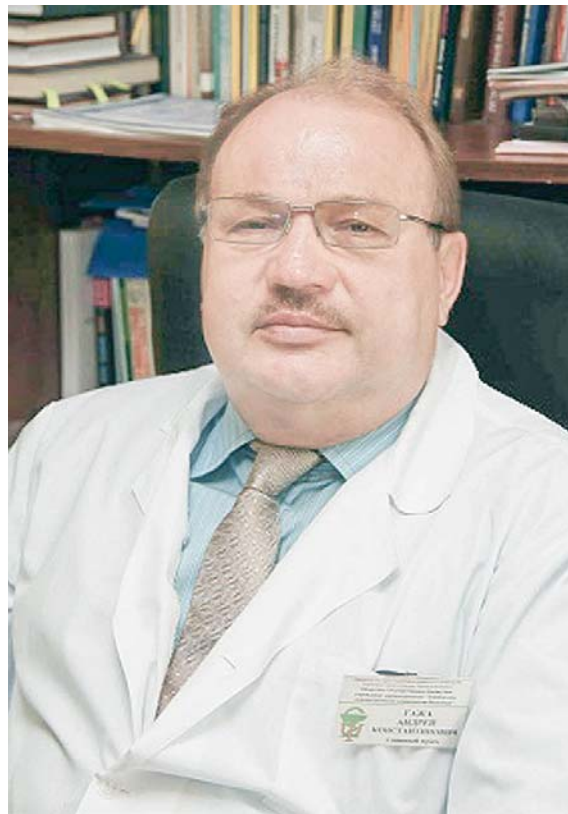
– Да, припоминаю. Это было на совещании в Ново-Огарёво ещё в прошлом году, когда Президент предлагал найти возможности для государственно-частного партнёрства в сфере обязательного медицинского страхования. Тогда он и призвал «искать решения в рамках различных моделей государственно-частного партнёрства, создавая для бизнеса привлекательные условия». Мало того, он предложил обсудить все возможные варианты с учётом того, что потенциальные риски предпринимаемых шагов должны быть детально просчитаны и учтены. Мы как раз так и сделали – просчитали и учли! И это прекрасно, что государство заинтересовано в постепенном замещении государственной инфраструктуры в сегменте здравоохранения на частную. Сейчас, по различным оценкам, около 80% всех видов медицинской помощи оказывают государственные клиники, всю остальную – частные и ведомственные. Как известно, в современной экономической истории прообразом государственно-частного партнёрства явилась так называемая «частная финансовая инициатива», появившаяся порядка двух десятилетий назад в Великобритании. Обратите внимание, первоначально эта инициатива получила развитие, главным образом, в областях здравоохранения и образования, причём именно в условиях снижения возможностей их бюджетного финансирования. Одним из обязательных пунктов соглашения было сохранение рабочих мест для сотрудников,

Наши интервью

Государственное или частное?

Государственно-частное!

Такое партнёрство отлично работает в Тамбовской областной клинической психиатрической больнице



ранее работающих на этих площадках.

– А как это происходит сейчас?

– Начнём с того, что для государственного участника оценка эффективности начинается с обоснования выбора формы взаимодействия. Как показывает практика, в рамках государственно-частного партнёрства заслуживает внимание взаимодействие частных медицинских организаций с бюджетными медицинскими учреждениями. Вообще, выделено несколько вариантов взаимодействия. Это – содействие бюджетным учреждениям в организации ими медицинской помощи, как платной, так и бесплатной; использование временно свободных мощностей бюджетных учреждений; привлечение в государственные организации дополнительных материальных ресурсов; включение в государственные учреждения дополнительных трудовых ресурсов. И последнее – выравнивание возможностей и условий предоставления платных услуг, то есть замена платных услуг, оказываемых бюджетными ЛПУ

на оказание услуг частными организациями на базе этого же учреждения. Всё перечисленное помогает решить проблемы поиска дополнительных средств для ремонта ветхих помещений, повышения эффективности медико-социальной реабилитации пациентов, соблюдения сроков среднего пребывания в стационаре. Что касается сроков, то в нашей Тамбовской психиатрической клинической больнице пациенты, находящиеся в ста-

– Ни в коем случае, во всех отношениях наблюдаются одни плюсы. С 2001 до 2014 г., например, у нас было общежитие на базе стационара, которое находилось на бюджете больницы с полным контролем со стороны персонала. Мало того, в нём был жёсткий режим проживания, то есть стационарный, а приготовление пищи хоть и было самостоятельным, но строго из продуктов пищеблока. Если говорить о социальной занятости,

тамбовская психиатрическая служба ощутить, что находится под его «крылом»?

– Несмотря на то, что ранее Борис Дмитриевич возглавлял только московскую службу психиатров, его непререкаемый авторитет, безусловно, распространялся на всю Россию. Конечно, у нас всегда были тесные контакты с классиками в психиатрии – Зурабом Ильичём Кекелидзе и Борисом Дмитриевичем Цыганковым, а сейчас под непосред-

ционаре более года, составляли 10 лет назад более 40%, а в настоящее время – уже 11%.

– То есть показатели значительно улучшились после организации вами автономной некоммерческой организации по типу государственно-частного партнёрства?

– Да, эта организация – центр реабилитации «Прозрение» была зарегистрирована 2 года назад, а её общежитие было открыто год спустя после этого. В связи с её открытием сформировалась новая схема маршрутизации пациента, которая даёт экономии бюджетных средств за счёт выписанных больных в центр «Прозрение». То есть получается, что пациенты курсируют из общежития «Прозрения» по принципу туда-обратно в медико-реабилитационные и психиатрические отделения Тамбовской психиатрической клинической больницы, в отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях и в сообщество. Только за период с августа 2014 г. по апрель 2015 г. включительно был заключён 231 договор по выписке больных в общежитие, что дало экономию в 7033 койко-дней. Курс лечения больного составляет 90 дней, стоимость лечения больного – 59 852,03 руб. При расчёте экономии бюджетных средств исходим из того, что 7033 койко-дней делим на 90 дней лечения и умножаем на приведённую стоимость. Получаем экономию 4 677 103,62 руб.

маршрутизации пациента, которая даёт экономии бюджетных средств за счёт выписанных больных в центр «Прозрение». То есть получается, что пациенты курсируют из общежития «Прозрения» по принципу туда-обратно в медико-реабилитационные и психиатрические отделения Тамбовской психиатрической клинической больницы, в отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях и в сообщество. Только за период с августа 2014 г. по апрель 2015 г. включительно был заключён 231 договор по выписке больных в общежитие, что дало экономию в 7033 койко-дней. Курс лечения больного составляет 90 дней, стоимость лечения больного – 59 852,03 руб. При расчёте экономии бюджетных средств исходим из того, что 7033 койко-дней делим на 90 дней лечения и умножаем на приведённую стоимость. Получаем экономию 4 677 103,62 руб.

– Не получается ли так, что финансовые риски автоматически переносятся на частного партнёра?

она была ограничена режимом стационара.

– А теперь общежитие стало некоммерческой организацией. И что изменилось, помимо экономии финансовых средств?

– Самый первый и важный пункт – самокупаемость. Вторых, самоорганизация пациентов. И ещё – содержание пациентов осуществляется в режиме открытых дверей. Изменилось питание – меню, пожалуйста, по интересам пациентов. Трудовая занятость – по желанию пациента. Роль такого рода общежития очень важна в жизни пациентов, тем более что категория их обширна. Почти у 70% проживающих в общежитии жильё находится в непригодном состоянии. У трети пациентов есть только дальние родственники, которые оказываются от них. Четверть пациентов из этих двух больших групп имеют в анамнезе правонарушение. Восстановление дееспособности «через общежитие» наблюдается у 7-8% пациентов. Единицы выписываются в социум. С 2008 г. в больнице было открыто отделение принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа, единственное в области подразделение, где осуществляются лечебные и реабилитационные мероприятия только для пациентов, совершивших общественно-опасные деяния. Этот факт побуждает нас использовать ресурсы общежития для пациентов, находящихся на принудительном лечении, а для этого надо расширять общежитие. Но вряд ли мы могли бы осуществлять такие кардинальные шаги в плане государственно-частного партнёрства, если бы не поддерживало все наши начинания Управление здравоохранения Тамбовской области в лице начальника управления Марины Вячеславовны Лапочкиной, за что мы ей очень благодарны.

– Как-то незаметно пролетели полгода с момента назначения главного психиатра Департамента здравоохранения Москвы профессора Бориса Цыганкова главным психиатром Центрального федерального округа. Успела ли

Тамбов. собственным руководством Бориса Дмитриевича значительно усилились организационно-методическая компонента, наша информированность, что, действительно, позволяет нам чувствовать себя более защищёнными. Как мы все знаем, Борис Дмитриевич всегда уделяет повышенное внимание образовательному уровню врачей-психиатров. В связи с этим и у нас появилась реальная возможность быть непосредственными участниками московских конференций по психиатрии, проводимых Департаментом здравоохранения Москвы, куда нас начал приглашать Цыганков. Мы, коллеги-психиатры Центрального федерального округа, а это ведь ни много ни мало 18 субъектов Российской Федерации, стали лучше общаться между собой. Я как патриот Тамбовской области хотя родился и учился в Оренбуржье, не могу не сказать, что Тамбовская область, являющаяся одним из ведущих секторов российской экономики, в значительной мере определяет социально-экономическую ситуацию даже в стране. Такой высокий статус нашего региона предъявляет высокие требования к нам и в плане здравоохранения. Мы, психиатры, понимаем, что многое ещё предстоит сделать для повышения качества психиатрической помощи населению, но наш коллектив готов совершенствовать лечебный процесс и управленческую деятельность, создавать необходимые условия для продуктивной и творческой работы медицинского персонала на благо своих пациентов.

– Андрей Константинович, я не сомневаюсь, что так и будет, потому что вы не только патриот своей земли, но и своей специальности, которой начали увлекаться ещё в студенчестве, пройдя профессиональный путь в Тамбовской областной клинической психиатрической больнице, начиная от интернатуры по специальности «психиатрия» и далее по возрастающей. Психиатрической службе Центрального федерального округа всегда быть на должной высоте!

Тамбов.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 44 (1896)

Острый панкреатит (ОП) представляет собой распространённое хирургическое заболевание. По всему миру частота его составляет 4,9-73,4 случая на 100 тыс. населения. В Австралии самый низкий показатель – 1,2. Смертность колеблется от 1,5 до 4,2%, по данным широких эпидемиологических исследований. Значительно варьирует тяжесть ОП. До 30% случаев достигает частота панкреонекроза. Недавно проведённое в Австралии исследование показало самую низкую частоту смертности – 0,08%, что, по-видимому, связано с ранним распознаванием тяжёлого панкреатита и своевременным проведением интенсивной терапии.

Так как острый панкреатит весьма распространённое заболевание, несущее потенциальную угрозу жизни, важную задачу составляет разработка лечения. Американская коллегия гастроэнтерологии (АКГ) и Международная ассоциация панкреатологии (МАП) в сотрудничестве с Американской панкреатической ассоциацией (АПА) недавно опубликовали новое Руководство по лечению острого панкреатита. В нём нашли отражение все варианты лечения и изложены рекомендации с указанием уровней доказательности.

В *Medical Journal of Australia* (2015) авторы M. Nesvaderani, G. Eslick и M. Cox приводят современные данные по диагностике и лечению ОП, изложенные в упомянутом руководстве.

Рекомендации

Диагноз острого панкреатита ставится на основании двух из следующих трёх критериев:

- боль в эпигастриальной области;
- уровень амилазы и/или липазы в 3 раза превышает норму;
- характерные находки при визуальных методах исследования (уровень доказательства 1B).

Применение КТ

КТ брюшной полости следует выполнять, если

- не ясен диагноз;
- клинический статус больного не улучшается после 3-5 дней лечения (1B).

Этиология

Для всех больных острым панкреатитом этиологию следует определить по данным анамнеза, оценить результаты лабораторных исследований (показатели функции печени, уровень сывороточного триглицерида кальция).

Больным с идиопатическим панкреатитом следует провести эндоскопическое УЗИ ± МРТ-холангиопанкреатографию, чтобы оценить, имеются ли микролиты, неоплазмы и хронический панкреатит (2C).

Степень тяжести

ОП следует характеризовать на основе таких показателей, как возраст, коморбидный статус, индекс массы тела, наличие системной воспалительной реакции и лабораторных показателей. Отсутствует доказательство того, что балльная система оценки тяжести более точная, чем любая другая.

Лечение ОП лёгкой степени тяжести

- умеренная внутривенная гидратация изотонического кристаллоидного раствора в течение первых 12-24 часов (1B);
- питание через рот может быть начато, когда абдоминальная боль прекратится и отсутствуют рвота или тошнота (2B);
- следует выполнить холецистэктомию при лёгком билиарном панкреатите, если показания к ней возникнут во время госпитализации (1B).

Лечение тяжёлого ОП

- умеренная внутривенная гидратация изотонического кристаллоидного раствора в течение первых 12-24 часов (1B);
- пациентов с тяжёлым ОП (по критериям классификации Atlanta – наличие полиорганной недостаточности) следует переводить в блок интенсивной терапии (1C);
- при тяжёлом ОП энтеральное питание следует назначать рано больным, требующим нутритивной поддержки (1B).

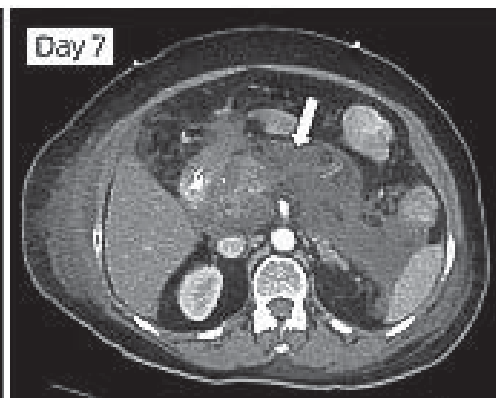
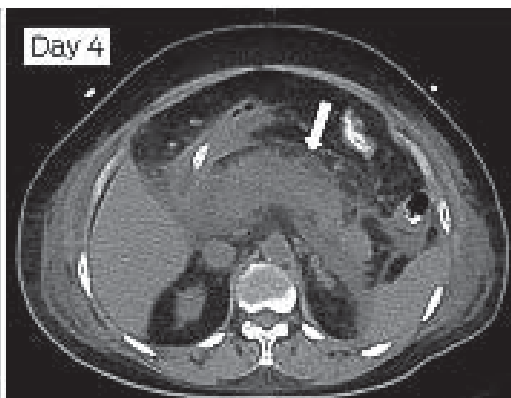
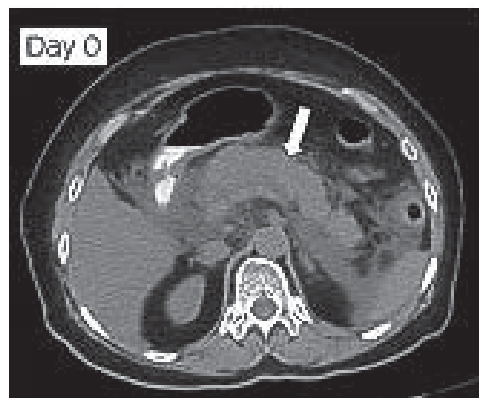
Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
ЭРХПГ следует выполнить в первые 24 часа от начала заболевания больным с текущим острым холангитом (1B).

Антибиотики

- обычную, с профилактической целью внутривенную антибиотикотерапию проводить не рекомендуется (1B);
- внутривенная антибиотикотерапия показана при внепанкреатической инфекции (1A).

Примечания. 1A – настоятельная ре-

Острый панкреатит: современное лечение



Артериальная фаза КТ на момент поступления в больницу, на 4-й и 7-й день у 65-летнего мужчины с тяжёлым идиопатическим панкреатитом, у которого развился панкреонекроз.

Day 0 – КТ, выполненная в отделении неотложной терапии с целью диагностики, выявила панкреатит со значительным перипанкреатическим вовлечением из-за текущей системной воспалительной реакции и свободной жидкости.

Day 4 – по данным КТ, выполненным на 4-й день, так как отмечены текущая системная воспалительная реакция и респираторная недостаточность. Не выявлено значительных изменений и не привело к изменениям в лечении.

Day 7 – на 7-й день отмечено прогрессирование процесса – развитие сепсиса. Выявлен некроз поджелудочной железы (стрелкой показана поджелудочная железа на всех снимках).

комендация обоих руководств, высокий уровень доказательности. 1B – рекомендуют оба руководства, средний уровень доказательности. 1C – рекомендуют оба руководства, низкий уровень доказательности. 2B – ненастоятельные рекомендации обоих руководств, средний уровень доказательности. 2C – ненастоятельные рекомендации обоих руководств, низкий уровень доказательности.

Уровень доказательности был адаптирован из оценок доказательства в руководствах АКГ и МАП/АПА с использованием системы Градации рекомендаций (Grading of Recommendations Assessments, Development and Evaluation – GRADE).

Имеются два аспекта в лечении, которые изменены в новых руководствах 2013 г. Наиболее значимое из них – рекомендация пациентам с билиарным панкреатитом и сопутствующим холангитом или обструкцией внутрипечёночных желчных ходов рано проводить ЭРХПГ. В старых руководствах ЭРХПГ рекомендуется всем пациентам с тяжёлым панкреатитом. Эта рекомендация основана на новых доказательствах, полученных в метаанализе, показавшем отсутствие пользы от этой диагностической процедуры при тяжёлом панкреатите.

Второе изменение касается определения тяжёлого панкреатита, которое пересмотрено в новых руководствах, и включения панкреатита средней степени тяжести согласно пересмотру классификации Atlanta, опубликованной в 2013 г.

Этиология

Камни в желчном пузыре и алкоголь вместе являются причиной ОП в 80% случаев. Частота идиопатических панкреатитов нарастает, что можно объяснить увеличением распространённости морбидного ожирения в австралийской популяции. Одно из объяснений заключается в том, что увеличилось число случаев микролитиаза как причина большинства идиопатических панкреатитов.

Диагноз

Диагноз ОП ставится по трём критериям: острая абдоминальная боль в эпигастриальной области; повышение уровня сывороточной амилазы/липазы более чем в 3 раза от нормы и/или характерные признаки при визуальных методах исследования: КТ, МРТ или УЗИ.

КТ следует проводить в самом начале обследования больного, если есть сомнения в клинической диагностике или если уровни липазы/амилазы в сыворотке крови нормальные при отсроченной презентации. Сомнения в клиническом

АЛТ ≥ 150 IU/L с 95%-ной вероятностью указывают на панкреатит, обусловленный холелитиазом.

Диагноз идиопатического ОП ставится тогда, когда не удаётся определить причину. В этих случаях рекомендуется проводить эндоскопическое УЗИ как исследование первой линии, чтобы выявить оккультный микролитиаз, неоплазму, хронический панкреатит. Если получен отрицательный результат, следует провести МРТ-холангиопанкреатографию. Недавнее исследование показало, что эндоскопическое УЗИ и МРТ-ХПГ могут в 57% случаев идентифицировать причину идиопатического панкреатита. Однако, пишут авторы, следует отметить низкий уровень доказательности, чтобы поддерживать эндоскопическое УЗИ как исследование первой линии, и руководства отмечают, что относительный риск и польза этого исследования для больных неясна.

Оценка тяжести

Тяжесть болезни – важный индикатор

диагнозе могут быть, когда боль нетипична или когда необходимо исключить альтернативный диагноз (подозрение на перфорацию кишки или её ишемию).

Обычную КТ не рекомендуется проводить больным, у которых присутствуют два диагностических критерия. КТ следует оставить в резерве в тех случаях, когда нет улучшения в клинической картине после 5 дней от начала лечения, чтобы определить тяжесть и распространённость некроза, так как после 5 дней развития некроза поджелудочной железы наиболее вероятно. Причина отказа от выполнения КТ в ранние сроки основана на уверенной доказанности, что она не улучшает клинический результат, повышает риск аллергической реакции на контрастное вещество и его нейротоксичность, а также увеличивает длительность госпитализации.

Правильная оценка этиологии ОП важна для лечения и предотвращения рецидивов. Рекомендуется:

- * детальный анамнез, включая вопросы, касающиеся употребления алкоголя, медикаментов, употребления жирной пищи, травмы, недавней ЭРХПГ, панкреатиты в семейном анамнезе;
- * УЗИ брюшной полости для выявления холелитиаза;
- * лабораторный анализ для выявления уровня энзимов, триглицеридов и кальция в сыворотке крови.

Определение уровня печёночных показателей, особенно АЛТ, может оказаться полезным, так как является маркёром холелитиазного панкреатита. Уровни

смертности и выбора лечения, а также суждения о необходимости неотложной помощи и нутритивной поддержки. Пересмотренная классификация Atlanta, применяемая для оценки тяжести панкреатита.

Панкреатит лёгкой степени тяжести –

- * отсутствие признаков органной недостаточности или системных осложнений;
- * большинство эпизодов панкреатита лёгкие и с самоограниченным течением, продолжающиеся менее 7 дней.

Панкреатит средней степени тяжести –

- * транзиторная органная недостаточность, продолжающаяся менее 48 часов, или локальные осложнения (перипанкреатическое скопление жидкости, панкреонекроз), или системные осложнения (обострение предшествующей болезни).

Тяжёлый панкреатит –

- * персистирующая органная недостаточность, длящаяся более 48 часов;
- * летальность 20-30%.

Имеется несколько балльных систем, способных предсказать, у какого пациента болезнь примет тяжёлый характер, включая такие, как быстрая физиология и оценка постоянного здоровья II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II-APACHE II), Ranson критерии и модифицированные баллы Glasgow, которые пригодны для клинической и лабораторной оценки, и баллы Balthazar, которые основаны на результатах КТ. Более новая прогностическая балльная система – индекс тяжести при остром панкреатите у постели больного (Bedside Index for

Severity in Acute Pancreatitis – BISAP) основан на определении мочевины в крови, недостаточности ментального статуса, системной воспалительной реакции (СВР), возраст > 60 лет и наличие плеврального выпота. В настоящее время не достигнут консенсус относительно того, какую систему оценки тяжести следует применять. Последние руководства полагают, что существующие системы счёта баллов имеют ограниченную ценность и чаще дают негативную прогностическую оценку и реже позитивную. Тем не менее рекомендуется, чтобы оценка риска всем больным панкреатитом стратифицировалась как высокий риск или низкий риск. Большинство балльных систем требуют 48 часов для точной оценки. КТ, выполненная в ранние сроки болезни, даёт неточные результаты, так как некроз развивается после 48 часов. Как АКГ, так и МАП/АПА руководства рекомендуют клинический подход к оценке исхода ОП, комбинируя данные анамнеза (возраст, ИМТ, коморбидность болезни), так и наличие СВР и лабораторных данных (уровень креатинина, гематокрит).

ОП лёгкой степени тяжести

Ранняя активная внутривенная гидратация (изотонический раствор кристаллоидов, такой как раствор Hartmann)

Ближневосточный респираторный синдром (БВРС) является вирусным респираторным заболеванием, вызванным новым коронавирусом (БВРС-КоВ), который впервые был диагностирован в Саудовской Аравии в 2012 г.

Коронавирусы являются большим семейством вирусов, способных вызывать болезни от обычной простуды до тяжёлого острого респираторного синдрома (ТОРС). Типичные симптомы БВРС включают высокую температуру, кашель и одышку. Пневмония является обычным явлением, но не всегда присутствует. Регистрируются также гастроэнтерологические симптомы, включая диарею.

Примерно 36% зарегистрированных больных БВРС умерли. Хотя большинство случаев заболевания людей объясняются передачей инфекции между людьми. Верблюды, по всей вероятности, являются крупным резервуаром-хозяином для БВРС-КоВ и источником заражения людей. Однако точная роль верблюдов в передаче вируса и конкретный путь (пути) передачи неизвестны.

Предполагается, что вирус не переходит свободно от человека к человеку, если только не имеет места тесный контакт между ними, например, при оказании пациенту медицинской помощи без средств защиты.

Симптомы

Клинические проявления инфекции БВРС-КоВ варьируют от отсутствия симптомов (бессимптомное протекание) или лёгких респираторных симптомов до тяжёлого острого респираторного заболевания и смерти. Типичная картина БВРС-КоВ – высокая температура, кашель и одышка. Обычно, но не всегда, выявляется пневмония. Регистрируются также гастроэнтерологические симптомы, включая диарею.

При тяжёлом течении болезни может наступить остановка дыхания, что требует механической вентиляции лёгких и оказания помощи в отделении реанимации. Примерно 36% зарегистрированных больных БВРС-КоВ умирают. Вирус, по-видимому, вызывает более тяжёлое протекание болезни у пожилых людей, лиц с ослабленной иммунной системой и страдающих такими хроническими заболеваниями, как рак, хронические болезни лёгких и диабет.

Источник вируса

БВРС-КоВ является зоонозным вирусом, который передаётся от животных человеку. Происхождение этого вируса до конца неизвестно, однако, согласно результатам анализа различных геномов вируса, полагают, что он возник среди летучих мышей и был передан верблюдам в отдалённом прошлом.

Передача

Передача от животных людям: полное понимание пути такой передачи отсут-

ствует, однако верблюды, вероятно, являются основным резервуаром-хозяином БВРС-КоВ и источником заражения людей животного происхождения. Штаммы БВРС-КоВ, идентичные штаммам человека, были диагностированы в нескольких странах, в том числе Египте, Омане, Катаре и Саудовской Аравии.

Передача между людьми: по-видимому, этот вирус не передаётся легко между людьми, если только не имеет место тесный контакт, например, при оказании инфицированному пациенту медицинской помощи без средств защиты. Имели место кластеры случаев заболевания в медучреждениях, где передача между людьми более вероятна, особенно если методы профилактики инфекции и борьбы с ней выполняются недостаточно. До сих пор устойчивая передача среди местных сообществ не документировалась.

Тяжёлый ОП

В дополнении к активной внутривенной гидратации и голоданию больному могут потребоваться перевод на интенсивную койку и нутритивная поддержка. Все больные с тяжёлым ОП по оценке пересмотренной классификации Atlanta (персистирующая органная недостаточность) должны получать лечение в отделении интенсивной терапии.

Энтеральное питание показано больным с тяжёлым ОП и должно начинаться рано, в идеале спустя 48 часов после

голодания. Ранняя нутритивная поддержка путём назоэнтерического или назогастрального питания показана с целью улучшить результаты лечения, уменьшить инфекционные осложнения, сроки госпитализации и вероятность летального исхода. Парентеральное питание следует избегать из-за риска инфекционных осложнений.

Прежние руководства от 2005 г. рекомендовали всем больным с тяжёлым билиарным ОП проводить ЭРХПГ в первые 72 часа госпитализации. Однако недавно проведённый метаанализ показал, что ЭРХПГ не оказывает влияния на частоту летального исхода и осложнений при тяжёлом панкреатите с желчнокаменной болезнью. Польза отмечена только у больных с сопутствующим холангитом или обструкцией билиарных протоков. В более свежих руководствах указано, что как МАП/АПА, так и АКГ рекомендуют ЭРХПГ выполнять в сроки менее 24 часов после поступления у больных с сопутствующим острым холангитом, а не у всех больных с тяжёлым билиарным панкреатитом.

Обычная антибиотикотерапия не показана при тяжёлом ОП. Её следует применять, только если имеет место

экстрапанкреатическая инфекция (например, холангит) или у больных с инфицированным некрозом поджелудочной железы. Метаанализ не выявил улучшения исходов болезни при профилактическом применении антибиотиков. Более того, в некоторых исследованиях было показано, что профилактическая антибиотикотерапия повышает риск грибковой инфекции поджелудочной железы.

Обращение в специализированные центры рекомендуется больным с тяжёлым ОП и тем, у которых может потребоваться хирургическое или эндоскопическое вмешательство. К специализированным центрам относятся учреждения с высоким объёмом возможностей для интенсивного лечения и ежедневным доступом к интервенционной радиологии, эндоскопии и хирургической помощи. Имеются свидетельства того, что лечение тяжёлого ОП в таких центрах приводит к сокращению сроков пребывания на больничной койке и более низким показателям летальности.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам
Medical Journal of Australia.

Коронавирус ближневосточного респираторного синдрома

Информационный бюллетень N°401

надлежащей кулинарной обработке или пастеризации, безопасны для употребления в пищу, однако требуют тщательного обращения, чтобы избежать перекрёстного заражения от необработанных пищевых продуктов. Верблюжье мясо и молоко являются питательными продуктами, которые можно употреблять в пищу после пастеризации, кулинарного приготовления или иной тепловой обработки.

Пока мы не станем понимать лучше природу БВРС-КоВ, лица с диабетом, почечной недостаточностью, хроническими болезнями лёгких и ослабленным иммунитетом будут рассматриваться в качестве подвергающихся высокой степени риска тяжёлого заболевания при заражении БВРС-КоВ. Им следует избегать контакта с верблюдами, пить сырое верблюжье молоко или верблюжью мочу или употреблять в пищу мясо, которое не подверглось надлежащей тепловой обработке.

БВРС-КоВ среди медработников

Передача этого вируса произошла в медучреждениях ряда стран, в том числе от больных медперсоналу и между больными до диагностирования БВРС-КоВ. Не всегда существует возможность выявить больных БВРС-КоВ на раннем этапе или без проведения тестирования, поскольку симптомы и другие клинические проявления могут быть неспецифическими.

Большое значение для предотвращения возможного распространения БВРС-КоВ в медучреждениях имеют меры профилактики и борьбы. Учреждениям, оказывающим медпомощь пациентам с предполагаемым или подтверждённым заражением БВРС-КоВ, следует принимать соответствующие меры с целью сокращения риска передачи вируса от заражённого больного другим пациентам, медработникам или посетителям. Медработники должны иметь образование и подготовку по профилактике инфекции и борьбы с ней, и им следует регулярно поддерживать эти навыки.

Деятельность ВОЗ

ВОЗ не рекомендует вводить какие-либо ограничения на поездки и торговлю или скрининг прибывающих лиц в связи с БВРС-КоВ.

ВОЗ сотрудничает с клиницистами и учёными пострадавших стран и на международном уровне с целью сбора научных данных и обмена ими для углубления понимания вируса и вызываемых им болезней и определения приоритетов в области реагирования на вспышки, стратегий лечения и подходов к клиническому

ведению больных. Организация также сотрудничает со странами в разработке стратегий общественного здравоохранения для профилактики инфекции и борьбы с этим вирусом.

Совместно с пострадавшими странами и международными техническими партнёрами и сетями ВОЗ координирует глобальные ответные меры системы здравоохранения на БВРС, включая: предоставление обновлённой информации о ситуации; проведение оценок рисков и совместных расследований с национальными органами; созыв научных совещаний и обеспечение руководящих принципов и обучения для органов здравоохранения и технических учреждений здравоохранения по временным рекомендациям относительно эпиднадзора, лабораторному тестированию больных, профилактике инфекции и борьбе с ней и клиническому ведению.

Генеральный директор создала Комитет по чрезвычайной ситуации в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), чтобы он представил ей своё заключение о том, является ли это событие чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, и рекомендовал необходимые меры в области общественного здравоохранения. С момента первого выявления этой болезни комитет провёл ряд заседаний. ВОЗ рекомендует всем государствам-членам усилить эпиднадзор за тяжёлыми острыми респираторными инфекциями (ТОРИ) и тщательно анализировать любые необычные проявления ТОРИ или пневмонии.

Странам независимо от того, регистрируются ли ими заболевания БВРС или нет, следует сохранять высокий уровень бдительности, особенно в тех случаях, когда в них пребывает большое число путешественников или работников-мигрантов с Ближнего Востока. В соответствии с руководящими указаниями ВОЗ в этих странах следует и далее усиливать эпиднадзор, а также процедуры профилактики инфекции и борьбы с ней в медучреждениях. ВОЗ по-прежнему просит государства-члены уведомлять ВОЗ обо всех подтверждённых и вероятных случаях заражения БВРС-КоВ, а также сообщать информацию о факторах воздействия, тестировании и клиническом развитии болезни, чтобы учитывать эти факторы при разработке наиболее эффективных путей обеспечения готовности и ответных мер на международном уровне.

По информации who.int

На Всероссийском диабетологическом конгрессе в числе других тем подробно рассматривался вопрос необходимости уменьшения сердечно-сосудистого риска при применении сахароснижающих препаратов у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД2).

Интерес к данной проблеме не случаен, так как у больных СД в 2-5 раз выше частота сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), таких как дислипидемия, артериальная гипертензия, диастолическая дисфункция, хроническая сердечная недостаточность, по сравнению с людьми, не имеющими этого заболевания.

В 2011 г. в мире зарегистрировано 366 млн человек с этим заболеванием. По прогнозам, эти цифры к 2030 г. могут достигнуть 552 млн. Только в России в 2010 г., по данным Всемирной федерации диабета, было более 9,5 млн пациентов с СД.

Президент Европейской ассоциации по изучению диабета, профессор Эндрю Болтон (Великобритания) с тревогой отметил, что на современном этапе по причине СД каждый год умирают 3,2 млн пациентов, и эта цифра не является окончательной.

Надёжным ориентиром компенсации СД и адекватности проводимой терапии во всём мире считают показатели гликозилированного гемоглобина (HbA1c), снижение которого только на 1% приводит к уменьшению риска ССЗ на 16-20%.

Однако установлено, что собственная гликемическая нагрузка (уровень глюкозы в крови) также является независимым фактором риска развития, например, инфаркта миокарда. Согласно результатам исследования DECODE, случаи гликемии более 8 ммоль/л приводят к двукратному увеличению риска ССЗ у пациентов с СД.

Тем не менее заместитель директора Эндокринологического научного центра Минздрава России по научной работе, директор НИИ диабета, главный учёный секретарь общественной организации «Российская ассоциация эндокринологов»,

Акценты

Победить диабет и спасти сердце

Этому явно помогает изменение образа жизни



В лечении диабета важен максимально персонализированный подход

член-корреспондент РАН Марина Шестакова подчёркивает, что адекватная коррекция гликемии позволяет снизить на 50-70% микрососудистые осложнения заболевания (нефропатии, ретинопатии, полинейропатии); однако сложно осуществлять контроль за макрососудистыми осложнениями.

– Если учесть, что показатели HbA1c прямо коррелируют со среднесуточной концентрацией глюкозы в крови, то при любых значениях HbA1c следует мониторировать гликемию, как натошак, так и через 2 часа после еды (постпрандиальный уровень), –

подчеркнула она. – Необходимо отметить, что постпрандиальной гипергликемией опосредованы такие маркёры ССЗ, как оксидативный стресс, толщина комплекса интима-медиа сонных артерий, эндотелиальная дисфункция.

Вероятно, это обусловлено тем, что независимым фактором роста показателей смертности от ССЗ у пациентов с СД считают также колебания уровня гликемии не только в сторону высоких, но и в направлении более низких значений. По мнению М.Шестаковой, шансы возникновения острого сердечно-сосудистого события у больных, перенёсших гипоглике-

мию, на 79% выше, чем у пациентов без неё.

Не менее важно при лечении диабета добиваться стабилизации массы тела пациентов, так как у многих из них она избыточна. Данный факт обусловлен метаболическим синдромом, в структуре которого развивается СД2, вариантами медикаментозного лечения (например, полипрагматией), нерациональным образом жизни, питания и повседневной неактивностью больных.

– На каждые 5 баллов индекса массы тела приходится почти 30% сердечно-сосудистого риска, – прокомментировала она. И привела такие данные: согласно исследованию ACCORD, пациенты, которые получали интенсивную терапию, набирали массу тела (более 10 кг от исходных значений) в 2 раза быстрее стандартного лечения (27,8% по сравнению с 14,1%), что сопровождалось повышением риска ССЗ и смертности.

Она отметила: это исследование не только подтвердило негативное влияние избыточной массы тела и ожирения на прогноз лечения СД2 и сердечно-сосудистый риск, но, наряду с исследованиями ADVANCE и VADT, заставило специалистов задуматься о преимуществах стандартной терапии СД перед его стремительным и агрессивным лечением с целью максимального и быстрого снижения гликемии. По словам М.Шестаковой, исследование ACCORD сопровождалось «негативным сердечно-сосудистым

результатом», так как, несмотря на достижение «идеального» уровня HbA1c 3,5%, смертность от ССЗ выросла на 20-22%.

В настоящее время происходит смена концептуальных парадигм в лечении СД2, которая заключается в переносе фокуса внимания специалистов от глюкоконцентрической теории с жёстким гликемическим контролем (победить сахар – спасти пациента) на максимально персонализированный подход (в том числе комбинированной), направленной на последовательную перестройку образа жизни пациентов на основании оптимизирующих рекомендаций по диете и физическим нагрузкам и на сведение к минимуму побочных эффектов.

Последняя задача выполнима за счёт отказа от каскадного наращивания фармакотерапии и перехода к предпочтительному применению антигипергликемических (сахароснижающих) средств, вместо гипогликемизирующих препаратов (гравитационная концепция).

Кроме того, М.Шестакова считает, что для каждого пациента следует индивидуализировать целевые показатели HbA1c: от 6,5% при неосложнённом течении СД2 до 8% у пожилых пациентов с тяжёлыми ССЗ, так как наименьший риск сердечно-сосудистых событий наблюдается при уровне от 7 до 8,5%.

В настоящее время российские и зарубежные ассоциации эндокринологов основываются на дифференцированном выборе целей сахароснижающей терапии СД2. К приоритетным задачам относят снижение риска гипогликемии и сердечно-сосудистых событий. То есть препараты для лечения СД2 должны не только не усугублять течение сосудистых осложнений, но и предупреждать их возникновение; в идеале – обеспечивать профилактику сердечно-сосудистой смертности.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Деловые встречи

Ставшая уже традиционной весенняя научная нейрофизиологическая сессия прошла в Томске и Новосибирске. В обеих научных столицах Сибири состоялись международные образовательные семинары «Современные проблемы нейробиологии и психофармакологии аддикций» для 240 учёных и врачей, работающих в области нейробиологии, психиатрии и наркологии, а также студентов-медиков. Организаторами семинаров уже в третий раз выступают Международная коллегия нейропсихофармакологии, Томский НИИ психического здоровья и Новосибирский НИИ физиологии и фундаментальной медицины.

Тематика прочитанных лекций в равной степени актуальна как для российской медицины, так и для европейской, и на одну и ту же научно-медицинскую проблему имеют различия. В ходе встречи представители российских и зарубежных научных центров представили результаты собственных исследований, а представители практического здравоохранения получили запас свежих знаний о природе и эффективных подходах к лечению патологий, с которыми они сталкиваются ежедневно.

К примеру, аддикция – это не просто временная дурная привычка, а, по утверждению

Человек жаждет вознаграждения

К особенностям развития и терапии зависимостей

профессора Национального университета Ирландии Брайана Леонарда, не что иное, как хроническое рецидивирующее заболевание мозга. Учёный привёл современные взгляды на нейробиологические аспекты зависимостей. В частности, невозможно найти их специфические биомаркёры, тем не менее в европейском научном мире обсуждается роль генетических и эпигенетических особенностей как факторов риска развития аддиктивного поведения у конкретного человека.

Также профессор Леонард показал современную классификацию психоактивных веществ, которые вызывают зависимость, и познакомил коллег с исследованиями, в результате которых могут появиться новые схемы фармакотерапии аддикций.

Тему природы формирования алкогольной, табачной и наркотической зависимостей продолжил профессор Университета Гронингена (Нидерланды) Антон Дж. Луунен. В интерпретации этого учёного аддикция есть «болезнь системы вознаграждения». Так, при употреблении наркотических веществ человек



К сожалению, ей никто вовремя не помог...

получает «вознаграждение», которое значительно превосходит самые смелые его ожидания, именно этот эффект и является основой развития зависимости. Профессор Луунен разъяснил патогенетические принципы терапии зависимостей, которые учитывают механизмы влияния психоактивных наркотических веществ на определённые типы рецепторов головного мозга.

Директор НИИ психического здоровья член-корреспондент РАН Николай Бохан подробно рассказал о ситуации с потреблением наркотиков в России

и высказался в пользу дифференцированной профилактики аддиктивных расстройств. Для этого, по мнению профессора Бохана, необходимо выделить предикторы индивидуальной предрасположенности и ранней идентификации однородных групп повышенного риска, прежде всего среди учащихся и высокообразованной молодёжи.

Заведующая лабораторией экспериментальных моделей патологии когнитивной деятельности Татьяна Липина познакомила аудиторию с результатами, достигнутыми НИИ физиологии и фундаментальной медицины в ходе изучения нейробиологических систем вознаграждения и формирования патологических аддиктивных состояний. Представлены новые экспериментальные данные, полученные на генетических линиях мышей DISC1, NCS1 и PDE4B. По словам исследователя, у сибирской науки есть очевидный прогресс в понимании нейробиологических механизмов аддикции.

Елена САБЛИНА,
Новосибирск – Томск.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Депутаты Госдумы и Федеральная антимонопольная служба (ФАС) едины во мнении, что биологически активные добавки (БАД) должны проходить клинические испытания. Сейчас на рынке – множество «пустышек», продаваемых как БАДы, а такие испытания позволят определить, полезны ли их свойства. Многие БАДы при этом, полагают в ФАС, исчезнут сами собой.

Кто вводит в заблуждение?

Комитет Госдумы РФ по охране здоровья провёл слушания, в ходе которых были проанализированы, в том числе и данные, полученные путём независимой экспертизы. «Необходимо чётко понять, что разделённость контролирующих органов – Роспотребнадзора, Росздравнадзора, Россельхознадзора – привела к отсутствию надзора за безопасностью добавок, – говорит председатель комитета Сергей Калашников. – В решениях слушаний записано, что необходимо изменить систему контроля за всеми пищевыми продуктами, включая БАДы, ужесточить ответственность за то, что в них допускается химическая формула. Будем это делать в осеннюю сессию».

В конце декабря 2014 г. ФАС предложила регистрировать БАДы в качестве лекарственных средств. Поскольку активность таких добавок не велика, их можно отнести к безрецептурным препаратам, считают в ведомстве. Но при этом необходимо проводить клинические исследования, которые докажут, есть ли у этих препаратов положительный эффект.

Многие производители БАДов сильно преувеличивают терапевтический эффект, который оказывает приём препарата. Кроме того, в добавках регулярно находят активные компоненты, не указанные в составе препарата. «Если БАД содержит растительные компоненты – требования должны быть стандартными, если химические – это не БАД,

Однако

БАДы – на клинические испытания

Разобщённость контролирующих органов привела к отсутствию надзора за безопасностью



Что же на самом деле таится в яркой таблетке биодобавки?

а лекарство, и она должна проходить клинические исследования», – говорит начальник Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС Тимофей Нижегородцев. По его мнению, на рынке представлено множество «пустышек», продаваемых как БАДы, а проведение клинических испытаний позволит определить их полезные свойства. Таким образом, многие БАДы просто не попадут на российский рынок.

А депутат Госдумы РФ Андрей Крутов напрямую обратился к министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой, предложив Минздраву ввести регулирование допуска БАДов на российский рынок и создать механизм обязательных клинических исследований данного вида продукции. Как отметил законодатель, отсутствие

государственного контроля за содержанием в таких добавках медикаментов привело к тому, что многие производители злоупотребляют этим и, как показывают независимые общественные исследования, заполнили рынок БАДами, содержащими не указанные в составе лекарственные компоненты.

«До сих пор невозможно реально оценить не только пользу и вред от применения таких препаратов, зачастую, как выяснилось, неизвестно даже, что на самом деле внутри коробочки или баночки», – считает А.Крутов. По его мнению, такое положение дел не только вводит многих потребителей биодобавок в заблуждение, но и несёт реальную угрозу их жизни и здоровью, когда при потреблении БАДов граждане даже

не догадываются о содержащихся в них медикаментах и их объёме.

«Декларация соответствия» не соответствует...

«Если дня не проходит без очередного скандала с БАДами, очевидно, что законодательная и исполнительная власти делают недостаточно, чтобы оградить потребителя от этой вакханалии фальсификаций, безответственности и лжи, а порой и настоящих преступлений. Значит, выбранные механизмы регулирования и контроля не работают.

Замечу, кстати, что ежегодный рост рынка биодобавок составляет в нашей стране 10–15%. А в I квартале 2015 г., по данным DSM Group, объём продаж БАДов увеличился аж на 22% по сравнению с аналогичным периодом 2014 г. В прошлом году объём рынка биодобавок составил 29 млрд руб.

Между тем в России, как во многих других странах, существуют две основные проблемы с БАДами. Первая связана с тем, что, как уже говорилось, многие производители и продавцы таких добавок крайне преувеличивают положительные характеристики своей продукции, выдают её за эксклюзивные препараты с лекарственными свойствами, которых нет ни у одного аналога. В основном подобные пиар-кампании направлены на пенсионеров. Однако многие независимые исследования показали, что зачастую под видом «чудодейственных препаратов» продаются пустышки, которые, в лучшем случае,

не способны никак повлиять на организм.

Гораздо опасней другое, когда производители готовы для создания очередного «чудодейственного» БАДа добавлять в него лекарственные препараты, при этом – чтобы не проходить сложные согласования, которые необходимы для запуска лекарств на рынок, – они скрывают содержание таких препаратов в биодобавках. В итоге на рынок поступают огромные партии фактически лекарственных средств, не прошедших государственные клинические испытания.

Так, весной этого года НП «Объединение производителей БАД к пище» провело совместно с Союзом профессиональных фармацевтических организаций и Аптечной гильдией в трёх государственных лабораториях экспертизу продукции для стимулирования потенции. Исследования показали, что из 29 образцов 8 наименований продукции 25 содержали тадалафил – запрещённый к использованию в составе БАДов. Ещё в одном образце был обнаружен силденафил. Лекарства были обнаружены в биодобавках таких компаний, как китайская «Чжинь Юань Тхан», американская Nilens Alliance Group, малайзийская Polens и российская РИА «Панда».

Сейчас у нас не предусмотрены в отношении БАДов клинические испытания, которые обязательны для лекарств. Предусмотрена лишь «Декларация соответствия» – подтверждение качества БАДа непосредственно производителем. Это и даёт возможность многим недобросовестным из них нарушать технологии и рецептуры.

Вывод один: системой допуска БАДов на рынок должен заниматься Минздрав России. Сейчас же в Роспотребнадзоре есть лишь центр, отвечающий за БАДы, который просто ведёт реестр, внося в него каждую новую добавку...

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Продолжение темы – на стр. 12.

Сотрудничество

Прорыв в области создания инновационных лекарственных препаратов для профилактики и лечения как распространённых, так и редких заболеваний, который происходит в последнее время, имеет и «обратную сторону»: бюджетные возможности здравоохранения в любой стране ограничены, и для того, чтобы определиться, в какие инновации вкладывать деньги, должны быть самые веские причины, основанные на заключениях экспертов.

Работающим в Москве журналистам повезло: о том, как принимаются решения о финансировании инновационных медицинских технологий в государственной системе здравоохранения Великобритании, им рассказала наша бывшая соотечественница, директор научного совета Национального института совершенствования здравоохранения Великобритании (NICE) Елизавета Осипенко.

В частности, речь шла об оценке технологий здравоохранения. – Необходимость совершенствования диагностики и лечения заболеваний, наличие преимуществ нового препарата перед принятыми стандартами лечения и возмещение из государственного бюджета – серьёзные вызовы, которые постоянно стоят перед любым государством. В 1999 г. в

Между диагностикой и лечением

России необходима система оценки медицинских технологий



Елизавета Осипенко

Англии был создан Национальный институт совершенствования здравоохранения – независимая государственная организация, которая проводит оценку лекарственных препаратов, медицинского и диагностического оборудования, хирургических методов лечения, определяет стандарты качества, рекомендует те или иные медицинские технологии, финансирование которых берёт на себя государство, – сообщила она.

По словам Е.Осипенко, институт принимает к рассмотрению только инновационные препараты, которые изменяют сегодняшнюю картину лечения определённого заболевания. Результаты оценки размещаются в открытом доступе на сайте института, где каждый может увидеть подробное описание оснований для положительного решения по препарату. Совокупность методов оценки позволяет сделать процедуру принятия решения максимально прозрачной.

NICE оценивает, как инновация работает в клинической практике и способствует ли её внедрение более эффективному использованию ресурсов. Решение выносится на основе оценки следующих показателей: насколько хорошо работает технология по сравнению со стандартной практикой в Англии (эффективность), а также сколько она стоит по сравнению со стандартной практикой (стоимость).

Если препарат дороже аналогов, предлагаемых на рынке, то оцениваемая технология (лекарственный препарат, медицинский прибор и др.) должна улучшить

качество жизни и/или увеличить её продолжительность.

Для такого клинико-экономического анализа NICE использует в своей работе индекс QALY (The Quality Adjusted Life Year), который сочетает в себе оценку качества жизни с ожидаемой продолжительностью жизни и может быть использован для сравнения преимуществ всех видов медицинских вмешательств.

– При этом мы рассматриваем далеко не все препараты, регистрирующиеся Европейским медицинским агентством (EMA), которое ежегодно выдаёт лицензии примерно 250 препаратам, – добавила Е.Осипенко. – NICE выдаёт рекомендации около 40 технологиям в год. В их число входят в основном инновационные фармацевтические препараты и некоторые медицинские приборы, которые могут иметь значительное преимущество по сравнению с действующим стандартом лечения. Мы не занимаемся дженериками, биосимилярами и вакцинами.

Надо отметить, что около 80% технологий, изучаемых институтом, в конечном результате,

хотя иногда и не сразу, получают одобрение, которое означает, что препарат будет использоваться в системе здравоохранения и возмещаться из государственного бюджета при назначении врачом.

Гостья из Британии рассказала также, что общие подходы к оценке медицинских технологий в европейских странах в целом схожи, однако в каждой из них есть свои нюансы, вызванные различиями в системах здравоохранения и уровне финансирования. Это позволяет странам, в которых система оценки медицинских технологий ещё не внедрена, изучать и использовать опыт тех государств, в которых система здравоохранения наиболее близка к ним.

По мнению специалистов, внедрение в России современной системы оценки медицинских технологий будет способствовать обеспечению доступности действительно инновационных препаратов для российских пациентов и эффективному расходованию бюджетных средств.

Елена ЛЬВОВА.

Москва.

Мужик в трусах из рекламного ролика, кочующего не первый год по телевизионным каналам, всё прыгает из окон в разных городах и весях, спасаясь от разъяренных и менее удачливых в сексуальном плане соперников. Однако, в отличие от этого набившего оскомину экранного образа, российские мужчины, принимающие «волшебные пилюли», сильно рискуют своим здоровьем. Согласно недавнему исследованию, 80% средств для улучшения потенции, продающихся в аптеках под видом БАДов, содержат запрещенные вещества, бесконтрольное употребление которых может привести к ухудшению здоровья, вплоть до инсультов и мужского бесплодия.

Под маской – лекарства

Исследование проведено по инициативе Союза профессиональных фармацевтических организаций (СПФО) совместно с Аптечной гильдией и саморегулируемой организацией «Объединение производителей БАДов». В 5 федеральных аптечных сетях было закуплено 29 серий 8 торговых наименований БАДов. Среди них – российские, малазийские, американские и китайские препараты. Все они сегодня на слуху, и большинство из них входит в ТОП-10 самых продаваемых БАДов. Проверка осуществлялась в 3 различных лабораториях, аккредитованных при Росздравнадзоре.

Результаты исследования оказались шокирующими: в составе 25 образцов из 29 были обнаружены ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (ИФДЭ-5) тадалафил, а ещё в одном – силденафил, запрещённые к применению в БАДах. В соответствии с реестрами Росздравнадзора данные фармацевтические субстанции зарегистрированы в Российской Федерации в качестве лекарственных средств и предназначены для отпуска строго по рецепту врача.

– Мы не можем сказать точно, что это вещество добавил конкретный производитель, так как доподлинно неизвестно, является ли закупленное лекарство оригинальным или фальсифицированным, – уточнила исполнительный директор СПФО Лилия Титова.

Дополнительная опасность заключается в том, что ИФДЭ-5 находится в составе БАДов вместе с другими активными веществами растительного и животного происхождения, взаимодействие которых между собой, а также безопасность при одновременном приёме никто не изучал.

– Поскольку мужчины не знают о том, что в приобретаемых ими препаратах содержатся тадалафил и силденафил, имеющие противопоказания и побочные эффекты, бесконтрольный приём этих БАДов может быть не просто вреден, но и опасен для жизни. В частности, применение препаратов группы ингибиторов фосфодиэстеразы-5 категорически запрещено больным стенокардией, почечной и печёночной недостаточностью, артериальной гипертензией. Кроме того, эти фальсификаты могут оказать влияние на фертильность и спровоцировать мужское бесплодие, – отметил врач-уролог Александр Говоров. – Порой мы не знаем, как помочь такому пациенту. Собирая анамнез, выясняя, чем и когда он

Ситуация

«Сталь» в штанах

Фальсифицированные средства для профилактики эректильной дисфункции продаются в аптеках под видом БАДов



лечился, трудно предположить, что под «маской» одного препарата скрывается другой.

Опасные «хитрости»

В ходе исследования выяснилось, что в одном из широко рекламируемых на российском телевидении БАДов для улучшения потенции содержание тадалафила доходило почти до 10 мг. А в одной из добавок нашли и вовсе 32,5 мг этого действующего вещества. Это в разы больше, чем в лекарственных препаратах, которые рекомендованы для регулярного применения.

– Производители БАДов прибегают к хитрости, помещая запрещённое в таких препаратах вещество в растворимую желатиновую оболочку капсулы, чтобы при анализе его было сложнее распознать, – рассказала директор Центра контроля качества лекарственных средств Российского университета дружбы народов Римма Абрамович. При этом она подчеркнула, проблемы, связанные с фальсификацией БАДов, характерны не только для России. Так, в 2014 г. в аккредитованных центрах контроля качества ЛС разных стран мира в 63 биологически активных добавках были обнаружены производные ИФДЭ-5.

Согласно существующей практике, Росздравнадзором осу-

ществляется государственный выборочный контроль качества лекарственных средств. По словам эксперта, данную меру необходимо также распространить на БАДы, и хотя бы раз в год проводить выборочный контроль тех добавок, которые находятся в обращении на нашем рынке.

В свою очередь, академик РАН Сергей Колесников отметил, что

саморегулирующим организациям, которые будут выявлять недобросовестных производителей», – считает академик.

Узнав результаты анализа, большинство аптечных организаций приняли решение прекратить реализацию опасных БАДов, сообщила исполнительный директор Аптечной гильдии Елена Неволлина: «Добропорядочные произ-

не единичные случаи, это масштабная деятельность, имеющая признаки транснационального организованного преступного сообщества, – отметил эксперт. – Мы ждём от законодателей скорейшей ратификации конвенции «Медикрим», которая, в том числе предполагает тесное взаимодействие с зарубежными коллегами в данной сфере. В Китае, который сегодня является одним из основных поставщиков фарм субстанций, ежегодно возбуждаются тысячи уголовных дел по фактам незаконного обращения лекарственных средств и БАДов, но эта информация до нас просто не доходит.

Борьба с фальсификатами не только забота государства, но и добросовестных участников рынка, уверен исполнительный директор Объединения производителей БАДов Леонид Марьяновский. «Мы сотрудничаем с ФАС, планируем заключить договор с Роспотребнадзором, чтобы совместно противостоять этой угрозе», – говорит он. Организаторами исследования подготовлен официальный запрос в МВД, Следственный комитет, Минздрав, Росздравнадзор и Роспотребнадзор с просьбой проверить полученную информацию и принять необходимые меры.

– Иницируя это исследование, мы не ставили задачу отловить в конкретной аптеке фальсификат и кого-то наказать. Прежде всего, требуется системное решение проблемы, – подытожила Лилия Титова. – В стране насчитывается более 80 тыс. аптечных учреждений и всех проверить физически невозможно. Необходимо поставить барьер на этапе, когда фальсификат выходит в обращение на рынок. И потребителю, приходя в аптеку, должен быть уверен в том, что покупает качественный и безопасный препарат. Без поддержки регуляторов и правоохранительных органов, которые должны расследовать подобные дела, проблемы фальсификации не решить.

водители, если они считают, что это не их продукт, а подделка, забирают продукцию с рынка, потому что в первую очередь это невыгодно им».

Чтобы неповадно было

В декабре 2014 г. в Уголовный кодекс РФ были внесены изменения, вступившие в силу в январе этого года, предусматривающие ответственность за обращение и производство фальсифицированных лекарственных средств и БАДов. Нарушителей ждёт суровое наказание – от 3 до 12 лет лишения свободы. Первые уголовные дела не заставили себя ждать. Так, оперативниками в Подмосковье была выявлена преступная группа, занимающаяся закупкой, фасовкой и сбытом фальсифицированных препаратов из Китая. Однако, по словам заведующего сектором уголовного права Института государства и права РАН Сергея Максимова, торжества правосудия не состоялось – мошенники попали под амнистию.

– Фальсификация БАДов –

Кстати

«Чудодейственные приборы» и не только...

Подразделения МВД России возбудили 34 уголовных дела о незаконной торговле лекарствами, биодобавками под видом лекарств, а также фальсификатами медицинских препаратов и изделий медицинского назначения.

По сообщению Национального бюро Интерпола МВД России дела были возбуждены в рамках международной полицейской операции «Пангея», которая проходила с 19 мая по 18 июня на территории 115 государств – членов Интерпола. Операция была направлена против незаконной торговли лекарствами и подделками, в том числе в сети Интернет. С российской стороны участие в операции приняли подразделения МВД, таможни, Росздравнадзора, Госнарконтроля, координатором выступило российское бюро Интерпола.

– По стране проведено порядка 7,1 тыс. оперативных и проверочных мероприятий на оптовых складах по реализации лекарств и в аптечных пунктах, выявлено 448 правонарушений. Итогом сотрудничества стало возбуждение 34 уголовных дел по фактам реализации сильнодействующих веществ, фальси-

фицированных и недоброкачественных медицинских изделий, а также БАДов под видом высокоэффективных лекарственных средств, – сообщает пресс-служба бюро.

По данным ведомства, особое внимание в ходе операции было уделено бесконтрольной продаже через Интернет «чудодейственных медицинских приборов» и биоактивных добавок по цене, значительно превышающей реальную, под предлогом их высокой эффективности при лечении всевозможных заболеваний.

Так, следственными органами ГУМВД по Москве возбуждено 10 уголовных дел в отношении организованной группы, которая путём обмана реализовывала гражданам БАДы под видом лекарств. Приборы реальной стоимостью около 1,5 тыс. руб. продавались за 30 тыс. и выше. В настоящее время 10 человек уже признано потерпевшими, установлен ущерб на сумму более 700 тыс. руб., – говорится в сообщении.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Прогнозы

Несмотря на нестабильную политико-экономическую ситуацию, большинство фармацевтических компаний не собираются отказываться от своих планов по развитию бизнеса в России. Об этом свидетельствуют результаты исследования компании ЕУ «Фармацевтика России в условиях экономических санкций».

В апреле – мае 2015 г. компания ЕУ провела исследование влияния на российскую фармацевтическую отрасль политико-экономической ситуации в стране и правительственных инициатив по импортозамещению. Результаты исследова-

Добровольно-принудительно

ния базируются на ответах ведущих производителей и дистрибьюторов фармацевтической продукции, работающих на территории России.

Согласно опросу, 80% компаний в целом придерживаются своих планов развития бизнеса на российском рынке, а каждая четвертая компания планирует вывести новые продукты на отечественный рынок. Повременить с расширением продуктовой линейки решили 22%

компаний, а 18% признались, что собираются сократить инвестиционные планы в стране.

Вместе с тем определённую озабоченность в фармацевтическом сообществе вызывают такие инициативы, как легализация параллельного импорта и принудительное лицензирование лекарственных препаратов. «Участники рынка опасаются, что реализация данных инициатив не

только не приведёт к снижению цен на лекарственные препараты и увеличению их доступности, но и ухудшит инвестиционный климат в России, а также вызовет рост объёма фальсифицированных и недоброкачественных лекарств на российском рынке, – отмечает партнёр ЕУ, руководитель группы по оказанию услуг предприятиям медико-биологической отрасли в России и СНГ Дмитрий Халилов.

– В этих условиях взвешенная и планомерная государственная политика в области стимулирования развития российской фармацевтической промышленности путём создания многоуровневой системы предпочтений поможет стране сохранить рост производства лекарственных препаратов, достигнутый за последние 5 лет».

Анна КРАСАВКИНА.

Перспективы

Сети и идеи

Нобелевскую премию 1963 г. британцам Ф.Ходжкину и А.Хаксли дали за уникальное открытие натрий-калиевых помп, «гоняющих» ионы этих щелочных металлов туда-обратно через клеточную оболочку.

Поначалу думалось, что процесс этот сходен с диффузией носителей заряда, однако оказалось, что мембрана после возбуждения нервной клетки как бы «запирается» и не отвечает более на раздражение. По прошествии определённого времени релаксации всё приходит в норму и возбудимость восстанавливается. Было, правда, непонятно, почему электрический импульс, порождаемый притоком ионов, доходит до синапса – точки соединения двух нейронов или нерва с мышцей – и пропадает, чтобы вновь возникнуть по другую сторону синаптической щели, служащей в качестве надёжного изолятора. Много позже, когда наука начала оперировать генами и их белковыми продуктами, стало ясно, что электрический импульс необходим для «подталкивания» внутри аксонов и дендритов пузырьков-везикул с нейромедиаторами/трансммитерами.

На границе синапса везикулы подобно мыльным пузырям «лопаются», выбрасывая в щель адреналин и ацетилхолин, молекулы которых связываются с белковыми рецепторами в противоположной мембране (постсинаптической), открывая в них ионные каналы. Их протеины весьма древние – эволюционно консервативные – и есть даже у кишечной палочки (*E.coli*), не имеющей в отличие от наших клеток ядра. Интересно, что при сечении ионов натрия и калия 0,1 и 0,14 нм соответственно поперечный размер ионного канала составляет 0,4 нм, то есть в 4 и 3 раза больше. На самом деле он значительно меньше, поскольку в полость канала выступают боковые цепи аминокислот, участвующие

в переносе ионов в клетку и вне её.

Нынешние социальные сети есть продукт работы многих и многих изолированных мозгов, придумавших всё это. И нейробиологи бьются над тем, каким образом совокупность в общем-то несложных процессоров, то есть отдельных нейронов, способна осуществлять сложнейшие операции мышления, генерации эмоциональных состояний и ответов на внешние стрессы. В качестве модели подобного «наращивания» предложена куча из множества песчинок, что представляется красивой аналогией одного из возможных подходов решения проблемы, предложенного сотрудниками Пенсильванского университета в Филадельфии. Учёные рассмотрели функционирование одной из социальных сетей в диффузном и более структурированном формате работы. «Группирование» сети с возникновением более чётких границ способствует более быстрому и широкому распространению возникающих новых идей (или хорошо забытых старых). Всем понятно, что группы с жёсткими-ригидными границами тоже не способствуют свободе идей. Авторы пишут, что идеи овладевают массами подобно распространению «заразных» инфекций и сравнивают «жёсткие» группы с вынужденным введением карантина (что мы наблюдаем сегодня в Корею, наиболее пострадавшей от вспышки MERS). Ослабление консолидации групп сравнимо со сменой режимов, когда обществу дали определённого рода «поблажки» и послабления, в результате чего люди восприняли духом и возродили творческий потенциал.

В мозгу тоже есть «диффузные» группы клеток, которые специализированы к импульсам разных модальностей (зрение и слух, боль и ощущение ароматов и «воней»). Но между этими «полями» коры и подпитывавшими их снизу подкорковыми структурами имеются довольно «рыхлые»

ассоциативные поля, в которых идёт распространение «идей» и их объединение. До создания полной картины и «карты» мозговой активности ещё пока далеко, поэтому учёным приходится довольствоваться детальным изучением отдельных рецепторов, блокируемых тем же кураре. Последний представляет собой алкалоид из листьев южно- и центрально-американских растений, молекулы которого «салятся» на рецептор, улавливающий никотин и ацетилхолин. О вреде первого известно всем, второй же необходим для передачи нервного сигнала на мышцу, вызывающего её сокращение. Кураре, блокируя рецептор и ионный ток по его каналу, вызывает паралич дыхательной мускулатуры. Это его свойство используют анестезиологи в ходе операций на лёгких.

О грандиозности задачи, стоящей перед молекулярной нейробиологией, говорит тот факт, что в мембранах клеток насчитывают до 10 тыс. различных белков, однако структура известна лишь для трёх десятков! Как же мы можем понять работу мозга, если знаем о его функциональных протеинах так мало. А ведь надо также знать о том, как функционирует геном нервных клеток. Лишь недавно выяснилось, что возбуждение и торможение нейронов сопровождается разрывами цепей ДНК, что до сих пор считалось признаком клеточного озлокачивания и лучевой болезни. Так что работы предстоит ещё очень много, тем более что на работы в области нейробиологии отпускается значительно меньше средств, нежели на раковые исследования. Хорошо ещё, что открытия, сделанные молекулярными онкологами, сегодня быстро распространяются не только с помощью классических бумажных носителей, но также и по различным сетям, не только социальным.

Игорь ЛАЛАЯНИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
American Journal of Sociology.

Гипотезы

Убывание генов

По мнению антропологов Университета штата Юта в Солт-Лейк-сити, примерно 80 тыс. лет назад у наших предков, готовивших покинуть свою прародину через дельту реки, которую много позже греки назовут в честь бога НЕΙΛΟΣ, начался процесс постепенного снижения гормона агрессии тестостерона.

Он вырабатывается яичками, вернее эндокринными клетками мужских гонад – половых желёз, получающих «команды» в виде белка с названием «фолликулостимулирующий гормон», синтезируемого клетками гипофиза, расположенного на самом «дне» мозга. В норме всплеск тестостерона довольно быстро гасится гормонами стресса, но, скорее всего, у наших примитивных «отцов» даже явный стресс не мог погасить агрессии и лишь выход из «колыбели» с её жарким климатом несколько охладил пыл охотников-собираателей за счёт снижения уровня тестостерона.

На юго-востоке Австралии живут насекомоядные сумчатые

антехинусы, самцы которых в короткий период гона стремятся «ублажить» как можно больше самок, в результате чего гибнут, не дождавшись появления потомства. У них тоже, как определили специалисты Технологического университета в Брисбене, отмечается высокий уровень тестостерона, не сдерживаемый гормонами стресса. Сумчатые вымерли, как «вымерла» и Y-хромосома у самцов эндемичных крыс, живущих на японских островах Рюкю (между северным Тайванем и южным Кюсю). Это крайний случай «вырождения» мужской хромосомы, подчёркивающий общую тенденцию, так как у многих млекопитающих Y-хромосома «потеряла» многие из 640 некогда бывших у неё генов, передав их неполным хромосомам. Нечто подобное происходит при хромосомных транслокациях, которые чаще всего приводят к патологии и раку.

Наталия Куцева и Татьяна Питникова с коллегами по Институту Уайтхед неподалёку от Бостона обследовали хромосомы человека и приматов, грызунов и

рогатого скота, а также сумчатых, выявив 8 случаев транслокации Y-генов на другие хромосомы, что объясняет меньшие размеры Y по сравнению с X. Особое внимание учёных привлекли два гена, один из которых необходим для раннего развития будущих спермиев. Одна его копия есть в X-хромосоме, а другая «перескочила» в неполовую, поэтому при мутации мужчины оказываются бесплодными. Оба гена важны для нормального синтеза белков, что доказывается их эволюционной консервативностью. Транслокация обоих генов выявлена у представителей трёх разных видов, что доказывает важную роль половых хромосом. Кстати, в отличие от генов, «уходящих» из Y-хромосомы, выключению подвергается целая X-хромосома (одна из двух), и наличие этих двух механизмов углубляет наше понимание специфичности полов, а также их идентификации. Нарушения генов ведут к появлению мужеподобных женщин «вираго» (от лат. vir – муж), росту волос на женском лице, гермафродитов разных геномов и т.д., не говоря уже о разных видах бесплодия у представителей двух полов.

Игорь ЛАРИН.
По материалам *Genome Biology.*

Исследования

Как показало исследование американских учёных, воздействие фталатов, широко распространённых в промышленности, косметике и парфюмерии, в период внутриутробного развития способно привести к возникновению бронхиальной астмы у будущего ребёнка.

альная астма. Дети, рождённые от матерей, которые в период беременности подвергались воздействию больших доз фталатов, оказались на 75% более склонны к развитию астмы.

«В последние годы резко возросло количество детей, страдающих бронхиальной аст-

Астма: новые причины развития

Так, исследователи из Колумбийского университета (США) проанализировали данные 300 женщин в период беременности и состоянии здоровья рождённых ими детей. По анализу метаболизма в моче беременных женщин была определена степень воздействия на плод четырёх фталатов. Также по анализу мочи был определён уровень фталатов у их детей в возрасте 3, 5 и 7 лет.

Результаты исследования показали, что примерно у 30% детей в возрасте от 5 до 11 лет была диагностирована бронхи-

мой, – отметил главный автор данного исследования Рэйчел Миллер. – Наше исследование представляет доказательство того, что фталаты являются одними из факторов, способствующих развитию астмы. И если мы хотим защитить здоровье детей, необходимо защищать здоровье беременных женщин.

Яков ЯНОВСКИЙ,
МИА Cito!

По материалам журнала
Environmental Health Perspectives.

Уникальный случай

Сорок первый

Ребёнок из замороженных тканей яичников

В Бельгии женщина впервые в истории родила ребёнка после пересадки ткани яичников, взятой у неё и замороженной в её подростковом возрасте 14 лет назад, когда она была тяжело больна. Здоровый мальчик появился на свет ещё в ноябре 2014 г., однако детали лечения были обнародованы лишь недавно.

Тогда доктора пересадили ей 4 фрагмента заготовленных тканей в оставшийся яичник, и ещё 11 фрагментов – в другие части тела. Через 5 месяцев у женщины началась менструация, и позднее она смогла забеременеть.

Гинеколог Изабелла Деместере, лечившая девушку от бесплодия, надеется, что такая терапия поможет другим молодым женщинам,

тем более что с годами растёт число людей, выживших после гематологических заболеваний в детском возрасте.

При этом, по её словам, необходимо провести исследования на девочках более раннего возраста, поскольку пациентка в опи-



санном случае на момент взятия образцов ткани уже вошла в пубертатный период. Кроме того, по мнению Деместере, такой вид терапии нужно применять лишь в случае высокой вероятности отказа репродуктивной функции из-за рисков, связанных с возможным повреждением здорового яичника и пересадкой злокачественных клеток.

Профессор Адам Бэйлен, возглавляющий британское общество по проблемам фертильности, приветствовал эту новость. По его словам, до сих пор в медицине существовали сомнения по поводу того, что яйцеклетки, взятые в столь юном возрасте и пересаженные женщине после длительного хранения, могут полноценно развиваться.

Около 40 детей в мире родилось после пересадки замороженных клеток яичников. Но взятые от более взрослых женщин. Поэтому этот случай – уникальный.

Игорь НИВКИН.
По сообщению
Human Reproduction.

Если верить десяткам разных шуток, сценаристам одного пародийного фильма про шпионов, и даже некоторым британцам, проблемы с зубами в Британии столь же распространены, как привычка по любому поводу пить чай. Насмешники замечают, что британских актёров, побывавших в Голливуде, можно отличить по зубам – они становятся белоснежными и идеально ровными.

В последний месяц на эту тему было высказано немало мнений. Доктор Крис ван Туллекен, ведущий специальной телепрограммы Би-би-си, заявил, что «коричневые, гнилые зубы британцев мало беспокоят». А некоторые британские стоматологи заявляют, что их клиенты предпочитают «более естественный вид» зубов, чем американцы.

А что говорит статистика?

Вопрос о том, нужно ли отбеливать и выпрямлять зубы, относится, скорее, к области моды. В том же, что касается непосредственно здоровья зубов, главный параметр оценки – это распространённость кариеса. Этот показатель в Великобритании лучше, чем во многих странах мира, в том числе в США.

К примеру, по данным недавнего доклада Всемирной организации здравоохранения о состоянии здоровья полости рта у детей (он называется индекс DFMT), у британских подростков было зафиксировано меньше гнилых, отсутствующих или запломбированных зубов, чем у их сверстников во Франции, Испании и Швеции. Британские показатели были сравнимы с результатами Германии, Нидерландов и Финляндии.

С другой стороны, данные по Соединённым Штатам рисуют намного более печальную картину. У британских детей в возрасте 12 лет в среднем зубы лучше, чем у их американских сверстников. Связано это с тем, что в последнее десятилетие в Британии снизилась распространённость детского кариеса. В Англии на каждые 10 подростков в возрасте 12 лет приходится в среднем 6 гнилых, недостающих или запломбированных зубов. В США эта цифра вдвое выше, правда, нужно учесть, что американские данные были собраны на несколько лет раньше.

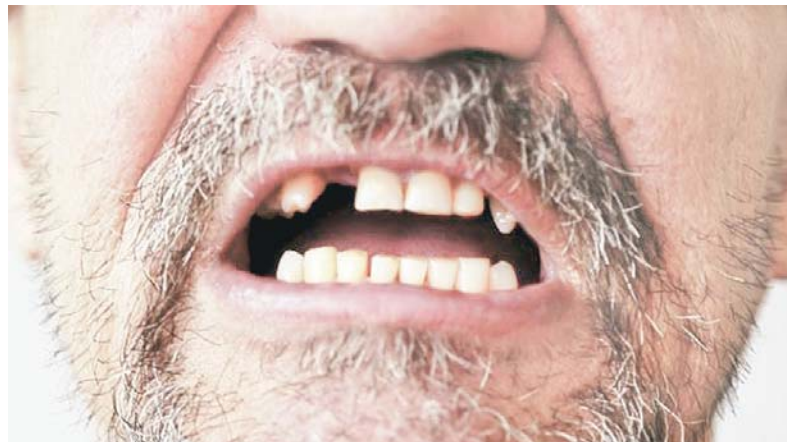
К вопросу можно подойти и с другой стороны – посмотрев на то, как часто население посещает дантиста. В 2012 г. 7 из 10 жителей Британии ходили к зубному, а в США – лишь 4 из 10. Из 16 развитых стран Британия заняла по этому параметру 3-е место, а Соединённые Штаты – 13-е (на 1-м месте оказалась Франция, но данные по Франции учитывали количество визитов к стоматологу за 2 года, а не за один, что могло повлиять на показатели).

У такой информации, однако, есть очевидный недостаток: из неё не ясно, почему именно люди идут к дантисту. Возможно, они

Ракурс

У кого зубы лучше?

Кто живёт в достатке и в прогрессивной стране



уделяют много внимания своим зубам, или же, наоборот, всё настолько запущено, что требует регулярной медицинской помощи.

Регулярные профилактические походы к стоматологу каждые полгода не обязательно указывают на хорошее состояние зубов: специалисты вовсе не уверены в том, что эти визиты способствуют снижению, а не увеличению числа стоматологических заболеваний.

Ситуация меняется

Международная организация Cochrane Collaboration, занимающаяся исследованиями в области медицины, заключила, что общего количества и качества существующих исследований оказалось явно недостаточно для того, чтобы подтвердить или опровергнуть рекомендацию проверяться у зубного раз в полгода.

Сравнивать разные страны вообще довольно сложно, потому что с течением времени статистика может меняться. К примеру, Австралия заняла 21-е место в списке 28 развитых стран по параметру отсутствия зубов. Эта информация оказалась настоль-

ко существенной, что повлияла на стоматологическую политику в стране, но сами данные были собраны аж в 1987 г.

Но в новом отчёте, составленном на данных 2013-2014 гг., страну сравнили с Германией, Великобританией и США, и на этот раз она вышла в лидеры, в частности и потому, что к этому времени умерли многие представители старшего поколения, заставшего те времена, когда вырывать зубы

Отсюда урок: общее состояние здоровья зубов быстро меняется, как правило, в сторону улучшения, поэтому в сравнениях между странами очень большую роль играет точный момент сбора данных.

Достаток важнее

Если посмотреть статистику по кариесу, отсутствующим зубам или количеству походов к зубному, то нельзя сказать, что у современных британцев дела с этим

обстоят плохо. Но это не значит, что у Великобритании – равно как и у любой развитой страны – нет поводов для беспокойства.

Не столь важно, из какой именно страны – гораздо важнее, кто вы по происхождению и откуда. К примеру, в Канаде отсутствующие зубы в 6 раз чаще встречаются в семьях с низким достатком. Данные этого года по Англии, Уэльсу и Северной Ирландии показывают, что здоровье зубов сильно зависит от социально-экономического положения: кариес наблюдался лишь у 2% 3-летних детей из богатых южных районов английского графства Глостершир, а в городе Лестер их было 34%.

Разница в показателях по регионам обусловлена социально-экономическим статусом, лёгкостью доступа к стоматологическим услугам и содержанием фтора в питьевой воде.

Кстати

Половина россиян не лечат зубы «до последнего»

О пользе профилактических осмотров в стоматологии знает каждый россиянин, однако следовать этому нехитрому правилу далеко не все. Большинство респондентов объясняют своё нежелание посещать стоматолога страхом перед болью, а также дороговизной услуг.

Небрежным подходом к здоровью своих зубов чаще отличаются мужчины (57% против 42% среди женщин). Кроме того, чаще остальных «тянут до последнего» россияне старше 50 лет (54%).

Стоит отметить, что боязни лечения зубов подвержены 23% россиян. Женщин, испытывающих страх перед стоматологами, несколько больше, чем мужчин – 25% против 21%. Немного боятся лечить зубы 42% россиян, а ещё 35% заявляют, что подобный страх им незнаком: «Сейчас болевые синдромы легко снимают, да и страхи тоже», «Бояться нужно было раньше, когда всё делали по живому. Сейчас реально ничего не чувствуешь, если хорошая анестезия».

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

Исследования

Чреватая самостоятельность

Новое исследование показало, что поисковые системы предоставляют ненужную информацию, что, как правило, приводит к неправильной самостоятельной диагностике и лечению заболеваний. Кроме того, люди откладывают визит к врачу, что ухудшает их состояние.

Исследователи из Университета Квинсленда в Австралии обнаружили, что каждый месяц полмиллиарда поисковых запросов в Интернете относятся к теме здоровья. Люди в попытке получить информацию относительно своих симптомов чаще ставят себе неверные диагнозы, а самое печальное, что иногда даже

принимают решение лечиться, назначая самому себе лечение. Такая практика очень опасна, так как диагностику и назначение лечения может проводить только человек с соответствующей квалификацией после очного осмотра. Ведь симптомы многих заболеваний схожи, и только врач способен в них разобраться.

Специалисты отметили, что люди часто обращаются к поисковым системам, чтобы самостоятельно диагностировать болезнь, но в среднем только 3 из первых 10 ссылок содержат информацию, полезную для самостоятельной диагностики. В результате люди либо продолжают искать, либо получают ошибочный ответ на свой вопрос. Для



изучения информации полезно воспользоваться поисковой системой только в том случае, если диагноз уже известен. Эксперты

рекомендуют не пренебрегать визитами к врачу.

Марк ВИНТЕР.
По информации Daily Express.

Косметика

Хаос под солнцем

Маркировка на кремах вводит в заблуждение

Специалисты Королевского фармакологического общества в Британии пришли к выводу, что в системах обозначения уровня защиты от солнца в косметических средствах царит полный хаос.

Согласно опросу, проведённому среди 2 тыс. взрослых британцев, каждый пятый не знает, что принятое обозначение так называемого фактора солнечной защиты SPF не означает полной защиты от губительных солнечных лучей, а относится только лишь к ультрафиолетовому излучению одного из двух типов.

Ультрафиолетовое излучение типа А обычно обозначается буквами UVA, а защита от него обозначается количеством звёздочек. Лучи этого типа могут вызывать старение кожи и морщины. Ультрафиолетовое излучение типа В, обозначаемое буквами UVB, собственно, и вызывает загар. Защита от него обозначается буквами SPF, которые указывают на степень ослабления излучения.

Совершенно очевидно, что многие потребители не понимают, что фактор SPF относится только к степени защиты от лучей типа UVB, но не UVA. «Потребители не должны разбираться в сложной двухуровневой информации при выборе типа защиты от солнца», – полагает профессор Джейн Лоренс, глава научного отдела Королевского фармакологического общества. По её словам, настала пора принять единую систему, понятную всем и основанную на простом описании общего уровня защиты.

Только 8% опрошенных твёрдо знали, что фактор SPF относится только к защите от лучей типа UVB. И каждый четвёртый заявил, что вообще ничего не знает о смысле обозначения фактора SPF. Среди родителей 15% признали, что никогда не смотрят на цифры на этикетке крема или лосьона от солнца при покупке.

Чрезмерное облучение ультрафиолетом выступает основной причиной рака кожи – как злокачественной меланомы, так и доброкачественных видов опухолей. Кстати, Фонд раковых исследований Британии рекомендует наносить примерно две столовые ложки крема от солнца каждые 2 часа при пребывании на солнце в Британии. Эксперты также рекомендуют избегать выхода на солнце между 11 утра и 3 часами дня или не снимать с себя одежду под солнцем в эти часы.

Результаты обследования, опубликованные изданием «Британский журнал раковых исследований», свидетельствуют, что 86% меланом, диагностируемых в Британии ежегодно, связаны с чрезмерным увлечением солнечными ваннами и ультрафиолетовыми лампами в солярии.

Юрий БОРИСОВ.
По материалам The Independent.

Он родился в семье потомственных медиков и представляет уже третье её поколение. Так что очень непростая проблема выбора профессии, казалось бы, не должна была стоять перед ним в начале жизненного пути – фамилия, столь хорошо известная в медицинском мире, обязывала. И всё же сомнения одолевали, потому что ещё в школьные годы увлёкся театром и долго не мог решить, куда ему поступать – в медицинский институт или в театральный. После долгих раздумий пошёл в конце концов по проторённой родителями стезе и сейчас, в свои 40 лет, Дмитрий НАПАЛКОВ – известный кардиолог, профессор кафедры факультетской терапии № 1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, который сам в своё время и окончил. Однако любовь к искусству Мельпомены осталась, и можно сказать, что театр стал второй его жизнью, а сцена – таким же местом работы (именно работы, а не отдыха), как кафедра или клиника на Пироговке.

– Ваши первые серьёзные театральные работы относятся ещё к студенческим годам, не так ли? – с этого вопроса началась наша беседа с Д.Напалковым.

– Да, когда я учился на 4-м курсе, мне с группой энтузиастов, как и я, увлечённых сценой, удалось создать студенческий театр «Абазур», в котором я был и художественным руководителем, и режиссёром, и актёром. За время учёбы успели поставить четыре спектакля.

– Какой была ваша первая роль?

– Поскольку режиссура отнимает много сил, то в первых спектаклях я брал себе роли второго плана, чтобы они не мешали мне работать с остальными актёрами. Мы же все были любителями, не хватало профессионализма, нужно было учиться по ходу дела, и это сказывалось. А что касается первой роли, то ею стала роль Валера в спектакле «Тартюф» по пьесе Ж.-Б.Мольера.

– За прошедшие со времени начала вашей театральной работы годы вы, наверное, сыграли не один десяток ролей...

– Поскольку я очень люблю французские пьесы и французское кино, следующей постановкой в «Абазуре» был «Оскар» по пьесе Клода Манье. На следующий год мы выпустили спектакль по пьесе Бернада Слейда «Чествование», в которой я уже осмелился сыграть главную роль. Ну и наконец, обратились к замечательному произведению в стихах Леонида Филатова «Сказ про Федота-стрельца». К сожалению, с началом обучения в ординатуре, а затем в аспирантуре времени на репетиции оставалось всё меньше, да и друзья и коллеги «разлетелись» по разным клиникам и кафедрам. Так что театр «Абазур» прекратил своё существование. Но продолжало существовать действовавшее параллельно с ним вокальное ретро-трио «Сувенир», включавшее, кроме меня, будущих крёстных родителей моих детей – Светлану Попову и Владимира Булатова, также студентов Первого Меда. С концертами мы выступали вплоть до 2005 г., записали пару дисков. В нашем репертуаре были хорошо известные песни русских, французских и англоязычных исполнителей. Светлана Попова сейчас известная врач-гомеопат, а Владимир Булатов – руководитель одной из крупных зарубежных фармацевтических компаний.

Душевное дело

Творческий поиск – то, что нужно врачу и актёру



Ретро-трио «Сувенир» оказалось для меня связующим звеном между театрами «Абазур» и «Комедиант». Сначала мы пригласили только что сформированный театр «Комедиант» выступить на нашей площадке в Первом Меде со своим опять же французским спектаклем «Четыре выхода из треугольника». А вскоре создали совместный проект трио «Сувенир» и театра «Комедиант» – музыкальный спектакль «Кафе исполненной мечты», премьера которого состоялась на площадке Центрального дома работников искусств. С 2003 г. началось моё плодотворное многолетнее сотрудничество с театром «Комедиант» (при благотворительном фонде «Фарватер» Валерия Золотухина), в который меня пригласили режиссёры театра – Алёна Чубарова и Ирина Егорова. Началось всё с роли принца в сказке «100 поцелуев принцессы», потом я принял уже более серьёзное участие в авторском спектакле про Марину Цветаеву «Морская тропа» (2003), а впереди были

многочисленные роли врачей – Булгаков, вспоминающий себя молодого в «Докторе Б.» по «Запискам молодого врача» (2006), профессор Стравинский в «Вещице» по мотивам романа «Мастер и Маргарита» (2007), Антон Павлович Чехов в спектакле «Подвижники нужны как солнце» (2010). С 2013 г. учебная и научная нагрузка возросла настолько, что времени на репетиции уже практически не осталось. Так что на время сцену пришлось оставить. Но я надеюсь, что это только вынужденная пауза, и я

ещё смогу вернуться в театр.
– У вас, как и у каждого актёра, есть, конечно, любимые роли...
– Свою любимую роль я сыграл в американской пьесе Альберта Гурнея «Любовные письма», которая в «Комедианте» была выпущена под названием «Дурная привычка». В этом спектакле были заняты всего два актёра – я и Алёна Чубарова. Мы отыграли 40 раз эту двухчасовую мелодраму, рассказывающую о том, как мужчина и женщина (Эндрю и Мелисса) всю жизнь, с детских лет, пишут друг другу письма, любят друг друга, но так и не находят в себе сил изменить свою жизнь и быть вместе. Такой вот своеобразный почтовый роман. Для меня работа в этом спектакле была особенно важна, так как эту же роль исполнял на парижской сцене один из моих любимых актёров Филипп Нуаре, благодаря чему я и познакомился с пьесой Гурнея. Эта вещь была поставлена также, кажется в 2003 г., Театром-студией под управлением Олега Табакова, в котором сам Олег Павлович сыграл роль Эндрю.
– Вы уже сказали, что являетесь поклонником французского кино и французской театральной школы. Кто наряду с Филиппом Нуаре олицетворяет её для вас?
– Это, несомненно, Жан Габен, Жерар Филипп, Жан Марэ, Жан-Поль Бельмондо, Мишель Серро, Андре Дюссолье ... Эти имена для меня значат очень много.
– А как вы оцениваете ны-

нешний уровень российского театрального искусства?
– Вопреки распространённым критическим оценкам считаю его достаточно высоким. Ведь наша жизнь в России связана с постоянным преодолением трудностей и страданием. А это, как ничто другое, развивает все необходимые актёрские качества. Наши актёры, причём зачастую совершенно неизвестные, молодые, демонстрируют порой великолепные театральные работы.
– Что, по-вашему, роднит врача с актёром?

– Думаю, что врач и актёр – это необыкновенно включённые во взаимодействие с другими людьми профессии. Медицина нужна там, где необходимо лечение серьёзных заболеваний, связанных с нарушением деятельности определённых человеческих органов. А вот театром, кино, музыкой можно лечиться тогда, когда качество жизни снижается, жизненные силы уходят, но тяжёлые болезни здесь ни при чём. Это так называемая дезадаптация к жизненным реалиям. И вот тут во все времена искусство многих возвращало к жизни в прямом и переносном смысле.
– Врач и актёр в одном лице... Насколько часто встречается подобное совмещение профессий, интересов?

– Наверняка, примеры такого совмещения есть и их немало. Но мне вспоминается вот так сразу один пример. Друг Чарли Чаплина – врач нейропсихолог и нейрохирург Сесил Рейнольдс – совмещал свою основную работу с игрой в драматическом театре и даже снялся в фильме Чаплина «Новые времена». «В нейрохирургии надо только точно знать, как проходят нервные волокна, и всё, а вот актёрская игра... Она даёт переживание, от которого душа расцветает...» – говорил доктор Рейнольдс. А Чехов, как известно, называл медицину своей женой, а литературу – любовницей и подчёркивал, что медицина обогащает его понимание психологии человека и интимных сторон внутреннего мира.
– Недавно мне довелось прочитать, что в Липецке создан лечебно-драматический театр «Айболит». Его актёры – больные с различного рода нервными и психическими расстройствами, которым врачи приписывают лечение театром: драматическим, кукольным, театром пантомимы. И эффект поразительный –

90% больных выздоравливают или испытывают облегчение...

– Что ж, это только подтверждает старую истину – театр лечит душу, а душа – тело.

– Как относятся коллеги – врачи и студенты к вашему увлечению театром, посещают ли они ваши спектакли?

– Да, мне нередко случалось видеть в зале знакомые лица преподавателей и студентов. Это, конечно, приятно. Да и, кроме того, полезно выслушать их мнение о спектакле, их оценки. А сейчас из своих лекций и

занятий в школе мастерства по терапии, которую я возглавляю в нашем университете, я тоже пытаюсь сделать некоторое подобие театра...

– Вы думаете, что студенческую аудиторию можно сделать хотя бы на время сценической площадкой?

– Конечно. Кафедра, за которой стоит преподаватель, это та же сцена. И если это понять, то студентам будет значительно легче воспринимать услышанное от педагога, усваивать сложный материал.

– Несколько лет назад довелось увидеть вас на телевидении в качестве ведущего программы «Врачи»...

– Это была, мне кажется, очень нужная, полезная программа. Я работал одним из её ведущих в течение всего 2012 г. К сожалению, в конце года программа была закрыта в связи со сменой руководства канала, и сейчас я появляюсь на телевидении в основном в качестве эксперта. До моего прихода на канал ТВЦ программа «Врачи» уже выходила в эфир в течение двух сезонов. Её целью была популяризация современных подходов к диагностике и лечению различных заболеваний, для чего в студию приглашались ведущие специалисты в различных областях медицины. Программа носила просветительский характер и, судя по приходившим откликам, вызвала большой интерес у зрителей.

– Что хотелось бы вам сделать ещё в медицине и на сцене?

– Хочется искать и придумывать что-то новое, вдохновлять людей – студентов, врачей и пациентов, – пока есть силы. Постоянный творческий поиск – это то, что нужно и врачу, и актёру.

Беседу вёл Валерий АСРИЯН, внешт. корр. «МГ».

Память

В Республиканском госпитале ветеранов войн в столице Удмуртии Ижевске открыли небольшой музей воинской славы. Там представлены экспонаты, найденные ижевскими поисковиками на местах боёв, и книги о Великой Отечественной войне. Кстати, тематическая библиотечка пополнилась несколькими новыми изданиями. В частности, книгой «Родники памяти», в которую вошли рассказы ветеранов, проходивших лечение в этом госпитале.

На встрече авторы и издатели рассказали и о других новых книгах, вышедших в свет в год 70-летия Великой Победы. Небольшой концерт по случаю открытия музея

провели для пожилых людей, проходящих лечение в госпитале, ученики Нечкинской школы Сарапульского района.

Вообще школьники бывают в

Музей в госпитале

госпитале достаточно часто. Например, ученики ижевской школы № 100 регулярно приезжают сюда на вечера встречи поколений. Этот совместный проект школы и госпиталя стартовал в 2012 г. Школьники интервьюируют ветеранов Великой Отечественной

войны и локальных войн, проходящих курс лечения, по специальному опроснику-анкете, а позже на основе собранного материала пишут исследовательские работы. За время проекта по итогам встреч подготовлено более 50 эссе об участниках войн. Эта работа идёт

в рамках экспериментальной программы по гражданско-патриотическому воспитанию, созданной в школе.

Марина ЦВЕТУХИНА, внешт. корр. «МГ».

Ижевск.

Московская городская клиническая больница № 70 в Восточном административном округе столицы хорошо известна многим. Несмотря на последние потрясения в здравоохранении, она одна из тех, которые сумели в рамках одной территории сохранить все три уровня оказания медицинской помощи пациентам. И благодарные москвичи очень признательны за это коллективу. О том, что на её территории находится первый и лучший перинатальный центр столицы, тоже известно многим, а потому будущие мамы стремятся попасть рожать именно сюда.

Вот уже 3 года больничный комплекс возглавляет Анна Предтеченская – воспитанница этого учреждения, связавшая с ним свою профессиональную жизнь с первых шагов врачебной работы. Сегодня она кандидат медицинских наук, победитель конкурса «Молодой руководитель», герой книги «Золотые имена» и по праву относится к деловой элите России.

– Анна Вячеславовна, вам, конечно же, повезло, что вы родились и выросли в столице. И всё же чем отличалось ваше детство от сверстников из провинции, что особенно запомнилось из тех далёких лет?

– Родилась я в Сокольниках в нынешней городской больнице № 5, жила в районе Преображенки, где до сих пор продолжаю жить. После 8-го класса было твёрдое убеждение, что пойду в медицинское училище, стану медсестрой, решила и учиться и работать. У меня сложилось твёрдое мнение, что учиться и работать – это здорово, престижно. Я жила с мамой и бабушкой, в семье было строгое воспитание и дисциплина. После окончания медучилища я сразу же поступила в медицинский институт – Московский медико-стоматологический, и снова и работала и училась. Работала в кардиореанимации, в кардиоотделении, и мне всё нравилось.

До сих пор, по прошествии стольких лет, мои одноклассники, однокурсники, которых приятно видеть (кое-кто даже работает в нашей больнице) мне напоминают: ты всегда была упрямая, раз решила – мнение не изменишь, была цель, а значит, ни шагу влево, ни шагу вправо. Но настало время окончания института. Поначалу привлекала хирургия, а, побывав на практике в 70-й больнице на кафедре эндокринологии, решила, что здесь моё место – понравилась специализация, люди, работавшие вокруг, профессора на кафедре, сотрудники отделения. И при распределении я попросилась в ординатуру именно сюда – на кафедру эндокринологии.

– Вы всегда всё планируете заранее?

– Трудно ответить однозначно, но ближе к окончанию института знала, что далее будет ординатура, потом аспирантура, докторантура и даже наметила стать профессором (смеётся). Но, к сожалению, остановилась на полпути, жизнь всегда ставит свои условия – вышла замуж, родила сына. Когда снова вернулась к работе, погрузилась в эндокринологию, это та специализация, наука, которая позволяет достаточно быстро видеть результат. Ведь мои пациенты через день, два, три уже «отвечают»

Уважаемая Анна Предтеченская!
Всегда иду к
«недостижимой цели».

Анна
ПРЕДТЕЧЕНСКАЯ:

Характер у нашей больницы мужской, а лицо – женское

на лечение, и врач может принять правильное решение. Говорила, говорю и буду говорить, что эндокринологические больные – это самые «благодарные» пациенты, они видят, что доктор им помог, результат налицо, а это самое приятное для врача. Если ещё складываются отношения с ними, ты завоевал у них авторитет, – а пациенты с диабетом вообще люди особенные, они всё умеют, много читают, открытвенны с тобой, поскольку говоришь с ними на доступном языке, – значит, ты можешь быть довольна своей работой.

– Вы помните своего первого пациента?

– Нет, для меня каждый пациент, переступивший кабинет, – первый. Знакомых лиц не забываешь. Пациентов же помнишь потому, что кто-то запустил свою болезнь, у кого-то просто «тяжёлый случай», кому-то требуется своя коррективная терапия. Со многими своими пациентами дружу, дружим семьями. Ну разве можно забыть девочку 22 лет, совсем молоденькую, давно страдавшую диабетом. Она пришла ко мне вся в слезах и с вопросом, что ей делать. Она вышла замуж и забеременела, врачи другой больницы отговаривали, пугали, что она родит уродца, – всё это вопросы нашей этики и деонтологии, отношения к пациенту. Ей дали направление на прерывание беременности. А в то время мы обсуждали новые методы применения инсулинов, поэтому поддержали девочку в желании сохранить беременность: я понимала, как тяжело было ей вырасти со своим заболеванием, выйти замуж, да ещё забеременеть, это был её шанс в жизни. Мы её госпитализировали, внимательно подбирали ей лечение и помогли родить дочку, и она, а вместе с ней и я, ощутили радость её материнства и увиделись, что поступили правильно.

Заведующий отделением больницы Михаил Петрович Горшков – сейчас работает начмедом в АПЦ № 23 Юго-Восточного административного округа Москвы – я его до сих пор воспринимаю как своего первого наставника, помню всё, чему он меня учил: как вести себя во время обхода, как обра-

щаться к молодым специалистам. Он, например, доверял мне делать манипуляции под своим руководством, всегда стоял сзади, когда я раскладывала таблеточки на посту медсестры трясутыми руками. Я благодарна и тому первому коллективу, который научил меня жить со всеми дружно, не отказывать никому в помощи. Мне просто в жизни повезло.

А вторым дорогом моим учителем стала Мэри Васильевна Чачиашвили. Она в те годы, когда я после окончания института попросилась в 70-ю больницу, уже заведовала эндокринологическим отделением и до сих пор им руководит. Она моя вторая мама. Это замечательный человек и замечательный врач, которая всегда умела разглядеть студентов, ординаторов, у которых есть потенциал и продвигала их: направляла на семинары, учёбу, обучающие тренинги, брала в поездки, она видела тех молодых начинающих врачей, которые хотят работать, стремятся наращивать знания, способные и понимают довольно сложную науку эндокринологию. У нас в больнице благодаря ей выросло уже третье поколение врачей нелёгкой специальности.

– Вы прошли путь от медсестры, простого врача до руководителя ведущей столичной больницы, где сегодня 730 коек, 36 подразделений, включающие и консультативно-диагностический центр, и перинатальный центр, и поликлинику. Когда принимали решение возглавить этот комплекс, сомневались, побаивались или закружилась голова от успехов?

– Честно говоря, я никогда об этом не думала, всегда знала, что я должна работать, со временем, конечно, пришли организационные навыки, стала проффоргом отделения, потом выдвинули в профком больницы. Я стала себя «проявлять», никто не возражал против моей активной жизненной позиции, старалась помочь там, где могла. Главный врач В.Галкин обратил внимание на мою активность, и вскоре мне предложили стать его заместителем. Сказать, что было трудно – значит ничего не



хочет немного – уважительного отношения к себе, понимания его состояния. За 4 года изменилось лицо больницы, уже дважды за столь короткий срок мэр столицы Сергей Собянин побывал у нас. В первый раз – когда после капремонта открывался детский корпус – первый перинатальный центр в Москве, показали тогда, что имеем. За эти годы мы основательно модернизировались, многому научились, получив от города, государства деньги, оборудование, один реанимобиль для перевозки недоношенных чего стоит – их в столице всего 3, благодаря всему этому работаем на благо пациентов, москвичей. Получить «робота» – это далеко не всё, к этому надо приложить образование сотрудников, их знания.

сказать, было невероятно трудно. Когда у тебя одна обязанность – лечить больного, всё просто, а тут пришла ответственность за других, за коллектив, его качественную работу. Прошло время, и уже меня назначили главным врачом огромного родного коллектива. Спасибо людям, я всегда слышала от них – не пасуй, мы поможем. Когда тебя кидают «на амбразуру», ты очень быстро приобретаешь полезный опыт, и это плюс. Пройдя путь от медсестры до врача, о многом не задумывалась, а став руководителем, освоила многие премудрости новой профессии – финансы, строительство, организацию здравоохранения, а тут ещё началась модернизация – деньги, оборудование. Голова шла кругом.

– Но такой шанс предоставляется в жизни только один раз.

– Согласна, но трудность состояла в том, что из-за смены нескольких наших руководителей коллектив был в растерянности, люди не знали, кто придёт на новое место, что с ними будет. Поддерживало одно: когда меня представляли в новой должности коллективу, вдруг неожиданно раздалось аплодисменты, тот момент, я конечно, же не забуду никогда, это был аванс мне, выражение доверия, что руководителем стал «наш человек».

– Вы знаете, при разговоре с людьми обратила внимание на то, что они говорят «Анна Вячеславовна наш человек, она из наших», как будто это основа их покоя, возможности и дальше работать, перестраиваться, идти вперёд. В прошлом году в Московском конкурсе «Женщина – директор года 2014», в котором приняли участие 117 москвичек, добившихся успехов в разных сферах профессиональной деятельности, вы стали победителем в номинации «Молодой руководитель» и занесены в книгу «Золотые имена».

– Конечно, я горжусь этим, это обязывает совершенствоваться в профессии, ещё больше работать, соответствовать требованиям наших пациентов. Но работа с коллективом – дело не простое, главное понимать, что любой человек

Мы упорно трудились эти годы, и вот результат – те самые недоношенные дети сейчас играют, бегают, общаются с мэром, эти бывшие «кулёчки», родившиеся весом до 1 кг, которые когда-то не выживали, сегодня здоровенькие, улыбающиеся детишки. В какое отделение больницы не зайдёшь, везде одна примета – наглядная модернизация, иной стиль работы специалистов. А это уже кое-что.

– О ваших – 70-й больницы – успехах в спорте свидетельствует каждый уголок стационара. Везде дипломы об участии в соревнованиях, призы за победы. Вы приверженец здорового образа жизни?

– Мы участвуем в фестивале «Формула жизни», проводимом Департаментом здравоохранения Москвы, я приветствую и поощряю людей, защищающих спортивную честь коллектива, больницы, сама участвую в состязаниях, играю в бадминтон и иногда даже завоевываю призовые места, хотя среди нас поклонников спорта ещё маловато, но верю, что на этом не остановимся.

– Главный врач больницы сегодня – это кто?

– В нашей больнице – это первая женщина руководитель такого уровня. Наверное, потому характер у нашей больницы мужской, а лицо – женское. Мы прекрасно оснащены, у нас огромная ухоженная территория, коллектив, который за последние годы осознал, что надо жить по-новому, перестраиваться, не отставать от времени, чтобы нашим пациентам здесь было комфортно и они чувствовали настоящую заботу о себе. Главный врач сегодня – это тяжёлая ноша, особая работа. Он – регулировщик, генерал, который должен быть образцом, примером для всех. По своему опыту знаю, что человеку под силу «горы свернуть», а значит, он должен дерзать, верить в себя, преодолевать трудности и двигаться вперёд.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – Г.ПАПЫРИНА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225,
БИК 044525225 ОАПО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М»
143405 Московская область
Красногорский район, г. Красногорск,
автодорога «Балтия», 23 км,
владение 1, дом 1.

Заказ № 15-06-00395
Тираж 31 120 экз.
Распространяется
по подписке в России
и других странах СНГ.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3842) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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