

Медицинская

8 декабря 2017 г.
пятница
№ 93 (7811)

Газета®

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

Современные технологии

Из Москвы — на весь мир

Наши хирурги приняли участие в Международном роботическом марафоне



Сложную операцию – пластику мочеточника для сохранения функций почки – провела с использованием роботического хирургического комплекса «Да Винчи» в рамках 24-часового Международного роботического марафона команда врачей во главе с главным урологом Департамента здравоохранения Москвы Дмитрием Пушкарём.

Оперативное вмешательство, в ходе которого с помощью джой-

Оперируют робот и врач

стика, рукояток и педалей врачи управляли четырьмя руками робота с хирургическими инструментами и 3D-камерой, сопровождалось прямой интернет-трансляцией. Она демонстрировалась из городской клинической больницы № 50 им. С.И.Спасокукоцкого, где прошла операция, для специалистов всего мира.

Манипуляции контролировались на мониторе, который увеличивает изображение в 10 раз и создаёт

объёмную визуализацию. Открытую онлайн-операцию смогли увидеть как российские, так и зарубежные коллеги. Московская больница вошла в десятку ведущих клиник мира, выбранных для демонстрации работы с «Да Винчи». Всего в России сегодня 30 подобных роботов, в Японии – около 300, в странах Америки – около 4 тыс., Европы – примерно тысяча.

(Окончание на стр. 2.)

Анатолий ДОМНИКОВ,
председатель Московской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ:

Отечественное здравоохранение в сравнении с международными стандартами недофинансировано в два раза...

Стр. 4-5



Людмила ЛЕТНИКОВА,
заместитель главы администрации Липецкой области, профессор:

В рейтинге по реализации мероприятий по снижению смертности от основных причин мы в десятке лучших регионов страны.

Стр. 6-7

Сергей КОЛЕСНИКОВ,
профессор МГУ, академик РАН:

Наука – это поиск. Запретить изучение чего-то нельзя, иначе мы скатимся во времена тоталитаризма. И, наконец, нельзя объявлять лженаукой то, что не известно.

Стр. 11



Демография

Исторический минимум

В Дагестане отмечается положительная динамика в регистрации младенческой смертности. Начиная с 2012 г., она снизилась на 34%. Так, в 2011 г. летальность среди детей до года жизни в регионе составляла 15,3 на тысячу новорождённых, а в 2016 г. уже 10,1. Позитивная динамика продолжилась и в 2017 г. По сравнению с аналогичным периодом 2016 г. в этом году младенческая смертность сократилась на 13% и составила 8,4 на тысячу родившихся. Надо заметить, что таких показателей ещё не было в истории здравоохранения республики.

Характерно, что младенческая смертность в Дагестане ниже, чем в других республиках Северо-Кавказского федерального округа.

По словам главного педиатра Минздрава Дагестана Валентины Костровой, таких результатов удалось достичь благодаря совершенствованию реанимационной и неонатологической помощи. В 2017 г. на 20% вырос показатель выхаживания недоношенных новорождённых с экстремальной и очень низкой массой тела при рождении и составил 769,2 на тысячу новорождённых.

Однако В.Кострова отметила, что показатели младенческой смертно-

сти в регионе всё ещё выше средних по стране. «Нельзя забывать, что Дагестан относится к территории с высоким риском рождения детей с наследственной патологией и пороками развития, что отражается на причинах смерти детей, особенно на первом году жизни. Большую значимость для сохранения здоровья и жизни женщин и детей, улучшения показателей службы охраны материнства и детства играет открытый 1 июня 2017 г. Республиканский перинатальный центр», – резюмировала В.Кострова.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА,
внешт. корр. «МГ»,
Махачкала.

События

Новые возможности для абитуриентов

В Сеченовском университете прошло Собрание директоров школ – участников проекта «Медицинский класс в московской школе». На мероприятии обсуждались вопросы реализации проекта и повышения качества подготовки учащихся. На встрече присутствовали министр правительства Москвы, руководитель столичного Департамента образования Исаак Калина и ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко.

Собрание прошло в новом корпусе Сеченовского предвузовского университета, который был открыт в сентябре этого года. Гости познакомились с новым комплексом в системе ведущего ме-

дицинского вуза страны, посетили лаборатории для углублённого изучения профильных предметов – медицины, химии и биологии. Они оснащены передовыми технологи-

ями, в них установлено специальное оборудование для проведения опытов и исследований.

– Мы готовы поощрять лучших ребят, планирующих поступать в наш вуз. Мы заблаговременно готовим школьников к выбору своего пути, показываем им перспективы и возможности для развития, – отметил П.Глыбочко.

При этом у выпускников школ – участников проекта появится возможность фактически сразу проявить себя в медицинском деле. С 2018 г. они, пройдя обучение в «медицинском классе», или предвузовской, одновременно с аттестатом о среднем образовании получат профессиональный сертификат, дающий разрешение на работу.

Алексей ПИМШИН,
МИА Сити!

Новости

Томограф
в помощь офтальмологам

В отделение лазерной хирургии Омской областной клинической офтальмологической больницы им. В.П.Выходцева поступил оптический когерентный томограф, с помощью которого можно обследовать сетчатку глаза и диск зрительного нерва, в том числе в формате 3D.

В этом году главная «глазная» клиника Прииртышья отпраздновала своё 95-летие. Современный томограф стоимостью 12 млн руб. (средства были выделены фондом ОМС) стал не просто хорошим подарком к юбилею учреждения, а крайне востребованным, нужным и полезным приобретением.

– Одна из главных функций этого прибора – возможность исследования сосудов глаза, – отметила заместитель главного врача офтальмологической больницы кандидат медицинских наук Ольга Чекмарёва. – Важно, что исследование проводится неинвазивно, то есть пациенту не наносится никаких повреждений. Он просто смотрит на метку в окуляр прибора, который сканирует изображение оболочек глазного яблока в зависимости от того, какая выставлена программа.

Функция ОКТ-ангиографии позволяет исследовать сосуды сетчатки и хориоидеи без использования красителей, что очень важно в диагностике таких заболеваний, как возрастная макулярная дегенерация, центральная серозная хориоретинопатия, диабетические поражения сетчатки и ряд других патологий. Новый прибор позволяет также производить расчёт оптической силы и радиусов кривизны поверхности роговицы, что имеет значение при рефракционной и оптико-реконструктивной хирургии.

Оптический когерентный томограф не единственный прибор, появившийся в арсенале медиков в этом году. Так, больница приобрела автоматический периметр, прибор офтальмологический ультразвуковой, эндотелиальный микроскоп, тонометр автоматический бесконтактный и ряд других устройств.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

Сиделок будут
готовить на Камчатке

Камчатский медицинский колледж начинает обучение слушателей специальности «младшая медицинская сестра по уходу за больными». Создание новой специальности в образовательном учреждении инициировано краевым министерством здравоохранения.

– Наша задача создать цивилизованный рынок квалифицированных сиделок, которые будут работать по найму по заявлению граждан, – прокомментировал заместитель председателя правительства Камчатского края Валерий Карпенко. – Я думаю, что в конечном итоге мы закрепим группу таких специалистов за одной из наших медицинских организаций, возможно, это будет гериатрическая больница, где планируется строительство нового корпуса для паллиативной помощи пациентам.

В настоящее время в Камчатском медицинском колледже набрана группа учащихся, состоящая из 15 человек, которая проходит обучение по специальности «младшая медицинская сестра по уходу за больными». Занятия проводятся в вечернее время.

– Ещё 15 человек второй группы у нас уже набраны, сейчас они готовят необходимые документы, и, как только эта работа завершится, приступят к занятиям, – сказала исполняющая обязанности директора Камчатского медицинского колледжа Ирина Пляскина. – В основном сейчас у нас занимаются сотрудники из лечебных учреждений. Но есть и люди, которые не связаны с такими организациями. По окончании занятий слушателям выдаются документы – сертификат и свидетельство, позволяющие работать самостоятельно по уходу за больными, в том числе на дому. Потребность в этом сегодня очень большая.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Петропавловск-Камчатский.

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

Деловые встречи

Вместе
во имя здоровья

Всероссийский конгресс пациентов выступил за построение пациентоориентированного здравоохранения

Актуальные вопросы здоровья были в центре внимания VIII Всероссийского конгресса пациентов. На повестке дня более чем тысячного форума – «Взаимодействие власти и пациентского сообщества как основа построения пациентоориентированного здравоохранения в Российской Федерации».

Традиционно организуемый в конце года диалог пациентов и руководителей здравоохранения открыла министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

– Продолжительность жизни россиян за 10 месяцев этого года существенно увеличилась и составила 72,6 года. Разница между продолжительностью жизни мужчин и женщин сократилась, она уже меньше 10 лет, – подчеркнула глава Минздрава России. Она отметила также снижение общей смертности.

Министр рассказала о том, что делается сегодня, чтобы обеспечить в стране качественную и доступную медицину. В частности, в 2018 г. заметно вырастут расходы на онкологическую помощь. «Стоимость стационарной помощи на будущий год при онкологических заболеваниях возрастёт на 60%, а химиотерапии в дневных стационарах – на 80%», – сказала В.Скворцова. Необходимое количество курсов химиотерапии при любой локализации заболевания полностью будет оплачиваться из ОМС по реальной стоимости.



Рабочие будни конгресса

Глава Минздрава России сообщила также, что стоимость курса терапии для пациентов с ВИЧ удалось вдвое снизить благодаря централизации закупок антиретровирусных препаратов. В результате в этом году сэкономлено 4,5 млрд руб. За счёт экономии охват лечением вырос с 37% зарегистрированных пациентов до 46%, а к концу года – до 50%.

В.Скворцова подчеркнула, что доступность и качество оказания медицинской помощи активно обсуждается с пациентским сообществом.

Стремительное развитие пациентского движения в нашей стране

отметил выступивший на форуме председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов.

В рамках конгресса прошёл «круглый стол» по проблемам обеспечения россиян лекарственными средствами, состоялись образовательные семинары и тренинги по вопросам работы обществ пациентов, взаимодействия некоммерческих организаций и власти в целях усиления эффективности их деятельности и повышения качества оказания медицинских услуг населению.

Иван САВРАНОВ.

МИА Cito!

Профилактика

Против табака и алкоголя

В гимназии № 2 Бийска Алтайского края прошла медицинская конференция интернов «Нет табаку и алкоголю!» Особенность общегородского мероприятия в том, что в нём участвовали представители разных ведомств: специалисты бийского отделения Краевого центра медицинской профилактики, ГИБДД, подразделений по делам несовершеннолетних, руководители городского отдела образования, педагоги и учащиеся 7-8-х классов гимназий и школ Бийска.

Конференция открылась ярким эмоциональным выступлением специалиста краевого центра медпрофилактики Алёны Фликовой, что настроило всех присутствующих на продуктивную работу. Главными героями конференции, школьниками, выступали в роли врачей (терапевтов, неврологов, пульмонологов, гастроэнтерологов), проводили опыты, наглядно

показывающие влияние табака, алкоголя на здоровье.

Кроме куклы-курильщицы, демонстрирующей оседание вредных смол на лёгких, внимание всех привлёк, заставил поволноваться и задуматься опыт: кусочек куриной печени был помещён в алкоголь. Не отрывая глаз, ребята и взрослые наблюдали за происходящим процессом. От здорового кусочка

печени остался жалкий белесоватый комочек, под влиянием алкоголя она потеряла возможность выполнять свои функции. Пробирки, колбочки – всё пошло в ход при проведении опыта и объяснении происходящего. В этом ребятам помогли старшие товарищи-консультанты – представители краевого центра медпрофилактики, ГИБДД и подразделений по делам несовершеннолетних. Важными, убедительными, познавательными и полезными были их комментарии и информация по разъяснению норм действующего законодательства по ограничению курения табака.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Современные технологии

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Заведующий кафедрой урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, доктор медицинских наук, профессор Д.Пушкарь принял участие в международном марафоне в четвёртый раз. «Сегодня мы решили не просто показать самую распространённую операцию – робот-ассистированную радикальную простатэктомию у больного, страдающего раком простаты, а нечто более сложное, – говорит он. – Чтобы спасти почку, пациентке за 45 минут произведено оперативное вмешательство по вос-

Из Москвы — на весь мир

становлению после травмы тазового отдела мочеточника. Сохранили почку, нашли мочеточник и пересадили его в мочевой пузырь. Благодаря малотравматичности технологии женщина быстро восстановится после операции».

По словам заслуженного врача РФ, робот-ассистированная хирургия – важнейшее достижение медицины, которое нашло применение не только в урологии, но и во многих других

специальностях. «Мы гордимся тем, что регулярно принимаем участие в таком марафоне, инициатором которого выступила Всемирная организация роботических и эндоскопических хирургов. Наряду с нашими американскими, европейскими и азиатскими коллегами выполнили операцию в прямом эфире на 24 часовых пояса», – добавил Д.Пушкарь.

Учёный – пионер в проведении радикальной простатэктомии, опе-

рации, которая избавляет больного от рака предстательной железы в течение 2-3 часов. Профессиональное мастерство позволяет Д.Пушкарю выполнить нервосберегающую операцию с сохранением эректильной функции и способности удерживать мочу. Им запатентованы минимизированные петлевые операции у больных, страдающих недержанием мочи, применение которых позволяет вернуть к активному образу

жизни многих женщин, считавшихся неоперабельными.

Благодаря активному участию профессора впервые в РФ была разработана и стала применяться программа раннего выявления рака простаты. Д.Пушкарь убеждён: в урологии робот незаменим, особенно для больных, страдающих раком предстательной железы.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Официально

Питанию детей уделять серьёзное внимание

В Роспотребнадзоре состоялось заседание обновлённого состава Общественного совета при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Его возглавил проректор по медико-профилактическому направлению Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова доктор медицинских наук Александр Мельцер.

Он представляет в совете Всероссийское научно-практическое общество эпидемиологов, микробиологов и паразитологов.

Участники заседания заслушали доклад исполняющего обязанности первого заместителя директора Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии, доктора медицинских наук, профессора Сергея Хотимченко «Обеспечение детей качественной и безопасной пищевой продукцией». Учёный представил актуальные данные о фактическом питании детей дошкольного и школьного возраста, основные отклонения от принципов их оптимального питания и первоочередные меры для устранения этих недостатков.

Константин БЕЗНЕГ.
МИА Сити!

Из первых уст

Главное — стиль и образ жизни

Здоровье человека и продолжительность жизни в большей степени зависят от уровня развития здравоохранения и образа жизни, нежели от наследственных факторов. Об этом заявила на Всероссийском форуме добровольцев России министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

– Только 15% здоровья человека зависят от его генетики и наследственности, – сказала глава Минздрава России. По словам министра, 85% здоровья

определяют факторы внешнего мира. Примерно 60% зависят от условий, в которые входит и приверженность здоровому образу жизни. На этот показатель влияют вредные привычки, а также уровень стресса. Ещё 15-25% определяет экология: природа, климат, эпидемиологическое благополучие, производственные факторы на работе.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Даты

По велению сердца

Россия впервые отметила День добровольца (волонтера). Все россияне, причастные к развитию добровольческого движения в нашей стране, это около 15% населения, дождалась своего национального праздника. Соответствующий указ об учреждении 5 декабря Дня добровольца (волонтера) подписал Президент России Владимир Путин.

А накануне в Научно-исследовательском институте скорой помощи им. Н.В.Склифосовского состоялась итоговая конференция, посвящённая пятилетнему юбилею сотрудничества между институтом и Московским отделением Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики».

– Развитие волонтерства в сфере здравоохранения – важная задача,

решению которой в Москве уделяется большое внимание, – подчеркнул руководитель столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун. – Показательным является то, что это движение, которое сегодня активно работает по всей стране, зародилось именно в НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского.

По словам А.Хрипуна, в настоящее время волонтеры работают в ряде медицинских организаций столицы, помогая не только в уходе за пациентами, но и в информационной работе с населением, а также в проведении спортивно-массовых и других мероприятий. Кроме того, большое внимание уделяется профориентации школьников и популяризации донорства.

В рамках конференции прошёл «круглый стол» «Помощь волонтеров-медиков практическому здра-

вохранению в Москве: проблемы, актуальность, решения». Об успешных примерах сотрудничества при оказании помощи медицинскому персоналу рассказала заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом НИИ им. Н.В.Склифосовского Любовь Кондрашкина. Опыт совместной работы по профориентации школьников в медицине в организациях амбулаторного и стационарного звена поделился главный врач городской поликлиники № 175 Алексей Тернавский.

Завершилась конференция подписанием соглашения о сотрудничестве между Департаментом здравоохранения Москвы и Всероссийским общественным движением «Волонтеры-медики».

Иван ВЕТРОВ.
МИА Сити!

Подписка-2018

Идёт подписная кампания

Уважаемые читатели!

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

Подписные индексы:

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.



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

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

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

Дословно

Народный фронт реально помогает

Такую оценку сотрудничеству с региональным отделением ОНФ министр здравоохранения Калининградской области Александр Кравченко дал на ежегодной конференции местной организации общественного движения.

Отвечая на вопросы участников заседания секции «Социальная справедливость», А.Кравченко сделал акцент на позитивных изменениях, которые произошли в региональном здравоохранении благодаря сотрудничеству с представителями ОНФ общественного совета при Минздраве, пациентских организаций. Помимо этого, глава ведомства обозначил некоторые проблемы здравоохранения, которые также можно решить совместными усилиями с общественниками.

Первой темой для обсуждения на секции стал вопрос развития онкологической службы в регионе. Большим прорывом в решении проблемы онкозаболеваемости А.Кравченко назвал открытие в июле этого года центра женского здоровья, взявшего на себя ответственную миссию по выявлению рака у жительниц Калининграда и области на ранних стадиях. Участники встречи от имени пациентского сообщества поблагодарили министерство за создание такого

важнейшего сегмента в онкослужбе региона, позволившего сделать большой шаг вперёд в борьбе с заболеваемостью и смертностью от многих видов рака.

Одним из приоритетных направлений в региональном здравоохранении является подготовка и повышение квалификации медицинских кадров. «Сегодня мы существенно оживили институт главных специалистов при областном Минздраве, – отметил А.Кравченко. – Активно учаем врачей, привлекаем в регион современные компетенции, очень важные для наших медицинских организаций. Достаточно сказать, что за последние полгода к нам трудоустроились более 70 врачей из других регионов и стран. На выходе – комплексная кадровая программа».

Не согласился министр с прозвучавшим утверждением о недоступности для пациентов участковых терапевтов: «Несмотря на всё ещё имеющийся дефицит кадров, мы существенно продвинулись в решении этого вопроса, в том числе за счёт внедрения «бережливых технологий», и таких проблем с записью к терапевтам, как раньше, сегодня нет».

Инна СЕРГЕЕВА.
Калининградская область.

Однако

Треть медучреждений – без воды и канализации



Износ основных фондов инфраструктуры в сфере здравоохранения и социальных услуг достиг в России 56%, тогда как доля инвестиций в отрасль снизилась за 10 лет с 2,7 до 1,2%.

– В 31% медицинских учреждений страны нет водопровода, в 35,5% – канализации, в 40,5% – центрального отопления, а оборудование устарело, – сообщила председатель Счётной палаты РФ Татьяна Голикова.

В региональных бюджетах, по её словам, нет денег на устранение столь плачевной ситуации.

После региональных программ модернизации здравоохранения, закончившихся в 2013 г., прошло почти 5 лет, отметила Т.Голикова. Статистика за 2016 г. говорит, что 33% рентгеновских аппаратов в российских клиниках работают уже больше 10 лет и нуждаются в замене. То же касается 52,7% оборудования для лабораторной диагностики.

Тарифы ОМС при этом не предполагают расходов на оборудование дорожке 100 тыс. руб., а у региональных бюджетов порой нет на это средств, отметила глава Счётной палаты.

По данным палаты, расходы на здравоохранение из консолидированных бюджетов 84 из 85 субъектов РФ за 2017 г. сократились в среднем на 42,9%. «Пока не установим правильную структуру расходов, не заинтересуем бизнес в инвестировании в эти сферы, качество госуслуги не будет возрастать», – убеждена Т.Голикова.

Обновление инфраструктуры здравоохранения ведётся в регионах посредством строительства новых объектов, а не путём ремонта или перепрофилирования имеющихся медучреждений. А оснащение лабораторной службы некоторые из субъектов Федерации намерены провести с помощью частных партнёров.

Интересно, однако, почему всё это не решалось в 2007-2012 гг. – в бытность Т.Голиковой на посту министра здравоохранения и социального развития РФ? Ведь проблемы, о которых идёт речь, возникли не сегодня.

Напомним, что Президент России намерен выделить в 2018-2020 гг. регионам из федерального бюджета в общей сложности 30 млрд руб. на ремонт и реконструкцию детских поликлиник.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

Проблема финансовой обеспеченности отрасли всегда стоит на повестке дня обкома Профсоюза работников здравоохранения. По оценкам экспертов, медицинские организации Подмосковья уже накопили большую задолженность в сумме около 3 млрд руб. Значительная часть образовалась в 2015 г., когда лечебные учреждения передавались в региональное подчинение. Но и позже ситуация только ухудшалась. Часть этой задолженности нарастала по причине нерациональных закупок, которые проводили главные врачи больниц и поликлиник.

Теперь настало время принимать меры для исправления ситуации. Медицинские работники надеются на помощь губернатора и правительства области. Об этом говорили участники расширенного пленума Московской областной организации профсоюза, который проходил в Реутове и собрал более 700 человек. Чувствовалось, что данная тема очень волнует профсоюзных активистов и главных врачей.

Ситуация без изменений

– Все мы знаем, что Россия пережила очередной финансово-экономический кризис, – отметил в докладе председатель областной профсоюзной организации Анатолий Домников. – В нынешнем году, по оценкам высших должностных лиц страны, наблюдается выход экономики из рецессии, что подтверждается и статистикой. По логике, положительные тенденции должны ощущаться во всех отраслях, но здравоохранение этого не почувствовало. Проблемы с финансированием в лечебных учреждениях остаются, причём острее. И в мае 2017 г. (на V Пленуме ЦК профсоюза), и в конце октября (на конгрессе Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения») были сделаны одинаковые выводы – отечественное здравоохранение в сравнении с международными стандартами недофинансировано в два раза.

Действительно, средства объёмом немногим более 3% от всего внутреннего валового продукта страны на протяжении ряда лет не могут способствовать успешной работе отрасли. Есть увеличение расходов в рублях, а в процентах от ВВП роста нет.

В 2015 г. муниципальные медицинские организации Подмосковья были переданы на региональный уровень, причём многие с кредиторской задолженностью. В конце 2016 г. размер задолженности превысил 3 млрд руб. На помощь пришёл бюджет Московской области, из которого на погашение были дополнительно выделены финансовые средства в территориальный фонд ОМС МО. В первом полугодии 2017 г. за их счёт был увеличен размер базовой ставки по стационарной помощи до 22 тыс. руб., а с 1 июля 2017 г., когда бюджетные средства закончились, он снизился до 17,5 тыс. руб.

Тем не менее части учреждений за первое полугодие удалось поправить своё финансовое положение, особенно тем, кто оказывал высокотехнологичную и специализированную помощь. Им хватало заработанных средств и на необходимые расходы, и на погашение «кредиторки». В то же время ряд больниц и поликлиник продолжали её наращивать как по причине недостаточного финансирования, так и в результате нерациональной финансово-хозяйственной деятельности.

Со второго полугодия после снижения базовой ставки финансово-экономическая ситуация большинства лечебных учреждений значительно ухудшилась. И даже те из них, кто успешно работал в первом полугодии, с 1 июля 2017 г. стали испытывать финансовые трудности. Сегодня кредиторская задолженность в них, по разным данным, в том числе по оценкам обкома, составляет от 2,5 до 3 млрд руб. Это долги во внебюджетные фонды и за коммунальные услуги, земельный налог, не конкурентно заключённые контракты на поставку медицинского оборудования, расходных материалов, лекарств, продуктов питания и др. Просроченная кредиторская задолженность в настоящее вре-

года постоянно изменяет тариф на оказание медицинской помощи, коэффициенты по уровням и подуровням учреждений. При этом объёмы денежных средств от финансово эффективных медицинских организаций перераспределяются к тем, у которых есть проблемы, что не улучшает положения последних, но создаёт сложности для благополучных.

Профсоюзные организации вынуждены вникать в проблемы недофинансирования отрасли, так как это влияет и на зарплату, и на социальный пакет, и на ох-

Федеральный фонд ОМС. Теперь письма в вышеуказанные инстанции, направленные от имени областного комитета, поддержаны конкретными обращениями с мест. Профсоюз очень надеется, что медиков Подмосковья услышат и помогут им.

«Майские указы» выполняются, но с оговорками

– Гладко было на бумаге, когда они были изданы, – продолжил А.Домников. – Но довольно бы-

дифференциацию, серьёзных конфликтов по сближению размеров их заработной платы не возникло. А вот с 2016 г. ситуация изменилась, так как именно в этот период был запланирован резкий скачок вверх размера заработной платы младшего медперсонала. Возникло серьёзное и справедливое недовольство у среднего медицинского персонала, вызванное практически сравнявшимися размерами заработной платы медсестёр и санитарок. Далее учреждения финансово «не потянули» такой высокий размер зарплаты младшего медперсонала и стали срочно извлекаться от этой категории работников любыми путями, допуская при этом серьёзные нарушения трудового законодательства и законодательства об охране здоровья граждан.

В последние 2-3 года количество нарушений по оплате труда особенно увеличилось. При этом большинство работодателей оправдывают свои действия недостаточным финансированием учреждений. Но значительно чаще причина этих нарушений кроется или в непрофессионализме работников, от которых зависит начисление заработной платы, или в лукавстве администрации в расчёте на незнание работниками своих прав. Есть и ещё одна причина. Приходящие с проверкой ревизоры территориального фонда ОМС МО наказывают учреждения только за излишне выплаченные средства, а за недоплаты работникам – нет.

По данным нового мониторинга обкома, проведённого при подготовке к пленуму, большинство работодателей так и не установили специалистам, работающим во вредных условиях труда, повышенный размер оплаты. Дело оказалось в том, что многие руководители и экономисты учреждений до сих пор не знают: повышается заработная плата «за работу во вредных условиях труда» по результатам специальной оценки рабочих мест, и они «подменяют» это выплатой «за особый характер работы и специфику труда».

К счастью, такой подход относится не ко всем ЛПУ. Целый ряд учреждений производят обе выплаты. Это большинство больниц и поликлиник Подольска, Серпухова, Чехова, а также Химкинская, Дубненская, Клинская ЦГБ и др. Количество таких нарушений в 2017 г. сократилось более чем на 15%, но они по-прежнему являются.

Другое распространённое нарушение – неправильное установление размера доплаты за работу в ночное время. По областному Положению об оплате труда, доплата производится в размере 50% должностного оклада за час работы, а тем, кто оказывает экстренную, скорую и неотложную медицинскую помощь, размер доплаты составляет 100% должностного оклада за час работы.

Между тем в обком обратились члены профсоюза из Ивантеевской и Фрязинской больниц, где работникам изменили размер оплаты за работу в ночное время. Руководство установило всем сотрудникам доплату в размере 50% должностного оклада. Причём мотивировали они это тем, что учреждения якобы вообще не занимаются оказанием экстренной, скорой и неотложной медицинской помощи! Такие действия администрации являются грубым нарушением статьи 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которая гласит: «Медицинская организация обязана оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме». А также нарушили уставы своих учреждений, где прописано, что «предметом деятельности Организации является оказание населению скорой, экстренной,

В центре внимания

Гладко было на бумаге...

Пятый пленум Московской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ дал оценку финансово-экономической ситуации в здравоохранении



Идёт заседание

я является основной причиной задержки выплаты заработной платы работникам в областном госпитале для ветеранов войн, Вере́йской участковой больнице, Малинской районной больнице, Егорьевской центральной районной больнице и др.

Распределение ужесточается

Каждое ЛПУ пытается решить возникшие проблемы по-своему. Одни учреждения заявляют потребность в дополнительных объёмах медицинской помощи. Другие просят увеличить коэффициенты. Третьи сокращают количество коек, а с ними и число работников. Четвёртые ликвидируют некоторые структурные подразделения и переходят на аутсорсинг. А некоторые продолжают работать в прежнем режиме. Кто прав, сказать трудно, так как условия у всех разные. Сегодняшнее выживание ЛПУ напоминает делёж «добычи», то есть финансовых средств, которые в размере не увеличиваются. Учтявая, что в систему ОМС огромным потоком хлынули коммерческие и ведомственные медицинские организации, ясно одно: процесс распределения финансов носит всё более жёсткий характер.

По словам А.Домникова, этому способствует и то, что областной фонд ОМС, пытаясь всеми возможными способами «залатать финансовые дыры», в течение

рану труда, и, в конечном итоге, на качество жизни работников и членов их семей.

Областная организация профсоюза на протяжении всего 2017 г. неоднократно обращалась в различные властные инстанции: к первому заместителю председателя правительства МО, в областное Министерство здравоохранения, в Министерство экономики и финансов и в Московскую областную думу с обоснованием, что в подмосковном здравоохранении недостаточно средств для осуществления основных задач, стоящих перед отраслью, а также с просьбой о выделении дополнительных средств из бюджета Подмосковья.

В августе – сентябре этого года, когда жалобы на ухудшение финансового положения медицинских учреждений участились, областным комитетом профсоюза был проведён внеочередной президиум. Одним из его решений была рекомендация первичным и территориальным организациям профсоюза оценить своё положение и в случае необходимости обратиться в вышестоящие органы власти. В результате 87 организаций приняли решения и в рамках всемирной профсоюзной акции «За достойный труд» обратились к Президенту страны, губернатору Московской области, руководству Федерации независимых профсоюзов России, председателю центрального комитета профсоюза работников здравоохранения и в

стро мы поняли, что обозначенный в них размер заработной платы медицинские работники смогут получить не в расчёте на одну занимаемую должность, а на физическое лицо. То есть на 1,5 ставки, а то и более. Кроме того, в указах уравнили размер заработной платы среднего и младшего медицинского персонала. То есть за квалифицированный труд специалиста и за неквалифицированный труд работника, к которому не предъявляются специальные требования по квалификации, зарплата предполагалась одинаковой! И ещё одна проблема – в указах ничего не сказано о повышении заработной платы прочего персонала учреждений здравоохранения. Тем не менее с 2012 г. размер заработной платы медицинских работников стал постепенно приближаться к заветным показателям. И это стало серьёзной финансовой нагрузкой для региональных бюджетов. Чтобы как-то её уменьшить, с 2015 г. были внесены изменения в нормативные акты, согласно которым рассчитывается соотношение средней заработной платы медицинского персонала не к средней в регионе, а к среднемесячному доходу от трудовой деятельности, размер которого значительно ниже.

Но и это ещё не всё. Пока в 2012-2015 гг. целевые показатели по дорожной карте у среднего и младшего медицинского персонала сохраняли определённую

неотложной и плановой лечебной ... помощи».

В некоторых ЛПУ в нарушение пункта 3.2 областного Положения об оплате труда работников не повышаются на 25% должностные оклады специалистов и руководителей, работающих в сельских населённых пунктах. Особенно часто это встречается, если сотрудники только часть времени работают там. Данная проблема касается почти всех подразделений скорой медицинской помощи. Руководство профсоюза понимает, что для медорганизаций, работающих в сельских условиях, не предусмотрен повышенный тариф в ОМС на оказание медицинской помощи в сравнении с горожанами, тем не менее нормативные акты по оплате труда необходимо соблюдать.

В некоторых учреждениях здравоохранения (например, в Ершовской амбулатории) никогда не смогут достичь целевых показателей по выполнению президентского указа по младшему медицинскому персоналу. Причина в том, что размер доплаты «за напряжённый труд», установленный в пункте 4.12 областного Положения об оплате труда, не был своевременно изменён и выплачивается в размере более 2 тыс. руб. Такой размер был установлен с 1 мая 2016 г., но уже через 4 месяца он был изменён до 7 тыс. руб. Учреждение осознанно или из-за незнания нормативных актов не увеличили размер этой доплаты с 1 сентября 2016 г., поэтому каждый работник из числа младшего медицинского персонала уже более года ежемесячно недополучает около 5 тыс. руб. Такая же ситуация до недавнего времени была и в Лобненской ЦГБ, но с приходом новых работников в экономическую службу нарушения были устранены.

– А чего стоят нарушения по выплатам стимулирующего характера? – задаёт вопрос докладчик. – В пункте 5.2 областного Положения об оплате труда предусмотрены виды стимулирующих выплат, которые должны быть в государственных учреждениях здравоохранения: за интенсивность и высокие результаты работы, за качество работы, премии по итогам работы. Тем не менее многие учреждения придумывают свои виды стимулирующих выплат: «за напряжённость», «за внедрение передовых технологий» и др.

В 2017 г. некоторые работодатели поменяли критерии для установления размера должностных окладов. Из диапазона (минимального, среднего и максимального) они устанавливали всем работникам либо меньший, чем ранее, либо минимальный размер должностного оклада. Это привело к неравному повышению должностных окладов (т.е. к дискриминации работников) и в конечном итоге к невыполнению распоряжения губернатора. Такие нарушения были допущены в Подольской городской клинической больнице, Подольской городской клинической больнице № 3, Подольских городских детских поликлиниках № 1 и № 3, Люберецкой станции скорой медицинской помощи, Мытищинских противотуберкулёзном и психоневрологическом диспансерах, Ступинской центральной клинической больнице. При этом в ответах на вопросы мониторинга в Подольской городской клинической больнице, например, сликавили и не признались, что при повышении должностных окладов с 1 мая всем работникам был установлен минимальный размер должностного оклада.

Председатель обкома профсоюза назвал ещё одну важную проблему, которая влечёт за собой многие другие нарушения

по оплате труда. Это отсутствие в учреждениях здравоохранения тарификационных списков по формам, предусмотренным в Приложении № 3 к приказу Минздрава Московской области № 242 от 24.08.2007.

Следующий вопрос связан с гарантиями и компенсациями по результатам проведения специальной оценки условий труда. Одноимённый Федеральный закон установил пятилетний переходный период, в течение которого работодатели должны в обязательном порядке её провести. Срок истекает в конце 2018 г. Игнорирование требования закона чревато административной ответственностью в виде штрафа в размере до 80 тыс. руб. на юридическое лицо. А в настоящее время спецоценка ещё не проведена на 40 тыс. рабочих мест, что составляет 42% от их общего количества. Исходя из

родской организации профсоюза Евгения Пескова. – Занимая руководящую должность, он перестаёт быть врачом, становится наёмным управляющим, но современные условия делают его заложником экономической ситуации. Если учреждение не имеет возможности оказывать дорогостоящие платные услуги, то, соответственно, вырастает кредиторская задолженность. Все без исключения медицинские организации столкнулись в последние годы с проблемой недофинансирования. Это связано с целым рядом факторов: повышением заработной платы медицинских работников, ростом затрат по оказанию лечебного процесса и коммунальным платежам, высокими лицензионными требованиями к состоянию помещений, увеличением стоимости расходных материалов и медицинского оборудования.

Теперь об уходящих потоках, или о пациентах, которые предпочитают лечиться в Москве. Здесь снова возникает проблема КСГ. До их внедрения тарифы в ОМС были одинаковыми в Москве и области. На первом уровне за роды в клиниках Подмоскovie ОМС платит 15 тыс., такие же роды в столице оцениваются в 60 тыс. руб. Сегодня меньше больных уезжают на лечение в Москву, но их лечение стоит принципиально больше.

Кредиторская задолженность и задержки зарплаты

О серьёзном положении с кредиторской задолженностью рассказала председатель Егорьевской городской организации профсоюза Ольга Овсянникова. Она начала своё выступление с констатации факта, что в Его-

погашению, но улучшить экономическое положение можно только совместными усилиями министерства, главных врачей, экономической службы больниц и поликлиник.

Заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаил Андрочников подчеркнул, что пленумы Московской областной организации всегда поднимают самые острые вопросы. Профсоюзные активисты Подмоскovie стараются не замалчивать проблемы. М.Андрочников напомнил, что в Советском Союзе на здравоохранение тратилось 4,4% ВВП. В России на отрасль выделяется гораздо меньший процент – 3,4. Первый директор Федерального фонда ОМС Владимир Гришин признался, что точных расчётов, сколько денег необходимо для поддержания системы здравоохранения, никогда не проводилось. Когда вводилось ОМС, за исходный был взят показатель в 3,6%, который использовался тогда для социального страхования. Профсоюз неоднократно предлагал Российской трёхсторонней комиссии поднять планку отчислений на медицину. Представители Правительства РФ с этим вроде бы соглашались, но категорически против выступали представители работодателей. Хотя в мире нет ни одной страны, кроме России, где за неработающее население платят администрации территорий. В результате многие регионы отказываются финансировать дополнительные программы, в том числе и в здравоохранении. Крайне трудно решается проблема с кредиторской задолженностью и повышением заработной платы медицинским работникам по регионам.

Права медицинских работников не должны нарушаться

В постановлении пленума говорится, что за последние три года бюджет здравоохранения Подмоскovie увеличился со 120 до 158 млрд руб. На эти средства строятся и оснащаются новые родильные дома, перинатальные центры и другие медучреждения, ремонтируются уже существующие объекты, приобретается современное оборудование, санитарный транспорт. Сотрудникам государственных учреждений здравоохранения повышается заработная плата. В то же время сохраняется недостаточное финансирование расходов лечебных учреждений из средств территориального фонда ОМС МО. Об этом свидетельствует наличие у большинства медицинских организаций кредиторской задолженности. Более того, в ряде больниц и поликлиник заработанных финансовых средств не хватает даже на оплату текущих расходов. В данной ситуации некоторые главные врачи пытаются экономить, нарушая обязательства, зафиксированные в различных документах, начиная с федерального законодательства и заканчивая коллективными договорами учреждений. Всё это требует внимания со стороны администрации, территориального фонда и Минздрава области. Конкретно в документе перечисляются и наиболее серьёзные нарушения прав медицинских работников, о которых шла речь на пленуме.

В профсоюзе прекрасно понимают, что чудес не бывает. Чтобы решить поднятые вопросы, нужно изыскать дополнительные средства. Без этого здравоохранение Подмоскovie не в состоянии эффективно функционировать.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Московская область.



цен 2017 г. для выполнения специальной оценки государственным учреждениям до конца 2018 г. понадобится 60 млн руб.

Несмотря на существующие проблемы очевидна позитивная роль Майских указов Президента РФ, самое главное – рост заработной платы медицинских работников государственных учреждений здравоохранения МО. Начиная с 2012 г. размер средней заработной платы в отрасли в целом вырос с 28,5 до 44,9 тыс. руб. В том числе у врачей – с 45,0 до 71,9 тыс. руб., или на 160%, у среднего медперсонала – с 27,6 до 41,3 тыс. руб., или на 150%, у младшего медперсонала – с 15,9 до 31,5 тыс. руб., или на 198%. Во многом это заслуга правительства МО. Для выполнения целевых показателей, предусмотренных в дорожной карте, в Московской области раз, а чаще два раза в год повышались размеры должностных окладов медицинского персонала. Финансовые средства на эти цели выделялись из бюджета Московской области.

В МО между правительством, объединением работодателей и профсоюзами уже много лет заключается Соглашение «О минимальном размере оплаты труда», который значительно выше, чем МРОТ, принятый в Российской Федерации. С декабря 2016 г. он равен 13 750 руб., что на 76,3% выше российского показателя.

Реалии дня сегодняшнего

– Современные условия предполагают трансформацию функций главного врача в управленческие, – так начала своё выступление председатель Озёрской го-

ещё одна серьёзная составляющая недофинансирования, считает Е.Пескова, связана с переходом на оплату по клинико-статистическим группам (КСГ). Это привело к значительному снижению заработанных средств в системе ОМС. Если в 2014 г. за пролеченного больного по определённым нозологиям больница получала 40 тыс. руб., то после перехода на КСГ – 10 тыс. Сложилась ситуация, когда лечебное учреждение, например, зарабатывает 25 млн руб. в месяц, из них 22 млн руб. уходит на заработную плату, 500 тыс. руб. – на штрафы СМО, и только 2,5 млн руб. остаётся на питание, медикаменты, расходные материалы, мягкий инвентарь, охрану, коммунальные платежи и пр. И такая ситуация не у 2-3 ЛПУ Московской области, а у гораздо большего их количества.

По словам Е.Песковой, чтобы как-то выжить в сложнейших условиях, главные врачи вынуждены идти на оптимизацию коечного фонда, а это приводит в том числе и к массовому сокращению работников. А в каких условиях работают контрактные службы? В дневное время из-за большого потока обращений информационно-аналитические программы часто зависают, а без регистрации в них нельзя провести закупки. По трудовому законодательству заставлять сотрудников выйти на работу ночью – противозаконно. В результате у многих больниц и поликлиник закупки на 2018 г. заблокированы. С внедрением новой системы ПИК эти сложности должны быть устранены, но пока она недоделана. И никто не обучает сотрудников, что тоже вызывает сложности.

Егорьевском районе создана целостная система здравоохранения: ЦРБ, комплекс охраны материнства и детства, 4 поликлиники, 8 амбулаторий, 15 ФАПов. Здесь трудятся 1780 медицинских работников. Печально, но из года в год в ЦРБ увеличивается кредиторская задолженность. За 2017 г. она возросла с 399 млн до 485 млн руб. В результате с января работникам не оплачиваются командировочные расходы, с июня – больничные листы, не выплачено уже свыше 1 млн 840 тыс. руб. пособия по уходу за детьми. Заработную плату за сентябрь медики получили только 13 ноября. Как и в других лечебных учреждениях, в связи с нехваткой средств снижаются стимулирующие выплаты. Многие работники увольняются, а у оставшихся повышается нагрузка, из-за чего снижается качество оказываемой медицинской помощи. Пациенты уезжают в Москву, уводя за собой финансовые потоки – их можно понять. У больницы не хватает денег на покупку лекарственных средств, расходных материалов. Несмотря на усилия главного врача, экономической службы, под угрозой выплата заработной платы за октябрь – ноябрь. Совершенно очевидно, что без помощи областного бюджета больница не сможет выбраться из долговой ямы.

Первый заместитель министра здравоохранения Московской области Владимир Юшук пообещал, что министерство внимательно рассмотрит поставленные на пленуме вопросы. Конечно, руководство отрасли знает о проблемах, возникших с кредиторской задолженностью, активно работает по её

О переменах в липецком здравоохранении и шагах к доступной высокотехнологичной помощи для липчан редактор отдела региональной политики Галина ПАПЫРИНА не раз беседовала с руководителем этой жизненно важной отрасли, а ныне заместителем главы администрации Липецкой области профессором Людмилой ЛЕТНИКОВОЙ.

По традиции встреча была посвящена обсуждению результативности работы, которую ведёт штаб отрасли – областное Управление здравоохранения при поддержке и активном участии сильной губернаторской команды.

– Людмила Ивановна, как удаётся липецкому здравоохранению много лет сохранять положительную динамику?

– Стабильность развития обеспечивает общая социально-экономическая обстановка и сложившаяся эффективная система здравоохранения, которую она приобрела в результате осуществления программы модернизации и других проектов. Демографическая ситуация развивается в русле общероссийских тенденций. За последнее десятилетие смертность населения сократилась на 13%, естественная убыль уменьшилась в 2 раза, почти на 5 лет выросла средняя продолжительность жизни.

Показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, туберкулёза в области ниже, чем по России. Так, здесь в 1,6 раза выше, чем в среднем по стране, доля пациентов с острым коронарным синдромом, которым выполнен тромболитический (43,9% на территории и 27,1% в среднем по РФ), доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях, составляет 58% (по РФ 55,4%). Всё это позволяет сохранить жизни людей. В рейтинге по реализации мероприятий по снижению смертности от основных причин мы в десятке лучших регионов страны.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи теперь финансируется из двух источников: за счёт бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования. Это позволило большему количеству пациентов получить данный вид помощи, в том числе в медицинских организациях области. Их количество постоянно растёт: на сегодня такая помощь оказывается в 9 лечебных учреждениях по 28 профилям, причём не только в областном центре, но и в городе Ельце.

Открытие в 2016 г. нового корпуса Липецкого областного перинатального центра позволило завершить формирование трёхуровневой системы организации медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и новорожденным. Направление в перинатальный центр беременных высокой группы риска развития осложнений и с преждевременными родами, где оказывается высокоспециализированная, в том числе высокотехнологичная помощь, снизило показатель младенческой смертности в 2,5 раза по сравнению с 2016 г. С момента открытия нового корпуса здесь принято 5150 родов.

На территории области в 32 медицинских учреждениях организована диспансеризация определённых групп взрослого населения. На 30.09.2017 уже осмотрено около 160 тыс. чел., план по итогам 9 месяцев выполнен на 100,7%. Выявлено более 200 тыс. факторов риска различных заболеваний.

– Президентом России поставлена задача создать в стране действительно современную систему здравоохранения на всех уровнях: от первичного звена до федеральных клиник, которая соответствовала бы высоким мировым стандартам. Это требование касается всех российских регионов. Вы готовы



Л. Летникова

мощности амбулаторно-поликлинических учреждений область входит в десятку наиболее обеспеченных регионов (6-е место). Рациональное распределение потоков пациентов обеспечивает система электронной регистратуры, которой уже в 2014 г. были охвачены все медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь. Область была одним из первых российских регионов, внедривших у себя эту программу. Работа началась ещё в 2009 г. В соответствии с региональной программой модернизации здравоохранения в 2011-2012 гг. была внедрена информационно-коммуникационная инфраструктура медицинских организаций. Создана единая сеть телемедицинских пунктов в ко-

состава. На сегодня актуальный дефицит специалистов, рассчитанный по методике Минздрава России, составляет 237 врачей. Показатель обеспеченности ими в области составляет 33,9 человека на 10 тыс. населения при плане дорожной карты – 33,4. В сельском здравоохранении этот показатель 16,9 на 10 тыс. населения при плане дорожной карты – 16,8. За время реализации программы «Земский доктор» на работу в сельскую местность прибыли 308 врачей, из которых 119 человек – врачи узких специальностей. В настоящее время в вузах обучаются 606 студентов – целевиков от нашего региона.

Для мотивации молодых специалистов к возвращению домой внесены изменения в областной закон «О социальной поддержке обучающихся образовательных организаций и дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей,

тельное развитие техники и технологий, определяющих требования к уровню квалификации врачей, в руках которых находятся жизнь и здоровье людей, требует внедрения новых форм повышения квалификации. Сегодня наши медики активно входят в новую систему подготовки – регистрируются на сайте непрерывного медицинского образования, формируют свои индивидуальные 5-летние планы обучения, чтобы к моменту окончания срока действия сертификата быть готовыми пройти аккредитацию.

– В вашей области реализуется инициативный губернатором долгосрочный проект «Здоровый регион», который должен существенно поднять планку здоровья населения.

– Да, консолидировать совместные профилактические усилия органов государственной власти и местного самоуправления,

Главная тема

Равняясь на лучших

Стабильность и надёжность – ориентиры липецкого здравоохранения

к тому, чтобы система здравоохранения области продолжала развиваться в заданном направлении?

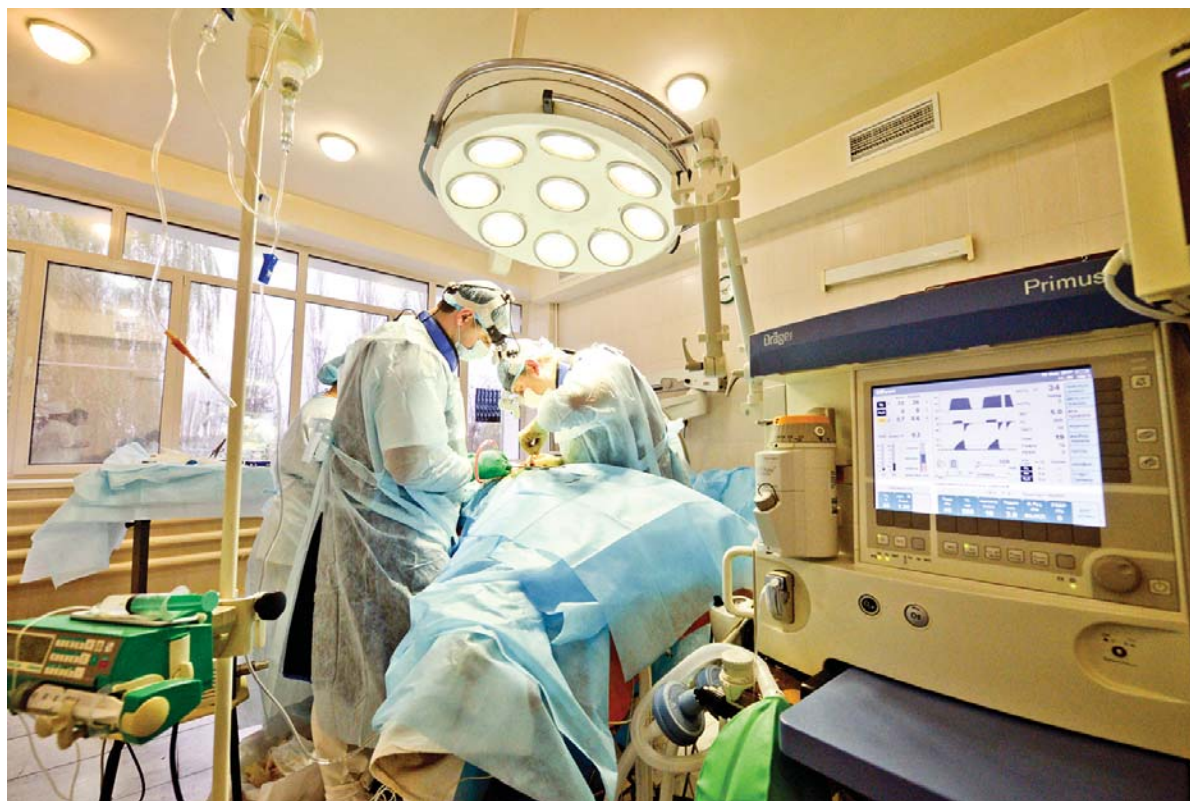
– В области в течение последних лет были теоретически сформулированы, отработаны и реализованы на практике концептуальные направления повышения структурной эффективности здравоохранения. Создана современная вертикально интегрированная трёхуровневая система оказания медицинской помощи, обеспечивающая эффективную маршрутизацию и качественное лечение пациентов вне зависимости от их места жительства. Маломощные поликлиники и больницы объединены с многопрофильными межмуниципальными медицинскими центрами, созданы крупные отраслевые кластеры. Всё это обеспечило эффективную загрузку развёрнутых поликлинических и стационарных мощностей и устойчивое финансирование лечебной сети.

Количество стационарных и амбулаторных подразделений на селе, включая фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, центры общей врачебной практики, адекватно сложившейся медико-демографической ситуации и фактической территориальной доступности объектов здравоохранения.

В трети муниципальных районов развёрнуты центры для лечения сосудистых, хирургических, травматологических больных, оказания акушерской и педиатрической помощи матерям и детям. Для повышения доступности лекарственного обеспечения в сельской местности выданы лицензии на фармацевтическую деятельность фельдшерско-акушерским пунктам. Расширяются выездные формы работы в муниципальных районах с использованием сил и средств областных учреждений здравоохранения, центров здоровья, мобильных диагностических комплексов. Ранее не проводимые на территории области консультации с использованием телемедицинских технологий, дистанционное обучение специалистов, электронная запись на приём к врачу, операции на сердце, сосудах, суставах стали сегодня обычным явлением.

– Расскажите, как работает на практике выстроенная с учётом специфики региона трёхуровневая модель?

– Сегодня решающая роль принадлежит амбулаторному звену. Кстати сказать, в рейтинге по



В нейрохирургической операционной ЛОКБ № 1

личестве 28 единиц, объединённая защищённой системой передачи данных. Телемедицинские пункты развёрнуты во всех районных больницах, межмуниципальных центрах, ведущих многопрофильных стационарно-поликлинических учреждениях областного уровня.

Развивая первичное звено системы здравоохранения, Управление здравоохранения последовательно реализует мероприятия дорожной карты, стремясь к тому, чтобы к 2020 г. не менее 40-45% от общего объёма медицинской помощи оказывалось людям в шаговой доступности от места жительства.

– Хотелось бы, чтобы вы затронули очень важный аспект здравоохранения – обеспеченность кадрами, укомплектованность врачами сельской местности. В каких вузах готовятся специалисты? Как обстоит дело с непрерывным образованием медиков?

– В лечебных организациях Липецкой области работают около 4 тыс. врачей и более 11,5 тыс. средних медицинских работников. В течение последних трёх лет в отрасли прекратился их отток, происходит омоложение кадрового

оставшихся без попечения родителей, в Липецкой области», согласно которому в период обучения в медицинских вузах эти студенты получают ежемесячную выплату в размере академической стипендии, а ординаторы – 5 тыс. руб. По результатам конкурса в рамках целевого приёма успешно выдержали испытание и зачислены в медицинские вузы 110 выпускников от Липецкой области.

С 1 января 2016 г. сертификацию медицинских работников заменяет аккредитация. Свидетельство об аккредитации будет допуском к медицинской и фармацевтической деятельности. Первыми его получили новоиспечённые стоматологи и фармацевты. А с 2017 г. аккредитация ждёт всех остальных выпускников.

Ещё одна важная реформа 2016 г. – внедрение новой модели непрерывного медицинского образования. Сегодня традиционная система повышения квалификации – обучение один раз в 5 лет – неэффективна: за это время информация, которую получил врач, практически полностью устаревает. Постоянное поступа-

общественных, коммерческих и некоммерческих организаций, представителей духовенства, экспертного сообщества призван утверждённый главой администрации области О.Королёвым проект «Здоровый регион». Управлением здравоохранения в районах организованы профилактические акции «Кардиомаршрут» и «Онкодесант», в поликлиниках Липецка и области – «Дни здоровья» и «Дни здорового сердца», в торговых центрах – «Кардиодесанты» и «Посты здоровья», выезды центров здоровья на предприятия и другие мероприятия.

Стартовал региональный пилотный проект «Здоровый школьник», направленный на оздоровление питания учащихся и их родителей, внедрение культуры здорового питания в семье, школе, обществе, на пропаганду здорового образа жизни, физкультуры и спорта, на борьбу с гиподинамией, излишним весом и ожирением. В нём участвуют около тысячи школьников. Все учащиеся имеют возможность пройти медицинское обследование, которое организуют сотрудники центра здоровья для детей, врачи-стоматологи, и обучение

общеукрепляющей гимнастике. Консультацию и обследование можно пройти у сотрудников эндокринологического центра Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко. Из значимых проектов нужно назвать молодёжный профилактический проект «Ступени к здоровью» в Липецком государственном педагогическом университете им. П.П.Семёнова-Тянь-Шанского.

Вернёмся к губернаторскому проекту «Здоровый регион». Он состоит из 8 тематических блоков: «Это нужно знать каждому!», «Здоровое будущее», «Здоровые ритмы жизни», «Подумай о здоровье сегодня!», «Регион вне зависимости!», «За здоровую среду обитания!» и «Твоё здоровье – в твоей тарелке!». Так, благодаря нашим совместным усилиям за 9 месяцев текущего года удалось существенно сократить смертность от наркологических расстройств, количество умерших от причин, обусловленных злоупотреблением алкоголем, снизилось на 7%. Отмечается устойчивая динамика в уменьшении смертности населения трудоспособного возраста. По сравнению с прошлым годом данный показатель сократился на 7%.

– Как вы оцениваете сегодняшний уровень оснащённости современным оборудованием медицинских организаций области? Есть ли в планах строительство новых объектов?

– За последние годы в рамках реализации программ модернизации и развития здравоохранения осуществлены закупки современного лечебного и диагностического оборудования: цифровые флюорограф и рентгенодиагностический комплекс, видеоэндоскопические стойки, реабилитационное оборудование и др. В 2017 г. ведётся строительство 8 офисов врача общей практики в сельских районах. В 2018-2019 гг. начнётся возведение ещё 17 новых зданий офисов врачей общей практики, детской поликлиники в городе Усмани, а также детской и женской консультаций в городе Чаплыгине, операционного блока с отделением анестезиологии и реанимации онкологического диспансера в Липецке. Прорабатывается вопрос возможности строительства хирургического корпуса детской областной больницы.

– Задавая тон на всех направлениях охраны здоровья населения, вы создаёте предпосылки для формирования ещё более эффективной системы здравоохранения Липецкой области?

– Политика Минздрава России такова, что региональное здравоохранение должно отвечать единым порядкам и стандартам по оснащению медицинских организаций и качеству оказания медицинской помощи. Если исходить из целей мирового здравоохранения: здоровьесбережение, своевременная профилактика болезней и применение всё более совершенных методов ранней диагностики и лечения, то липецкое здравоохранение развивается именно по этому пути. И говоря о системе в целом, мы подразумеваем не только её государственную составляющую, но и быстро растущий частный медицинский сегмент. В соответствии с распоряжением администрации области создаются условия для внедрения в практику концессионных соглашений, закрепляющих возможность многолетнего сотрудничества государственных учреждений здравоохранения и частных инвесторов.

Одним из значимых примеров государственно-частного партнёрства на нашей территории стало открытие в минувшем году центра позитронно-эмиссионной томографии и завода по производству радиофармпрепаратов для

проведения ПЭТ-исследований. Это потребовало значительных затрат, реализованных одной из портфельных компаний РОСНАНО.

Реализован также инвестиционный проект по созданию диализного центра и профильных отделений в областном центре и ряде муниципальных районов. Теперь их 6, не только в Липецке и Ельце, но и в Чаплыгинском районе, что существенно повлияло на качество жизни пациентов, получающих хронический гемодиализ. С участием частного капитала открыта лаборатория экстракорпорального оплодотворения.

– В каждом регионе есть свои флагманы здравоохранения. А как в Липецкой области? Кто задаёт тон, обеспечивая стабильность сегодня, надёжность – завтра?

– Липецкая областная клиническая больница является ведущим лечебным учреждением, концентрируя на себе больных с наиболее сложной и тяжёлой патологией, требующей применения специализированного, в том числе высокотехнологического, лечения. Здесь ежегодно лечатся более 20 тыс. пациентов. ЛОКБ располагает всеми видами диагностического оборудования: МРТ, двумя РКТ, один из которых 64-срезовый; имеются 2 ангиокомплекса, современные цифровые рентгенодиагностические комплексы, все виды ультразвукового оборудования с пункционным датчиком, лапароскопические комплексы, автоматизированный комплекс по реинфузии крови «Селсейвер», две эмиссионные компьютерные гамма-камеры, современное оборудование для программного гемодиализа и гемодиализации, радиоизотопная, иммунологическая, бактериологическая лаборатории и др.

Нейрохирурги областной клинической больницы проводят успешные операции на глубинных структурах головного мозга, эндоскопическое лечение грыж межпозвоночных дисков, травматических повреждений позвоночника с использованием прогрессивных методик декомпрессии и фиксации. Здесь накоплен богатый опыт по широкому применению органосберегающих и реконструктивно-восстановительных операций с целью достижения максимального реабилитационного эффекта и улучшения качества жизни пациентов.

В областной онкологическом диспансере освоены и внедрены различные высокотехнологичные операции и лечебные процедуры, которые выполняются только в клинических центрах. Визитной карточкой диспансера стал современный радиологический центр, где применяются отвечающие самым высоким требованиям методики лучевой терапии. Они обеспечивают наиболее действенный лечебный эффект при минимальном повреждении здоровых тканей и органов. Приобретён современный линейный ускоритель с функцией стеротаксиса. Проводятся лучевая конформная терапия в 3D-формате, расчёты лучевой терапии по IMRT, брахитерапия при заболеваниях пищевода, языка, кожи, прямой кишки, шейки и тела матки. В 2017 г. внедрена методика фотодинамической терапии.

В числе ведущих лечебных учреждений – областная больница № 2 и детская областная больница. Последняя является единственным детским медицинским учреждением в области, относящимся к третьему уровню и оказывающим специализированную помощь по 27 профилям.

Мы стараемся повышать престиж, статус всех медицинских работников. Ведь медицинский работник – это гораздо больше, чем просто профессия. Это особый настрой помогать людям, способность сочетать профессиональную грамотность и ответственность с искренней заботой о здоровье каждого пациента.

Липецкая область.

Пресс-конференция

Берегите свои глаза...

Для этого на помощь офтальмологам приходят оптометристы

По данным ВОЗ, в мире 285 млн человек имеют различные нарушения зрения, а к 2050 г. их количество может увеличиться вдвое. Созданию Межпрофессионального альянса по охране зрения россиян была посвящена прошедшая недавно в Москве пресс-конференция.

Главный специалист-офтальмолог Минздрава России, директор Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Владимир Нероев напомнил, что проблема заболеваний органов зрения, несмотря на усилия офтальмологов, продолжает оставаться острой. На сегодняшний день в РФ зарегистрировано 80 тыс. пациентов-инвалидов, у которых установлена слепота и слабовидение. Эта цифра постоянно уменьшается, в 2013 г. таких инвалидов было около 100 тыс. человек, но проблема есть, и связана она со многими вещами. В 1-й класс дети приходят с различными патологиями зрения в 5% случаев, а по окончании школы уходят уже с 30%. На это влияет и астигматизм, и наследственные заболевания органов зрения, и большая работа с электронными гаджетами.

Влияет на ухудшение зрения и плохая экология, и общие соматические заболевания. Отрицательную роль играют и диабет с проявлением вторичных изменений на глазах, и сердечно-сосудистые заболевания. И 13-тысячная армия офтальмологов готова, как и прежде, оказывать доступную и качественную медицинскую помощь. А специализация «офтальмология», как не раз подчёркивала министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, в нашей стране находится на передовых позициях. Много внимания уделяется научным, в том числе фундаментальным, разработкам, которые помогают разобраться в патогенезе глазных заболеваний, улучшить лечение конкретной патологии.

В первичном звене – в поликлиниках – работают 9,5 тыс. офтальмологов, что очень важно в рамках укрепления поликлинического звена. Необходимо, чтобы врач, к которому впервые приходит пациент, был квалифицирован, способен вовремя диагностировать заболевание, которое может привести к значительной потере зрения. Многие патологии сейчас из разряда лечения в стационаре переходят на амбулаторный этап – катаракта, глаукома, которая занимает первое место по инвалидизации во всём мире. И здесь важно, чтобы специалист вовремя смог заметить повышение внутриглазного давления у пациента и начать своевременное лечение.

Инвалидов по зрению сейчас в России насчитывается 5,9 на 10 тыс. населения. Совсем недавно эта цифра составляла 6,9 на 10 тыс. населения. Министерством здравоохранения РФ делается много полезных вещей в плане охраны органов зрения. За последние годы практически полностью подготовлена нормативно-правовая база работы офтальмологов, утверждён порядок оказания медицинской помощи, в том числе и детям. Разработано более 80 клинических рекомендаций по офтальмологии. Готовится соответствующая поправка в закон № 323 об охране здоровья граждан. Большое внимание уделяется профилактическим осмотрам, где выявляются многие заболевания органов зрения.

Качество оказания офтальмологической помощи в настоящее время очень высокое – на территории РФ регистрируются самые новейшие технологии, которые только появляются в мире. Напри-



Современная оптическая техника достойно служит людям

мер, электронный бионический глаз – с его помощью в России уже проведена операция, которая показала, что искусственное зрение возможно у слепоглохого человека благодаря вставке в его глаз различных чипов. Имплантат ставится на сетчатку глаза, что даёт возможность пациенту лучше ориентироваться в пространстве, когда его мозг реагирует на соответствующие импульсы. К сожалению, новейшая техника, приходящая на вооружение отечественных офтальмологов, в основном зарубежная, но и у нас оптическая техника тоже развивается.

Стираются и грани оказания медицинской помощи: если раньше она сосредотачивалась в основном в городах-миллионниках, то сейчас оказывается практически во всех регионах на должном уровне, в очень отдалённых местах появилась возможность телемедицинских консультаций, развивается авиационное здравоохранение.

– Проблема зрения нуждается в консолидации сил медицинских работников, органов исполнительной и законодательной власти, а также общественности, – заметил первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Игорь Каграманян. – Проблема потери зрения существенно влияет на качество жизни человека и тех, кто вокруг него. Часто люди уже слишком поздно узнают, что можно предотвратить недуг. Руководители медицинских учреждений должны создавать все условия для реализации врачом озвученных клинических рекомендаций, помочь человеку – во многом помочь психологически адаптироваться к той проблеме, с которой он столкнулся и победить свой недуг.

– Трудно найти область жизни, которая не была бы связана со зрением, – отметила в своём выступлении член Экспертного совета по вопросам совершенствования медицинского, фармацевтико-

го образования и кадровой политики в здравоохранении, член Экспертного совета по вопросам совершенствования законодательного регулирования в сфере комплексной медицины Комитета Государственной Думы по охране здоровья Белла Нисан. – Межпрофессиональный альянс не только призван объединить все силы в борьбе с этими заболеваниями, но и будет координировать их взаимодействие. Поэтому в альянсе собраны люди, которые обладают наибольшим авторитетом, возможностями, знаниями: врачи мирового уровня, специалисты в области высоких технологий, представители ведущих благотворительных фондов, известные деятели искусства. Одна из задач альянса – увеличение количества специалистов первичного звена и пополнение их рядов профессионалами, владеющими такой специализацией, как оптометрия – новое направление в медицинском образовании, наука, занимающаяся обследованием глаз и назначением коррекции дефектов зрения. Первые акции альянса в этом году пройдут в Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца и Научно-исследовательском институте глазных болезней.

Не был оставлен без внимания на пресс-конференции и вопрос диспансеризации – одного из основных направлений выявления заболеваний органов зрения. В этом вопросе уже имеются определённые сдвиги в количественном охвате населения в регионах. С 2013 г. каждый взрослый человек раз в три года может пройти такую диспансеризацию, но население необходимо мотивировать быть внимательным к собственному здоровью, в том числе и к зрению.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 90 (2120)

Генитальный герпес
Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 – А60

Определение

Генитальный герпес – хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путём, которое вызывается вирусом простого герпеса (ВПГ) 2-го и/или 1-го типа.

Этиология и эпидемиология

Генитальный герпес – наиболее распространённое эрозивно-язвенное заболевание гениталий. Сероэпидемиологические исследования указывают на повсеместное распространение генитальной герпетической инфекции. Ежегодно генитальным герпесом заболевают около 500 тыс. человек. У большинства из них инфекция остаётся недиагностированной вследствие частых субклинических и атипичных форм заболевания. Генитальный герпес вызывается ВПГ как 1-го, так и 2-го типа, при этом частота выявления ВПГ 2-го типа выше.

В эпидемиологии генитального герпеса важное значение имеет бессимптомное вирусовыделение: до 70% случаев передачи генитального ВПГ происходит при бессимптомном течении инфекционного процесса у больного.

Частота инфицирования вновь приобретённым ВПГ 2-го типа составляет 5,1 на 100 человек в год. В Российской Федерации показатель заболеваемости генитальным герпесом в 2014 г. составил 14,2 случаев на 100 тыс. населения: у лиц в возрасте от 0 до 14 лет – 0,1 случаев, 15-17 лет – 8,5 случаев, старше 18 лет – 17,2 случаев.

Классификация

A60.0 Герпетическая инфекция половых органов и мочевого тракта

A60.1 Герпетическая инфекция перианальных кожных покровов и прямой кишки.

Пути инфицирования

У взрослых лиц:

- половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным герпетической инфекцией как при наличии клинической симптоматики герпетической инфекции у партнёра, являющегося источником заболевания, так и при её отсутствии, но в период выделения вируса);
- аутоинокуляция.

У детей:

- трансплацентарный (редко);
- перинатальный;
- половой контакт;
- контактно-бытовой (при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми);
- аутоинокуляция.

Клиническая картина

В клинической практике различают:
– первый клинический эпизод генитального герпеса;

– рецидивирующий генитальный герпес.

Субъективные симптомы

- болезненные высыпания в области половых органов и/или в перианальной области;
- зуд, боль, парестезии в области поражения;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- при локализации высыпаний в области уретры – зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- при вагинальной локализации высыпаний – слизисто-гнойные вагинальные выделения;
- общие симптомы интоксикации (повышение температуры тела, головная боль, тошнота, недомогание, миалгия, нарушения сна), возникающие чаще при первом эпизоде заболевания, чем при его рецидиве.

Тяжесть и продолжительность клинических проявлений при рецидивах генитального герпеса менее выражены, чем при первом эпизоде заболевания.
Рецидивы при инфицировании ВПГ 2-го типа возникают раньше и чаще, чем при инфицировании ВПГ 1-го типа.

Объективные симптомы

Манифестная (типичная) форма генитального герпеса:
– гиперемия и отёчность кожных покровов и слизистых оболочек в области поражения: у мужчин – в области полового члена, мошонки, лобка, промежности, перианальной области; у женщин – в области вульвы,

клитора, влагалища, шейки матки, лобка, промежности, перианальной области;

- единичные или множественные везикулезные элементы полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым, нередко билатеральные, на гиперемизированном основании, локализующиеся в области поражения;
- после вскрытия везикулёзных элементов образуются поверхностные, покрытые сероватым налётом эрозии размером 2-4 мм соответственно числу бывших пузырьков или сплошная эрозия с гладким дном и неподрытыми краями, окружёнными яр-

ко-красным ободком; при присоединении вторичной инфекции отмечается появление гнойного экссудата;

- увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов.

Атипичные формы генитального герпеса:

- гиперемия и отёчность области поражения при отсутствии патологических высыпаний;
- рецидивирующие трещины слизистой оболочки наружных половых органов, которые самостоятельно эпителизируются в течение 4-5 дней;
- геморрагическая форма: единичные или множественные везикулёзные элементы с геморрагическим содержимым;
- абортивная форма: очаг поражения в виде зудящего пятна или папулы при отсутствии везикулёзных элементов;
- субклиническая форма: кратковременное появление на слизистой оболочке наружных половых органов поверхностных трещинок, сопровождающихся незначительным зудом.

Диагностика

Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений.

Лабораторные методы исследования используются для уточнения этиологии при атипичных формах заболевания, а также с целью дифференциальной диагностики с другими болезнями.

Содержимое везикул, смывы с тканей и органов, мазки-отпечатки, соскобы, биологические жидкости и секреты организма (слизь, моча, секрет предстательной железы) исследуются молекулярно-биологическими методами с использованием тест-систем, разрешённых к медицинскому применению в Российской Федерации.

С целью выявления циркулирующих в сыворотке крови или других биологических жидкостях и секретах организма больного специфических противогерпетических антител (IgM, IgG) может использоваться метод иммуноферментного анализа.

При частоте рецидивов более 6 раз в год показано обследование для исключения ВИЧ-инфекции.

Консультации других специалистов рекомендуются по показаниям в следующих случаях:

- акушера-гинеколога – при ведении беременных, больных генитальным герпесом;
- неонатолога и педиатра – при ведении новорождённых, больных герпетической инфекцией;
- иммунолога – при наличии иммунодефицитных состояний и рецидивировании заболевания.

Дифференциальная диагностика
Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями, сопровождающимися эрозивно-язвенными высыпаниями на половых органах (сифилисом, мягким шанкром, паховой гранулёмой, трихомонадным баланопоститом, плазмомоклочным баланитом Зуна, болезнью Крона,

болезнью Бехчета), а также некоторыми дерматозами (чесоткой, фиксированной эритемой, эритроплазией Кейра, контактным дерматитом, стрептококковым импетиго, шанкриформной пиодермией).

Лечение

Показания к проведению лечения

Показанием к проведению эпизодического лечения генитального герпеса является наличие клинических проявлений заболевания.

Показаниями к назначению супрессивной терапии являются: тяжёлое, с частыми рецидивами (более 6 раз в год) и осложнениями течение заболевания; тяжёлые продромальные симптомы или отсутствие продромальной фазы; выраженная иммуносупрессия; нарушение психоэмоционального состояния в связи с возможностью передачи ВПГ.

Наличие циркулирующих в сыворотке крови или других биологических жидкостях

– фамцикловира 250 мг 2 раза в сутки перорально (А)

или
– ацикловира 400 мг 2 раза в сутки перорально (В).

Длительность супрессивной терапии определяется индивидуально. При достижении стойкого улучшения супрессивная терапия может быть прекращена. Эффективность супрессивной терапии оценивают как минимум по двум рецидивам. В случае ухудшения течения заболевания в дальнейшем может быть принято решение о продолжении супрессивной терапии.

Профилактика инфицирования генитальным герпесом здорового полового партнёра:

– валацикловира 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 12 месяцев при регулярных половых контактах (А).

Особые ситуации
Лечение беременных

Беременным с высокой частотой рецидивов (более 6 раз в год) и тем, у кого

Ведение больных генитальным герпесом

Федеральные клинические рекомендации

и секретах организма больного специфических противогерпетических антител не является показанием для назначения терапии.

Цели лечения:

- купирование клинических симптомов;
- уменьшение частоты рецидивов и улучшение качества жизни пациентов;
- предупреждение развития осложнений;
- снижение риска инфицирования полового партнёра или новорождённого.

Общие замечания по терапии

Основным направлением в лечении является применение высокоспецифичных противовирусных препаратов – ациклических нуклеозидов, которые блокируют репликацию ВПГ.

Ни один из препаратов не имеет преимуществ в эффективности воздействия на течение заболевания (А).

Специфическое лечение необходимо начинать как можно раньше, после появления первых симптомов заболевания. Применение ациклических нуклеозидов сокращает длительность эпизода и уменьшает выраженность симптомов. Однако лечение не приводит к эрадикации вируса и не всегда влияет на частоту и тяжесть развития рецидивов в последующем.

Показания к госпитализации

Диссеминированная герпетическая инфекция у новорождённых.

Схемы лечения

Лечение первичного клинического эпизода генитального герпеса:

– ацикловира 200 мг перорально 5 раз в сутки в течение 7-10 дней (А)

или
– ацикловира 400 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7-10 дней (В)

или
– валацикловира 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7-10 дней (А)

или
– фамцикловира 250 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7-10 дней (А).

Лечение рецидива генитального герпеса:

– ацикловира 200 мг перорально 5 раз в сутки в течение 5 дней (А)

или
– ацикловира 400 мг перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней (В)

или
– ацикловира 800 мг перорально 3 раза в сутки в течение 2 дней (В)

или
– валацикловира 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней (А) или

– валацикловира 1,0 г перорально 2 раза в сутки в течение 1 дня (В)

или
– фамцикловира 125 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней (А) или

– фамцикловира 1,0 г перорально 2 раза в сутки в течение 1 дня (В).

Супрессивная терапия:

– валацикловира 500 мг 1 раз в сутки перорально (А)

или

в первом или во втором триместре возник первичный клинический эпизод, рекомендован приём ацикловира в последние 4 недели беременности. Такая тактика снижает риск возникновения рецидива заболевания.

Кесарево сечение в качестве профилактики неонатального герпеса необходимо планировать всем беременным, у которых первичный эпизод возник после 34-й недели беременности, так как в этом случае существует значительный риск вирусовыделения во время родов. Если родоразрешение через естественные родовые пути неизбежно, необходимо проводить лечение у матери и ребёнка.

– ацикловира 200 мг 5 раз в сутки перорально в течение 5-10 дней (А)

или
– ацикловира 400 мг 3 раза в сутки перорально в течение 5-10 дней (А).

Лечение герпеса в периоде новорождённости

– ацикловира 20 мг на кг массы тела внутривенно 3 раза в сутки в течение 10-21 дней (А).

Требования к результатам лечения

– ускорение разрешения клинических проявлений;

– уменьшение частоты рецидивов генитального герпеса.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

Рекомендуется назначение других препаратов или методик (курсовых) лечения.

При рецидивирующем течении заболевания рекомендовано применение интерферона системного действия – интерферона гамма 500 000 МЕ 1 раз в сутки подкожно через день, на курс 5 инъекций (С).

Для оценки силы рекомендаций используется общепринятая рейтинговая схема (см. «МГ» № 92 от 06.12.2017).

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

Юрий ПЕРЛАМУТРОВ,
заведующий кафедрой кожных и венерических
болезней Московского государственного
медико-стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова Минздрава России,
доктор медицинских наук,
профессор.

Надежда ЧЕРНОВА,
доцент кафедры кожных и венерических
болезней МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

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

(Окончание. Начало в № 92 от 06.12.2017.)

Поверхностный мигрирующий тромбоз наиболее часто наблюдается у пациентов с венозной недостаточностью. Поверхностный тромбоз в сочетании с тромбозом органов встречается при болезни Бехчета, а также при паранеопластическом синдроме (синдром Труссо), обусловленном раком поджелудочной железы, желудка, лёгких, простаты, кишечника и мочевого пузыря. Заболевание характеризуется многочисленными, часто линейно расположенными уплотнениями на нижних (редко верхних) конечностях. Локализация уплотнений определяется поражёнными участками венозного русла. Образование язв не наблюдается.

Люпус-панникулит отличается от большинства других разновидностей УЭ преимущественной локализацией уплотнений на лице и плечах. Кожа над очагами поражения не изменена или может быть гиперемизированной, пойкилодермической либо иметь признаки дискоидной красной волчанки. Узлы чётко очерчены, размером от одного до нескольких сантиметров, безболезненные, твёрдые, могут сохраняться без изменений в течение нескольких лет. При регрессии узлов иногда наблюдается атрофия или рубцевание. Для верификации диагноза необходимо проведение комплексного иммунологического обследования (определение комплемента С3 и С4, антинуклеарного фактора, антител к двуспиральной ДНК, криопреципитинов, иммуноглобулинов, антител к кардиолипину).

Часто УЭ напоминает изменения кожи в дебюте **липодерматосклероза**. Заболевание представляет собой дегенеративно-дистрофические изменения подкожно-жировой клетчатки (ПЖК), возникающие у женщин среднего возраста на фоне хронической венозной недостаточности. Характеризуется острым началом с развитием болезненных гиперемизированных уплотнений на коже нижней трети голени, чаще в области медиальной лодыжки. По мере прогрессирования склероза и атрофии ПЖК и переходе процесса в хроническую стадию в очаге поражения отмечается гиперпигментация, индурация кожи вплоть до формирования деревянистой плотности с чёткой демаркационной линией. Вышеуказанное приводит к характерной деформации нижней трети голени по типу «перевёрнутого бокала». В дальнейшем при отсутствии лечения венозной патологии формируются трофические язвы. Полагают, что при наличии характерной клинической картины болезни проведение биопсии не является обязательным по причине плохого заживления кожи и возможного изъязвления в месте взятия образца для гистологического исследования.

Рожа (erysipelas) характеризуется яркой клинической картиной, однако в дебюте заболевания часто возникает необходимость дифференциального диагноза с УЭ. Для эритематозной формы рожи в отличие от УЭ типичны чёткие гиперемизированные границы, определяется валик по периферии воспалительного очага. Край участка неровные, напоминают очертания географической карты. Воспалённый участок слегка возвышается над уровнем здоровой кожи (но без образования узлов), возможно формирование пузырей с серозным (эритематозно-буллезная форма) или геморрагическим (буллезно-геморрагическая форма) содержимым. Часто наблюдается развитие лимфангита и регионарного лимфаденита.

При **узловом полиартериите** возможно поражение кожи нижних конечностей в виде болезненных узелков красноватого цвета, однако вместе с ними могут наблюдаться сетчатое ливедо и некротические язвы. Кроме поражения кожи узелковый полиартериит характеризуется похуданием, полинейропатией, мочевым синдромом. Морфологически узелковый полиартериит представляет собой некротизирующий васкулит с преобладанием нейтрофильных гранулоцитов в стенке сосуда.

Синдром Свита – острый фебрильный нейтрофильный дерматоз, представляет собой неинфекционное заболевание, протекающее с сыпью и лихорадкой. Развивается на фоне иерсиниоза, гемобластозов или без видимой причины. Свойственны лейкоцитарная нейтрофильная инфильтрация глубоких слоёв дермы и отёк её сосочкового слоя. Характерны кожные красные или фиолетовые папулы и узлы, сливающиеся в бляшки с резкими, чёткими границами из-за отёка дермы. Высыпания напоминают пузыри, но на ощупь они плотные; настоящих везикул и пузырей, по-видимому, не бывает. Узлы локализуются на лице, шее, верхних и нижних конечностях. Часто этим высыпаниям сопутствуют высокая лихорадка и увеличение СОЭ, возможно поражение суставов, мышц, глаз, почек (протеинурия, изредка гломерулонефрит) и лёгких (нейтрофильные инфильтраты).

Идиопатический панникулит Вебера – Крисчена (ИПн) – редкое малоизученное заболевание из группы диффузных болезней соединительной ткани. Основные клинические проявления: мягкие болезненные узлы, достигающие в диаметре ≥ 2 см, расположенные в ПЖК нижних и верхних конечностей, реже – ягодиц, живота и груди. В зависимости от формы узла ИПн подразделяют на узловатый, бляшечный и инфильтративный. При узлова-

Ведение больных узловатой эритемой

Федеральные клинические рекомендации

Таблица 4

Этапы терапии УЭ

Этап диагностики	Схемы лечения
I этап – до обследования пациента (первичный приём больного)	<p>Полупостельный режим</p> <p>Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): Диклофенак 150 мг в сутки в 2-3 приёма перорально в течение 1,5-2 месяцев (D) или Мелоксикам 15 мг в сутки внутримышечно в течение 3 дней, затем 15 мг в сутки перорально в течение 2 месяцев (D)</p> <p>Антигипоксанты и антиоксиданты Этилметилгидроксипиридина сукцинат по 250 мг перорально 3-4 раза в сутки (D)</p> <p>Локальная терапия на область узла Аппликации с 33%-ным раствором диметилсульфоксида 2 раза в сутки в течение 10-15 дней или Нимесулид 1%-ный гель наносить на очаги поражения равномерным тонким слоем, не втирая, 3-4 раза в сутки в течение 3 недель (D) или Клобетазола дипропионат 0,05%-ная мазь 2 раза в сутки на очаги поражения в течение месяца</p> <p>Ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции Троксерутин 2%-ный гель наносить равномерно тонким слоем 2 раза в сутки (утром и вечером) на поражённые участки кожи, осторожно втирая до полного впитывания в кожу (D)</p> <p>Физиотерапевтическое лечение Электрофонофорез с гидрокортизоном (1%-ная мазь) на узлы №10 (D)</p>
II этап – верифицировано основное заболевание (повторный приём больного)	<p>Продолжается лечение терапия I этапа +</p> <p>Антибактериальные препараты: Бензатина бензилпенициллин 2,4 млн ЕД внутримышечно 1 раз в 3 недели в течение 6 месяцев (D) или Амоксициллин + клавулановая кислота 625 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней (D)</p> <p>Доксициклин 0,1 г 2 раза в сутки в течение 7 дней или Кларитромицин 0,25 г 2 раза в сутки в течение 7 дней</p> <p>Антибактериальные препараты (см. выше) и/или вироостатики Ацикловир 200 мг 5 раз в сутки в течение 7-10 дней (D) или Валацикловир 500 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней (D)</p> <p>Противомаларийные препараты Гидроксихлорохин по 200 мг перорально 2-3 раза в сутки в течение 6 месяцев (D) Примечание. В инструкции по медицинскому применению Гидроксихлорохина узловатая эритема не включена в показания к применению препарата</p> <p>Противоокислительное средство Токоферола ацетат 200 мг 2 раза в сутки в течение месяца (D) Примечание. В инструкции по медицинскому применению Токоферола ацетата узловатая эритема не включена в показания к применению препарата</p> <p>Отмена провоцирующего препарата или химического средства и т.д. Антигистаминные препараты системного действия: Фексофенадин 180 мг в сутки перорально в течение 2 недель (D)</p> <p>Проводится терапия основного заболевания</p>
III этап – отсутствие эффекта от терапии I и II этапов, торпидное течение УЭ	<p>Необходимо повторить комплекс обследования с целью уточнения основного заболевания с последующей консультацией ревматолога, пульмонолога, гастроэнтеролога и т.д.</p> <p>Глюкокортикоиды системного действия Преднизолон 5-15 мг в сутки перорально в течение 1,5-2 месяцев, затем снижать по 1/4 таблетки 1 раз в 7 дней до 10 мг в сутки, потом по 1/4 таблетки 1 раз в 14 дней до 5 мг в сутки и по 1/4 таблетки 1 раз в 21 день до отмены</p>

том варианте уплотнения изолированы друг от друга, не сливаются, чётко отграничены от окружающей ткани. В зависимости от глубины залегания их окраска варьируется от цвета нормальной кожи до ярко-розового, а диаметр колеблется от нескольких миллиметров до 5 см и более. Вначале узлы единичны, затем их количество может увеличиваться, достигая 10. Узлы обычно спаяны с кожей, но легко сдвигаются относительно подлежащих тканей. Эту форму всегда необходимо дифференцировать от УЭ. Аналогичные процессы могут возникать в подкожно-жировой клетчатке забрюшинной области и сальника, жировой клетчатке печени, поджелудочной железы и других органов. Нередко высыпания сопровождаются лихорадкой, слабостью, тошнотой, рвотой, выраженными миалгиями, полиартралгиями и артритами.

Лечение

Цели лечения:

- достижение ремиссии;
- повышение качества жизни больных.

Общие замечания по терапии

Больным УЭ назначают полупостельный режим.

Основным методом терапии УЭ является устранение провоцирующего фактора. Приём лекарственных препаратов, способных индуцировать УЭ, должен быть прекращён с учётом оценки соотношения риск – польза и на основании консультации врача, назначившего эти препараты. В отношении инфекций и новообразований, которые могут лежать в основе развития УЭ, должно быть проведено соответствующее лечение.

Лекарственная терапия обычно симптоматическая, так как в большинстве случаев патологи-

ческий процесс спонтанно разрешается. Пациенты должны быть предупреждены о возможной активации процесса в течение 2-3 месяцев. Рецидивы УЭ развиваются в 33-41% случаев, вероятность их развития увеличивается, если триггерный фактор заболевания неизвестен.

Схемы терапии зависят от этапа диагностики основного заболевания и эффективности лечения.

Особые ситуации

Лечение беременных

1. Проводится обследование крови и мочи, согласно алгоритму УЭ. Проводить КТ органов грудной клетки запрещено!

2. В первом триместре назначается локальная терапия (см. табл. 4), при отсутствии эффекта добавляют глюкокортикоиды (ГК) системного действия: метилпреднизолон 4-8 мг в сутки перорально в течение 1-2 месяцев, с последующим снижением – по 1/4 таблетки 1 раз в 7-21 день до полной отмены (D).

3. Во втором триместре лечение начинается с локальной терапии, НПВП и аминохинолиновых средств, и только при отсутствии эффекта от лечения и прогрессировании заболевания назначают ГК системного действия (метилпреднизолон 4-12 мг в сутки перорально в течение 1-2 месяцев, с последующим снижением – по 1/4 таблетки 1 раз в 7-21 день до полной отмены).

Перед назначением ГК врач обязан объяснить женщине показания для его назначения, ожидаемый эффект от его применения и потенциальный риск для плода. Но лечение преднизолоном при беременности может проводиться только с согласия беременной женщины.

ГК терапия у беременных проводится при соблюдении двух основных принципов:

1. Спектр применяемых препаратов и их дозировки должны быть необходимыми и до-

статочными для подавления активности заболевания и обеспечения успешного протекания беременности, родов и послеродового периода.

2. Лекарственные средства должны минимально воздействовать на эмбрион, плод и последующее развитие ребёнка.

Международная экспертная комиссия из 29 ведущих специалистов по проблеме беременности при ревматических заболеваниях в 2004-2006 гг. рекомендовала проведение антиревматической терапии при беременности и лактации.

Показания к госпитализации:

- неэффективность амбулаторной терапии;
- появление новых высыпаний;
- выраженные системные проявления (лихорадка);
- выраженный болевой синдром.

Требования к результатам лечения

- регресс высыпаний.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

Следует провести дополнительное обследование для уточнения и возможного пересмотра диагноза.

При отсутствии связи развития УЭ с инфекционными факторами необходимо дообследование пациента с обязательной консультацией пульмонолога, ревматолога, гастроэнтеролога и т.д. В случае связи УЭ с инфекционными заболеваниями проводят соответствующую этиотропную терапию.

Профилактика

Раннее выявление факторов, провоцирующих развитие УЭ, и их устранение.

Под редакцией главного ревматолога
Минздрава России академика РАН
Евгения НАСОНОВА.

Человечество непрерывно в своём движении. Открытие следует за открытием. Порой возникает вопрос: не уничтожит ли человечество себя своим же прогрессом, издержки которого планета уже начинает ощущать в полной мере. Загрязняются огромные территории, мелеют водоёмы, вымирают традиционно населявшие Землю животные, исчезают растения. Человек теряет территорию, пригодную к жизни, что негативно сказывается на его здоровье, причём не только физическом, но и душевном и духовном. Так и до катастрофы недалеко. К чему тогда все достижения науки? «Все прогрессы реакционны, если рушится человек», – словно в набатный колокол бил тревогу по этому поводу поэт Андрей Вознесенский.

К счастью, многие государства мира, общественность выражают действенную обеспокоенность по поводу этой сверхактуальной проблемы. Отнюдь не случайно 2017 г. в России объявлен Годом экологии. Сделано это с целью привлечь внимание к проблемным вопросам, существующим в экологической сфере, и улучшить состояние экологической безопасности страны.

Одним из знаковых финальных аккордов года стало прошедшее в Государственной Думе РФ награждение премией EcoWorld, учреждённой Российской академией естественных наук при поддержке Комитета Государственной Думы РФ по международным делам. Это общественная награда за выдающиеся достижения в охране окружающей среды и обеспечении экологической безопасности, а также в иной экологической деятельности, направленной на устойчивое развитие в XXI веке.

– Премия существует с 2003 г., – сказала на торжественной церемонии чествования победителей председатель её попечительского совета, член Комитета Госдумы РФ по международным делам, доктор экономических наук, профессор Елена Панина, – но лишь в 2017 г. она обрела международный статус, собрав проекты в сфере экологической деятельности из 25 стран мира и 39 российских регионов. Сбе-

режение жизни и окружающей среды – цель, которая способна объединить все народы, несмотря на существующие противоречия. Присутствие на церемонии представителей посольств Германии, Азербайджана, Греции, Вьетнама, КНДР, Монголии, Армении также способствует тесному международному сотрудничеству в деле сохранения экологического разнообразия нашей планеты.

подготовили текст Национальной экологической доктрины РФ, которая затем была утверждена на Госсовете. По нашей инициативе созданы Национальный экологический союз, а также Международный университет природы, общества и человека, в котором сейчас реализуется ряд интересных экологических проектов.

Диплом лауреата I степени Международной экологической премии

цинской академии непрерывного профессионального образования, доктору медицинских наук, заслуженному деятелю науки РФ Валерию Максимову и эксперту Российского спутникового центра Института микроэлементов ЮНЕСКО, доктору фармацевтических наук, профессору Ольге Громовой вручил исполнительный директор, вице-президент Российского национального комитета

технологии мы привезли из Японии, хотя российский офтальмолог и хирург Владимир Филатов ещё в 20-е годы прошлого века успешно применил их в клинической практике. И вот нашими усилиями они возвращаются на историческую родину. Премия – это своеобразный кредит доверия, который мне как члену-корреспонденту РАЕН, вошедшему в сообщество учёных, предстоит оправдать. Для меня

Признание

Жить в ладу с природой

Об этом напомнили люди с высокой пассионарностью и гражданским отношением к сохранению среды обитания и экологии человека



В.Максимов, Е.Диброва, О.Кузнецов, Е.Панина

Следует особо отметить, что торжество объединило большое количество людей с высокой пассионарностью и гражданским отношением к сохранению окружающей среды.

– С момента создания РАЕН, этой крупнейшей общественной организации России, экологический императив был во главе угла её деятельности, – заметил президент академии Олег Кузнецов. – Так, в 2000 г. РАЕН вместе с учёными РАМН

EcoWorld в номинации «Экология и здоровье человека» за изучение роли регенеративной медицины в здоровье человека и активном долголетии как важной составляющей общественного здоровья присуждён Медицинской корпорации RHANA. Награду президенту корпорации, кандидату экономических наук, члену-корреспонденту РАЕН Екатерине Дибровой, а также профессору кафедры диетологии и нутрициологии Российской меди-

содействия программе ООН по окружающей среде Виктор Усов.

Кроме корпорации RHANA диплома лауреата I степени удостоен главный научный консультант Центра стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью академик РАН Юрий Рахманин. Основные его научные исследования посвящены теоретическим и практическим вопросам экологии человека и гигиены окружающей среды, гигиены воды и её роли в формировании здоровья людей, где он добился признания на международном уровне.

Символично, что вручение премии EcoWorld состоялось как раз во время проходившей в Найроби (Кения) Третьей сессии Ассамблеи ООН по окружающей среде, являющейся авторитетной платформой для осуществления глобальной экологической политики. Одной из главных на ней стала тема «Экология и здоровье».

– Для нас большая честь и огромная ответственность быть награждёнными, – подчеркнула в интервью корреспонденту «МГ» Е.Диброва. – На протяжении 20 лет на территории России мы внедряем биомедицинские технологии, за которыми будущее, для того чтобы наша нация, все соотечественники были здоровыми. Плацентарные

как организатора великое счастье ощущать за спиной мощный тыл в лице академиков РАН, РАМН, РАЕН, профессоров и, конечно же, клиницистов. Особенно хочется отметить профессора В.Максимова, учёного широчайшего диапазона, которого я называю «человеком мира», сторонника биомедицинских технологий ещё с тех времён, когда они только зарождались. Совместно нами уже многое сделано, но впереди ещё немало дел. Биомедицинские технологии требуют доказательности, которые мы постоянно получаем в ходе масштабных научных исследований и практики. Предстоит очень много потрудиться, чтобы наши соотечественники получили современные биотехнологии, позволяющие людям долго, качественно и активно жить.

Нет сомнения, что премия получит продолжение, ведь сегодня нет ничего более важного, чем сохранение нашей планеты во всех её ипостасях, сохранение мира и человека на нашей земле. А организации, подобные корпорации RHANA, своей ежедневной работой продолжают менять ситуацию со здоровьем в лучшую сторону.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Валерия СКИБЫ.

Ориентиры

Что будем беречь в «Бережливой поликлинике»?

Медрегистраторы учатся вежливости и стрессоустойчивости

Как театр начинается с вешалки, так и поликлиника – с регистратуры. Но, к сожалению, не всегда пациента встречают приветливые медрегистраторы. О сервисе и доброжелательности слышали сегодня далеко не в каждой медицинской организации. Именно поэтому медицинских регистраторов решили обучать в рамках проекта «Бережливая поликлиника».

Трудности общения

Согласно опросу ВЦИОМ, проведённому в октябре 2017 г., с грубым отношением медицинского персонала лично сталкивались 32% населения. Почему же в банке к нам проявляют внимательное отношение, а в поликлинике, работающей в системе обязательного медицинского страхования, это происходит так редко? Ведь наш визит к врачам тоже оплатят.

– Дело в том, что медицинские регистраторы в наших поликлиниках совершенно разного уровня подготовки и образования, – говорит советник председателя Федерального фонда ОМС Игорь Селезнёв. – Их никто не учил решать конфликты, ведь общение с пациентом – далеко не единственная задача регистратуры. На такой работе сотрудники быстро выгорают эмоционально и просто не могут держать напор нескончаемого потока посетителей.

Тренировка вежливости

Проект под названием «Бережливая поликлиника», созданный в виде эксперимента в 2016 г. Минздравом России при участии госкорпорации «Росатом», направлен на создание более комфортной среды для пациентов. В его рамках разработан тренинг «Вежливая регистратура», который учит медрегистраторов стрессоустойчивости

и умению не только слушать, но и слышать пациентов.

– Тренинг проходит в сюжетно-игровой форме, где участники моделируют сложные ситуации, с которыми приходится сталкиваться в процессе повседневной работы, – рассказывает Сергей Плехов, заместитель генерального директора страховой компании «СОГАЗ-Мед». – В итоге медицинские регистраторы учатся эффективно вести деловой разговор с пациентами, выявлять свои ошибки, которые могут вызвать недовольство пациента, предотвращать конфликт.

Буквально за первые месяцы работы обученных регистраторов удовлетворённость граждан качеством обслуживания повышается в среднем на 10–15% и составляет от 61,4 до 76,4%.

На сегодняшний день в больницах и поликлиниках России проведено уже 35 тренингов, на которых прошли обучение 492 медицинских работника из 15 регионов РФ.

Например, в Калининграде первое обучение медрегистраторов прошло в феврале 2017 г., в нём приняли участие две медицинские организации города. Удовлетворённость пациентов обслуживанием с февраля по март в городской клинической больнице выросла на 29,4%, в детской поликлинике № 6 – на 13,48%. В начале года тренинг также был проведён в Ярославле, в городской поликлинике № 2, после чего количество жалоб на медрегистраторов от пациентов снизилось на 87,5%.

Инструменты для общения

На тренинге медицинские регистраторы не просто узнают методики работы с посетителями, но и меняют своё отношение к пациентам.

– Во время обучения я смогла посмотреть на ситуацию со стороны пациента, – поделилась своими

эмоциями Елена Чугреева, начальник регистратуры поликлиники № 2 Ярославля. – Теперь наши сотрудники будут терпимее и внимательнее относиться к потребностям и запросам посетителей, поскольку получают настоящий инструментальный алгоритм действий на случай возникновения конфликтных ситуаций с пациентами и способы выхода из них.

– После тренинга наши регистраторы перестали бояться конфликтных пациентов – а раньше просто не знали, что делать, если возникали разногласия, – рассказывает Юлия Макарова, главный врач Свердловской детской больницы № 15. – Кроме того, они стараются помогать коллегам – результат обучения на лицо!

Обучение организует страховая медицинская компания, и для медицинских организаций он бесплатен. Главные врачи надеются, что такая инициатива поможет создать систему, ориентированную на пациента. Полученные знания помогут медрегистраторам не только вежливо общаться с посетителями, но и уменьшить время нахождения пациента в очереди. Тренинг «Вежливая регистратура» в дальнейшем может выйти на международный уровень – им заинтересовались и в соседних странах, например в Казахстане.

Ксения САПОЖНИКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Желая истребить гомеопатию в России, её противники, сами того не осознавая, создали этому направлению «народной» медицины такую рекламу, какая только возможна.

Предыстория

В феврале 2017 г. комиссия по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований, работающая при президиуме Российской академии наук, выпустила меморандум против гомеопатии. В заявлении, под которым стояли 34 подписи, утверждалось, что методы диагностики и лечения, основанные на использовании сверхмалых доз различных веществ, не имеют научных оснований, следовательно, они лженаучны. Важное уточнение: среди 34 подписантов только 7 являются членами комиссии по лженауке, остальные – приглашённые со стороны эксперты.

Итак, в опубликованном меморандуме члены комиссии уточняют, что их вывод в отношении гомеопатии не голословен, он опирается на тщательный анализ публикаций в российских и зарубежных научных изданиях, отчётов о клинических исследованиях. «Гомеопатия как вид альтернативной медицины существует уже более 200 лет. За это время неоднократно предпринимались попытки подвести под гомеопатию научную базу. Все они оказались в итоге безуспешными», – сказано в тексте.

Реакция научно-медицинского сообщества на данное событие последовала незамедлительно. Во-первых, оказалось, что далеко не все члены комиссии по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований РАН были проинформированы о готовящемся меморандуме: в её составе на самом деле не 7, а 59 членов, составители документа просто помножили остальных 52 человека на ноль. Во-вторых, заседание комиссии по данному вопросу не проводилось, поэтому выдавать мнение 34 подписантов за мнение всей комиссии, мягко говоря, некорректно. В-третьих, Отделение медицинских наук РАН опровергло утверждение, будто все попытки «подвести под гомеопатию научную базу» оказались безуспешными. За последние 26 лет в России проведено более 200 научных исследований по данной теме. И если бы эти исследования показали действительно антинаучность, отсутствие пользы и даже вред гомеопатических препаратов, все члены отделения меднаук, бесспорно, поддержали бы смелые высказывания авторов меморандума. Но подобных заключений, увы, не получено, а значит, выносить обвинительный приговор традиционной медицине пока рановато.

Поговорили – разошлись

Надо заметить, что ни одно из ведомств, которым был адресован меморандум – ни Министерство здравоохранения РФ, ни Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, ни Федеральная антимонопольная служба, ни система высшего медицинского образования, ни страховые компании – до сих пор так и не приняли каких-либо категоричных решений в отношении гомеопатии. Горячность в данном вопросе, равно как и субъективность, неуместны. Объективности ради отметим, что отрицательная информация о гомеопатии как о лженауке распространяется не слишком быстро, можно сказать – в гомеопатической прогрессии, в то время как интерес к данной тематике и намерение разобраться досконально в плюсах и минусах лечения сверхмалыми дозами различных веществ, напротив, стали весьма активны.

На днях, чтобы обсудить возможность использования методов традиционной медицины в современном здравоохранении, на «круглом столе» в Общественной палате РФ собрались представители законодательной и исполнительной власти, медицинской науки,

Ситуация

В «гомеопатической прогрессии»

Скандал вокруг традиционной медицины не привёл к ожидаемым результатам



Во время работы «круглого стола»

практического здравоохранения, медицинских университетов, а также немногочисленная группа экспертов, подписавших меморандум о лженаучном характере гомеопатии. Задача, которую ставили организаторы «круглого стола», – выслушать доводы сторон и попытаться примирить апологетов и противников идеи интегративной медицины, в которой наряду с современными технологиями использовались бы в качестве органичного дополнения методы традиционной медицины с доказанной безопасностью и эффективностью.

Провёл встречу председатель комиссии по охране здоровья и развитию здравоохранения Общественной палаты РФ, член-корреспондент РАН Николай Дайхес. Открывая дискуссию, он предостерег противников традиционной медицины вообще и гомеопатии в частности от чрезмерного давления на общественность и федеральные органы власти. Во всяком случае, пока не расставлены все точки над «i», принимать запретительные меры не следует, уверен профессор Н.Дайхес.

В свою очередь, первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Федот Тумусов сообщил, что история с меморандумом комиссии по лженауке РАН не осталась без внимания депутатского корпуса, документ был рассмотрен на расширенном заседании профильного экспертного совета комитета. И... закон о запрете гомеопатии в России не принят. Более того, нет даже такого законопроекта. При этом депутат упомянул, что Всемирная организация здравоохранения считает гомеопатию неотъемлемой частью медицины, а ставить под сомнение компетентность экспертов ВОЗ было бы слишком смело.

Тот факт, что в числе людей, поставивших свои подписи под меморандумом против гомеопатии, почти половина не имеет никакого отношения к медицине – это специалисты в области философии, математики, физики, журналистики, – изначально вызвал недоумение и в научном, и во врачебном сообществе. Вот и на этой встрече председатель комиссии по вопросам обращения лекарственных средств и медицинских изделий общественного совета при Минздраве России, доктор медицинских наук, профессор Владимир Гурдус высказал свою убежденность в том, что по вопросам лечения следует слушать только экспертов, компетентных в медицине. Он также напомнил, что законодательно применение методов гомеопатии уже регламентировано.

Аналогичной точки зрения – вопросы лечения находятся в компетенции врачей – придерживается заведующий кафедрой биофизики физического факультета МГУ, доктор физико-математических наук, профессор Всеволод Твердислов. Он также заметил, что многие явления в нашей жизни не изучены, однако это не мешает нам использовать их во благо человека.

Советник Российской академии наук, профессор МГУ, академик РАН Сергей Колесников тоже является членом комиссии по борьбе с лженаукой, но в подготовке меморандума участия не принимал, своей подписи не ставил. Выступая в Общественной палате РФ, он вновь сделал акцент на том, что комиссия не имеет права делать какие-либо заявления от имени Российской академии наук: это всего лишь общественный орган при РАН. С.Колесников также убежден, что наука – наиболее демократичная сфера нашего общества, где запреты неприемлемы в принципе.

– Наука – это поиск. Запретить изучение чего-то нельзя, иначе мы скатимся во времена тоталитаризма. И, наконец, нельзя объявлять лженаукой то, что не познано. Если ты не имеешь доказательств, которые подтверждают значение чего-либо, но не имеешь и фактов, опровергающих данное значение, то это не может объявляться лженаукой. Можно назвать такую область непознанной, недостаточно исследованной и нуждающейся в дополнительном изучении, тогда это будет поистине научным подходом. В 1950-х годах научное сообщество смеялось над физиками, которые говорили о квантах, нейтринно, тёмной материи, большом взрыве, бозонах и т.д. В те времена это тоже считалось шарлатанством и лженаукой, а сегодня за эти работы дают нобелевские премии, – обратился к участникам встречи академик С.Колесников.

Ещё один член комиссии по борьбе с лженаукой, профессор кафедры фармацевтического естествознания Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор фармацевтических наук, член-корреспондент РАН Ирина Самылина пояснила: гомеопатические лекарства проходят необходимый цикл научных исследований на безопасность и эффективность, а также определённые фазы регистрации. Никаких оснований для того, чтобы выводить эти препараты из обращения, пока нет. Как и многие из выступавших, И.Самылина считает, что гомеопатия не заслуживает участи быть отвергнутой, коль скоро имеет длительную историю приме-

нения и до сих пор востребована пациентами.

Бесспорно, самым главным представителем сторонников традиционной медицины среди присутствующих можно назвать заведующего кафедрой интегративной медицины Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, доктора медицинских наук, академика РАН Вадима Зилова. Он хотя и согласен с тем, что лечебные механизмы гомеопатии ещё не досконально изучены, однако не считает это обстоятельство препятствием к её использованию. По словам профессора, лечебное или профилактическое действие гомеопатических препаратов, а именно активация защитных сил организма, подтверждается многолетним клиническим опытом.

Относительно преподавания традиционной медицины в медицинских вузах: участвовавшие в дискуссии заведующая кафедрой госпитальной педиатрии №2 педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Лидия Ильенко и заведующая кафедрой детских болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, профессор Наталья Геппе не согласились с призывом авторов меморандума исключить тему гомеопатии из образовательных программ. Оба профессора считают, что врачи должны знать о возможностях традиционной медицины и применении гомеопатических препаратов в составе комплексной терапии даёт неплохие результаты.

Силы сторон дискуссии были неравными. Из числа авторов меморандума немногие захотели участвовать в работе «круглого стола». Почему? Остаётся только гадать: то ли интерес к теме пропал, то ли аргументов не осталось. Единственный, кто весьма эмоционально и искренне отстаивал тезисы меморандума – врач-невролог кандидат медицинских наук Павел Бранд. Он пытался смягчить впечатление, которое произвёл документ на общественность, однако переубедить мэтров фундаментальной науки и клиницистов в том, что, вопреки всеобщему ощущению, данный текст вовсе не имеет стилистику приговора, а носит лишь рекомендательный характер, Павлу Яковлевичу вряд ли удалось. Меморандум был у всех перед глазами, и содержащиеся в нём явно обличительные, но никак не компромиссные формулировки «пересмотреть ранее принятые решения», «вывести из медицинского потребления», «отслеживать и пресекать», «требовать», «обе-

спечить», «свернуть» и т.п. говорят сами за себя.

Продолжение следует

Минздрав России до сего времени занимал взвешенную позицию в отношении шумихи вокруг гомеопатии, не допуская никаких резких заявлений и действий. Вот и теперь, по завершении всех выступлений в ОП РФ, помощник министра здравоохранения РФ Ирина Андреева не сделала никаких однозначных заключений, она предложила «продолжить поиск истины в рамках профессиональных дискуссий». Хотя о чём ещё здесь можно дискутировать? И нужно ли?

Не дискутировать надо, а действовать, точнее, исследовать, продолжать искать убедительные научные доказательства за или против эффективности как собственно классической гомеопатии, так и применения в современной медицине технологии потенцирования (процесса многократного разведения исходного вещества), предложенной основоположниками классической гомеопатии. Кстати, то же самое говорил, выступая на «круглом столе», В.Твердислов: в ряде стран проводятся фундаментальные исследования «физики разбавленных растворов», и есть вполне реальные перспективы объяснить данный феномен с научных позиций.

Как стало известно корреспонденту «МГ», уже в декабре в Отделении медицинских наук РАН состоится обсуждение результатов одного из таких исследований, в течение 20 лет выполняемых под руководством члена-корреспондента РАН Олега Эпштейна. Вот как прокомментировал это событие руководитель секции медико-биологических наук РАН академик Александр Дыгай:

– Есть много интересных данных, полученных в последние годы российскими учёными и проверенных на клинических базах в Томске, Москве, Санкт-Петербурге, Волгограде. Эти данные показывают, что если использовать метод разведения, принятый в гомеопатии, но при этом взять за основу субстанцию из антител к эндотелазе, то получают совершенно уникальные результаты: стимулируется и модулируется функция эндотелиальных клеток, которая оказывает выраженный терапевтический эффект при самых разных нозологиях. И таких препаратов создано уже около двух десятков, они доказали эффективность и зарегистрированы, в том числе за рубежом. Это уже не гомеопатия в её изначальном понимании «подобное лечу подобным», а пример использования основного принципа гомеопатии в разработке современных лекарств со стопроцентно воспроизводимым лечебным эффектом и в гармонии с принципами доказательной медицины.

На данном этапе перед нами стоит задача привлечь к этим исследованиям физиков-теоретиков, и среди них уже есть академики и профессора, которые очень заинтересованы в изучении феномена релиз-активности, то есть высвобождения активности вещества в процессе многократного уменьшения его концентрации.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Молодёжь – главный потенциал социального развития и основа воспроизводства нации. По данным Всемирной организации здравоохранения, юноши и девушки в возрасте от 16 до 29 лет составляют сейчас около трети населения Земли, значительная часть которой относится к студенчеству. Здоровье молодого поколения сегодня определяет не только его гармоничное развитие, но и успешность освоения профессии, будущая самореализация в профессиональной деятельности.

Важный индикатор

Состояние здоровья студентов как значимой социальной группы общества – это не только показатель существующего социально-экономического и общественного развития страны, но и важный индикатор её будущего трудового, экономического, культурного и оборонного потенциала.

Первые попытки изучения здоровья студентов были предприняты в конце XIX – начале XX века, когда Ф.Эрисман, А.Мольков, Э.Розенталь исследовали состояние здоровья обучающихся и указывали на необходимость усиления внимания к вопросам гигиены в учебных заведениях.

В современной высшей школе задача сохранения здоровья остаётся актуальной, так как и сегодня проблемы здоровья и образования неразрывно связаны: плохое здоровье, как правило, ограничивает возможности получения образования, а дефекты образования приводят к потерям здоровья молодёжи.

По данным Н.Агаджаняна, В.Кучмы, Г.Куценко и др., 90% абитуриентов, поступивших на первый курс, имеют отклонения в состоянии здоровья, до 50% – сформированные хронические заболевания, свыше 60% – различные нарушения психического здоровья, и до 80% из них ограничены в выборе профессии по состоянию здоровья.

Многие известные исследователи обращают внимание специалистов на то, что экономические трудности настоящего времени, интенсификация учебного процесса, увеличение объёма информации, повышение требований к качеству подготовки молодых специалистов, практически полное прекращение профилактического направления в здравоохранении ведут к росту заболеваемости, инвалидности, социальной дезадаптации студентов высших учебных заведений.

Учёные прогнозируют, что в ближайшие годы следует ждать ещё большего усложнения обучающих систем в связи с переходом вузов на международные стандарты высшего образования в системе Единого европейского образовательного пространства. Перед современной системой высшего образования ставится стратегически важная задача: создать необходимые условия для того, чтобы образование не ухудшало здоровье молодёжи, а способствовало его сохранению и укреплению.

Государственная задача

Выделение приоритетных направлений сохранения и укрепления здоровья студентов в период обучения в вузе должно рассматриваться как государственная задача. Для её решения необходимы новые подходы, направленные на выявление рисков здоровью, связанных с комплексом факторов, характеризующих условия жизнедеятельности студентов.

Помимо негативных тенденций в общественной жизни, для фор-

мирования здоровья студентов большое значение имеет образ жизни, связанный с оторванностью от дома, неустроенностью быта, низкой материальной обеспеченностью, нерациональностью и неполноценностью питания. Определённую роль играют возрастные особенности этой группы населения: недостаточность жизненного опыта, отсутствие ответственности за своё здоровье и недооценка его значимости, а также эмоциональность восприятия жизненных событий, повышенная склонность к вредным привычкам.

Существенное значение имеет

физическими особенностями, характеризующимися быстрым переходом острых форм заболеваний в рецидивирующие и хронические, ростом первичной хронической патологии.

Высокие умственные и психоэмоциональные нагрузки, восприятие и переработка разнообразной информации в условиях дефицита времени, несоответствие напряжённости труда и полноценности отдыха, особенно в периоды сессий, интенсивное использование компьютерной техники в учебном процессе являются факторами, провоцирующими возникновение и развитие

студентов сопоставим с видами человеческой деятельности с повышенным риском развития заболеваний.

Для умственного труда студентов характерны особенности:

- изучение многих предметов за короткий срок;
- постоянная адаптация сенсорных систем к частому и быстрому переключению с одного объекта или предмета на другой;
- восприятие и переработка разнообразной и многочисленной информации, часто имеющей эмоциональный характер;
- острый дефицит времени для переработки информации и при-

низма. Это ведёт к дисгармонии в развитии личности, поэтому не может не отражаться на состоянии её здоровья. Под воздействием нагрузки такого объёма и интенсивности происходит быстрое утомление ЦНС, проявляющееся в снижении устойчивости внимания, умственной работоспособности и других показателей жизнедеятельности.

Одной из причин плохого состояния здоровья студентов гигиенисты считают ряд отрицательных моментов в организации обучения. Труд студентов требует напряжения памяти, устойчивости и концентрации внимания.

Профилактика

Современные факторы риска здоровью студентов

Каково состояние гигиены в учебных заведениях?



Сегодня системе высшего образования очень важно создать условия для укрепления здоровья молодёжи

недостаточное внимание обучающихся к состоянию собственного здоровья из-за высокой интенсивности занятий в вузе и нередко необходимости выполнять дополнительную оплачиваемую работу для обеспечения приемлемых условий жизни в период обучения.

Первокурсники находятся в самых неблагоприятных условиях в вузе: в силу высоких психоэмоциональных и умственных нагрузок, приспособления к новым условиям проживания и обучения, формирования межличностных отношений вне семьи. За период обучения в высшей школе число лиц с хроническими заболеваниями и функциональными нарушениями, как правило, возрастает.

Специфические особенности

Находясь в состоянии биологической, психологической перестройки и социальной адаптации, подростки и молодые люди обладают высокой степенью восприимчивости организма к неблагоприятным воздействиям социальной и окружающей среды. Они являются группой повышенного медико-социального риска в связи со специ-

психосоматической патологии у молодых людей.

Особенности труда

Успешность обучения в настоящее время достигается ценой интенсификации умственной деятельности, вследствие чего для студентов характерны:

- постоянное психоэмоциональное напряжение, обусловленное высокой учебной нагрузкой и высокими требованиями к качеству знаний;
- уменьшение двигательной активности за счёт длительного пребывания в сидячей позе во время занятий и в вузе, и дома;
- снижение времени пребывания на свежем воздухе;
- сокращение продолжительности ночного сна.

В последнее время сформировались и дополнительные факторы интенсификации обучения – использование персональных компьютеров, интернета, видеотехники.

По своей тяжести студенческий труд может быть отнесён к первой (самой лёгкой) группе, а по степени напряжённости – к четвёртой, характеризующейся высокой степенью трудности. Возможно, поэтому существует точка зрения, что учебный труд

ответственных решений;

- чувство повышенной ответственности за принимаемые решения и частое возникновение состояния нервно-психического напряжения;

- необходимость сохранения интенсивности и напряжённости внимания, памяти, мышления, эмоций;

- выполнение значительной части работы в вечернее и ночное время;

- малое участие аппаратов двигательного анализатора, поскольку работа выполняется в основном сидя и не требует больших физических усилий;

- тесное переплетение мыслительной деятельности и эмоционального напряжения при решении учебно-ситуационных задач;

- совмещение нескольких видов деятельности (учебной, трудовой и др.);

- длительность учебной работы составляет в обычное время 10-12, а в период сессии до 14-16 часов в сутки.

Объём и интенсивность нагрузок, испытываемых сегодня студентами, приближается к тому уровню, который некоторые авторы называют пределом физиологических возможностей орга-

Обучение часто сопровождается возникновением стрессовых ситуаций в виде экзаменов, зачётов. Согласно имеющимся в литературе данным, воздействие на организм человека через механизм стресса вызывает угнетение иммунологической реактивности и может моделировать даже иммунодефицитные состояния.

Экзаменационный стресс занимает одно из первых мест среди причин, вызывающих психическое напряжение студентов. Экзамен в вузе – первостепенная по значимости учебная ситуация, занимающая ежегодно около 20% времени обучения. Очень часто экзамен становится психотравмирующим фактором.

Факторами, связанными с экзаменационной деятельностью и являющимися вероятными причинами усиления эмоционального напряжения, можно считать: необходимость уложить ответ на экзамене в относительно жёсткий лимит времени; случайность выбора экзаменационных билетов, выделяющих отдельные элементы той или иной учебной дисциплины, вносящая дополнительный элемент непредсказуемости; необходимость личного контакта студента с экзаменатором.

Из многочисленных факторов риска, воздействию которых подвержена современная студенческая молодёжь, наиболее значимыми, приоритетными считают факторы риска образа жизни.

Результаты исследований показали, что стиль жизни современных студентов характеризуется выраженным снижением двигательной активности, несоблюдением режима дня, нерациональным питанием, употреблением психически активных веществ (табакокурение, алкоголь, наркотики), низкой медицинской активностью. Важно отметить, что в 85% случаев в наблюдениях имели место те или иные сочетания факторов риска.

Меняется мир, меняются формы его познания. Использование интернета значительно изменило распределение времени студентов и может негативно влиять на работоспособность и здоровье.

В настоящее время социальные сети становятся и существенным элементом деструктивного информационно-психологического влияния на молодёжь, в том числе в целях манипулирования личностью, социальными группами и обще-

ством в целом, а также – полем информационного противоборства. Появились предположения, что риск возникновения зависимости от социальных сетей у молодежи гораздо выше, чем от сигарет и алкоголя. Недавними исследованиями подтверждено, что данная зависимость сопровождается компульсивным поведением, что приводит к негативным эффектам. Главные причины и проявления такой зависимости ещё предстоит изучить.

Выбрать направления

В связи с этим актуальной становится задача наполнения интернета электронно-образовательными и воспитательными ресурсами, которые будут способствовать не только обучению, но и формированию социальной позиции будущих профессионалов.

Сформированная тенденция нарушения гигиенических требований здорового образа жизни заставляет не просто внедрять принципы ЗОЖ среди студентов, а считать это приоритетным направлением.

Рекомендации по организации рациональной двигательной активности и психогенной тренировки:

- проводить учебные занятия по физической культуре на всех курсах обучения (за исключением последнего семестра);

- профилировать занятия по физической культуре с учётом применения комплекса специальных профессионально-прикладных упражнений (на основе профессиограмм), направленных на совершенствование двигательного аппарата;

- бесплатно предоставлять студентам спортивные сооружения вуза для самостоятельных занятий в удобное для них время;

- организовывать занятия в спортивных и оздоровительных секциях по популярным видам спорта и системам физических упражнений;

- проводить ежегодно в масштабах вуза спартакиады по популярным видам спорта, дни здоровья и другие физкультурно-рекреационные мероприятия;

- ввести в программу учебной дисциплины «Психология» обучение таким специальным приемам и методам регуляции психических состояний, как релаксация, аутогенная тренировка, самовнушение, успокаивающее дыхание и др.;

- создать в вузе (в общежитии) комнаты психологической разгрузки.

Для рационализации питания должны быть предусмотрены:

- организация доступного по ценам горячего полноценного питания в студенческих столовых в учебных корпусах и буфетах в общежитиях и учебных базах;

- контроль качества питания в студенческих столовых и буфетах (ассортимент продуктов, их разнообразие в течение недели, питательная полноценность, доброкачественность и безопасность пищи);

- формирование рационов питания с использованием продуктов с повышенной пищевой и биологической ценностью (продуктов, обогащённых витаминами, минеральными веществами – кальцием, железом, йодом, цинком, полиненасыщенными жирными кислотами, пищевыми волокнами и т.д.);

- создание диетических залов (столов) в студенческих столовых;

- контроль санитарного состояния пищевых объектов;

- использование новых, более совершенных форм обслуживания студентов;

- введение в программу обучения цикла лекций, бесед, консультаций по основам рационального питания.

Соблюдение режима питания студентами возможно только при индустриализации питания, использовании новых форм обслуживания в студенческих столовых.

Для оптимизации суточного режима необходимо:

- составление рационального учебного расписания, предусматривающего минимально возможное число переездов с одной учебной базы на другие; достаточное время для приёма пищи; равномерное распределение учебной нагрузки в течение учебного года с учётом степени трудности изучаемых предметов; обеспечение возможности самостоятельной работы в студенческом читальном зале, библиотеке, доступа к интернету;

- обеспечение каждого студента достаточным количеством необходимых учебных пособий по всем предметам;

- предоставление нуждающимся мест в студенческих общежитиях;

- рациональная организация внеучебной деятельности, внеаудиторной самостоятельной работы, отдыха, досуга.

Для искоренения вредных привычек следует:

- ввести запрет на курение и употребление спиртных напитков на территории вуза и строго его соблюдать;

- морально и материально поощрять студентов за отказ от вредных привычек (поощрительные баллы по физической культуре, путёвки в спортивно-оздоровительные лагеря и др.).

Для повышения интереса студентов к ЗОЖ необходимо:

- освещать привлекательность ЗОЖ на лекциях через предмет, во время проведения медицинских осмотров, в вузовской газете, на сайте вуза, стендах, в учебных пособиях;

- ввести в курс физической культуры раздел «Здоровый образ жизни», практику разработки каждым студентом индивидуального проекта ЗОЖ и контроль его выполнения.

Привлечение большинства студентов к соблюдению ЗОЖ будет способствовать снижению распространённости вредных привычек, заболеваемости и пропусков занятий по болезни, повышению работоспособности, успеваемости и улучшению качества их жизни.

Студенчество – это та часть молодёжи, которая является будущей интеллигенцией общества, интеллектуальным потенциалом страны, во многом определяющим образцы поведения, жизнедеятельности, влияющим на формирование ценностных ориентаций в обществе. Культивирование ценности здоровья, принятие здорового образа жизни, стремление поддерживать и укреплять здоровье, сформированные в процессе профессиональной подготовки, в значительной мере определяют в будущем не только особенности личной судьбы, в том числе и профессиональной, каждого сегодняшнего студента, но и те ориентиры, которые будет принимать и признавать наше общество в целом.

Наталья КОЖЕВНИКОВА,
доктор медицинских наук,
профессор.

Виктор ГЛИНЕНКО,
заведующий кафедрой,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Кафедра общей гигиены
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова.**

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Идеи

Команда учёных Калифорнийского университета в Сан-Диего (США) представила новую эффективную стратегию предотвращения рака печени — вакцину, усиливающую действие иммунной системы организма.

кислота, содержащаяся в РНК, предотвратила появление рака в печени подопытных мышей. Формирование опухоли было подавлено макрофагами и активацией природных «клеток-убийц» и дендритных клеток, которые

Борьба с раком печени

Изучая патогенные механизмы рака печени, учёные обнаружили, что широко используемая искусственная двуспиральная РНК стимулирует внутренний противоопухолевый иммунитет, и предположили, что её можно использовать в качестве вакцины для предотвращения рака. «Печень обладает уникальной иммунологической толерантностью, вот почему существующие методы лечения, включая иммунотерапию, оказывают незначительное воздействие на рак печени, — говорит профессор Гэньшэн Фэн, автор статьи. — Мы обнаружили, что искусственная двуспиральная РНК предотвращает появление рака печени, запуская собственную иммунную систему организма».

Исследователи выяснили, что

уничтожают опухоль напрямую или усиливают иммунитет.

Во время опытов препарат вводился мышам на разных стадиях развития рака печени, и наилучший результат был достигнут на самых ранних — не более одного месяца после появления первых признаков образования опухоли. В случае 3 месяцев результат был слабее, но также значительным. В дальнейшем учёные планируют заняться уточнением дозировки и времени действия вакцины, а также оценят возможность её сочетания с другими препаратами.

Точный анализ крови на выявление рака печени разработала международная команда учёных. Он основан на анализе процесса ДНК-метилирования, регулирующего генерацию генов.

Новые подходы

Чип спешит на помощь!

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) впервые в истории выдало разрешение на реализацию препарата со встроенным микрочипом.

можно будет избежать рисков нарушения графика лечения, что выступает одной из самых актуальных проблем современной медицины, особенно при лечении хронических и психических недугов.

Чип внедрён в препарат, который принимают 7 млн граждан США. Он производится японской компанией и служит терапевтическим средством против психозов, а также назначается в случае шизофрении.

Микрочип после приёма лекарства призван передавать информацию на гаджеты пациента и его лечащего врача, благодаря чему

С этической точки зрения предусмотрено, что таблетки, оснащённые микрочипом, смогут назначать лишь с согласия пациента.

Глава североамериканского представительства японской компании, производящей данный препарат, сообщил, что инновационное лекарственное средство будут выпускать ограниченными партиями для определения реального спроса на фармрынке.

Статистика

ВИЧ — не проблема?

Согласно экспертным данным ООН по ВИЧ/СПИДу, около 21 млн пациентов во всему миру получили антиретровирусные препараты (АРВ). Причём за последние 5 лет показатель охвата АРВ-терапией возрос приблизительно в 2 раза.

Повышение доступности АРВ позволило на 48% снизить смертность от СПИДа — с 1,9 млн в 2005 г. до 1 млн в 2016 г.

Создание новых антиретровирусных лекарственных средств и использование технологий для ранней диагностики заболевания выступают главными факторами для борьбы со стремительным распространением ВИЧ-инфекции. Материально-научные вложения в развитие именно этих направлений позволяют к 2030 г. перестать рассматривать ВИЧ/СПИД как угрозу общественному здоровью, убеждены специалисты, составившие отчёт UNAIDS.

В отчёте объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу отмечается, что максимальный прогресс в охвате терапией наблюдается в восточной и южной частях Африканского континента — регионах с самой высокой распространённостью ВИЧ-инфекции.

Сегодня среди жителей востока и юга Африки около 60% ВИЧ-инфицированных проходят нужное лечение. Южно-Африканская Республика добилась наиболее впечатляющих результатов — в стране АРВ-препараты получают 4,2 млн больных. На втором месте по охвату терапией находится Индия, третье и четвёртое места занимают Мозамбик и Кения.

Эксперименты

Спасительная лаванда

Как известно, лаванду активно применяют в ароматерапии, и до настоящего времени считалось, что такое растение не может выступать в качестве отдельно взятого терапевтического средства. Однако группа учёных из Вашингтона (США) доказала, что она обладает и лечебным эффектом.

Сотрудникам одного из медицинских колледжей удалось выяснить, что лаванда способна подавлять тревожность у пациентов, которым предстоит хирургическая операция. Такую информацию подтвердил эксперимент, проведённый с участием хирургических больных отделения оториноларингологии.

Высокий уровень тревожности, который наблюдается у людей перед вмешательством, приводит к тому, что клиницисты вынуждены применять большее количество анестетиков на одного пациента. Более того, увеличивается длительность пребывания больного в медицинском учреждении, а также снижается способность иммунной системы бороться с инфекционными недугами.

Положительное свойство лаванды было протестировано на 100 пациентах одной из больниц Вашингтона. Всех добровольцев разделили на несколько групп — первая прошла сеанс ароматерапии непосредственно перед операцией, а вторая была контрольной, то есть по отношению к ней применялись стандартные успокоительные вещества. Стало известно, что оба способа снизить уровень тревожности показали положительный результат. Однако ароматерапия лавандой отличилась простотой и большей степенью безопасности для человеческого организма.

Учитывая эти факторы, а также то, что ароматерапия приносит экономическую эффективность для клиники, медицинским работникам стоит задуматься о постепенном внедрении данной методики.

Дословно

Мужские роды

Президент Американского общества репродуктивной медицины (США) Ричард Полсон заявил, выступая на ежегодном собрании Общества за репродуктивную медицину в Сан-Антонио (США), что мужчины смогут рожать «уже завтра».

По словам Полсона, это станет возможным благодаря операциям по трансплантации матки, которые будут доступны не только женщинам, но и мужчинам. Он не сомневается в том, что «получить шанс на материнство посредством этой операции захотят трансгендеры — женщины, родившиеся мужчинами».

Полсон не исключает, что операция по трансплантации матки мужчине окажется сложнее, чем аналогичная операция, производимая женщине, однако отнюдь не считает эти сложности непреодолимыми.

На сегодняшний день известно о 9 успешных операциях по пересадке матки женщинам. Ведущими специалистами в этой сфере являются шведские врачи.

Подготовил
Данила ДУБРОВСКИЙ.

По материалам Deccan Chronicle, Cell Reports, The Independent, Daily Mail, The New York Times.

Конечно, от чудес этот реальный факт человеческой биографии далёк. Подобное стало возможным благодаря специальной методике использования генетического материала, иначе говоря, спермы, обычно оставляемой холостыми, а также женатыми, но бездетными израильскими призывниками перед началом армейской службы. Через 15 лет после гибели капитана ЦАХАЛа (Армия обороны Израиля) Германа Рожкова у него родилась дочь, которую назвали Вероникой.

Израильский офицер погиб в столкновении с палестинскими боевиками 12 марта 2002 г. недалеко от кибуца Мацуба в Западной Галилее. Ему было только 25 лет. Он случайно оказался в районе террористической атаки на гражданский автомобиль и в первые минуты до прибытия армейского патруля в одиночку вёл бой с 9 до зубов вооружёнными бандитами. Проникшие из Ливана боевики убили водителя и четырёх пассажиров автомобиля, среди которых была беременная женщина. Сделав своё чёрное дело, они попытались скрыться, но тут на их пути встал офицер Рожков. Он уничтожил трёх террористов, остальных захватил прибывший армейский спецназ. В бою Герман получил тяжёлые ранения и умер до прибытия медиков.

Он был единственным ребёнком в православной русской семье, жившей на Украине. В 1995 г., почти сразу после свадьбы, Г.Рожков с женой, еврейкой по национальности, переехал в Израиль. Но семейная жизнь молодых как-то сразу не задалась, и девушка вернулась на Украину. Что же касается Германа, то он всей душой проникся к земле и народу Страны Обетованной. Через 2 года добровольно, ещё полностью не завершив прохождение программы репатрианта, призвался в ЦАХАЛ, хотя имел возможность продолжить учёбу в одном из университетов. Через какое-то время в числе лучших солдат Г.Рожков получил предложение пройти офицерские курсы. Его мать Людмила оставалась на Украине, но

Выводы

Стал отцом через 15 лет после смерти

Новые репродуктивные технологии приносят радость в дом

в Израиле в одиночестве её сын не остался: его приняли как родного в еврейской семье Элизера и Мирьям Перец. И это особая история.

У супругов Перец было шестеро детей – четыре дочери и два сына. Старший Уриэль служил в батальоне особого назначения «Эгоз» (в переводе с иврита орех) элитной пехотной бригады «Голани». 22 ноября 1998 г. командир взвода капитан Уриэль Перец, 22 лет, и его заместитель и ровесник лейтенант Ницан Бальдеран погибли в Южном Ливане. Они попали в засаду, устроенную в жилом доме боевиками шиитской радикальной организации «Хизбалла». Террористы симитировали неожиданные роды женщины, находившейся в доме, и, попросив проезжавший мимо израильский патруль срочно доставить роженицу в больницу, расстреляли откликнувшихся на их просьбу евреев. Уриэль и Ницан были похоронены на военном кладбище на горе Герцля в Иерусалиме. Боль от утраты сына глава семьи Элизер Перец перенести не смог – через 3 месяца он скончался от инфаркта.

– Через два года после гибели Уриэля в Ливане, – вспоминала М.Перец в передаче, посвящённой Герману Рожкову на одном из каналов израильского телевидения, – мне звонит младший сын Элираз и говорит: «Мама! Я приведу тебе нового сына, который уже стал мне братом». Так у нас появился Герман. Элираз и Герман служили в одной роте, и их братство было спаяно кровью.

М.Перец с дрожью в голосе говорила о Германе Рожкове, ко-

торый пришёл в их дом как сын и действительно стал её третьим сыном и седьмым ребёнком. Офицер ЦАХАЛа Г.Рожков придавал особый смысл жизни многодетной матери, потерявшей сына-воина. «С собой он принёс только большой мешок, в котором было не менее сорока пар носков и примерно столько же трусов, – вспоминала М.Перец. – Я сразу поняла, что, хотя за ним, имеющим статус солдата-одиночки, была закреплена квартира и он неплохо питался, семейного тепла ему не хватало».

Теперь у Германа появился семейный очаг, куда он всегда возвращался после службы. «Он дружил с Элиразом и семьями моих дочерей, – продолжала свой рассказ женщина, – а я испытывала неимоверное счастье, чувствуя, что у меня теперь снова два сына, и я готовлю для них и стираю их одежду».

В конце 2000 г. в Израиль переехала Людмила, мать Германа. Показательно, что первые дни она провела в семье Перец, которые отнесли к ней как к родному человеку. Потом она переехала в квартиру сына. Но и проживая вместе с матерью, Герман часто навещал семью Перец, которая оставалась ему родной до конца жизни. И смерть Германа обо его матери – и названная, и родная – переживали вместе, поддерживая друг друга.

Но страшные испытания для семьи Перец не прекратились: 26 марта 2010 г., за три дня до иудейского праздника Песах, майор Элираз Перец, заместитель командира батальона особого назначения

той же бригады «Голани», отец четверых детей, погиб при преследовании вышедших из сектора Газа террористов. Вместе с ним погиб и уроженец России, сержант Илан (Илья) Святковский. Это был страшный удар для М.Перец – она потеряла всех трёх сыновей, честно служивших стране и отдавших за неё свои жизни.

Конечно, это было страшное горе и для Людмилы Рожковой, сроднившейся с семьёй Перец. Смерть ближайшего друга, по сути, брата её сына, усилила одиночество женщины, с которым невозможно было смириться. У неё появилась надежда облегчить свои страдания, когда она узнала, что в Израиле активно действует организация «Мишпаха хадаша» («Новая семья»), которая помогает получить разрешение и бесплатно осуществить процедуру искусственного оплодотворения спермой погибших солдат и офицеров женщин, согласившихся выносить зачатых таким образом детей для оставшихся одинокими родителей. Обычно они представлены только матерями, единственный ребёнок которых погиб на военной службе. Согласно израильскому законодательству, призывать в боевые части детей, являющихся единственным ребёнком в семье, нельзя, но смерть коварна и обходит любые запреты.

Людмилу потрясла судьба Натальи Боровской, матери солдата Ави, убитого арабскими террористами. Он был единственным ребёнком, которого мать растила одна после трагической гибели в автоаварии

мужа в родном Челябинске. Вместе с сыном она и переехала на Святую Землю. Потеряв сына, Наталья лелеяла последнюю надежду, что перед призывом он сдал свой генетический материал в один из 13 специальных банков для «мужского родового материала», расположенных при многих местных больницах. Однако он этого не сделал. Тем не менее бывшей челябинке помогли, потому что она обратилась сразу же после гибели сына. В банке спермы при одном из медицинских центров из тела убитого Ави извлекли семенную жидкость, которой вскоре оплодотворили яйцеклетку женщины, согласившейся стать матерью его ребёнка. Сугубо в биологическом плане суть дела такова: если семенная жидкость извлечена в течение 72 часов после гибели мужчины, то в принципе она способна оплодотворить женскую яйцеклетку. Таким образом, Наталья Боровская стала бабушкой после смерти единственного сына.

Ситуация с возможностью рождения ребёнка от погибшего Г.Рожкова с позиции медицинской технологии была менее сложной, ибо Герман перед армейским призывом сдал в банк на хранение свой «родовой материал».

Людмила Рожкова не считает, что благодаря новым технологиям она получила «из пробирки» внучку чуть ли не типа «клона». «У нас семья, и у Вероники есть много родственников, потому что у неё не одна, а две бабушки», – разъясняет ситуацию Людмила.

Бывший командир Г.Рожкова, на сегодняшний день генерал в отставке Ноам Тивон (Пепперман), конечно же, присутствовавший на празднике по случаю рождения дочери Германа, сказал: «В моей памяти и в памяти сослуживцев отец новорождённой Вероники Рожковой навсегда останется бесстрашным воином, ответственным командиром и очень искренним, добрым человеком. У меня нет ни малейших сомнений в том, что он всегда будет примером беззаветного служения стране и народу».

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Реховот.

Однако

О пользе и вреде воды



Ни для кого не секрет, что обычная очищенная вода является наиболее полезным питьём для человеческого организма. Однако недавно американские учёные установили, что избыток жидкости чреват развитием серьёзных проблем со здоровьем, которые могут привести к преждевременной смерти.

Как утверждают специалисты, в некоторых случаях приём внутрь больших объёмов жидкости считается вполне нормальным и оправданным явлением. Например, если человек занимается спортом или его работа связана с чрезмерной физической активностью, то нет проблемы в том, что он выпьет на 0,5-1 л воды больше суточной нормы. Тем не менее зачастую злоупотребление водой чревато развитием опасных для жизни проблем. В особенности необходимо соблюдать допустимую дневную норму во время протекания того или иного заболевания.

Суть негативного влияния избытка воды заключается в том, что возникает высокая вероятность интенсивного вымывания соли

из организма. Как известно, это вещество принимает участие в регуляции многих жизненно важных процессов. Помимо этого, велики риски набухания тканей головного мозга. Такое нарушение может осложниться судорожными припадками, помутнением сознания или коматозным состоянием. Более того, обильное питьё в качестве методики самолечения, которой пользуется довольно большое количество людей, может спровоцировать развитие различных проблем, в частности со стороны органов сердечно-сосудистой системы, что ещё больше повышает риски преждевременной смерти.

Специалисты обращают внимание: суточная норма воды для представителей мужского пола составляет 3,5 л, а женщинам рекомендуется выпивать воды на литр меньше. В то же время не стоит забывать о том, что недостаток жидкости в организме также опасен для здоровья.

Дина РОЗИНА.

По информации Daily Mail.

Ну и ну!

Детей, подверженных риску психопатии, можно выявить, среди прочего, по отсутствию реакции на смех окружающих. К такому выводу пришла группа учёных во главе с профессором психопатологии развития Эсси Видинг из Университетского колледжа Лондона (Великобритания).

Смех без причины

Цель работы – выявление на ранних стадиях риска развития психопатии. Учёные считают, что это важно для улучшения существующих подходов к лечению детей с пониженной эмпатией и помощи их семьям.

В исследовании приняли участие 93 мальчика в возрасте 11-16 лет. Детей поделили на три группы: первая (32 человека) – мальчики, проявляющие высокий уровень «бессердечности и чёрствости» и характеризующиеся агрессивным поведением, вторая (30 человек) – с низким уровнем «чёрствости-бесстрастных черт», в третью, контрольную, группу вошли типично развивающиеся дети без риска развития расстройств психики. Группы были составлены из представителей одного этноса и социально-экономического слоя и имели примерно одинаковый уровень IQ.

В ходе исследования детям давали прослушать аудиозаписи искреннего смеха, наигранного смеха и скорбного плача и снимали показания мозговой активности с помощью МРТ.

В итоге учёные обнаружили, что у детей с подозрением на отклонения в психике имелось более слабое желание присоединиться к смеху по сравнению с контрольной группой. Кроме того, у детей с пониженной эмпатией была ослаблена реакция двух областей головного мозга: дополнительной моторной области и

островковой доли. Первая отвечает за планирование движений, а вторая – за формирование эмоций.

На основании полученных результатов учёные сделали следующий вывод: у людей с признаками психопатического расстройства реакция на любые социальные раздражители ниже, чем у обычных людей.

Иными словами, негативную реакцию с их стороны могут спровоцировать не только, к примеру, страдания другого человека, но и проявления любви и заботы.

– Воздействуя на эмоции, которые отвечают за социальное поведение, мы хотели исследовать то, как у мальчиков возникает риск развития психопатии. Полученный результат не означает, что этим детям суждено стать антиобщественными или опасными. Скорее, эти выводы проливают свет на то, почему такие дети часто делают выбор, отличающийся от сделанного их сверстниками, – пишет профессор Видинг.

Дана СЛАВИНА.

По информации Current Biology.

В семье помещика Ильи Ивановича Мечникова в селе Панасовке Купянского уезда Харьковской губернии 3 (15) мая 1845 г. родился пятый ребёнок, которого в честь отца назвали Ильёй.

Илья Ильич в детстве был светленьким, тоненьким мальчиком с серо-голубыми глазами и нежным цветом лица, которое обрамляли шелковистые светло-каштановые волосы. Он был подвижен, как ртуть, впечатлителен.

Страстный собиратель

Когда Илье исполнилось 8 лет, на каникулы в Панасовку в качестве учителя старшего брата, Льва, приехал студент-медик Ходунов. Есть сведения, что студент очень добросовестно учил старшего брата, старался привить любовь к ботанике, используя для этого не только застольные занятия, но и экскурсии в лес и в степь. Льва не очень занимала ботаника, её он изучал поверхностно. А вот маленький Илья неожиданно из простого соучастника прогулок сделался страстным собирателем и определителем растений, составителем гербария, истовым создателем сочинений по ботанике, коллекционером книг по истории естествознания, экспериментатором-натуралистом и даже импровизатором-лектором. По существу, главное дело жизни было избрано им уже в восьмилетнем возрасте.

В 1856 г. младшие братья Николай и Илья успешно сдали экзамены в Харьковскую гимназию. Илья учился весьма успешно по всем предметам, но к 4-му классу появились у него особенно любимые и почитаемые: естественная история (история естествознания), ботаника и геология. В то время на книжных рынках появилось множество переводных книг по естествознанию. Илья читал много и с жадностью. В 4-м классе гимназии, в возрасте 15 лет, он впервые прочёл в русском переводе монографию Генриха Георга Бронна «Классы и порядки животного царства». Приложенные таблицы демонстрировали ему никогда ещё не виданный мир микроорганизмов: инфузорий, амёб, корненожек. Илья испытал настоящее потрясение. Вот тогда он твёрдо решил, что будет изучать проявления жизни в простейшей форме. Клеточки микроорганизмов, которые он рассматривал в книге, казались ему одновременно простыми, доступными и сказочно красивыми, совершенными.

Вне занятий Илья увлекался музыкой, а кроме того, обожал споры с товарищами на самые общие, даже отвлечённые темы.

Илья манила наука, он мечтал сблизиться с кем-нибудь из профессоров Харьковского университета, чтобы иметь возможность заниматься серьёзной научной деятельностью в лабораториях университета. Пылкий Мечников заинтересовал молодого физиолога Щёлкова, который принял Илью, уделил ему время, согласился давать гимназисту частные уроки по гистологии. Студенты-медики помогли Илье обзавестись микроскопом. Сбылась его мечта – самому увидеть и исследовать одноклеточные организмы.

С золотой медалью

Весной 1862 г., в 17 лет, Мечников окончил гимназический курс с золотой медалью. Илья сознательно добивался её, так как это давало возможность поехать для дальнейшего научного образования за границу. Несмотря на большие предстоящие расходы, отец и мать выкроили сыну деньги и снарядили в путь в Германию.

Однако оказалось, что Мечников приехал к немцам на шесть недель ранее начинавшихся по немецкому расписанию занятий, только с середины октября. Впервые очутившись на чужбине и оказавшись совсем один, Илья растерялся и после метаний по разным городам, бытовых неурядиц и неприятностей бросил всё и уехал домой. Мечников привёз из Германии русский перевод книги Чарльза Дарвина «Происхождение видов путём естественного отбора», изданной в 1859 г. Илья тщательно проштудировал

координированными животными. Нахождение таких родственных черт при сравнительном анализе строения низко- и высокоорганизованных животных как раз и может подтвердить правоту идей Дарвина. Но, к сожалению, ко времени появления таких мыслей у Мечникова фактического материала было мало. А происходило это из-за того, что эмбриология позвоночных к тому времени была развита и изучена значительно лучше, чем эмбриология беспозвоночных.

гической экспедиции по обследованию калмыков, проживавших у Каспийского моря. После экспедиции Илья Ильич уже не вернулся в Петербург. В 1873 г. он был избран доцентом Новороссийского университета в Одессе. Не только возможность жить в южном городе с более благоприятным климатом привлекла Мечникова – главное было в том, что город располагался на берегу Чёрного моря, животный мир которого был чрезвычайно богат и разнообразен, но при этом изучен неполно.

тиф, наблюдал действие фагоцитов кроликов, собак и обезьян на микробы, вызывающие эти воспалительные процессы. Сотрудники лаборатории, которую возглавлял Мечников, работали и над созданием вакцин против сибирской язвы овец и холеры кур. Созданная вакцина против сибирской язвы овец, к сожалению, оказалась неэффективной. В 1887 г. Мечников впервые доложил в Одесском обществе врачей своё открытие – явление фагоцитоза. Доклад выслушали со вниманием, но всей глубины теории не поняли.

В этом же году Мечников вторично покинул Россию и уехал в Париж. Ему повезло, что здесь его принял и выслушал Луи Пастер. Многочасовая беседа завершилась предложением директора создать новую лабораторию в Пастеровском институте и стать её научным руководителем. Мечников с радостью принял предложение и работал в этом институте 28 лет, до самой своей кончины. Он продолжал детально изучать фагоцитоз, а также холеру, сифилис и многие другие инфекционные заболевания.

За изучение иммунитета

Однако наиболее важным вкладом, сделанным Мечниковым в науку, носил методологический характер. Целью всей жизни учёного было изучение иммунитета при инфекционных заболеваниях с позиций клеточной физиологии. Однако приверженцы гуморальной теории иммунитета отдавали предпочтение в уничтожении «микробов-пришельцев» не лейкоцитам-фагоцитам, а определённым биологическим веществам, содержащимся в крови. Мечников признавал существование антител и антитоксинов, которые открыл Беринг, но вместе с тем очень избирательно и искусно защищал фагоцитарную теорию, находя для её подтверждения всё новые и новые научные факты, добытые в скрупулёзных и изящных опытах. «Битва идей» завершилась тем, что апологетам фагоцитарного и гуморального иммунитета Илье Мечникову и Паулю Эрлиху в 1908 г. была присуждена Нобелевская премия по физиологии и медицине «за работу по теории иммунитета».

Илья Ильич прожил яркую и счастливую жизнь в науке. В 1883 г. он был избран членом-корреспондентом, а в 1902 г. почётным членом Петербургской академии наук. Мечников был избран почётным доктором Кембриджского университета, членом Шведского медицинского общества, членом Академии наук Франции. Среди его многочисленных наград – очень престижная медаль Копли, которой его наградили Лондонское королевское общество.

...Умер учёный после нескольких инфарктов миокарда, когда ему исполнилось 71 год. Это произошло 15 июля 1916 г. в Париже. Илья Мечников оставил глубокий след в науке своими идеями и многочисленной научной школой. Он из плеяды тех учёных, которыми гордится не только Россия, но и весь мир.

Очень точно вклад в науку, сделанный И.Мечниковым, оценил академик Н.Холодковский. В статье «И.И.Мечников как зоолог и значение его зоологических исследований для медицины», опубликованной в «Известиях Военно-медицинской академии» (1917) Холодковский писал: «...ни один дипломированный медик не сделал для медицины столько, сколько сделал для неё химик Пастер и зоолог Мечников».

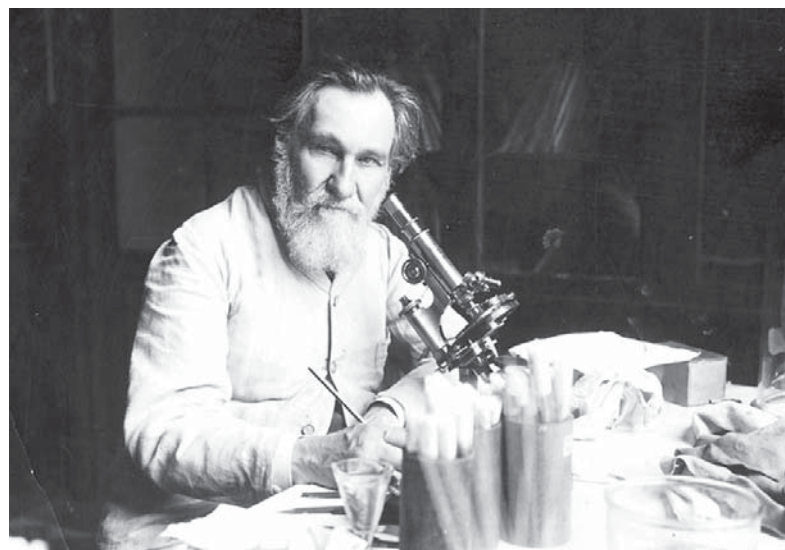
Василий ПОЛЯКОВ,
доктор медицинских наук.

Москва.

Имена и судьбы

Зовущий в особый мир...

150 лет назад И.Мечников защитил докторскую диссертацию



книгу и с этого времени стал убеждённым сторонником теории эволюции Дарвина.

В 1862 г. Мечников поступил на естественное отделение физико-математического факультета Харьковского университета. Очень скоро, однако, Мечников понял, что университет даст ему с точки зрения образования совсем немного. Тогда он решил пройти университетский курс в два года. Для этого уволился из университета, поступил вольнослушателем и готовился вместе со студентами 4-го курса к испытанию на степень кандидата. Экзамены Мечников сдал блестяще и окончил университет в 1864 г. в возрасте 19 лет.

Последующие 52 года жизни Мечникова в науке сопровождались упорным трудом, исследованиями во многих областях естествознания, биологической науки, медицины. Илья Ильич не избежал нелицеприятной критики оппонентов, потерь и душевных драм. Но, вероятно, только такая жизнь и могла сопровождаться научными озарениями, за которые так любили и глубоко уважали Илью Ильича научные коллеги, ученики, родные и близкие.

К окончанию университета Мечников был достаточно знаком с особенностями строения особей из низших отрядов животных. Сколько он наблюдал в микроскоп губок, червей и других, совсем простых беспозвоночных. Но, полагал он, если эволюционная теория Дарвина верна, то у более высокоорганизованных животных, в частности позвоночных, должны обнаруживаться черты, роднящие их с низ-

Вот почему с такой готовностью, даже с радостью Мечников в течение 3 лет занимался изучением эмбриологии беспозвоночных в различных странах Европы. Сначала он работал на острове Гельголанд в Северном море, затем в Гисене, возле Франкфурта, в Германии в лаборатории Рудольфа Лейкарта, а потом в Неаполе сотрудничал с Александром Ковалевским. Итогом совместной работы Мечникова и Ковалевского стала премия Карла Эрнста фон Баэра. Оба исследователя пришли к выводу, что зародышевые листки многоклеточных животных демонстрируют структурное соответствие, являются гомологичными. А именно так и должно быть у форм, имеющих общее происхождение.

В 1867 г., в возрасте 22 лет, И.Мечников защитил в Санкт-Петербургском университете диссертацию на соискание учёной степени доктора наук, посвящённую эмбриональному развитию рыб и ракообразных. Защита диссертации позволила ему стать доцентом Санкт-Петербургского университета и 6 лет преподавать в нём зоологию и сравнительную анатомию.

Ближе к морям

В 1869 г., в 24 года, Илья Ильич женился на Людмиле Федорович. Они прожили счастливо 4 года, детей у них не было. Жена болела туберкулёзом, и в конце концов эта болезнь свела её в могилу. Мечников очень тяжело пережил гибель близкого человека.

Вскоре друзья уговорили его принять участие в антрополо-

В 1875 г., в 30-летнем возрасте, доцент Мечников познакомился с 15-летней ученицей гимназии Ольгой Белокопытовой, к которой его наняли репетитором. Довольно быстро взаимная симпатия переросла в большое чувство. На одном из уроков Мечников признался своей молодой очаровательной ученице в любви и сделал предложение руки и сердца, которое было принято тотчас, без размышлений. Они были созданы друг для друга и сияли от счастья. Однако оно чуть было не закончилось трагически. Ольга поступила в университет и там же стала работать лаборантом бактериологической лаборатории. В один из дней она случайно заразилась из пипетки культурой брюшного тифа и тяжело заболела. Понимая, что он снова теряет дорогого близкого ему человека, Мечников попытался свести счёты с жизнью. Он ввёл себе в вену культуру возбудителей возвратного тифа.

На этот раз судьба смилостивилась над преданно любящими друг друга людьми. Ольга осталась жива. Тяжело переболев, выздоровел и Илья. Душевные и физические страдания закалили Мечникова. Прошла его депрессия. И даже ухудшение зрения, наметившееся ещё в период работы с Ковалевским и вызывавшее резкую боль в глазах, отступило. После перенесённого возвратного тифа зрение даже улучшилось.

До конца дней своих Илья Ильич сохранил возвышенное чувство любви и уважения к жене. У Мечниковых не было детей. И когда один за другим в течение года умерли родители Ольги, супруги без колебаний стали опекунами и воспитателями двух братьев и трёх сестёр Белокопытовых.

За рубеж и обратно

Вскоре семья Мечниковых переехала в город Мессины в Италию. Здесь Мечников проводил наблюдение за личинками прозрачных животных – морских звёзд.

В 1886 г. в Одессе был организован Бактериологический институт. Мечников вернулся в Россию по предложению возглавить созданное научное учреждение. В стенах Одесского бактериологического института он изучал розистое воспаление и возвратный

Сегодня я представляю читателям «Медицинской газеты» своего товарища, писателя Анатолия Шарова. Он родился в Гусь-Хрустальном районе Владимирщины, автор семи книг прозы и поэзии. Труд писателя Анатолий Петрович успешно совмещает с работой – он сотрудник Приёмной Президента РФ В.Путина по нашей области. Около полутора лет назад А.Шаров тяжело заболел, после ряда консультаций ему сделали операцию на сердце в Кардиологическом научно-производственном комплексе им. А.Л.Мясникова. Оперировал его один из ведущих кардиохирургов, кандидат медицинских наук В.Васильев. После операции, постепенно восстанавливаясь, благодарный А.Шаров написал свою очередную книгу «Дела сердечные», подарив её московским и владимирским врачам как свой писательский сувенир.

Марк ФУРМАН,
заслуженный врач РФ.

* * *

Вернувшись домой, потомственный строитель Вадим Кузнецов как за спасительную соломинку ухватился за заключение московского специалиста о стентировании сосудов. Всё-таки мнение доктора наук – не хухры-мухры. Они с супругой Ириной стали обзванивать знакомых, друзей, их родственников. С кем бы ещё проконсультироваться, ожидая решения московской кардиологической комиссии?

Деятельная натура Ирины не давала покоя супругу. Параллельно она заставила Вадима похлопотать в облздраве насчёт квоты на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Не помещает, рассудила она. Операции по стентированию или шунтированию стоят денег, и немалых. И неплохо, если родное государство оплатит это. Они добросовестные налогоплательщики, а никакими льготами сроду не пользовались, заключила жена.

– Лучше бы такие льготы никогда не потребовались, – парировал Вадим.

Он позвонил в больницу, где ему давали направление на консультацию в Москву, расспросил про порядок оформления квоты. И если из Москвы в облздрав пришлют заключение комиссии о необходимости операции, квота оформляется (или не оформляется) автоматически.

Нет, можно, конечно, и не ходить на этот врачебный суд. Тут, как говорится, дело добровольное. Но если (неожиданно, без телефонного звонка) «придёт» инсульт или инфаркт, договаривайся с ними сам. Как правило, ни тот, ни другой на людские просьбы не реагируют.

Для Кузнецова эта операция была как приговор. Он знал, что шунтирование – операция на открытом сердце. Заглянув в интернет, испытал, если не ужас, то что-то близкое. Вскрытие грудной клетки, остановка сердца, искусственное кровообращение, вентиляция лёгких... Потом всё это надо запустить, чтобы работало как мотор после капремонта. А если не запустится? А вдруг сбой произойдёт где-то? Ведь живой организм не железка, которую можно подстучать, подбить при помощи молотка или кувалды. Жена Ирина тогда посоветовала выключить эту интернет-«помойку» и впредь не лазать туда.

А сейчас он сосредоточился на заключении хирурга. Но ведь он не чувствует ни боли сердечной, ни дискомфорта при ходьбе? Всё как обычно. А может, хирургу «запало» поставить «просто так» бельгийскую пружинку? Подумаешь, главврач сказал, что государство уже заплатило за неё денежку! Но ведь это не какая-то серпужовская железка, а импорт, причём хорошего качества!

На литературный конкурс

Дела сердечные

(Отрывок из повести)

Первый же кардиохирург из областной больницы, молодой, но высококвалифицированный, как его отрекомендовали, специалист, подтвердил вывод столичного врача. Посмотрев диск с записью коронарографии, он сказал:

– Поражены три сосуда: один на 50%, другой на 70, а третий на 90. С первым ещё терпимо, а вот с остальными надо что-то делать. Но в вашей ситуации шунтирование – наиболее приемлемый вариант, меньше риска.

Днём позже ему оформили направление в один из ведущих московских кардиоцентров. Бумага на руках, а ехать или нет, решая сам. Вольному – воля, спасённому – рай. Ты сам, Вадим Николаевич, кузнец своего счастья, вернее, здоровья.

В городе, где жил Вадим, таких операций не делали, только в столице. Поэтому – в Москву! Практикующие кардиохирурги там, в Первопрестольной.

* * *

Утро понедельника в московской клинике началось с обычных процедур: укол в живот и таблетки. А затем ожидание, томительное, тягостное. Вот уж воистину: ждаты да догонять хуже всего. Вечером Вадим разыскал «своего» хирурга. Им оказался Виктор Васюков, симпатичный мужчина лет сорока, с умным, серьёзным лицом. Своим видом, поведением он внушал уважение и доверие. Виктор Павлович с твёрдой уверенностью сказал:

– Вы ни о чём не беспокойтесь. Я изучил диск с записью коронарографии, и мне в этой ситуации всё понятно.

«Вот бы понедельник взять и отменить» – крутился в мозгу киношный шлягер. «Кто же в понедельник дела делает?» – это уже из какого-то бандитского сериала. Вадим гнал прочь эти мысли. Ближе к обеду пришла медсестра и сделала «успокоительный» укол. И сразу наступило равновесие, а потом и сознание отрубилось. Как после изрядного застолья при сдаче нового дома.

Сознание вернулось к Вадиму уже в операционном блоке. Даже не полноценное сознание, а какой-то просвет в нём. Он

видел, как медсестра надевает Виктору Павловичу перчатки, и тот застывает над ним с согнутыми в локтях руками.

...Очнулся он в огромной светлой комнате, залитой электричеством. По всему помещению стояли кровати: пять или семь, не меньше. На некоторых лежали больные. Что бы это могло быть? – мелькнуло в сознании. Реанимация. Недалеко раздались голоса, Вадим опять задремал, потом снова проснулся. Так повторилось несколько раз. Он не мог сориентироваться

о самочувствии. Вадим, смущаясь, ответил, что всё в норме, и, чтобы хоть как-то оправдать свой кашель, с виноватой улыбкой добавил, что чувствует себя хорошо.

– Запомни, когда кашляешь, – сказал профессор, – обязательно придерживай грудь рукой.

Сказал тихо, как бы невзначай, походя, но всем, в том числе и Вадиму, стала понятна серьёзность этого замечания. Конечно, швы на ногах быстро заживают, им ничто не мешает. А вот при грудном

которые они глотают утром, в обед и вечером, – это её изобретение. Есть такая категория людей, которые указывают всем на своё особое, божественное предназначение, когда без их чиха и солнца не выглянет из-за тучки, и дождик не случится. К ним относилась и Екатерина Алексеевна, доктор в коротких модных штанишках.

Утром следующего дня она пришла и измерила Вадиму давление, оно оказалось в норме. Продолжая ничего не значащий трёп, стала собирать свой стетоскоп, давая

Анатолий ШАРОВ



понять, что визит окончен. Вадим напомнил вчерашнюю просьбу о выписке.

– Ах, насчёт выписки! – приторно-безразлично пропела она. – Что, домой захотелось?

– Захотелось...
– Ну хорошо. Завтра или послезавтра я постараюсь оформить документы.

Наверняка это было решено на каком-нибудь совете или консилиуме. Вчера или ещё раньше. Ведь в «бумаге», полученной Вадимом при выписке, стояло полдюжины подписей. Но Екатерина Алексеевна преподнесла это так, как будто вот прямо сейчас, «с барского плеча» дарит Вадиму свободу от рутинной больничной жизни.

* * *

Ирина тоже обрадовалась скорому возвращению домой. Когда Вадим заговорил о том, что надо разыскать телефон (он видел в гостиничном справочнике) и заказать такси до Курского вокзала, жена решительно возразила:

– С ума сошёл?! Какой вокзал, забудь про электричку! Поедем на том же «Шевроле» и с тем же таксистом, что привёз нас сюда три недели назад.

...Спустя два месяца Вадим Николаевич вышел на работу. На стройке, которая без него поднялась на два этажа, его встретили словно дорогого гостя, лучше, чем родственника. Расспрашивали, показывая на левую сторону груди, как «мотор», «успокоилось» ли от скачков давление. Николай Захаров пожелал, чтобы всегда поднималось не давление, а что-то другое... например, настроение.

В вагончик забежала Люда Воронова и, прочувствованно обняв начальство, поинтересовалась:


– Ну как ваше сердце, Вадим Николаевич?

– Ты знаешь, Людмила, я сейчас и не знаю, где оно у меня. Справа или слева.

Вадим засмеялся и поспешил на площадку, где КамАЗ с кирпичом разворачивался под разгрузку. Подойдя к большегрузу, он почему-то с интересом и вниманием прислушался к работающему мотору. «Сердце» дизеля стучало в унисон с «мотором» Вадима...

Владимир.

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: В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛИШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.

Дежурный член редколлегия – А.ИВАНОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: ул.Гиляровского, д. 68, 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 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-11-00296 Тираж 23 976 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

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