



Scientia potentia est. Знание — сила.

ALMA MATER

№ 1 (176)
29 января 2020 г.

Газета ученого совета Института повышения квалификации
специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.

Быть счастливым счастьем
других — вот настоящее счастье
и земной идеал жизни всякого,
кто избирает врачебную профессию.

Н. И. Пирогов

• ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. ЗАДАЧИ. ПРОБЛЕМЫ. МНЕНИЯ •

О задачах, которые стоят и будут решаться в 2020 году в сфере здравоохранения

Из Послания президента Федеральному собранию 15 января 2020 г.

Уважаемые коллеги! В прошлом году впервые в истории ожидаемая продолжительность жизни в России превысила 73 года — на восемь лет больше, чем в 2000 году. Это результат социальных, экономических изменений в стране, развития массового спорта, продвижения ценностей здорового образа жизни. И, конечно, значимый вклад здесь принадлежит всей системе здравоохранения, в особенности программам специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи, а также охране материнства и детства, материнского и детского здоровья. Уровень младенческой смертности в России достиг исторического минимума. Этот показатель у нас лучше, чем даже в ряде европейских стран. Прекрасно осведомлён о том, что общество во многих развитых государствах весьма критически оценивает состояние своих национальных систем здравоохранения, но и вы тоже многие об этом знаете. Вообще, почти в каждой стране, не почти, в каждой стране граждане критикуют свою систему здравоохранения, как бы она ни смотрелась отсюда, от нас, хорошо выстроенной. Тем не менее то, что нам удалось сделать в сфере здравоохранения, показывает, что если мы ставим перед собой определённые цели, то

способны добиваться результатов. Однако, повторю, о здравоохранении люди судят, конечно же, не по цифрам и не по показателям. Человека, который вынужден ехать за десятки километров в поликлинику, тратить целый день в очереди или неделями ждать приёма у узкого специалиста, мало интересует, насколько выросла средняя продолжительность жизни в стране. Он думает о своей жизни, это понятно, о своём здоровье, о том, как безо всяких препятствий получить качественную и своевременную медицинскую помощь. Поэтому сейчас нам нужно сконцентрировать усилия на первичном звене здравоохранения, с которым соприкасается каждый человек и каждая семья. Именно здесь у нас больше всего сложных, чувствительных для людей проблем. В этом году мы должны в полном объёме, как и предусмотрено в профильном национальном проекте, завершить развёртывание сети фельдшерско-акушерских пунктов. Но это не значит, что все проблемы с ФАПами решены. Хочу подчеркнуть: смысл их работы не в том, чтобы выписывать справки, направления и с ходу спроваживать людей в райцентры. У специалистов на местах должна быть возможность оказывать реальную помощь людям, использовать совре-

менное оборудование и скоростной Интернет. Я прошу Общероссийский народный фронт взять под контроль ход оснащения, строительства и ремонта ФАПов. Также с 1 июля будет запущена программа модернизации первичного звена здравоохранения. Предстоит отремонтировать и оборудовать новой техникой поликлиники, районные больницы, станции скорой помощи во всех регионах страны. На решение этих задач мы дополнительно выделили 550 миллиардов рублей, более 90 процентов — это федеральные ресурсы. В свою очередь прошу субъекты Федерации найти резервы и вплотную заняться решением жилищных проблем врачей и фельдшеров, особенно в сёлах, посёлках, малых городах, использовать для этого все механизмы, в том числе служебное жильё, поддержку индивидуального жилищного строительства. Вопрос подготовки, привлечения кадров — ключевой для здравоохранения. К 2024 году все его уровни должны быть обеспечены специалистами и в приоритетном порядке первичное звено. В этой связи предлагаю в новом учебном году существенно изменить порядок приёма в вузы по медицинским специальностям. По специальности «Лечебное дело» 70 процентов бюджетных мест станут целевыми, по специальности «Педиатрия» — 75 процентов. Квоты на целевой приём будут формироваться по заявкам регионов Российской Федерации. Но они в свою очередь должны предоставить гарантию трудоустройства будущим выпускникам, чтобы специалисты приходили на работу именно туда, где их помощи ждут люди. Что касается ординатуры, предлагаю по самым дефицитным направлениям установить почти стопроцентное целевое обучение. Причём при поступлении преимущество будут иметь врачи со стажем работы в первичном звене, особенно на селе. Естественно, что целевое обучение надо предусмотреть и для федеральных медицинских центров. И наконец, как мы и договаривались, с этого года начнёт поэтапно внедряться новая система оплаты труда в здравоохранении, основанная на прозрачных, справедливых и понятных правилах, с установлением фиксированной доли окладов в заработной плате и единым для всей страны перечнем компенсационных выплат и стимулирующих надбавок. Понимаю, что реализация всех заявленных



(Окончание на с. 2)

(Окончание. Начало на с. 1)
целей требует значительных ресурсов. Если вы сейчас вернётесь к тому, с чего я начал, по каждому пункту это большие деньги. В этой связи прошу Правительство ещё раз вернуться к определению приоритетов нашего развития при сохранении бюджетной устойчивости. Это наше преимущество, которого мы достигли за последние годы, и ни в коем случае его нельзя потерять. Знаю, что в прошлом году в ряде регионов были перебои с поставками лекарств, потому что закупки оказались фактически сорванными, и некоторые

чиновники позволяли себе рассуждать так, будто речь шла о закупке канцтоваров: не беда, объявим новые конкурсы. А люди-то оставались без крайне важных, подчас жизненно необходимых лекарств. Обращаю внимание: такие ситуации не должны больше никогда повторяться. В текущем году должен заработать единый сквозной регистр получателей препаратов, которые предоставляются человеку бесплатно или с большой скидкой по федеральной или региональной льготе, чтобы путаницы здесь больше не было. Также уже приняты законодательные решения, которые

позволят официально и централизованно ввозить в Россию отдельные специальные препараты, которые пока не имеют официального разрешения. Я прошу Правительство в кратчайшие сроки так отладить эту работу, чтобы люди, особенно родители больных детей, больше не оказывались в безвыходной ситуации, когда нужные лекарства невозможно легально достать.

Существенно изменится и контроль качества лекарственных препаратов. Он будет усилен не только на фармпредприятиях, но и на всех этапах обращения лекарств, в том числе в аптечных сетях.

www.tass.ru

Фото: www.clovodel.com

Основные направления, которые обозначил президент:

- Обеспечить своевременную медпомощь: завершить создание сети ФАПов, уделить приоритетное внимание первичному звену.
- Решить жилищные проблемы врачей по регионам в срочном порядке.
- Обеспечить к 2024 году специалистами все уровни здравоохранения – в приоритете первичное звено.
- Увеличить бюджетные места в вузах (75 % педиатрия целевая, 70 % лечебники целевые).
- Обеспечить целевой прием студентов по заявкам субъектов.
- Сделать ординатуру целевой почти на 100 % – по дефицитным направлениям.
- Поручить ОНФ взять под контроль оснащение поликлиник и станций скорой медпомощи, мониторить ФАПы.
- По вопросу оплаты труда врачей сформировать единую структуру, единый перечень компенсаций.
- Исключить ситуации с перебоями поставок лекарств, сорванными закупками.
- Сделать на 100 % работающим регистр получателей препаратов.
- Обеспечить контроль качества препаратов, в том числе в аптечных сетях.

«В больницах по 20 водителей, а не врачей» Главные проблемы в здравоохранении обсудили на Гайдаровском форуме – 2020

В Москве прошел Гайдаровский форум – 2020 «Россия и мир: вызовы нового десятилетия». На экспертной дискуссии «Глобальные тренды здравоохранения» были обсуждены ключевые факторы успеха внедрения лучших практик в сфере здравоохранения. Спикеры проанализировали возможные форматы взаимодействия государства и бизнеса для реализации лучших практик и балансирования бюджета здравоохранения.

Главной проблемой был назван недостаток финансирования, которое необходимо для покрытия всех статей расходов при реализации трехступенчатой программы. Представители ведомств и главы регионов предложили свои варианты решения проблемы и поделились конкретными цифрами.

Наталья Фролова, заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ, признала, что объемов бюджета для решения всех задач системы здравоохранения мало и нужны колоссальные вливания.

«Сейчас 5 % тяжелобольных пациентов потребляют до 50 % бюджета. Конечно, сегодняшнюю систему надо менять. Мы должны прийти к конструкции, когда бюджет на одного человека будет меньше, но сам выделяемый бюджет будет больше. В совокупности

за 2019 год за счет всех источников финансирования получено 4,2 трлн рублей, это в 2,7 раза больше, чем в 2010 году, но от ВВП около 3 процентов всего», – рассказала она.

Расходы в системе ОМС лишь растут – в период с 2010-го по 2020 год они повысились с 500 млрд до 2,4 трлн рублей. Средства направляются на отстраивание основных фондов, которые сегодня имеют износ 52,7 %. Несмотря на большие вливания, ситуация с ними решилась лишь частично, и, по словам замминистра, она не сильно отличается от той, которая была в 2011–2012 годах. Минздрав вливает средства в инфраструктуру, создает в рамках первичного звена ФАПы, проводит закупку передвижных комплексов с целью приблизить медпомощь к пациенту в тех регионах, где она не была обеспечена.

«Также проводим инвентаризацию основных фондов, чтобы решить задачи первичного звена, с которыми сталкивается каждый день население. В наших планах к 1 июля 2020 года утвердить право модернизации первичного звена. На это отводится 500 млрд рублей, но затраты явно будут выше. Ждем, какую сумму заявят регионы», – сообщила Наталья Фролова.

Потребность в увеличении финансирования системы ОМС также велика из-за обслуживания высокотехнологического дорогостоящего оборудования для операций.

«Мы повышаем заработную плату, реализуя дорожную карту, до 200 % от среднерегиональной, до 100 по среднему персоналу. В структуре тарифа расходы на оплату труда достигли 70 %. Без вливаний невозможно будет покрыть другие среды затрат», – рассказала замминистра.

• ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. ЗАДАЧИ. ПРОБЛЕМЫ. МНЕНИЯ •

В такой ситуации важно правильное распределение не только средств, но и человеческих ресурсов.

Максим Решетников, губернатор Пермского края (с 21.01.20 – министр экономического развития) в ходе обсуждения предложил применять систему микроменеджмента и микроуправления для эффективного использования имеющегося финансирования и ресурсов. Начать, по его мнению, стоит с кадрового вопроса. Например, проанализировать долю всех типов работы врачей, количество посещений поликлиник в целом и тех, которые нужны для выписки справок. Процесс выписки отдать фельдшерам и освободить врачей. Эффективность работы при таком подходе явно вырастет.

«Новая поликлиника в Перми при таком решении провела на 16 % больше приемов при той же численности пациентов. Следующий шаг – это работа со штатным расписанием. Мы вскрыли штатное расписание одной из районных больниц, там 20 водителей и 15

бухгалтеров. Деньги до врачей не доходят. Это ресурс для повышения заработной платы. А укрупнение юридических лиц и централизация функций кадрового учета позволят повысить управляемость этой системы», – рассказал губернатор.

Для решения вопроса с дефицитом кадров нужно создавать высокотехнологичные центры, и не только в мегаполисах, но и в регионах.

«В Москве они есть, но Москва не может справиться. Может быть, нужно создать условия для реабилитации и лечения, чтобы высокотехнологическая помощь была размещена по стране? Это поднимет рост кадров, создаст повышение квалификации за счет работы с современным высокотехнологичным оборудованием и будет играть на повышение статуса самой профессии в регионе», – сказал он.

Корень же проблемы, по мнению финансистов, кроется в отсутствии внебюджетных источников средств и финансовой модели их привлечения. К пересмотру модели финансирования здравоохранения призвала и заместитель председателя Счетной палаты РФ **Галина Изотова**.

«У нас во всех моделях, которые предполагаются на федеральном уровне, везде звучат внебюджетные источники. Коллеги, какая-нибудь финансовая модель для привлечения, прихода этих средств, она существует? Нет. А модель управления существует? Нет. А давайте мы открыто скажем друг другу, обществу, что те программы

госгарантий, которые в стране существуют, включая региональные, требуют серьезнейшей сбалансированности, они требуют пересмотра. Мы ведь заявляем высокие позиции, высокие цели. А как это можно реализовать? Мы сейчас считаем, что можно подумать об администрировании этой темы на федеральном уровне», – отметила она.

Есть вопросы и к администрированию на федеральном уровне.

«Больше 50 % – это средства ФОМСа, а где мера ответственности? У нас же нет ни одного показателя по этим деньгам фонда. Вот программно-целевой подход. Мы сегодня не контролеры, половину времени своего трагитим на стратегический аудит, мы партнеры правительства», – рассказала Галина Изотова.

В ходе обсуждения было подчеркнуто, что здравоохранение должно работать не на процесс, а на результат. Для этого повышается финансирование на диспансеризацию онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, внедряется институт страховых представителей.

«Их сейчас во всех субъектах РФ более 14 тысяч, которые направлены на конкретную работу. Изменены правила ОМС, где прописан пошаговый регламент действий медицинских организаций со страховыми: каким образом информируется о прохождении диспансеризации, контроль за оказанием медпомощи. Более 30 % частных медорганизаций, участвующих в программе госгарантий, работают в субъектах ОМС», – заявила **Наталья Стадченко**, председатель Фонда обязательного медицинского страхования.

www.fedpress.ru

Фото: www.finance.rambler.ru



Перспективы реализации регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в Хабаровском крае

За последние почти тридцать лет отечественное здравоохранение претерпело ряд попыток модернизации отрасли. Основу их составили некоторые институциональные преобразования, призванные реформировать отрасль путем изменения модели ее развития, улучшить качество медицинской помощи населению, а также повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения на основе перехода от административно-командной к страховой (рыночной) системе хозяйствования.

Модернизация здравоохранения в условиях Дальнего Востока России в части формирования конкурентной региональной модели системы обязательного медицинского страхования имеет существенные ограничения. К ним можно отнести: невысокий социально-экономический рейтинг регионов, отрицательные медико-демографические тенденции, низкую плотность населения, разобщенность и отдаленность населенных пунктов, слабую транспортную связь и др. Особенно остро стоит проблема шаговой доступности первичной медицинской помощи, прежде всего – в малых населенных пунктах, где живет от 100 до 300 человек.

В этих условиях необходимы дополнительные государственные

инвестиции в отрасль. Инструментом опережающего развития не только регионов в целом, но и здравоохранения, могут стать федеральные целевые программы. Для здравоохранения Дальнего Востока жизненно важным является наличие общей стратегии и стратегического плана развития региона, определяющего зоны роста или территории опережающего социально-экономического развития, характер медико-демографических и миграционных процессов в регионе, состояние здоровья населения, состояние сети медицинских организаций, их ресурсное и технологическое обеспечение, эффективность менеджмента на всех уровнях управления.

В 2013 году развитие Дальнего Востока объявлено национальным приоритетом России на весь XXI век. Цель новой государственной политики – создание на Дальнем Востоке глобальных конкурентоспособных условий инвестирования и ведения бизнеса. Для достижения данной цели уже разработаны и запущены такие механизмы, как территории опережающего развития, адресная инфраструктурная поддержка инвесторов, программа «Дальневосточный гектар» и др. Для Дальнего Востока сформирована единая система специальных институтов развития, призванная помогать частным инвесторам эффективно работать в сложных условиях макрорегиона.

На IV Восточном экономическом форуме (11–13 сентября 2018 года) Президент Российской Федерации В.В. Путин выступил со стратегической инициативой о необходимости разработки Национальной программы по развитию Дальнего Востока, которая должна определить государственную политику Дальневосточного макрорегиона до 2025 года и на перспективу до 2035 года.

В качестве цели в области социального развития в рамках Национальной программы развития Дальнего Востока предлагается следующая формулировка: «Рост численности населения в регионах Дальнего Востока на основе повышения качества жизни дальневосточников и реализации специальных мер государственной поддержки демографического развития Дальнего Востока». Предполагается обеспечение темпов экономического роста, превышающих в полтора раза среднее значение по стране, повышение качества жизни дальневосточников до уровня выше среднероссийского, а также остановку миграционного оттока населения.

По направлению «Здравоохранение» к основным проблемам отнесены неудовлетворительное состояние материально-технической базы медицинских учреждений, особенно в сельской местности и на удаленных территориях, а также низкий уровень кадрового обеспечения отрасли. Так, по материалам проекта Национальной программы развития Дальнего Востока на период до 2025 года и на перспективу до 2035 года 870 фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий расположены в приспособленных помещениях (Амурская обл. – 212; Еврейская автономная область – 48; Забайкальский край – 140; Камчатский край – 8; Магаданская область – 7; Приморский край – 179; Республика Бурятия – 41; Республика Саха (Я) – 128; Сахалинская область – 41; Хабаровский край – 58; Чукотский автономный округ – 8), а средний износ медицинского оборудования составляет 75 %.

Всё это неизбежно снижает доступность и качество медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельской местности. Соответственно, основная задача в сфере здравоохранения – добиться, чтобы в каждом населенном пункте Дальнего Востока человек мог получать квалифицированную доступную первичную медицинскую помощь. Это предполагает не только восстановление фельдшерско-акушерских пунктов и закупку оборудования, но и обеспечение кадрами. Планируется, что ФАП будет обязателен в каждом населенном пункте, где живет от 100 до 300 человек, если его удаленность от ближайшего медучреждения более 6 км. Для обеспечения предельных сроков ожидания медпомощи разных видов в здравоохранении России создана геoinформационная система, которая позволяет рассчитывать для каждого населенного пункта риски недостижения предельных сроков ожидания.

В этой связи в срок до 2025 года будет построен и введен в эксплуатацию 891 фельдшерско-акушерский пункт и врачебная амбулатория (Амурская обл. – 211; Еврейская автономная область – 83; Забайкальский край – 48; Камчатский край – 137; Магаданская область – 8; Приморский край – 7; Республика Бурятия – 164; Республика Саха (Я) – 126; Сахалинская область – 41; Хабаровский край – 58; Чукотский автономный округ – 8).

Кроме того, планируется приобретение 12 714 единиц медицинского оборудования, будет также закуплено 1130 единиц машин скорой медицинской помощи, осуществлены строительство и реконструкция 75 посадочных площадок для санавиации.

В каждом населенном пункте Дальнего Востока будет обеспечена доступность первичной медико-санитарной помощи, в т.ч. в местах традиционного проживания и традиционной хозяйственной деятельности коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока России. При этом сроки ожидания консультаций врачей-специалистов, диагностических инструментальных и лабораторных исследований в государственных медицинских организациях на Дальнем Востоке не будут

превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента. Во всех удаленных населенных пунктах на Дальнем Востоке будет обеспечена авиационная доступность и доступ к высокоскоростному Интернету, на его основе – доступ к услугам телемедицины и дистанционному образованию.

Дополнительным стимулом для развития здравоохранения Дальнего Востока явился Указ Президента от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

Нацпроект «Здравоохранение», разработанный Минздравом России, предусматривает восемь направлений развития здравоохранения, включая совершенствование оказания первичной медико-санитарной помощи, помощи при сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях, развитие медицинской помощи детям, подготовку специалистов-медиков, цифровизацию здравоохранения, развитие национальных медицинских центров и медицинского туризма.

Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» ставит задачу: «Завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения с использованием в сфере здравоохранения геoinформационной системы с учетом необходимости строительства врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов в населенных пунктах с численностью населения от 100 до 2 тысяч человек, а также с учетом использования мобильных медицинских комплексов в населенных пунктах с численностью менее 100 человек».

В Хабаровском крае примут участие в региональном проекте модернизации первичного звена здравоохранения 66 медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения края. Для этого уже изучено размещение учреждений, на базе которых оказывается первичная медико-санитарная помощь, установлена их привязка к населенным пунктам, определена численность прикрепленного населения. Сделана оценка транспортной инфраструктуры и коммуникаций. Были также детально проанализированы данные о техническом состоянии зданий учреждений первичного звена, потребности в их реконструкции и капитальном ремонте, обеспеченность автомобильным транспортом, медоборудованием и др.

Целью регионального проекта в Хабаровском крае стало обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год; оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу; формирование системы защиты прав пациентов.

Для повышения доступности медицинской помощи в крае к концу 2020 года будут выполнены работы по строительству/реконструкции вертолетной посадочной площадки при КГБУЗ «Городская больница № 2» министерства здравоохранения Хабаровского края в г. Комсомольске-на-Амуре. К концу 2021 года будут приобретены и запущены в эксплуатацию 8 передвижных медицинских комплексов, разработаны и утверждены планы-графики работы передвижных медицинских комплексов, в том числе в населенных пунктах до 100 человек. В эти же сроки в Хабаровском крае будет создана региональная система диспетчеризации скорой медицинской помощи. Новая система диспетчеризации позволит автоматизировать процессы приема и распределения вызовов скорой медицинской помощи.

Здесь же ставится задача: «Оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу». Во исполнение данной задачи в здравоохранении Хабаровского края уже началась работа по внедрению новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, на основе lean-технологий или «Бережливого производства».

Осуществление проекта предусматривает формирование открытой и вежливой регистратуры, оптимальной логистики, распределение потоков здорового и больного населения, организацию и оптимизацию

• ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. ЗАДАЧИ. ПРОБЛЕМЫ. МНЕНИЯ •

диспансеризации и профилактических осмотров, распределение нагрузки на персонал, оптимизацию рабочих мест, совершенствование документооборота, сокращение времени пребывания и ожидания пациентов в поликлинике.

Планируется, что в создании и тиражировании Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, к концу 2024 года будет участвовать не менее 62 % медицинских организаций, оказывающих данный вид помощи.

В Институте повышения квалификации специалистов здравоохранения для реализации данного направления уже разработана и будет использоваться в учебном процессе в текущем году обучающая программа «Внедрение бережливого производства в деятельность медицинской организации», а также подготовлено учебное пособие. Базой практического обучения станет КГБУЗ «Поликлиника № 7» министерства здравоохранения Хабаровского края.

В целях обеспечения охвата всех граждан профилактическими осмотрами не реже одного раза в год планируется осуществить меры по совершенствованию нормативной базы в части уточнения порядка проведения профилактического осмотра, предварительных и периодических

медицинских осмотров, по развитию профилактической инфраструктуры, а также организация профосмотров в поликлиниках с минимальными для пациента временными затратами. Планируется, что к концу 2024 года профилактическими медицинскими осмотрами в Хабаровском крае будет охвачено не менее 0,921 млн человек.

Планируемые мероприятия позволят в Хабаровском крае к концу 2024 года увеличить число граждан, прошедших профилактические осмотры, до 70 %; долю записей к врачу, совершенных гражданами без очного обращения в регистратуру медицинской организации, до 63 %; долю обоснованных жалоб (от общего количества поступивших жалоб), урегулированных в досудебном порядке страховыми медицинскими организациями, до 78,2 %; долю лиц, госпитализированных по экстренным показаниям в течение первых суток от общего числа больных, к которым совершены вылеты, до 90 % и др.

В.Н. Кораблев,
заведующий кафедрой ОЗУМП ИПКСЗ,
профессор

• ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ. НОВОСТИ. СОБЫТИЯ. ФАКТЫ •

Более 130 объектов здравоохранения построят в Хабаровском крае

В Хабаровском крае разработали программу модернизации первичного звена здравоохранения. В течение ближайших пяти лет в регионе собираются построить 133 медицинских объекта. Среди них 19 амбулаторий и 89 ФАПов.

По данным пресс-службы краевого правительства, общие расходы на строительство оцениваются в 22 млрд рублей. Из них 3 млрд будет направлено на капитальный ремонт 139 учреждений здравоохранения. Программа модернизации предусматривает переоснащение 64 медорганизаций новой аппаратурой.

На закупку более 3,7 тысячи единиц оборудования потратят дополнительно 5,5 млрд рублей, еще один миллиард потребуется на новый

автотранспорт для медиков. Кроме того, средства запланированы на повышение оплаты труда медработников, в 2020 году оно составит 4 %.

Всего на реализацию программы модернизации здравоохранения в 2020 году Хабаровскому краю потребуется около 30 млрд рублей. Проект программы уже передан на согласование в федеральное министерство здравоохранения.

www.eastrussia.ru



Операцию самому возрастному пациенту провели в хабаровском кардиоцентре

В Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии в Хабаровске провели операцию по имплантированию искусственного клапана сердца через бедренную артерию. Как сообщает ИА «Хабаровский край сегодня», операцию без разреза грудной клетки провели самому возрастному пациенту в истории кардиоцентра – 91-летней женщине. Раньше самому старшему пациенту было 88 лет.

«Замена клапана происходит под рентгеновским контролем через



прокол бедренной артерии, без остановки сердца. Транскатетерная имплантация аортального клапана – это оптимальный вид хирургического лечения возрастных пациентов с аортальным стенозом с высоким риском летальности при традиционной хи-

рургической коррекции порока», – рассказал заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Константин Поляков.

Как объясняют специалисты центра, такое протезирование – основной метод лечения аортального стеноза, при котором просвет клапана частично сужается, отчего затрудняется отток крови из левого желудочка сердца в аорту (что снабжает кровью весь организм). Среди симптомов заболевания выделяется одышка, повышенная утомляемость, а также боли в груди при физической активности. Самое серьезное осложнение – внезапная сердечная смерть.

Раньше для проведения такой операции по анатомическим критериям проходили не все пациенты, но всё изменилось с появлением устройств меньшего диаметра. Пока пациентов более старшего возраста в очереди на такую операцию нет. «В год мы выполняем более 20 операций, но потребность намного выше – в среднем 200–250», – сообщил К. Поляков.

Что же касается пациентки-рекордсменки, чувствует она себя хорошо. К слову, процесс ее восстановления после операции занял примерно 5–7 дней, но врачи подчеркивают – всё индивидуально.

www.todaykhv.ru

Запланировано строительство инфекционного корпуса детской больницы им. А.К. Пиотровича

Председатель Правительства РФ подписал распоряжение о распределении федеральных субсидий на строительство объектов здравоохранения в регионах. Хабаровскому краю выделено около 840 млн рублей на строительство инфекционного корпуса детской больницы имени А.К. Пиотровича в Хабаровске.

Средства регион получит в два этапа – по 420 млн рублей в 2020 и 2021 годах. Еще около 160 млн рублей будет выделено из краевого бюджета. Ввести объект на 130 коек планируется в 2021 году. Новый корпус оснастят современным оборудованием. Появится больше возможностей для раздельного лечения пациентов с легкими и более сложными инфекционными заболеваниями.

Как сообщили в региональном минстрое, проект прошел государственную экспертизу и готов к реализации.

Напомним, что в этом году в перечень проектов для краевого финансирования включено строительство 6 объектов здравоохранения. Продолжится строительство палатного корпуса противотуберкулезного диспансера в Хабаровске, а также лечебного корпуса центральной районной больницы Николаевска-на-Амуре. Помимо инфекционного корпуса детской больницы имени Пиотровича, начнется строительство ФАПа в селе Средний Ургал, вертолетной площадки городской больницы № 2 в Комсомольске-на-Амуре, детской поликлиники в Прибрежном микрорайоне Хабаровска.

Кроме того, будут объявлены конкурсы на проектирование 10 ФАПов и 7 амбулаторий, стационарного комплекса с отделением скорой медицинской помощи районной больницы в Советской Гавани.

www.khabkrai.ru

• ИММУНИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ •

Минздрав сформулировал Стратегию развития иммунопрофилактики до 2035 года

Официальная медицина по-прежнему борется с мифотворчеством о том, что прививки делать нельзя. Рост числа не привитых людей в стране ведет к эпидемическому возврату болезней, и последствия этого мы наблюдаем уже сейчас. Подробнее об этом рассказал заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой на экспертной дискуссии «Иммунопрофилактика: перспективы развития – 2035», которая состоялась в январе 2020 года в рамках Гайдаровского форума 2020.



Проект распоряжения, утверждающего Стратегию развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года, внесен в Правительство РФ 27 декабря 2019 года, рассказал на Гайдаровском форуме 2020 замминистра здравоохранения Сергей Краевой. Он также впервые анонсировал включение в Национальный календарь профилактических прививок (НКПП) вакцины от ВПЧ.

Президент РФ Владимир Путин в июле 2019 года поручил Правительству разработать и утвердить стратегию до 1 декабря того же года. Задачами стратегии должно стать удовлетворение к 2025 году потребностей населения в иммунобиологических препаратах, а также организация на отечественных предприятиях полного цикла производства вакцин из НКПП и календаря по эпидпоказателям. С. Краевой предположил, что стратегия может быть принята в первом квартале 2020 года, и рассказал о планах по расширению НКПП.

«Нам необходимо продолжать прививать гражданам приверженность к иммунопрофилактике, объяснять, почему необходимо вовремя проходить вакцинацию. Вопросы информирования и повышения приверженности населения к вакцинопрофилактике не утрачивают актуальности даже на фоне достижений медицинской науки. Благодаря прививкам заболевание гепатитом В за последние годы снизилось почти в 13 раз, а заболевание краснухой – в десять тысяч раз.

В России предусмотрена обязательная вакцинация от 28 видов инфекций. Наблюдается снижение инфекционных заболеваний, но это не должно успокаивать. Порой говорят, что прививки можно не делать – это неправильно. В Европе рост числа инфекционных заболеваний на фоне массового миграционного потока происходит параллельно с активизацией антивакцинального лобби. Поэтому одна из важнейших задач будущей стратегии – убедить наших граждан в важности вакцинации», – сообщил замминистра.

В 2019 году от пневмококковой инфекции стали вакцинировать лиц старше трудоспособного возраста, проживающих в организациях соцобслуживания. В 2021 году станет обязательной для всех детей вакцина от гемофильной инфекции (сейчас прививаются только пациенты группы риска). В дальнейшем НКПП будет расширяться по мере налаживания фармацевтическими компаниями производства вакцин в России. «Мы надеемся, что в 2022 году это будет вакцина для профилактики ротавирусной инфекции, 2023 год – вакцина для профилактики ветряной оспы, 2024 год – профилактика вируса папилломы человека, 2025 год – профилактика четырехвалентной менингококковой инфекции», – сказал замминистра. В ноябре 2019 года министр здравоохранения Вероника Скворцова говорила только о двух вакцинах – от ротавирусной инфекции и ветряной оспы, которые могут быть добавлены в НКПП в 2023 году.

Экспертный совет по здравоохранению Совета Федерации в мае 2019 года рекомендовал Минздраву включить в Национальный календарь иммунизации вакциной от ВПЧ мальчиков и девочек в возрасте 12–13 лет. Если этого не сделать, к 2030 году заболеваемость раком шейки матки может увеличиться в два раза по сравнению с 2019 годом и составить 295 тысяч случаев, говорил директор НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова Алексей Беляев.

Минздрав, по словам С. Краевого, продолжит заключать долгосрочные – двух-, трехлетние – контракты на поставку вакцин. В 2019 году Минздрав впервые заключил долгосрочные контракты на общую сумму 9,8 млрд рублей. «Фармимэкс» в течение 2019–2020 годов предстоит поставлять пентавакцину (для профилактики дифтерии и столбняка, коклюша, полиомиелита и гемофильной инфекции) и вакцину от полиомиелита.

www.vademec.ru

Фото: www.clovodel.com

Вакцинация: за и против

Что было бы с человечеством, если бы вакцины для профилактики инфекционных заболеваний не применяли? Население Земли катастрофически бы уменьшалось из-за распространения вирусов и бактерий. Глобальных эпидемий сегодня удастся избежать благодаря многолетней программе иммунизации, проводимой во всех странах – участницах ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения). Но в последние годы тема профилактических прививок обросла множеством предубеждений.



Эффективность вакцинации во всем мире общепризнана. Нет ни одной другой программы в области здравоохранения, которая дала бы столь впечатляющие результаты. Практически в течение жизни одного поколения были ликвидированы или сведены к минимуму более десятка тяжелых инфекций. За последние 10 лет достигнуты значительные успехи в области

разработки и внедрения новых вакцин и расширения охвата программами иммунизации. Всё больше людей проходят вакцинацию, расширяется применение вакцин в старших возрастных группах. Вакцины против гепатита В, гемофильной и пневмококковой инфекций стали неотъемлемой частью национальных программ во многих странах мира, в том числе в России.

Национальный календарь профилактических прививок (НКПП) включает вакцинацию от 12 инфекций

Категории и возраст граждан, подлежащих обязательной вакцинации	Наименование профилактической прививки
Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В
Новорожденные на 3–7-й день жизни	Вакцинация против туберкулеза
1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В
2 месяца	Третья вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска)
	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции
3 месяца	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Первая вакцинация против полиомиелита
	Первая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)
4,5 месяца	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Вторая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)
	Вторая вакцинация против полиомиелита
	Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции
6 месяцев	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Третья вакцинация против вирусного гепатита В
	Третья вакцинация против полиомиелита
	Третья вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)
12 месяцев	Вакцинация против кори, эпидемического паротита, краснухи
	Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска)
15 месяцев	Ревакцинация против пневмококковой инфекции
18 месяцев	Первая ревакцинация против полиомиелита
	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Ревакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)

• ИММУНИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ •

20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита
6 лет	Ревакцинация против кори, эпидемического паротита, краснухи
6–7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка
	Ревакцинация против туберкулеза
14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка
	Третья ревакцинация против полиомиелита
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка – каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В
Дети от 1 года до 18 лет, женщины от 18 до 25 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно против краснухи, не имеющие сведений о прививках против краснухи	Вакцинация против краснухи
Дети от 1 года до 18 лет (включительно) и взрослые в возрасте до 35 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори. Взрослые от 36 до 56 лет, относящиеся к группе риска (работники медицинских и образовательных организаций, торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы, лица, работающие вахтовым методом, сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска границ РФ, привитые однократно, не болевшие и не привитые, не имеющие сведений о прививках против кори)	Вакцинация против кори
Дети с 6 месяцев; учащиеся 1–11 классов; обучающиеся в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных учреждений, транспорта, коммунальной сферы и др.); беременные женщины, взрослые старше 60 лет; лица, подлежащие призыву на военную службу; лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями лёгких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями и ожирением	Вакцинация против гриппа

На сегодня прививки перестали считать «серьезным иммунологическим вмешательством» не только у здоровых детей, но и у больных хроническими заболеваниями, имеющих такое же право на защиту от управляемых инфекций, которые представляют для них реальную опасность.

Закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» обеспечивает:

- бесплатное проведение прививок и медицинский осмотр в рамках Национального календаря и Календаря по эпидемиологическим показаниям в системах государственного и муниципального здравоохранения;

- разработку федеральных и региональных программ вакцинопрофилактики;

- использование эффективных и безопасных вакцин;

- получение от медработника полной и объективной информации о необходимости прививок, последствиях отказа от них и возможных осложнениях и реакциях;

- социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений;
- возможность отказаться от прививок.

Да, на сегодня законом «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» определено, что родитель или опекун ребенка вправе отказаться от проведения профилактических прививок ребенку. Но необходимо помнить, что, имея такое право, этот человек нарушает право ребенка на жизнь и здоровье, принятое Всемирной медицинской ассоциацией. В случае отказа граждан от профилактических прививок закон предусматривает применение определенных ограничений:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых требует проведения конкретных профилактических прививок;

- временный отказ в приеме в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

- отказ в допуске к работам, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями;

- возможность вмешательства без согласия граждан при проведении противозидемических мероприятий в соответствии с законодательством.

Хотелось бы обратить внимание на то, что антипрививочная пропаганда, которой занимается небольшая группа людей, основана порой на непомерных преувеличениях и рассчитана на отсутствие профессиональной осведомленности. В ней тотально игнорируется риск осложнений при заболеваниях непривитых, высказывается мнение, что инфекционные заболевания самоизлечимы. В современном обществе некоторые родители либо не информированы о последствиях, к которым может привести отсутствие специфической защиты от инфекционных заболеваний, либо забыли про них. В представлении этих людей инфекционные заболевания уже не являются проблемой, они отошли в прошлое.

Факты свидетельствуют, что вакцинопрофилактика рассматривается как один из основных методов достижения здоровья любого человека из любой социальной группы, что использование вакцин снижает детскую смертность, увеличивает продолжительность жизни. В последнее время активно разрабатывают и внедряют комбинированные вакцины (тривакцины, тетравакцины, пентавакцины, секставакцины, а также вакцины против семи и более инфекционных агентов).

Безопасность и эффективность вакцинации людей доказана специалистами многих стран, в том числе россиянами. Всегда нужно помнить, что соблюдение всех правил вакцинации как со стороны медицинского работника, так и со стороны родителей – это залог безопасной вакцинации.

*С.М. Колесникова,
зав. кафедрой педиатрии и неонатологии, к.м.н., доцент,
заслуженный врач РФ, главный педиатр Хабаровского края*

Фото: www.okb58.ru

Новое в работе медицинских учреждений с 2020 года



Что поручить заместителю главного врача?

1. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Внутренний контроль – лицензионное требование. За ошибки клиники могут оштрафовать. Санкции за грубые нарушения доходят до 250 тысяч рублей (ст. 14.1, а также 19.20 КоАП).

Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Минздрав установил приказом от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Проверочные листы Росздравнадзора пока не скорректировали с учетом новых правил. По прогнозам контрольного ведомства, это произойдет в первом квартале 2020 года.

2. Участие в системе маркировки лекарств

С 1 января клиники должны вносить в систему маркировки лекарств информацию о лекарственных препаратах для медицинского применения, которые они используют. Участие в системе маркировки планируют сделать лицензионным требованием к клиникам. Если проигнорировать новые правила, медорганизация не сможет работать с лекарствами с маркировкой знаками DataMatrix. Немаркированные остатки лекарств клиники вправе использовать до истечения их срока годности.

3. Перестройку паллиативной медпомощи

В середине 2019 года клиники обязали оказывать паллиативную помощь пациентам с учетом нового Положения. В нем определили показания для этого типа помощи, сроки для услуг, порядок, по которому направляют пациентов на лечение и выдают им лекарства.

4. Новые перечни ЖНВЛП

В Перечне появилось 23 новых препарата (распоряжение Правительства от 12.10.2019 № 2406-р). Из них восемь – противоопухолевые, четыре – от бронхиальной астмы, три – антибиотики и противогрибковые средства, по два – для лечения гепатита С и ревматоидного артрита, по одному – для лечения больных сахарным диабетом, избытка гормона роста, псориаза, шизофрении, а также для проведения магнитно-резонансной томографии.

В перечне ЖНВЛП появились новые лекарства для лечения высокозатратных нозологий, в которых нуждаются пациенты с орфанными заболеваниями. В перечень лекарств для льготников вошли 23 новые позиции, в перечень дорогостоящих – 12. В минимальный ассортимент серьезных поправок не внесли. Один препарат из перечня исключили – Лорноксикам в лекарственной форме лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения.

5. Расширенный список сильнодействующих веществ

С 1 декабря 2019 года в него включили прегабалин, тапентадол, тропикамид (постановление Правительства от 27.05.2019 № 667 «О внесении изменений»). Ранее эти препараты входили в перечень лекарственных средств, которые подлежат предметно-количественному учету. За нарушения при обращении сильнодействующих веществ предусмотрена уголовная ответственность. Обязательно переложите их из деревянных шкафов, храня препараты этой категории в таких местах нельзя.

6. Премии медперсоналу за раннее выявление онкозаболеваний

Премии положены врачам, которые впервые нашли онкоболезни при диспансеризации и профилактических осмотрах. В 2020–2022 годах в бюджеты ТФОМС поступят трансферты для таких выплат.

Порядок, условия предоставления и размер трансфертов установит Правительство (Федеральный закон от 02.12.2019 № 399-ФЗ «О внесении изменений»).

7. Новые правила диспансерного наблюдения

Их установил Минздрав в 2019 году (приказ от 13.03.2019 № 127н). Учитываются новые категории граждан, за которыми нужно установить наблюдение: больные туберкулезом, лица с подозрением на болезнь, находящиеся или находившиеся в контакте с источником туберкулеза и излеченные от него.

Что поручить кадровой службе?

1. Профстандарты

С 2020 года профстандарты необходимо внедрить во всех медорганизациях независимо от формы собственности. Соответствовать профстандартам должны названия должностей и требования к квалификации тех работников, которые получают компенсации, льготы или имеют ограничения (абз. 3 ч. 2 ст. 57 ТК). Обязательны указанные в профстандарте требования к квалификации, если их установил иной нормативный правовой акт (ст. 195.3 ТК). Остальные требования – рекомендательные.

За неправильное оформление трудового договора клиники могут оштрафовать на сумму до 100 тысяч рублей (ч. 4 ст. 5.27 КоАП).

2. Электронные трудовые книжки

В 2020 году клиники начинают передавать сведения о трудовой деятельности в электронном виде в Пенсионный фонд. Понадобится информация о работнике, месте его работы, трудовой функции, переводах на другую постоянную работу, увольнении. В клинике необходимо назначить ответственного за ведение электронных трудовых книжек и обеспечить его электронной подписью.

В течение года клиника будет продолжать вести бумажные трудовые, принимать их у новых сотрудников. Однако до 30 июня придется уведомить персонал о праве выбрать форму трудовой книжки – бумажную или электронную. Принимать заявления кадровики будут до 31 декабря 2020 года включительно. О решении сотрудника также нужно будет сообщить в Пенсионный фонд. Если заявления от работника не будет, в 2021 году кадровая служба по умолчанию сохраняет бумажный вариант трудовой книжки и ведет его.

При увольнении сотрудник получит бумажную электронную книжку, если ее по-прежнему ведут. Если нет, нужно будет оформить сведения о трудовой деятельности за период работы на бумаге или в форме электронного документа.

3. Новый МРОТ

В 2020 году действует МРОТ в размере 12 130 рублей. Это на 850 рублей больше, чем в 2019-м. Размер МРОТ влияет на зарплату и некоторые пособия: больничные, декретные и по уходу за ребенком до полутора лет. Обычно ежегодно повышают не только МРОТ, но и минимальную заработную плату в субъекте. В часть зарплаты не ниже МРОТ не могут входить выплаты за сверхурочную работу, труд в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни (определение Конституционного суда от 11.04.2019 № 17-П).

Что поручить юристу?

1. Паспорт антитеррористической защищенности

В 2020 году этот документ должен быть у клиник, которые расположены в частях зданий, строений и сооружений с отдельными входами и выходами. Ранее паспорт защищенности оформляли только те медорганизации, которые

• ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ •

занимали целые здания или комплексы зданий. Требования к антитеррористической защищенности объектов (территорий), которые относятся к сфере деятельности Минздрава, изменили в 2019 году (утв. постановлением Правительства от 13.01.2017 № 8). Требование касается и частных, и госклиник. Нужен медорганизации паспорт или нет, уточните в местном отделении Росгвардии. Для этого нужно составить письменный запрос.

Прокуратура уже смотрит, есть ли в клинике паспорт защищенности. Если нет, выдает предписание его получить. Обратите внимание: сейчас Госдума рассматривает законопроект о новых штрафах за нарушение требований к антитеррористической защищенности объектов (законопроект № 371897-7). Штрафы для должностных лиц – от 30 тысяч до 50 тысяч рублей либо дисквалификация на срок до 3 лет, для юридических лиц – от 100 тысяч до 500 тысяч рублей.

Минздрав предложил ввести для клиник дополнительные обязанности. Ведомство хочет обязать проверять поступающую на объект почту, контролировать вентиляцию. Медорганизации, в которых в результате теракта пострадавших может быть больше 1000 человек или ущерб боль-

ше 100 миллионов рублей, обяжут устанавливать технические средства обнаружения запрещенных предметов. Проект поправок – на regulation.gov.ru/p/97165.

2. Оплату договоров по Закону о закупках с учетом новых правил

Оплачивать по-новому необходимо договоры, заключенные с субъектами малого и среднего предпринимательства, по Закону № 223-ФЗ. Деньги придется перечислять в течение 15 рабочих дней вместо привычных 30 календарных. Новые правила касаются закупок, о которых объявили с 1 января 2020 года (постановление Правительства от 18.09.2019 № 1205).

В.Н. Кораблев,
заведующий кафедрой ОЗиМП ИПКСЗ, профессор
Источник: журнал «Здравоохранение» № 1, 2020

Фото: www.usu.kz

• ВРАЧЕБНЫЕ ОТКРЫТИЯ МИРОВОГО ЗНАЧЕНИЯ •

Создали новую вакцину

В прошлом году эксперты ВОЗ долго договаривались, какой штамм вируса нужно включать в вакцину нового эпидемического сезона. В итоге сроки вакцинации во всем мире сдвинулись почти на месяц. Но проблем из-за этого не возникло. Российский холдинг, производящий и поставляющий вакцины от гриппа, выполнил свои обязательства перед потребителями и еще представил новую четырехвалентную вакцину от гриппа «Ультрикс Квадри».

Антон Катлинский, создатель российской вакцины от гриппа «Ультрикс Квадри», советник гендиректора компании «Нацимбио», входящей в Госкорпорацию Ростех, д.б.н.:

– Новая вакцина значительно эффективнее прежней. Вакцина предыдущего поколения имела трехвалентную структуру и отражала содержание трех штаммов вируса гриппа. В новой вакцине появился очень важный четвертый штамм группы В, потому что именно по вирусу гриппа В в последние годы возникали проблемы с ростом заболеваемости, особенно весной, когда начиналась вторая волна заболеваемости гриппом. Добавление валентности штамма типа В существенно улучшило качество профилактики такой вакцины. Важно еще и то, что сама по себе структура вакцины (условно относится к вакцине четвертого поколения) не содержит никаких частей вируса, за исключением его нескольких белков, в первую очередь гемагглютинаина. Технология производства новой вакцины абсолютно иная, чем прежде. Если раньше вирус убивали, чуть-чуть чистили и на этой основе создавали цельновирионную вакцину, то теперь достаточно нескольких белков, которые не способны к размножению.

Между собой мы называем эту структуру биороботом, она состоит из нескольких белков, но без генома и без множества других второстепенных для выработки иммунитета элементов вируса. Хотя организм продолжает воспринимать эту конструкцию как настоящий вирус. Вот в чем хитрость вакцины четвертого поколения. Можем с точностью утверждать, что благодаря тем видам штаммов, которые входят в состав вакцины, вероятность заболевания гриппом не велика. Вакцина аналогична зарубежным конкурентам, потому что изначально перед нами ставилась задача соответствовать рекомендациям ВОЗ. Во-первых, требуется определенное содержание антигена. Наша вакцина (одна из немногих в стране) содержит антиген в количестве, рекомендованном ВОЗ, – 15 мкг на 1 штамм вируса гриппа (45 мкг трехвалентная и 60 мкг – четырехвалентная). Во-вторых, ВОЗ рекомендует производить вакцину в условиях GMP – это гарантирует качественное производство, ничем не отличающееся от качества зарубежных аналогов. Соблюдая все эти требования, мы получили конкурентоспособный продукт не только за счет цены, но и качества, сервиса и сроков поставки. В настоящее время вакцина имеет ограничения по возрасту, но не по своим свойствам, потому что при регистрации препарата в соответствии с российским законодательством необходимо пройти несколько этапов исследований. Первый – это клинические исследования, которые проводят на взрослых добровольцах, что естественно. Если первый этап завершается успешно и доказано, что вакцина эффективна и безопасна, дается разрешение на проведение клинических исследований с участием людей старше 60 лет, беременных женщин и детей. Все этапы идут последовательно, проводить одновременно нельзя. В настоящее время первый этап мы прошли, доказали безопасность вакцины для взрослых, теперь проводим клинические исследования для применения у пожилых, после – у детей с 6 до 18 лет и потом – беременных. Это то, чем мы сейчас занимаемся. Пока всё идет хорошо, и мы надеемся, что нашу вакцину можно будет применять и у пожилых, и у беременных, и у детей. Противопоказания к «Ультрикс Квадри» стандартные: наличие температуры, обострение хронических заболеваний. Других противопоказаний нет. Даже людям, склонным к аллергии на куриный белок, можно прививаться, побочных эффектов не будет.

На практике. С начала нового эпидемического сезона весь центральный аппарат Роспотребнадзора, а также Минздрава вместе с министром В.И. Сковрцовой сделали прививку от гриппа новой четырехвалентной отечественной вакциной «Ультрикс Квадри» по собственному желанию. Это, пожалуй, лучшее подтверждение качества и безопасности нового препарата.

www.kiz.ru



Нашли управу на боль

Болезнь Бехтерева (ее еще называют анкилозирующим спондилитом) чаще поражает молодых людей в возрасте от 25 до 35 лет. Болезнь тяжелая. Мучают длительные боли в позвоночнике и суставах, со временем теряется трудоспособность, и качество жизни резко ухудшается. Коллективом РНИМУ им. Н. И. Пирогова разработан новый препарат, который не только облегчает системную воспалительную реакцию, но и устраняет первопричину заболевания на длительный срок.

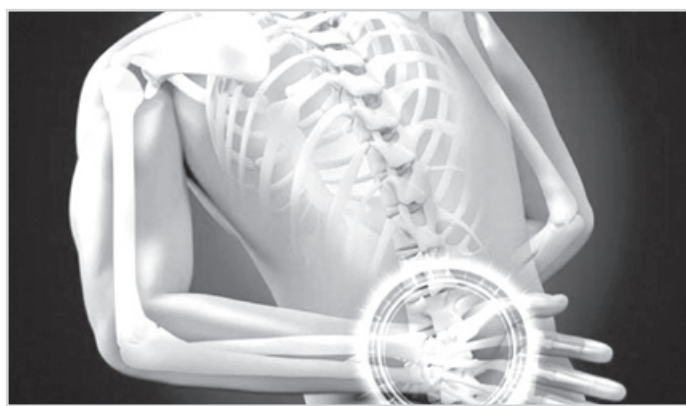
Сергей Лукьянов, ректор РНИМУ им. Н.И. Пирогова, академик РАН, д.б.н.:

– На сегодняшний момент аутоиммунные заболевания относятся к классу неизлечимых. Мы предлагаем стратегию если не полного излечения, то, по крайней мере, полного контроля болезни. Пока мы будем вводить разработанные препараты в течение жизни, болезнь

не будет проявляться и не будет ухудшать состояние пациента. Если говорить об анкилозирующем спондилите, более известном как болезнь Бехтерева, на сегодняшний день в России таким заболеванием страдают порядка 200–300 тысяч человек. И чуть меньшее число больных – с псориатическим артритом В-27 зависимой формы. Фактически в сумме это не менее 0,5 миллиона человек только в нашей стране. А по нашим оценкам, в мире нуждающихся в лечении не меньше 20 миллионов человек. Все имеющиеся на сегодняшний день препараты от этих заболеваний представляют собой антицитокиновые моноклональные антитела. Они снимают болезненные симптомы, обеспечивая комфортное состояние пациента, но не останавливают развитие болезни. Кроме того, у таких лекарств довольно серьезные побочные эффекты. Новый препарат устраняет первопричину заболевания на длительный срок. При этом важно, что он не должен вызывать привыкания и его эффективность в процессе использования не будет снижаться. В результате применения нового средства останавливается прогрессирование заболевания, предотвращается нарушение функций суставов в период терапии. Кроме того, не снижая общий иммунный фон, препарат не приводит к развитию туберкулеза и других иммуносупрессивных осложнений. Это первое в мире таргетное воздействие на иммунную систему, то есть прицельно узконаправленное воздействие на иммунные клетки человека. Поэтому препарат претендует стать очень серьезным прорывом в лечении аутоиммунных заболеваний. Стадия доклинических исследований завершена, испытания первой фазы на пациентах запланированы на I квартал 2020 года.

На практике. Препарат планируется вводить внутривенно через капельницу в клинике под контролем врача. На сегодняшний день схема лечения следующая: вводится препарат, затем проводится повторное введение через один-три месяца для того, чтобы остатки аутоагрессивных клеток были уничтожены, после чего берется пауза в терапии на три-пять лет.

www.kiz.ru



Говорить во весь голос

В настоящее время восстановление голосовой функции после удаления гортани является неотъемлемой частью реабилитационного процесса. Ученые Сеченовского университета разработали методику хирургического клапана, восстанавливающего голос больным, которые потеряли гортань.

Игорь Решетов, директор клиники онкологии, реконструктивно-пластической хирургии и радиологии, завкафедрой пластической хирургии Сеченовского университета, академик РАН, профессор, д.м.н.:

– Реабилитацией больных, потерявших гортань, мы занимаемся очень давно, но традиционно проблемы реабилитации решались с помощью искусственных электронных преобразователей голоса. Получался такой роботический голос, и люди предпочитали молчать, чем говорить. Еще была попытка сделать искусственное речеобразование через внедрение в стенку между трахеей и пищеводом голосообразующего протеза. Он оказался более хорошим решением, но все равно были недостатки. Они легко объяснимы: инородное тело не может бесконечно находиться в организме, через некоторое время наступает конфликт, происходит подтекание слюны в трахею, развиваются хронические бронхиты. И мы в таких случаях были вынуждены даже извлекать искусственный протез, чтобы люди переставали мучиться, ведь от него иногда было больше вреда, чем пользы. Тогда мы задумались: а как сделать клапан из собственной ткани, который никогда не отторгается и не приносит вреда?

Принципиальная новизна нового метода в том, что мы научились использовать собственные ткани человека, делать микрохирургический функциональный аутотрансплантат, который позволяет не прибегать



к искусственным устройствам типа искусственного голоса. Как это происходит? Берется площадка кожи, обладающая собственной чувствительностью, где много хороших сосудов и нервов, и пересаживается на шею. Из этой ткани формируется изогнутая трубочка, которая создает эффект, скажем, сифона в канализационном сливе, для того, чтобы не было прямого попадания слюны из глотки пищевода в трахею. За счет этого струя воздуха проходит через колено и направляется наполовину в глотку, потом к языку, и произносится звук, а вот обратного хода из этого клапанообразного сифона не происходит. Человек получает возможность пользоваться таким воздушным шунтом и произносить звуки.

На практике. Операции по восстановлению голоса больным, потерявшим гортань, выполняются в рамках госгарантии по ВМП для всех жителей Российской Федерации. Специалисты клиники уже провели операции пяти пациентам – москвичам и из регионов, все эти люди начали говорить.

www.kiz.ru

Сердечная история

Кардиохирурги ведущего центра страны с успехом внедряют в медицинскую практику инновационные технологии для лечения расслоения и аневризмы грудной аорты или магистральных сосудов. С применением новой технологии – гибридных стент-графтов – не нужно вскрывать плевральную полость легкого, объемы хирургического вмешательства значительно уменьшаются, и можно ограничиться всего одной операцией.

Роман Комаров, директор Клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко, заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 Сеченовского университета, д.м.н.:

– Аневризма, как и расслоение грудной аорты, – достаточно распространенное заболевание, нарушающее нормальную работу сердца и легких. Когда на стенке артерии появляется аневризма, ситуация становится рискованной: могут возникнуть тромбы, угрожающие закупоркой жизненно важных артерий. Наиболее опасные последствия заболевания – разрыв аневризмы, при котором внутреннее кровоизлияние может привести к летальному исходу. Традиционно аневризмы удаляли путем хирургического вмешательства, вскрывая брюшную или грудную полость. Это две трудоемкие операции, которые проводятся, естественно, не в один

день, тем самым увеличивая нагрузку от наркоза на организм больного и время его нахождения в стационаре. Такие операции проводятся до сих пор. Однако современные технологии позволяют оптимизировать процесс лечения и устранить аневризму из кровотока с помощью установки гибридного стент-графта. Это специальная конструкция, предназначенная для коррекции просвета сосудов. По сути, он представляет собой эндопротез, который вводят в пораженный сосуд через небольшой прокол в артерии ноги или руки. Его используют в ходе операции по устранению патологий грудной аорты или магистральных сосудов — расслоения и аневризмы. Имплантация стент-графта в артерию позволяет исключить аневризму из кровотока, а также делает лечение более эффективным и безболезненным.

На практике. Сегодня в клинике аортальной и сердечно-сосудистой хирургии Сеченовского университета для лечения расслоения и аневризмы грудной аорты или магистральных сосудов применяют последние модели гибридных стент-графтов из Германии и Великобритании. Как показал опыт кардиохирургов клинического центра вуза, применение новых технологий создает условия для проведения радикальных операций и скорейшего выздоровления пациентов.

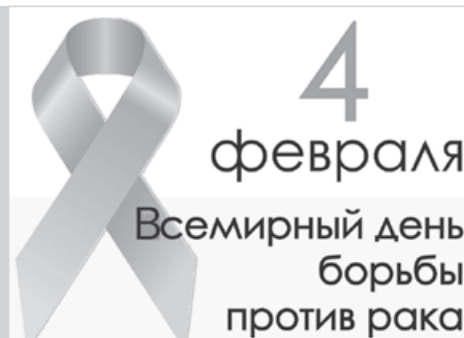
www.kiz.ru

• К ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ ПРОТИВ РАКА •

Онкология: проблемы, задачи, пути решения

Ежегодно 4 февраля, начиная с 2005 года, в мире отмечается Всемирный день борьбы против рака под эгидой Международного союза против рака (UICC).

Цель проведения мероприятия – акцентирование внимания общественности на глобальных проблемах, связанных с онкологическими заболеваниями, повышение осведомленности населения о подходах к профилактике, раннему выявлению и лечению.



Рак является одной из ведущих причин смерти во всем мире. В странах Европейского региона ВОЗ (включая Россию) смертность от онкологических заболеваний стоит на втором месте после смертности от болезней системы кровообращения. Ежегодно от рака умирает 9,6 млн человек. К 2030 году эксперты прогнозируют рост смертности от рака до 13 млн человек.

В 2019 году стартовала трехлетняя кампания 2019–2021 «Я есть и буду» – призыв к личной приверженности и осмыслению, что может сделать каждый в борьбе против этой болезни, какой вклад внести в кампанию против рака. При этом основное внимание уделяется задачам: выбор здорового образа жизни, ранняя диагностика, качество жизни, лечение для всех.

В России в Национальном проекте «Здравоохранение» одним из ведущих является федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2018–2024 годы». Государство поставило задачи: к 2024 году снизить смертность от новообразований до 185 случаев на 100 тысяч человек, увеличить охват населения профилактическими медосмотрами с 40 до 70 %. Удельный вес злокачественных новообразований (ЗНО), выявленных на ранних стадиях, довести до 63 %, а долю онкобольных, состоящих на учете 5 и более лет, до 60 %. Одновременно планируется уменьшить годовую летальность от ЗНО до 17,3 %. Всё это станет возможным только при повышении доступности онкопомощи и ее качества.

Для решения этих задач уже в 2020 году нормативы финансовых затрат по программе государственных гарантий для пациентов с онколо-

гическими заболеваниями вырастут и составят 100 848 рублей в круглосуточном стационаре (рост 31,5 % к 2019 году) и 77 638 рублей (рост 10 % к 2019 году) — в дневном. Вырастут объемные и стоимостные показатели хирургической помощи при лечении онкологических патологий. Кроме того, с расширением Перечня ЖНВЛП и некоторым увеличением количества схем будет расширена возможность химиотерапевтического лечения в условиях и круглосуточного, и дневного стационара.

В этом году в рамках программы госгарантий определены нормативы объемов молекулярно-генетических исследований и финансов для их обеспечения, определен норматив финансовых затрат на проведение компьютерной и магнитно-резонансной томографии, эндоскопического и гистологического диагностического исследования. Они будут выделены из подушевого норматива финансирования.

Существенный рост финансирования проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» — 271 млрд рублей в 2020 году против 200 млрд в 2019 году — позволит удовлетворить потребности населения в онкологической помощи. Причем около 95 млрд рублей дополнительно будет потрачено на противоопухолевую лекарственную терапию, в том числе в центрах амбулаторной онкологической помощи.

По материалам СМИ

Фото: www.mprmo.ru

Значительное ускорение темпов снижения смертности от онкологических заболеваний в США. Неужели, наконец, «праздник» системной терапии распространенных стадий?

По новым данным Американского онкологического общества (ACS), ежегодное снижение смертности от рака в США, стабильное в последние десятилетия, показало рекорд в 2,2 % в период с 2016 по 2017 год. О причинах таких позитивных изменений рассказал Н.В. Жуков, руководитель отдела междисциплинарной онкологии ФГБУ «НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева», доцент кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук.



По отношению к другим медицинским специальностям онкология долго находилась в аутсайдерах в отношении темпов (и даже самой возможности) снижения смертности. В то время как кардиологи рапортовали о снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на десятки процентов, онкологическая смертность лишь замедляла рост или (в лучшем случае) уменьшалась в пределах статистической погрешности.

Однако в настоящее время в странах, ведущих продуманную «антираковую» стратегию и обладающих на это достаточными ресурсами, ситуация кардинально меняется. Так, например, в США уже в течение многих лет наблюдается устойчивая тенденция снижения смертности от онкологических заболеваний. Однако, судя по всему, новые значимые успехи могут быть связаны не только с аксиоматическими мерами, на которые мы продолжаем уповать как на чудо – скрининг и профилактику, но и с системным лечением больных распространенными стадиями заболевания.

Согласно докладу Американского онкологического общества (American Cancer Society), опубликованному в начале 2020 года в журнале этой организации, смертность от онкологических заболеваний в США начала неуклонно снижаться после достижения пика в 1991 году, что к 2017 году выразилось в суммарном ее уменьшении на 29 %. Но более интересным является то, что, в отличие от смертности от других заболеваний, где после ранее достигнутых успехов отмечается стагнация, онкологическая смертность продолжает снижаться нарастающими темпами. Так, согласно докладу, в интервале между 2016-м и 2017 годами было достигнуто наибольшее по магнитуде годовое снижение смертности от онкологических заболеваний за всю историю ведения статистических наблюдений.

Основным «драйвером» снижения смертности, как и раньше, оказался рак легкого. Смертность от трех других основных по вкладу в этот показатель онкологических заболеваний в США (рак молочной железы, колоректальный рак и рак предстательной железы) также снижается, однако их вклад гораздо меньше, т.к. по числу погибающих за год американцев рак легкого превосходит их все вместе взятые. Хотя цифры говорят сами за себя. Смертность от рака молочной железы уменьшилась на 40 % по сравнению с пиком в 1989 году, смертность от рака предстательной железы по сравнению с 1993-м снизилась на 52 %, а от колоректального рака стало умирать более чем в половину меньше американцев (снижение на 53 % и 57 % среди мужчин и женщин соответственно).

Однако эти цифры не столь удивительны и были ранее доступны из других источников. Сюрпризом явилось то, что в отношении рака легкого в настоящее время к хорошо известной причине – снижению доли курящего населения, обусловившей снижение смертности от этого заболевания на

50 % у мужчин (по сравнению с пиком в 1991 году) и на 26 % у женщин (по сравнению с пиком в 2002 году), возможно, добавилась еще одна, казалось бы, совершенно невероятная с точки зрения догмы о «примате» профилактики и лечения ранних стадий – улучшение лечения распространенных стадий заболевания.

Как было сказано раньше, смертность от рака легкого снижается уже много лет, однако наблюдавшийся тренд, обусловленный отказом от курения, был стабильным и весьма предсказуемым. Ежегодное снижение смертности было значительно меньше, чем отмеченное в 2016–2017 годах снижение стандартизованной смертности от рака легкого на 5 % у мужчин и на 4 % у женщин. Введение в клиническую практику скрининга рака легкого вряд ли могло отвечать за резкое изменение тренда, т.к. даже в США он используется весьма редко – менее 2 % курильщиков, подходящих под критерии скрининга, проходят его. В связи с этим наиболее вероятной причиной снижения смертности ряд экспертов называет именно успехи, достигнутые в области лекарственного лечения местно-распространенного и метастатического рака легкого. Косвенно это подтверждается и тем, что в последние годы наблюдается «популяционное» увеличение 5-летней общей выживаемости именно среди этих категорий больных, в то время как при ранних стадиях рака легкого ситуация остается стабильной.

Еще одним подтверждением того, что эффективное лечение «поздних» стадий заболевания становится полноценным игроком на поле снижения смертности (а не приводит к продлению жизни на несколько месяцев, как принято считать сейчас), является лидер по темпам снижения онкологической смертности в США – меланома. Для данной болезни единственной очевидной причиной происходящего является именно внедрение новых жизнеспасующих видов терапии, что подтверждается как «популяционной» пятилетней выживаемостью больных распространенными стадиями, которая по данным Cancer facts and figures почти удвоилась между отчетами 2010-го и 2020 годов, так и данными о том, что в «бедных» регионах США, где инновационное лечение менее доступно, подобного ускоренного снижения смертности от меланомы не наблюдается.

Безусловно, отмеченное изменение динамики смертности требует подтверждения более длительными наблюдениями, существуют и гипотезы о влиянии лекарственного лечения на снижение смертности и критики. Однако даже сам факт того, что подобный вопрос поднимается и обсуждается экспертами, является важным информационным поводом.



Людмила Улицкая: Мне повезло: я сильно переболела раком и в какой-то момент, когда болезнь отступила, я поняла, какое счастье просто жить
(выступление на XXIII Российском онкологическом конгрессе, ноябрь 2019 г.)

Я из «раковой» семьи: и мама, и бабушка, и отец — все умерли от рака, и я была готова к этому диагнозу. Вопрос — когда?

Маме было 53 года, когда ее не стало. Она заведовала биохимической лабораторией в институте рентгенологии и радиологии, там и умерла. В тот год я была беременна моим первым сыном. Мама его уже не увидела. Болела она 11 месяцев.

Мне, когда я заболела, было 66... И к тому времени медицина очень продвинулась, и я это понимала — все-таки у меня тоже биологическое образование. К тому же у мамы была ретикулосаркома, а у меня, можно сказать, ерунда. Я и это понимала. В моем случае хуже всего было именно с диагностикой. Я ведь каждый год делала маммографию, и совершенно очевидно, что меня «запустили». Сделали биопсию, поставили диагноз, сказали — рак. На мой вопрос, какие клетки, ответили, что это медицинская тайна. Я ужасно разозлилась: если человеку уже говорят «рак», так скажите, какая клетка!

Моя подруга-биолог Лена Кешман, закончившая, как и я, кафедру генетики МГУ, но несколькими годами позже, жившая к этому времени в Израиле, уже перенесла ту самую операцию, которая предстояла мне. Совпадений было множество... Словом, Лена на эту раковую дорожку вступила раньше меня и очень мне помогла и гениальным опытом пациента, и гениальным взаимодействием с болезнью. Я шла по ее следам, и до сих пор иду.

Я поехала в Израиль — после такого диагностического промаха я решила больше не рисковать. В Израиле мне поставили 3-ю стадию, с метастазами в подмышечные узлы, как потом выяснилось. Но пришлось ждать операции несколько недель, потому что делали мне в институте Блохина биопсию такой толстой иглой, что в груди случилось большое кровоизлияние. Когда затем была предложена лучевая терапия, у меня даже в мыслях не было отказываться от этого лечения. Я сидела в кабинете хирурга, который должен был меня оперировать, он сказал мне о диагнозе и прогнозе. Опухоль была такая большая, какой он, с его слов, раньше не видел — 6,3 см. Я его поблагодарила. Он посмотрел на меня с удивлением и сказал, что ни разу не встречал пациента, который в этот момент не заплакал бы. Мы испытывали друг к другу большое уважение. Сделали операцию, облучение и химиотерапию. Честно говоря, сейчас не помню, что было сначала — химия или облучение. Облучение перенесла прекрасно — ходила пешком в горку в больницу Хадасса на сеансы. Шрам остался здоровенный до сих пор — сожгли. Но делали внимательно — специальную свинцовую форму отлили, чтобы никаких других органов не задевать излучением. Химия прошла гораздо хуже — после третьего сеанса уже лежала в полной апатии и в бессилии, ничего не ела, а после последнего, четвертого, с неделю сил не было двигаться вообще. Больно не было — было тяжело, трудно. Когда медсестра однажды спросила, делая укол или что там еще — не больно ли, я ответила — ничего, я потерплю. Что вы, что вы! Терпеть вредно. Сейчас обезболим... Это произвело на меня огромное впечатление — ТЕРПЕТЬ ВРЕДНО!

Признаюсь, что гуманность израильской медицины меня поразила более всего. Я лежала не в частной клинике, а в государственной, попав туда через их коммерческий отдел. В этой больнице не было отдельных палат. Со мной лежала израильтянка, воспитательница детского садика на пенсии. Всё, что мы проходили, было одно и то же. Только ей делали всё бесплатно, а мое лечение, как иностранке, обошлось мне в сумму около 30 тысяч долларов.

А Лена к этому времени уже имела весь тот опыт, который мне предстояло приобрести. А кроме опыта — живой пример хороших отношений с болезнью: без страха, без ненависти. Почти дружеское взаимодействие. Для меня было очень важно это и тогда, и сейчас. Сейчас, может, еще

более важно, потому что у Лены случился рецидив, метастазы, а у меня пока нет. Но я знаю, что и со мной это может произойти, и смотрю теперь на Лenu, чтобы идти по ее следам, если так случится, с тем же мужеством, достоинством и весельем.

Ни одной минуты не было у меня мысли отказаться от лечения. Хирург был старый, опытный. Но и он допустил просчет — он метастазов не увидел, и только после операции, когда посмотрели результаты биопсии подмышечных узлов, обнаружили там признаки малых метастазов, которые, как вы понимаете, трудно увидеть. И тогда они сделали мне вторую операцию, убрали подмышечный узел — и за эту операцию уже никаких денег не взяли. Видимо, посчитав, что допустили брак. Признаюсь, что меня глубоко поразили отношения между врачами и пациентами: доверие и уважение. Замечу при этом, что врачи были и еврейские, и арабские. Как и пациенты. Но перед лицом болезни и опасности смерти все тяжелые межнациональные расхождения совершенно сглаживались — никакой вражды или недоверия.

Отказываться от лечения мне и в голову не приходило. Болезнь меня очень изменила. Она полностью поменяла мое отношение к жизни. Она дала мне острое ощущение конечности жизни, и когда я выскочила из этой истории, я научилась радоваться, что прежде совершенно не было мне свойственно. Прошло уже десять лет с того момента, как я была прооперирована и прошла всё последующее лечение, и с тех пор мимо моего сознания не скользит ничего, что не может дать положительную эмоцию. Я останавливаюсь и говорю себе: как прекрасна эта ветка, какой выразительный поворот головы у этой старухи, какие забавные лапки у этого младенца... И я радуюсь, что вижу то, чего прежде просто не замечала.

Я очень ценю профессионализм в любом деле, будь то сапожник или повар. Но когда высокий профессионализм встречаешь у врача (что далеко не всегда бывает) — это просто счастье. Полное доверие. Я настолько доверяю врачу, что оставляю решение за ним. Именно из-за полного доверия врачу я не отказалась бы от предложенного лечения. Прошло десять лет с тех пор. Сегодня мир приходит к протокольному лечению, и индивидуальные черты несколько стираются. Всё ближе мы подходим к ситуации, когда лечение всюду одинаковое. И в этом случае человеческий фактор — доверие между врачом и пациентом — представляется мне всё более важным. Время человека ограничено. Но большую часть жизни стараешься об этом не думать. Я знала многих людей, которые уходили очень тяжело, мучая своих близких и оставляя ужасный след своего ухода — так моя мама уходила, всем существом протестуя против судьбы. Но я знаю, что бывает и иначе. И очень хотелось бы не потерять человеческого достоинства в последние дни жизни. У некоторых получается...

И последнее. Меня поразила гуманность израильской медицины. Возможно, мне не повезло в России с врачами — и на стадии диагностики, и в процессе взятия пункции. Проходя лечение в Израиле, я испытывала большую неловкость перед моими соотечественниками, которым зачастую на родине приходится сталкиваться с жесткостью системы, с нехваткой медикаментов, с грубостью среднего персонала. Простите, что я говорю вам, врачам, такие неприятные и даже обидные вещи. Я хорошо знаю, что и у нас в стране есть прекрасные доктора, но сама система здравоохранения не вызывает восторга.

Статья подготовлена INDIGO group, RUSSCO
www.rosoncoveb.ru

Людмила Евгеньевна Улицкая — российская писательница, переводчик, сценарист. Первая женщина-лауреат книжной премии «Русский Букер», двукратная обладательница премии «Большая книга», автор романов «Зеленый шатер», «Веселые похороны», «Казус Кукоцкого» и др., сборников рассказов, повестей, пьес, сказок. По ее сценариям снято 8 фильмов. Ее произведения переведены на 30 языков и издаются миллионными тиражами

Новые поступления

В данном обзоре новинок литературы, поступивших за последнее время в фонды библиотеки, продолжаем знакомить наших читателей с новыми нормативными материалами: стандартами и клиническими рекомендациями.

Особое внимание в последние годы уделяется разработке клинических рекомендаций. Эти документы создаются с целью представить большой объем медицинских знаний в краткой, удобной для применения форме, трансформировать знания в решение и сэкономить время врача. Клинические рекомендации разрабатываются и утверждаются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям. Научная библиотека приобрела несколько новых выпусков. Среди них:

Клинические рекомендации общероссийской общественной организации «Российское общество онкомаммологов» по диагностике и лечению рака молочной железы / ред. В.Ф. Семиглазов, Р.М. Палтуев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 400 с.

Клинические рекомендации по диагностике и лечению рака молочной железы написаны с учетом международного опыта. Схемы лечения и лекарственные средства приведены в соответствии с регистрационными удостоверениями Минздрава России. Таблицы лекарственной терапии составлены с учетом биологических подтипов рака молочной железы и различных вариантов течения заболевания.

Издание предназначено онкологам, маммологам, гинекологам, врачам, проходящим повышение квалификации в рамках дополнительного профессионального образования, а также может быть полезно аспирантам и ординаторам.

Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / ред.

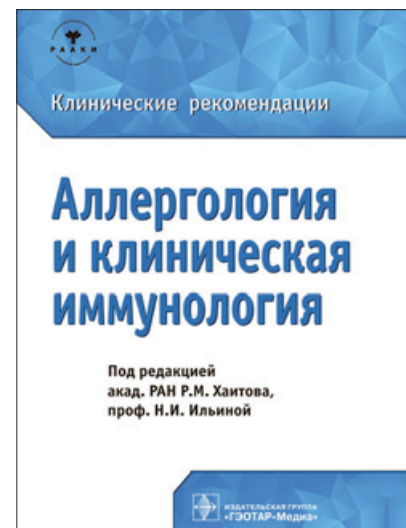
Ф.И. Белялов. – 9-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 352 с. : ил. (Б-ка врача-специалиста. Кардиология).

Рекомендации разработаны группой российских специалистов с целью предоставить врачам информацию по современной диагностике и лечению распространенных сердечно-сосудистых и коморбидных заболеваний, необходимую для принятия клинических решений. В новое издание включены разделы по артериальной гипертензии, приобретенным порокам сердца, скринингу и профилактике злокачественных новообразований. Кроме того, все разделы значительно уточнены и доработаны в соответствии с последними достижениями медицинской науки и практики.

Информация адаптирована для клинической работы с учетом пожеланий практикующих кардиологов, для которых и предназначено это издание.

Клинические рекомендации. Нефрология / Ассоц. нефрологов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 856 с.

Первые национальные клинические рекомендации по нефрологии подготовлены коллективом экспертов, в который вошли не только специалисты-нефрологи ведущих нефрологических школ России, но и представители других медицинских специальностей, тесно сотрудничающие с нефрологами: кардиологи, эндокринологи, инфекционисты, педиатры, генетики. Издание содержит информацию по наиболее распространенным нефрологическим заболеваниям и синдромам.



Клинические рекомендации по нефрологии предназначены не только практикующим врачам-нефрологам, но и терапевтам, педиатрам, представителям смежных дисциплин. Они также могут использоваться для обучения клинических ординаторов терапевтических специальностей.

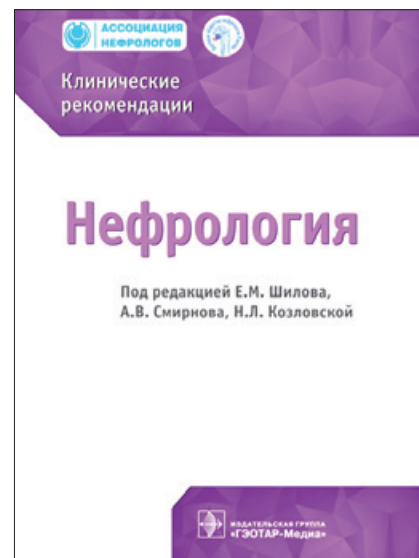
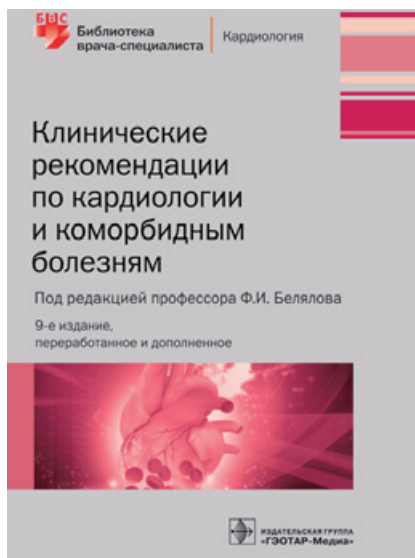
Клинические рекомендации. Аллергология и клиническая иммунология / Рос. ассоц. аллергологов и клин. иммунологов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 352 с.

Книга содержит клинические рекомендации по наиболее распространенным аллергическим и иммуноопосредованным заболеваниям, подготовленные Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов.

Издание предназначено аллергологам, клиническим иммунологам, терапевтам.

Российские клинические рекомендации. Эндокринология / Рос. ассоц. эндокринологов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 592 с.

Настоящее издание – дополненная и существенно переработанная версия клинических рекомендаций, опубликованных в предыдущие годы. Содержит информацию о наиболее распространенных в эндокринологии заболеваниях и синдромах. Издание подготовлено ведущими специалистами ФГБУ «Национальный медицин-





ский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России и Российской ассоциации эндокринологов. Авторами значительно обновлен текст прежних рекомендаций, добавлены новые разделы. Клинические рекомендации предназначены практикующим врачам (эндокринологам, терапевтам, кардиологам и врачам других специальностей) и ординаторам.

Наряду с изданием клинических рекомендаций продолжается выход новых стандартов. Научная библиотека пополнилась несколькими из них.

Травматология и ортопедия / сост.: А.С. Дементьев [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 752 с. (Стандарты медицинской помощи).

В данном справочнике собраны все актуальные порядки и стандарты оказания медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия». Стандарты сгруппированы по анатомическому принципу, что облегчает поиск нужной информации. В разделе по травматологии особое внимание уделено стандартам ведения переломов и вывихов всех локализаций, диагностики и лечения множественных травм, а также ранений и ожогов. В разделе по ортопедии представлены стандарты медицинской помощи при различных артритах и артрозах, поражениях позвоночника и других заболеваниях с преимущественным поражением суставов, а также помощи при послеоперационных ортопедических осложнениях.

Репродуктивная эндокринология / сост.: А.С. Дементьев, Н.И. Журавлева, С.Ю. Кочетков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 336 с. (Стандарты медицинской помощи).

С 1 января 2013 г. вступила в силу часть 1 статьи 37 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», закрепляющая норму об организации и оказании медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравом России и зарегистрированных в Минюсте России. В справочнике собраны все актуальные порядки и стандарты оказания медицинской помощи при заболеваниях репродуктивной системы у детей и взрослых, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. В конце книги дан краткий справочник лекарственных средств, указанных в стандартах.

Справочник предназначен акушерам-гинекологам и эндокринологам, в том числе детским; врачам общей практики, педиатрам, клиническим фармакологам, организаторам здравоохранения, работникам фондов ОМС и ДМС, а также специалистам, ответственным за контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

Оториноларингология : Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 344 с.

Здесь собраны все актуальные порядки и стандарты оказания медицинской помощи по профилю «оториноларингология». В издание включен приказ по критериям оценки качества медицинской помощи.

Книга предназначена оториноларингологам, врачам общей практики, терапевтам, педиатрам, врачам и фельдшерам скорой медицинской помощи.

Стандарты лучевой терапии / ред.: А.Д. Каприн, А.А. Костин, Е.В. Хмелевский. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 384 с. : ил. (Б-ка врача-специалиста. Радиотерапия. Онкология).

Книга знакомит читателя с современными базовыми технологиями, обеспечивающими качественную подготовку и реализацию лучевого лечения не только при различных злокачественных новообразованиях, но и у больных с неопухолевой патологией. Для каждой нозологической формы заболевания представлены методы предлучевой топометрии, оптимальные технологии облучения, контроля его качества и особенности наблюдения в постлучевом периоде.

Издание призвано стать настольной книгой врача-радиотерапевта, а также будет полезно медицинским физикам, онкологам, всем специалистам, интересующимся современными технологиями лучевой терапии.

Лекарственное обеспечение клинических протоколов. Акушерство и гинекология / В.Е. Радзинский [и др.] ; ред. В.Е. Радзинский. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 288 с. (Лекарственное обеспечение клинических протоколов).

Первое издание настоящего руководства адресовано всем врачам-акушерам-гинекологам, участвующим в лечебном процессе: от амбулаторной до специализированной высокотехнологической службы. Клинические протоколы – уникальные документы, соблюдение которых обеспечивает безопасность и пациентки, и врача. Актуализация клинических протоколов осуществляется один раз в три года, что будет учтено в дальнейших изданиях.

Адресовано практикующим акушерам-гинекологам, руководителям медицинских организаций и их заместителям по лечебной работе, клиническим ординаторам, аспирантам и слушателям всех форм непрерывного медицинского образования.

Со всеми представленными книгами вы можете ознакомиться на абонементе (ауд. 132) научной библиотеки в часы ее работы.

Информация предоставлена
библиотекарем НБ ИПКСЗ
И.Г. Якимовой