

ТЕМА НОМЕРА

Пограничное состояние: главное – не переступить границу

Психотерапевтический центр Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Эрдмана, оказывающий помощь людям, находящимся в так называемом пограничном невротическом состоянии, имеет уже более чем тридцатилетнюю историю и ценные наработки. О центре и о его деятельности рассказывает заведующий Сергей Николаевич МАКАШОВ, врач психиатр, психотерапевт высшей категории, к.м.н.

- Сергей Николаевич, где истоки возглавляемого Вами учреждения?

- Традиция, история оказания психотерапевтической помощи в Алтайском крае имеет очень глубокие корни. Одним из первых в России, по инициативе академика Валентина Яковлевича Семке, возглавляющего сегодня НИИ психического здоровья в Томске, в своё время руководившего кафедрой психиатрии в АГМИ, в 1981 году в Барнауле был создан центр пограничных состояний (ЦПС). Появившись, центр продолжал развиваться, благодаря людям, которые были готовы к инновациям. И мы сегодня поддерживаем и развиваем ту модель, которая тогда была заложена.

В 1994 году была открыта поликлиника неврозов на ул. Партизанской, 147 - благодаря выдающимся организаторским способностям известного и за пределами края, Леонида Матвеевича Ермолаева. Он работал в то время главным врачом краевой клинической психиатрической больницы. Позже поликлинику переименовали в психотерапевтический центр, который является структурным подразделением Алтайской краевой клинической психиатрической больницы и оказывает помощь лицам, страдающим расстройствами непсихотического уровня - неврозами, депрессиями.

- Коллектив центра большой?

- На сегодняшний день в Центре работают 15 врачей-психотерапевтов, 10 медицинских психологов, 2 врача рефлексотерапевта, врач физиотерапевт, грамотный обслуживающий персонал. Помощь пациентам оказывается комплексно, что делает ее более эффективной. Врачи центра взаимодействуют с врачами городских поликлиник – ведут там «выносные» приёмы. Ведь люди довольно часто обращаются со своими проблемами туда.

Психиатрия давно уже вышла за пределы психиатрических больниц.

- Что Вы можете сказать о динамике пограничных состояний?

- Психические расстройства своеобразны. Есть истинные психические расстройства, как шизофрения, эпилепсия, серьёзные клинические поражения головного мозга, умственная отсталость. Эти болезни имеют постоянный показатель, определённую константу. Распространённость шизофрении, эпилепсии в пределах 1% населения.

В категории заболеваний, которую называют непсихотическими расстройствами – неврозы, депрессии – картина другая. Начиная с 90-х годов, наблюдается увеличение выявления этой патологии. Алтайский край по выявлению непсихотических психических расстройств занимает лидирующую позицию. Это результат активной работы наших специалистов в этом направлении психиатрии, наших возможностей диагностики и оказания помощи.

Как я уже сказал, мы поддерживаем наши традиции. Врачи психиатры, специалисты больницы, медицинского университета, с которыми мы тесно взаимодействуем, оказывают значимое влияние на ситуацию и делают специализированную помощь качественной и доступной.

С 2002 года в крае начинает развиваться так называемая кризисная служба. Мы её начали создавать ещё раньше, но она, в отличие от других направлений в медицине, не входила в целевые программы. В 2002 году принимается программа «Психическое здоровье населения Алтайского края».

- Это краевая программа?

Краевая. В рамках этой программы в 2002 году была организована на базе Алтайской краевой клинической больницы им. Эрдмана кризисная служба, которая включает в себя службу «телефон доверия» (15-20 звонков в сутки), амбулаторное отделение поликлинического приема на 200 посещений в сутки, дневные стационары на ул. Луговой, 19, ул. Партизанской, 147, круглосуточный стационар на 25 коек на Новосиликатном. Кризисную помощь населению края оказывают высококвалифицированные врачи психиатры, психотерапевты, медицинские психологи.

- В этом плане, на что больше всего и чаще всего жалуются жители Алтайского края?

- В основном это расстройства аффективной сферы с проявлениями в виде депрессии и тревоги, часто маскированными соматоформной симптоматикой и нарушением сна. Показатели этих пограничных невротических расстройств населения Алтайского края не отличаются от других регионов. Во всяком случае, в Сибирском регионе везде очень сходная ситуация.

- Происходящие в стране события как-то сказываются?

- Начиная с 90-х годов, наблюдается рост непсихотических патологий с преобладанием депрессивной патологии. Модель формирования этой болезни – биопсихосоциальная. Общество развивается быстро, а наши адаптивные возможности таковы, что большинство людей, имеющих какую-либо проблему со здоровьем, не успевают адаптироваться. И тогда возникают срывы. Развитие цивилизации, развитие нашего общества по пути урбанизации приводит к тому, что у людей возникают достаточно серьезные проблемы. Население всей планеты сегодня страдает серьезными депрессивными расстройствами. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) более 250 миллионов человек в мире ежегодно обращаются по поводу депрессивных расстройств.

- Но это же население огромной страны, почти две России!

- Да, и это достаточно серьезно. У нас, в России, в 2004 году впервые проводились крупномасштабные исследования по выявлению депрессивных расстройств у пациентов, обращающихся в общесоматическую сеть. Прежде такого крупномасштабного исследования в России не проводилось. И Барнаул вошёл в число городов – участников этого исследования. Получены достаточно серьезные интересные данные: у каждого четвертого пациента, обращающегося в обычную поликлинику, выявляются клинические проявления депрессии. Не просто плохого настроения, а депрессии как состояния, длящегося не менее двух недель. Естественно, это требует лечения. Если у пациента с кардиоваскулярной или цереброваскулярной патологией не учитывают его депрессивного состояния и не оказывают ему специализированную помощь, это приводит к удлинению сроков болезни и осложняет клинику основного заболевания. Наиболее серьезным проявлением депрессивных расстройств являются суицидальные расстройства. Показа-

тель суицидов как в Алтайском крае, так и в России, высокий. Экспертами ВОЗ определен уровень суицидов, превышение которого указывает на проблемность психического здоровья населения этой территории и составляет 20,0 на 100 тыс. населения. В России, этот показатель составляет 30,0 на 100 тыс. населения, в Алтайском крае на 01.01.2009г. 41,7 на 100 тысяч населения. В течение последних 5 лет идет стабилизация этого показателя в России и в Алтайском крае.

- Существует расхожее мнение о том, что в селе люди психически устойчивей, чем в городе.

- Это ошибочное представление, показательными являются те же суициды. Именно на селе у мужчин в возрасте от 49 до 55 лет показатель самый высокий. Это серьезная группа риска в отношении суицидов. На селе – социальная невостребованность, сознание собственной ненужности, отсутствие необходимых социальных гарантий и защит. Люди не имеют возможности приложить свои силы и остаются один на один с проблемой, что приводит к формированию зависимости, в первую очередь алкогольной, а следствием этого суициды в состоянии алкогольного опьянения.

- Что Вы можете сказать о перспективах развития службы при пограничных невротических состояниях?

- Необходимо развитие специализированной психотерапевтической службы не только в городах, но и в крае в целом. Помощь психотерапевтов, медицинских психологов должна быть приближена и доступна населению края.

Сегодня эту проблему мы решаем через выезды специалистов в районы края. Читаются лекции для врачей, проводятся школы для пациентов. Врачам общей практики оказываем методическую помощь, знакомим с маркерами депрессий, суицидов, т.е. обращаем внимание на то, что наиболее важно для предотвращения суицидов и развития тяжелой депрессии.

Второй путь – это интеграция нашей службы с общесоматическими клиниками, куда обращаются люди за первой помощью. Я имею в виду регулярные выходы врачей психотерапевтов, психиатров в поликлиники, проведение приема прямо там.

Необходимо продолжать развитие кризисной помощи в городах и районных центрах края, приближая ее тем самым к населению края.

- Спасибо!

Беседовал Николай БОГОРМИСТОВ.

ОФИЦИАЛЬНО

**АДМИНИСТРАЦИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ
ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ АЛТАЙСКОГО КРАЯ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

ПРИКАЗ

28.04.2009 г.

№168

«Об организации мероприятий по предотвращению распространения заболевания, вызываемого вирусом гриппа свиней типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009) в Алтайском крае»

В соответствии с информацией ВОЗ и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на территории Мексики и Соединенных штатов Америки с 18 марта 2009 года зарегистрированы более 1 500 случаев гриппоподобных заболеваний с клиническим течением в виде пневмонии, 7% из которых закончились летальным исходом.

Из числа случаев, зарегистрированных в Мексике, 18 лабораторно подтверждены в Канаде как вирус гриппа свиней А/Н₁Н₁, причем 12 из них генетически идентичны вирусам гриппа свиней типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009).

Вместе с тем, выделенный вирус ранее не встречался ни у свиней, ни у людей, что может свидетельствовать о формировании пандемического штамма. Заболевание регистрируется и в странах Западной Европы.

В эпидемический процесс, преимущественно, вовлечены взрослые люди молодого возраста.

Всемирная организация здравоохранения объявила глобальную чрезвычайную ситуацию.

В Российской Федерации организованы профилактические мероприятия в пунктах пропуска через государственную границу для лиц, прибывающих из стран, неблагополучных по заболеваемости гриппом свиней типа А/Н₁Н₁.

С целью предотвращения возникновения и распространения гриппа свиней типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить приложение №1 «Временные методические рекомендации по клинике, диагностике и профилактике заболевания, вызываемого вирусом гриппа свиней типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009)».

2. Считать положение и состав медицинского штаба по противодействию распространения гриппа птиц действительным для организации и контроля медицинских и противоэпидемических мероприятий по противодействию заболевания, вызываемого вирусом гриппа свиней типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009)».

3. Председателю комитета по делам здравоохранения администрации г. Барнаула (Черников С.Ю.), начальнику МУ «Управление здравоохранения Администрации г. Бийска» (Чуликова Е.А.), начальнику МУ «Управление здравоохранения» г. Рубцовска (Гармат Д.И.), главным врачам учреждений здравоохранения городов и районов края:

3.1. Вынести на заседание СПЭК администраций городов и районов Алтайского края вопрос по организации мероприятий по противодействию распространения заболевания, вызываемого вирусом гриппа свиней типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009)».

3.2. Организовать работу медицинских штабов по организации медицинских и противоэпидемических мероприятий по противодействию распространения заболевания, вызываемого вирусом гриппа свиней типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009)».

3.3. Провести обучение специалистов учреждений здравоохранения, в т.ч. первичного звена, по клинике, диагностике, оказанию медицинской помощи, организации первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении подозрительного больного с заболеванием, вызываемым вирусом гриппа свиней типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009), с принятием зачетов в срок до 15.05.2009 года.

3.4. Провести учения с дачей условного больного в разрезе детской и взрослой поликлинической сети, стационарной базы по организации лечебно-диагностических и первичных противоэпидемических мероприятий в срок до 15.05.2009 года.

3.5. Провести коррекцию расчетного запаса медикаментов для лечения заболевших, исходя из пятикратного увеличения среднемноголетнего уровня заболеваемости гриппом и ОРВИ на каждой территории и 100 % наличия тяжелых форм течения заболевания, с учетом противовирусных препаратов, чувствительных к вирусу гриппа свиней типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009).

3.6. Обеспечить раннее выявление заболевших острыми респираторными вирусными инфекциями, пневмониями среди населения.

3.7. Обеспечить медицинское наблюдение за заболевшими острыми респираторными вирусными инфекциями, пневмониями в межэпидемический период.

3.8. Обеспечить своевременную изоляцию заболевших острыми респираторными вирусными инфекциями, пневмониями в изолированные (боксированные) палаты инфекционного отделения и забор материала для лабораторного исследования. В случае повышения уровня заболеваемости ОРВИ и возникновения вспышек среди людей немедленно информировать Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, Ту Роспотребнадзора по Алтайскому краю.

3.9. Обеспечить забор материала от больных гриппом и ОРВИ и трупного материала умерших от гриппа и ОРВИ из патолого-анатомических отделений и отделений судебно-медицинской экспертизы, с целью проведения диагностики, и его транспортировку в ФГУЗ

«Центр гигиены и эпидемиологии в Алтайском крае» для доставки забранного материала в ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора (г. Новосибирск).

3.10. Обращать особое внимание при постановке клинического диагноза гриппа и ОРВИ на сбор эпидемиологического анамнеза лиц, прибывших из стран, неблагополучных по заболеваемости, вызываемой вирусом гриппа свиной типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009)».

3.11. Предусмотреть подготовку к экстренному развертыванию госпитальных баз для больных гриппом свиной типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009), в период эпидемического подъема заболеваемости.

3.12. Обеспечить проверку комплектации укладок защитной спецодежды для работы медицинского персонала, включая работников скорой медицинской помощи, патолого-анатомических отделений и отделений судебно-медицинской экспертизы.

3.13. Обеспечить передачу информации о каждом случае тяжелого течения ОРВИ, гриппа и летального исхода от этих заболеваний в КГУЗ «Краевой центр медицины катастроф» в течение 24 часов после постановки диагноза, особенно в период вне эпидемического подъема.

3.14. Обеспечить работу лечебно-профилактических учреждений при возникновении заболеваний, вызванных вирусами гриппа свиной типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009) в режиме особоопасных инфекционных заболеваний.

3.15. Организовать подворные обходы с осмотром контактных в очагах, где регистрируется заболеваемость среди людей, с целью раннего выявления заболевших среди контактных лиц.

3.16. Обеспечить проведение санитарно-просветительной работы среди населения о клинике, диагностике и профилактике заболеваний, вызванных вирусами гриппа свиной типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009).

3.17. Обеспечить безопасность медицинских работников при работе с больным и при заборе материала в соответствии с приложением №1.

3.18. Информацию об исполнении п.п. 1.1.-1.7. предоставить в Центр медицинской профилактики ГУЗ «Краевая клиническая больница» на адрес электронной почты infec@yandex.ru в срок до 15.05.2009. (приложение №2).

4. Главному внештатному эпидемиологу Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Лукьяненко Н. В. обеспечить:

4.1. Внесение изменений в комплексный план Администрации Алтайского края «По борьбе с пандемией гриппа» с учетом неблагополучной эпидемиологической ситуации по заболеваемости, вызываемого вирусом гриппа свиной типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009).

4.2. Коррекцию расчета необходимого количества противовирусных препаратов, дезинфекционных средств для профилактики сезонного подъема гриппа среди людей.

4.3. Выборочную проверку готовности лечебно-профилактических учреждений к эпидемическому подъему гриппа среди людей.

4.4. Анализ состояния заболеваемости тяжелыми формами клинического течения гриппа и ОРВИ в межэпидемический и период эпидемического подъема.

4.5. Совместно с главным внештатным инфекционистом края Орловым В.И. клинический разбор каждого случая тяжелого течения гриппа среди людей и летального исхода от него.

4.6. Взаимоинформацию с ТУ Роспотребнадзора по Алтайскому краю об эпидемической ситуации и принимаемых мерах по профилактике заболеваний, вызванных вирусами гриппа свиной типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009).

4.7. Санитарно-просветительную работу среди населения о клинике, диагностике и профилактике заболеваний, вызванных вирусами гриппа свиной типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009).

5. Директору КГУЗ «Краевой центр медицины катастроф» Шестопалову Н.В. обеспечить:

5.1. Прием информации в круглосуточном режиме (по тел. 8 385 2 68 98 01, 8 385 2 68 98 02) о каждом случае тяжелого течения гриппа и летального исхода от него.

5.2. Неснижаемый запас медикаментов, дезинфекционных средств для лечения и профилактики гриппа.

5.3. Приобретение недостающего количества противовирусного препарата «Озельтамивир»: в детской расфасовке - 50 флаконов, во взрослой дозировке – 50 упаковок, препарата «Занамивир» - 50 упаковок, для формирования резервного запаса.

6. Начальнику отдела регионального лекарственного обеспечения Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Кудиновой О. А. обеспечить:

6.1. Закуп лекарственных препаратов и дезинфекционных средств для лечения и профилактики заболевания, вызываемого вирусом гриппа свиной типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009) из статьи «Централизованный закуп медикаментов».

6.2. Взаимоинформацию с учреждениями по производству лекарственных препаратов о наличии лекарственных средств для лечения и профилактики гриппа в аптечной сети.

6.3. Контроль наличия в аптечной сети городов и районов Алтайского края достаточного количества противовирусных препаратов, дезинфекционных средств в мелкой расфасовке (по 100,0 гр.), медицинских резиновых перчаток, медицинских масок.

7. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника Главного управления Вайгель Е. А.

**Заместитель начальника Главного управления
Яковлев**

В. В.

СОГЛАСОВАНО:

Заместитель начальника Главного управления
В.А. Белоусов
Главный внештатный эпидемиолог Главного управления
Н. В. Лукьяненко

Приложение №1
к приказу № 168 от 28.04.2009г.
«Об организации мероприятий по предотвращению
распространения заболевания, вызываемого
вирусом гриппа свиной типа A/H₁N₁
(Калифорния 04/2009) в Алтайском крае»

«Временные методические рекомендации по клинике, диагностике и профилактике
заболевания, вызываемого вирусом гриппа свиной типа A/H₁N₁ (Калифорния 04/2009)»

**I. ВРЕМЕННОЕ РУКОВОДСТВО ПО УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТАМИ
С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ ГРИППОМ СВИНЕЙ А (H1N1)
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

К настоящему моменту случаи заболевания людей гриппом свиной А (H1N1) подтверждены у жителей Калифорнии, Техаса и Мексики. Заболевание проявляется симптомами, характерными для гриппа - повышением температуры и поражением дыхательных путей (кашель, ангина, фарингит, насморк), головной и мышечными болями. В некоторых случаях отмечается рвота и диарея. Все случаи заболеваний начались в конце марта - начале апреля. Случаи тяжелого респираторного заболевания со смертельным исходом зафиксированы в Мексике. Необходимо принимать во внимание возможность обострения имеющихся хронических заболеваний и присоединения бактериальных инфекций.

Вирус гриппа свиной А (H1N1), поразивший людей в США и Мексике - это новый вирус гриппа А, не выявляемый ранее на территории Северной Америки. Этот вирус устойчив к терапии такими противовирусными препаратами как амантадин (amantadine) и ремантадин (rimantadine), но чувствителен к озелтамивиру (oseltamivir) и занамивиру (zanamivir). Изучение описанных выше случаев гриппа свиной дает основание полагать, что передающийся от человека к человеку вирус гриппа свиной А (H1N1) может быть отнесен к вновь возникающим.

Острый период заболевания.

Пациенты с гриппом свиной А (H1N1) должны расцениваться как потенциально контагиозные до 7 дней с момента появления первых симптомов заболевания. Пациенты, у которых заболевание продолжается более 7 дней с момента появления первых симптомов, должны расцениваться как потенциально контагиозные до момента исчезновения признаков заболевания. Дети, особенно младшей возрастной группы, могут быть потенциально контагиозными на протяжении более длительного периода. Длительность периода контагиозности может меняться в зависимости от особенностей штамма вируса гриппа свиной А (H1N1).

Негоспитализированным больным с подтвержденным или предполагаемым гриппом свиной А (H1N1) рекомендуется не выходить из дома как минимум в течение первых 7 дней с момента появления первых симптомов заболевания, за исключением необходимости обращения в медицинские учреждения.

Используемые термины

Подтвержденное заболевание гриппом свиной А (H1N1) - острое респираторное заболевание с выявлением вируса гриппа свиной А (H1N1) с помощью одного из следующих методов:

- ПЦР в реальном времени
- выделение чистой культуры вируса
- четырехкратное увеличение титров антител к вирусу гриппа свиной А (H1N1).

Предполагаемое заболевание гриппом свиной А (H1N1) - сопровождаемое высокой температурой острое респираторное заболевание с инкубационным периодом до 7 дней с момента тесного контакта с больным с подтвержденным заболеванием гриппом свиной А (H1N1).

Тесный контакт - примерно 180 см от больного с подтвержденным заболеванием гриппом свиной А (H1N1).

Острое респираторное заболевание - недавнее появление как минимум двух из следующих симптомов: насморк или заложенный нос, ангина, фарингит, кашель (с или без повышенной температуры).

Клиницисты должны принимать во внимание грипп свиной А (H1N1) при проведении дифференциального диагноза у пациентов с сопровождаемыми повышением температуры респираторными заболеваниями и больных, проживающих в местах выявления лиц, инфицированных гриппом свиной А (H1N1), посещавших недавно эти регионы или бывших в контакте с лицами с сопровождаемыми повышением температуры респираторными заболеваниями, которые за 7 дней до появления первых симптомов были в местах выявления лиц, инфицированных гриппом свиной А (H1N1).

Лечение больных в медицинских учреждениях.

Пациенты с подтвержденным или предполагаемым гриппом свиной А (H1N1) должны размещаться в *одноместных палатах* с закрытыми дверями. При возможности, желательно использовать изолированные палаты для больных воздушно-капельными инфекциями (airborne infection isolation room, AIIR) с отрицательным давлением и 6-12-кратным общим воздухообменом в течение часа. Воздух из помещения может откачиваться на улицу или рециркулироваться через HEPA (high efficiency particulate air) фильтры. Для отсасывания экссудата, бронхоскопии или интубации необходимо использовать процедурную комнату с отрицательным давлением воздуха.

В случае выхода из своей палаты больные должны одевать хирургическую маску (ватно-марлевую повязку), часто мыть руки и следовать правилам респираторной гигиены. Используемую больным посуду нужно

мыть с мылом до ее использования другими лицами. Обычные методы уборки и дезинфекции, используемые в сезоны высокой заболеваемости обычным гриппом, рекомендуются и в случае гриппа свиней.

Стандартные меры предосторожности, наряду с предосторожностями в отношении передачи инфекции воздушно-капельным или контактным путем должны использоваться при всех манипуляциях с пациентом в течение 7 дней с момента начала заболевания или до момента исчезновения симптоматики. *Медицинскому персоналу необходимо обязательно мыть руки с мылом или дезинфектантами сразу после снятия резиновых перчаток, контакта с медицинским оборудованием или респираторными выделениями больного.*

Персонал, проводящий медицинские процедуры или отбор клинических образцов у больных с подтвержденным или предполагаемым диагнозом должен пользоваться *одноразовыми нестерильными перчатками, медицинскими халатами и плотно прилегающими защитными очками* (для предотвращения конъюнктивального заражения).

Маски и респираторы:

До момента получения дополнительной информации об особенностях вируса гриппа свиней А (H1N1) необходимо использовать маски, применяемые для профилактики заражения другими видами гриппа.

Временные рекомендации:

Персонал, проводящий манипуляции, связанные с возможностью возникновения аэрозолей (отбор клинических образцов, эндотрахеальная интубация, ингаляции, бронхоскопия и реанимация с интубацией или сердечно-легочная реанимация) должен пользоваться одноразовыми проверенными респираторами.

До момента выяснения особенностей заражения этим вирусом персонал, контактирующий с больными должен при посещении палаты больного пользоваться одноразовыми проверенными респираторами.

Группа высокого риска заражения гриппом определяется следующим образом: люди, которые подвержены большому риску заболевания после сезонного гриппа. Однако, в настоящее время еще слишком рано говорить о том, какие люди подвержены большому риску заболевания свиным гриппом (H1N1). Данное руководство будет обновляться с появлением новой информации.

Клиницисты должны учитывать возможность свиного гриппа (H1N1) при дифференциальном диагнозе у пациентов с температурой и респираторным заболеванием, и у тех, кто:

1. Живет в регионах США с подтвержденными случаями свиного гриппа у человека (H1N1).

2. Недавно был в Мексике или был в контакте с людьми, которые были больны респираторным заболеванием с температурой и были в регионах США с подтвержденными случаями свиного гриппа или в Мексике в течение 7 дней до начала заболевания этих людей.

Специальные вопросы, касающиеся детей

Аспирин или содержащие аспирин лекарства (например, висмут субсалицилат - Pepto Bismol) нельзя давать лицам 18 летнего возраста или лицам, не достигшим 18 лет с подтвержденным или подозреваемым диагнозом свиного гриппа (H1N1) из-за риска возникновения Reye. Для облегчения лихорадочного состояния рекомендуются другие жаропонижающие средства типа ацетаминофен или нестероидные противовоспалительные лекарства.

Антивирусная устойчивость

Вирус, вызывающий заболевание гриппом свиней (H1N1), чувствителен к ингибитору нейраминидазы противовирусному лекарству занамивир и оселтамивир. Вирус устойчив к противовирусным медикаментам ряда амантадины, таким как амантадин и римантадин.

Сезонный вирус гриппа А и В продолжает циркулировать в США и в Мексике. Циркулирующий в настоящее время вирус гриппа А человека (H1N1) является устойчивым к оселтамивиру и чувствительным к замавиру, амантадину и римантадину. Циркулирующий в настоящее время вирус гриппа А человека (H3N2) является устойчивым к амантадину и римантадину, но чувствительным к оселтамивиру и замавиру. Поэтому, настоящие рекомендации по лечению подозрительных случаев свиного гриппа (H1N1) должны учитывать возможность инфицирования вирусом **свиного** гриппа (H1N1) так же, как и вирусами гриппа **человека**. Кроме того рекомендации должны рассматривать чувствительность этих вирусов к лекарственным средствам.

Противовирусное лечение

Подозрительные случаи

Эмпирическое противовирусное лечение рекомендуется для любого больного с **подозрением** на заболевание свиным гриппом (H1N1). Антивирусное лечение либо только занамивиром, либо в комбинации с оселтамивиром или амантадином или римантадином должно начинаться при первых проявлениях симптомов заболевания. Рекомендованная продолжительность лечения - пять дней. Рекомендации по использованию противовирусных препаратов могут измениться, поскольку появляются новые данные о чувствительности вирусов к тем или иным препаратам.

Антивирусные дозы и схемы, рекомендованные для лечения свиного гриппа (H1N1) те же самые, что и для сезонного гриппа.

Для антивирусного лечения подтвержденного случая свиного гриппа (H1N1) можно применять либо оселтамивир, либо занамивир. Рекомендованная продолжительность лечения - пять дней. Те же самые медикаменты следует применять для лечения случаев, которые дали положительные ПЦР тесты на вирус гриппа А и отрицательные тесты на сезонные вирусы H3 и H1.

Беременные женщины

Оселтамивир, занамивир, амантадин, и римантадин - это медикаменты, относящиеся к "Категории С для беременных", причем никакие клинические исследования безопасности применения этих лекарств для беременных не проводились. Докладывалось только о двух случаях использования амантадина для лечения тяжелой формы гриппа у беременной женщины в третьем триместре. Однако, было показано при исследованиях на животных, что и амантадин и римантадин являются тератогенными и эмбриотоксичными при введении в достаточ-

но высоких дозах. Из-за неизвестных эффектов, которые оказывают противогриппозные лекарства на беременных женщин и плод, эти четыре лекарства должны использоваться во время беременности, только если потенциальная польза оправдывает потенциальный вред, наносимый плоду; в таких случаях необходимо знакомиться с инструкциями по применению лекарств от производителей. Однако, не было информации о неблагоприятных эффектах у женщин, которые получили озелтамивир или занамивир в период беременности или у младенцев, рожденных этими женщинами.

Антивирусная хемофилактика

Для антивирусной хемофилактики свиного гриппа (H1N1) рекомендуется либо озелтамивир, либо занамивир. Продолжительность антивирусной хемофилактики - 7 дней после последнего подтвержденного случая свиного гриппа (H1N1). **Противовирусные дозы и схемы лечения, рекомендованные для хемофилактики свиного гриппа (H1N1) те же самые, что и рекомендованные для сезонного гриппа.**

Антивирусная хемофилактика (до заражения или после заражения) **рекомендует** либо озелтамивир, либо занамивир для следующих индивидуумов:

1. Члены семьи, которые имеют высокий риск заболевания гриппом (люди с некоторыми хроническими медицинскими состояниями, люди пожилого возраста) при подтвержденном или подозрительном диагнозе.
2. Школьники, которые имеют высокий риск заболевания гриппом (люди с некоторыми хроническими медицинскими состояниями), люди, которые имели близкие контакты (лицом к лицу) с теми, у кого диагноз подтвержден или подозревается.
3. Приезжающие в Мексику, которые имеют высокий риск заболевания гриппом (люди с некоторыми хроническими медицинскими состояниями, люди пожилого возраста).
4. Таможенные служащие (Мексика), которые имеют риск заболеть гриппом (люди с некоторыми хроническими медицинскими состояниями, люди пожилого возраста).
5. Работники здравоохранения, которые имели незащищенный близкий контакт с больными с подтвержденным свиным гриппом (H1N1) вирусная инфекция.

Антивирусная хемофилактика (до заражения или после заражения) либо озелтамивиром, либо занамивиром **может быть рассмотрена** для следующих случаев:

1. любой работник здравоохранения, который имеет риск заболевания гриппом (люди с некоторыми хроническими медицинскими условиями, лица пожилого возраста), который работает с подтвержденными случаями свиного гриппа (H1N1), и который работает с пациентами с любой острой респираторной инфекцией, сопровождающейся лихорадкой.
2. Группа лиц с невысоким риском заболевания, которые приезжают в Мексику, впервые, или пограничные работники, которые работают с группами с подтвержденным заболеванием свиным гриппом (H1N1).

III. ВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ СЛУЧАЕВ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫХ ГРИППОМ СВИНЕЙ ТИПА А (H1N1)

1. Сбор образцов и обращение с ними

Сбор проб клинического и секционного материала образцов гриппа и обращение с ними, а также их хранение, упаковку и транспортировку проводить в соответствии с СП 1.3.1285-03 «Безопасность работы с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности)», СП 1.2.036-95 «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I-IV групп патогенности», методическими указаниями «Организация и проведение лабораторной диагностики заболеваний, вызванных высококовирулентными штаммами вируса гриппа птиц типа А (ВГПА), у людей» - МУК 4.2.2136-06 и методическими рекомендациями «Организация мониторинга заносов и распространения гриппа птиц в природных условиях на территории Российской Федерации» - МР 01/15701-8-34 от 26.12.2008.

2. Оценка эффективности имеющихся средств для лабораторной диагностики

- Экспресс-анализы на антиген, предназначенные для выявления вирусов гриппа типа А, возможно, смогут обнаружить этот вирус свиней, но из-за низкой чувствительности, по сравнению с другими лабораторно-диагностическими методами, могут дать ложноотрицательные результаты.

- Возможно, что антитела, используемые в иммунофлюоресцентных и других иммунологических анализах, не будут связываться с мишенями на вирусе и могут привести к ложноотрицательным результатам.

- В то время как праймеры, используемые в ПЦР-анализе для обнаружения высококонсервативных частей генома гриппа и подтверждения присутствия гриппа типа А, будут, вероятно, работать, праймеры, используемые в настоящее время в ПЦР-диагностике для субтипирования вируса гриппа типа А, возможно, не будут обнаруживать нечеловеческие вирусы. Информация относительно конкретных специфичных анализов будет предоставлена в ближайшем будущем.

- Единственным надежным средством подтверждения гриппа свиней типа А (H1N1) будет выделение вируса (выделение вируса должно осуществляться в условиях лаборатории с уровнем защиты BSL-3) и, по крайней мере, частичное секвенирование генома.

- Частичное или полное секвенирование вирусного генома из клинических образцов, по возможности, обеспечит точную идентификацию нового штамма.

- Необходимо выполнять меры по обеспечению биобезопасности в лабораторных условиях в отношении обращения с потенциальными пандемическими штаммами в соответствии с СП 1.3.1285-03 «Безопасность работы с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности)», СП 1.2.036-95 «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I-IV групп патогенности», МУ 1.3.1794-03 «Организация работы при исследованиях методом ПЦР материала, инфицированного микроорганизмами I-II групп патогенности».

3. Проведение вирусологического диагноза заболевания людей гриппом свиней типа А (H1N1)

При подозрении инфекции на случай, вызванный вирусом гриппа свиней типа А (H1N1), образцы собранные в соответствии с пунктом 1 настоящих рекомендаций, направляются в ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» Рос-

потребнадзора, Научно-методический центр по референс-диагностике и изучению высокопатогенных штаммов вируса гриппа.

IV. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО БЕЗОПАСНОСТИ РАБОТЫ В ЛАБОРАТОРИЯХ С ВИРУСОМ ГРИППА СВИНЕЙ А (H1N1).

Рекомендации предназначены для сотрудников занятых обработкой или диагностическим тестированием клинических образцов от пациентов, предположительно заболевших гриппом свиней А (H1N1), или выполняющих работу по изоляции больных или контактных.

Диагностические лабораторные работы с клиническими образцами от пациентов, предположительно заболевших гриппом свиней А (H1N1) должны выполняться в лабораториях с уровнем безопасности BSL2. Все манипуляции с образцами следует выполнять в кабинетах безопасности.

Выделение вирусов из клинических образцов от пациентов, предположительно заболевших гриппом свиней А (H1N1), следует выполнять в лабораториях с уровнем безопасности BSL2 с элементами BSL3 (усиленные условия BSL2).

Дополнительные меры предосторожности включают:

- Рекомендованная защита оборудования и персонала (с учетом конкретных рисков)
- Защита дыхательных путей - прилегающий респиратор, или ватно-марлевая маска, или защитные средства более высокого уровня (защитные костюмы)
- Бахилы
- Хирургический халат
- Двойные перчатки
- Защита глаз (защитные очки или щиток для защиты лица)

Отходы

Все процедуры по уничтожению отходов должны выполняться в соответствии с действующими Санитарными правилами.

Рекомендованные дезинфектанты:

- 70% этиловый спирт
- 5% лизол
- 10% хлорка

Весь персонал должен осуществлять самоконтроль температуры и любых других симптомов. Симптомы гриппа свиней включают кашель, воспалительные явления в горле, рвоту, диарею, головную боль, насморк и мышечные боли. О любом недомогании необходимо сообщить руководителю лаборатории немедленно.

Для персонала, который подвергся воздействию клинического материала или живого вируса от заболевших гриппом свиней А (H1N1) следует применять антивирусную химиопрофилактику занамивиром или оселтамивиром на протяжении 7 дней после воздействия.

Приложение №2 к приказу №168 от 28.04.2009г. «Об организации мероприятий по предотвращению распространения заболевания, вызываемого вирусом гриппа свиней типа А/Н₁Н₁ (Калифорния 04/2009) в Алтайском крае»

1. Наименование ЛПУ, адрес расположения.
2. ФИО начальника госпиталя для ООИ, раб. тел.
3. Наличие инфекционного отделения, количество коек.
4. Наличие схемы оповещения при выявлении ООИ (в рабочее и нерабочее время), кем и когда утверждена.
5. Наличие схемы перепрофилирования инфекционного отделения под госпитальную базу ООИ, кем и когда утверждена.
6. Наличие паспортов госпитальной базы, провизорного госпиталя и госпиталя для контактных, год последнего пересмотра (корректировки).
7. Обучение медицинских работников (теоретическая подготовка):

Наименование отделений	Врачей			Средних мед. работников			Младший мед. персонал			ИТОГО		
	Все-го	Обучено	За-чет	Все-го	Обучено	За-чет	Все-го	Обучено	За-чет	Все-го	Обучено	За-чет
Инфекционное отделение												
Отделение скорой неотложной медицинской помощи												
Детская поликлиника												
Взрослая поликлиника												
Стационар												
Отделение пат. анатомии												
Бактериологическая лаборатория												
Прочие отделения												
ИТОГО												

ЮРИДИЧЕСКАЯ СЛУЖБА

Льготный стаж за выслугу лет

История льготного пенсионного обеспечения за выслугу лет в здравоохранении небесконфликтна. Представление о ней - важная предпосылка ясного понимания сегодняшней правовой ситуации. Ее осмыслению поможет статья заместителя заведующего отделом правовой и социальной защиты, правового инспектора ЦК профсоюза работников здравоохранения РФ Балькиз Хасяновны Фаткиевой.

Сначала льготное пенсионное обеспечение распространялось на врачей и средний медицинский персонал независимо от наименования должности. И те и другие имели на него права при выслуге в сельской местности, поселке городского типа или рабочем поселке не менее 25 лет либо не менее 30 лет в городе.

На процесс изменений законодательства о назначении такой трудовой пенсии особым образом повлиял ввод в действие с 1 ноября 1999 г. постановления Правительства РФ N 1066 от 22.09.1999 "Об утверждении Списка должностей, работа в которых засчитывается в выслугу, дающую право на пенсию за выслугу лет в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, и Правил исчисления сроков выслуги для назначения пенсии за выслугу лет в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения". Нормы этого постановления были включены в основу нового правового акта, где более детально прописаны условия предоставления данного вида пенсии.

Речь идет о Постановлении Правительства РФ N 781 от 29.10.2002 "О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 28 Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации", и об утверждении правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 28 Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации". Этим постановлением определены учреждения здравоохранения, работа в которых включается в стаж для назначения пенсии досрочно.

Важно отметить, что постановлением N 1066 в Списках должностей, работа на которых дает право получения пенсии досрочно, указывалась конкретная должность среднего медперсонала. А в отношении врачей было отмечено, что пенсия назначается представителям всех специальностей (кроме врачей-статистиков), в т.ч. врачам-руководителям учреждений (их структурных подразделений), осуществляющим врачебную деятельность. Причем "врачебную деятельность" врачей-руководителей необходимо было подтверждать с помощью различных документов, справок и т.п.

Что же касается перечисленных в постановлении N 1066 наименований учреждений, работа в которых дает право на пенсию досрочно, то это - особый случай. Оказалось, в данном аспекте Правительством были превышены его полномочия. Дело в том, что право определять наименования учреждений у правительства возникло только с получением для этого законодательного основания - вступления в силу Федерального закона "О трудовых пенсиях в РФ" от 17.12.2001 г. N 173-ФЗ. То есть - с 1 января 2002 г., когда этим законом была установлена прямая норма о полномочиях правительства определять список учреждений, работа в которых дает право на досрочную трудовую пенсию по старости (пп. 11 п. 1 ст. 28 указанного закона). Для сведения сообщаем, что 30.12.2008 Федеральным законом N 319-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "О трудовых пенсиях в РФ" упомянутый вид досрочной трудовой пенсии значится в статье 27 закона N 173-ФЗ (подпункт 20).

Ряд лет причиной правовых коллизий нередко становилось разночтение в наименованиях должностей врачей и среднего медперсонала. Крайне существенно, что в постановлении N 1066 указано: по представлению Министерства здравоохранения РФ, а также по согласованию с Пенсионным фондом РФ, право устанавливать тождественность наименований должностей и учреждений дано Министерству труда РФ (в настоящее время оба эти министерства объединены в Министерство здравоохранения и социального развития РФ). Сегодня надо руководствоваться тем, что процедура установления тождества профессий, должностей и организаций (структурных подразделений), с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости, изложена в совместном Информационном письме Минтруда РФ, Минобразования РФ, Минздрава РФ, Минкультуры РФ и ПФР от 27 мая и 6 июня 2003 г. N 504-АП/20-51-1921/20-5/2510/6223-03-32/3946-01-50/32/МЗ-25-23/5901.

Этот экскурс в историю вплотную подводит к пониманию нынешней ситуации. Оно состоит в том, что в стаж, дающий право на досрочную пенсию в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, засчитываются нижеследующие периоды работы. Во-первых, до 1 ноября 1999 г. - при занятии любой должности среднего медицинского персонала и врача, независимо от наименования. Во-вторых, после этой даты - в должности, поименованной в Списке от 22.09.1999 г. основанием для первого случая являются Списки профессий и должностей работников здравоохранения, утвержденные постановлениями СМ СССР от 17.12.1959 г. N 1397, СМ РСФСР от 06.09.1991 г. N 464. Основанием во втором случае - Списки и Правила, утвержденные правительственными постановлениями от 22.09.1999 г. N 1066 и от 29.10.2002 г. N 781.

И все указанные постановления применяются при подсчете стажа для назначения данного вида досрочной трудовой пенсии (в зависимости от периода трудовой деятельности работника).

Отдельного разговора требуют изменения правил исчисления (стажа) выслуги лет в связи с назначением льготной пенсии. Вступление в силу Постановления Правительства РФ N 1066 от 22.09.1999 г. "Об утверждении Списка должностей, работа в которых засчитывается в выслугу, дающую право на пенсию за выслугу лет в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, и Правил исчисления сроков выслуги для назначения пенсии за выслугу лет в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения" подвергло серьезным изменениям как порядок назначения данного вида досрочной трудовой пенсии, так и правила исчисления самой выслуги.

В Правилах исчисления сроков выслуги для назначения пенсии досрочно в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения было впервые выдвинуто важное условие. Оно гласит, что в стаж работы засчитывается профессиональная деятельность, выполняемая медицинскими работниками в течение полного рабочего дня в соответствующих должностях врачей и среднего медицинского персонала, предусмотренных Списком постановления N 1066. Это условие действует с 1 ноября 1999 г. Под полным рабочим днем понимается не менее 80% рабочего времени (разъяснение Минтруда РФ N 5 от 22.05.1996, утвержденное постановлением Минтруда РФ N 29 от 22.05.1996).

Был изменен порядок исчисления периодов работы с применением так называемого льготного коэффициента 1,3 (1 год и 3 месяца) за работу в сельской местности, поселке городского типа (п.г.т.), рабочем поселке (р.п.).

В п. 2 Правил определено, что врачам и среднему медицинскому персоналу, работавшим как в сельской местности (или п.г.т., р.п.), так и в городе - т.е. при смешанном стаже работы, пенсия устанавливается по достижении не менее 30 лет выслуги. При этом один год работы в сельской местности (или п.г.т., р.п.) засчитывается за один год и 3 месяца. Таким образом, подчеркнем, именно с 1 ноября 1999 г. коэффициент 1,3 применим только в случае смешанного стажа работы: в городе и сельской местности (в т.ч. п.г.т., р.п.).

В противном случае, т.е. когда работа выполнялась только в сельской местности (в т.ч. п.г.т., р.п.), она учитывается в календарном порядке: год работы - за год. До указанной даты периоды работы в сельской местности (в т.ч. п.г.т., р.п.) должны исчисляться по-старому, без учета нововведений, установленных постановлением Правительства РФ N 1066 в Правилах подсчета стажа.

"Льготный коэффициент 1,6 (1 год и 6 месяцев) применим при подсчете стажа работы врачей и среднего медицинского персонала, работавших в должностях в структурных подразделениях, поименованных в Перечне структурных подразделений государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, работа в которых дает право один год работы считать за один год и 6 месяцев. Кроме того, в Перечне упомянута каждая должность медицинского работника, имеющего право на льготное исчисление стажа в полуторном размере. В частности, отныне работа в отделениях хирургического профиля учитывается в льготном порядке при занятии должности медицинского работника с указанием слова "оперирующий(ая)". Тем самым данное постановление (N 1066) законодательно определяет условие принятия медицинскими работниками указанных отделений участия в проведении операций.

Обращаем внимание на особый порядок льготного исчисления стажа работы медицинских работников. Он установлен в п. 5 Правил исчисления стажа, утвержденных постановлением Правительства РФ N 781 "О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 28 Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации". Речь идет об утверждении правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 28 Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации".

Возьмем для примера группу медицинских работников. Допустим, что они осуществляли лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в структурных подразделениях учреждений здравоохранения и в должностях согласно перечню, утвержденному постановлением N 781 (в отделениях хирургического профиля, анестезиологии-реанимации, реанимации и интенсивной терапии, патологоанатомических, отделах всех наименований судебно-медицинской экспертизы и т.д.), в учреждениях здравоохранения, расположенных в сельской местности, в п.г.т., р.п. и в городе (смешанный стаж). В таких случаях работа за календарный год засчитывается на наиболее выгодных для работника условиях: один год работы надо считать за один год и 9 месяцев. При этом льготный порядок исчисления стажа работы применяется к полному календарному периоду работы.

Б.Х.ФАТКИЕВА
"Медицинский вестник", 2009, N 3-4, 5

МНЕНИЕ

БЕСЕДА С ВЕДУЩИМ ПРОГРАММЫ «ВЕСТИ В СУББОТУ» СЕРГЕЕМ БРИЛЁВЫМ

В субботу 16 мая президент Российской Федерации дал развернутое интервью телеканалу «Вести». Беседа Дмитрия Медведева с Сергеем Брилёвым была практически полностью посвящена проблемам отечественного здравоохранения.

С.БРИЛЁВ: Здравствуйте, Дмитрий Анатольевич!

Д.МЕДВЕДЕВ: Здравствуйте, Сергей!

С.БРИЛЁВ: В этом формате здесь, в Кремле, это уже четвёртая такая встреча, есть какие-то традиции. Я думаю, что в эфире «Вестей» в субботу на каналах «Россия» и «Вести» мы не обойдём темы политики и экономики. Но есть тема, которую Вы обозначили в ходе предыдущей беседы, – это тема лекарств. Может быть, стоит обсудить её в более широком плане, а именно: обсудить вообще здоровье и здравоохранение. Я позволю себе такую игру слов: на Ваш взгляд, как себя чувствует наше здравоохранение, коснулся ли его кризис, каковы следствия?

Д.МЕДВЕДЕВ: Сергей, Вы, конечно, затронули очень важную для всех граждан нашей страны тему, потому как об этом мысли присутствуют у любого человека, в любой ситуации, независимо от его имущественного положения, возраста. Любой обычный человек думает о своём здоровье.

Если говорить о здоровье нашего здравоохранения, то, конечно, я хотел бы сказать, что здесь есть проблемы, проблемы, связанные и с тем, что мы получили в наследство, и с тем, что происходит в целом в экономике. Иными словами, на состоянии нашего здравоохранения сказываются и прежние проблемы, и текущая экономическая ситуация. Но при этом, я хотел бы специально это подчеркнуть в самом начале нашего разговора, ни один из приоритетов, которые мы обозначали, в том числе когда начинали заниматься национальным проектом «Здоровье», мы не только не отменили, но даже не уменьшили по объёму финансирования. В этом плане всё остается так, как мы и задумывали.

Другой вопрос, что, может быть, темпы продвижения по некоторым направлениям нам придется скорректировать. Тем не менее будем продвигать и высокотехнологичную медицинскую помощь, и лекарственное обеспечение, и работу по наиболее приоритетным программам здравоохранения, таким как онкология, туберкулёз, сердечно-сосудистая патология, то есть будем заниматься всем, чем начали заниматься до того.

С.БРИЛЁВ: Давайте, может быть, чуть-чуть поподробнее об этом, тем более что нацпроекты при Вас запускались, и сдвиги очень серьёзные есть, безусловно. Но какова конкретная судьба многих из этих больших проектов, которые запускались? Что с ними сейчас происходит?

Д.МЕДВЕДЕВ: Вы знаете, я считаю, что то, что мы смогли, что называется, раскошегарить, движется неплохо. Это не означает, что беспроblemно, но неплохо. Допустим, если говорить о высокотехнологичной медицинской помощи, мы принимали решение о создании 15 таких центров. В настоящий момент часть этих центров не просто уже готова, а реально оказывает медицинские услуги. В прошлом году был запущен Пензенский центр. В этом году мы запускаем центры в Чебоксарах и в Астрахани. Но, по сути, они уже работают, уже, по сути, оказывают медицинскую помощь тоже. Это центры, которые занимаются сердечно-сосудистыми заболеваниями, травматологией и ортопедическими вопросами.

Мы, естественно, продолжим эту тему. И в этом году будет запущено ещё некоторое количество центров. При этом это вот то, что называется высокотехнологичной медицинской помощью, то, что мы делали на основе так называемых модульных технологий, когда быстро собирался центр, «нафаршировывался» – извините за такое выражение – современным оборудованием и достаточно быстро мог приступить к работе. При этом если технологии будут меняться, а жизнь не стоит на месте, возникают всё новые и новые медицинские методики, можно будет, естественно, при наличии соответствующего финансирования часть оборудования изъять и поставить новое оборудование. В этом смысл вот этих модульных медицинских центров. Но даже без них мы сегодня говорим о том, что создаются 82 региональных центра сосудистых заболеваний.

С.БРИЛЁВ: По всей стране?

Д.МЕДВЕДЕВ: По всей стране. Вот это, может быть, в особенности важно, потому что мы знаем: смертность от сердечно-сосудистых патологий стоит на первом месте.

Кроме того, по стране создаётся ещё 240 специализированных сосудистых отделений. Таким образом, в общей сложности около 300 специализированных сосудистых подразделений будет создано по стране, для того чтобы заниматься сердечно-сосудистыми заболеваниями. Эти приоритеты не меняются.

Ещё одна тема – из другой области медицины – это так называемые родовые сертификаты. Я могу сказать, что это, может быть, одна из наиболее удачных составляющих национального

проекта «Здоровье». Уже получилось так, что более 90 процентов будущих матерей и состоявшихся матерей получили этот родовой сертификат. К чему это привело? Это привело, во-первых, к увеличению финансирования здравоохранения, конкретных женских консультаций и соответствующих больниц, родильных отделений. Это позволило увеличить заработную плату врачей и сестёр, которые этим занимаются. Но самое главное, чего ждали просто женщины, это позволило улучшить качество медицинской помощи. И это на самом деле неплохой результат. У нас за последний год произошёл прирост общего числа рождений практически на 7 процентов. Несмотря на очень сложную демографическую ситуацию, несмотря на то что мы всё равно находимся не в лучшем состоянии с точки зрения демографического тренда, всё-таки 6,7 процента прироста новых рождений – это очень хорошая цифра, и я надеюсь, что мы сможем её сохранить. Одновременно это сопровождается общим количеством уменьшения смертей и смертей младенцев, что на самом деле тоже для нас очень важный показатель, потому что ситуация с младенческой смертностью в нашей стране была очень и очень непростой. Она и сегодня остаётся довольно сложной, но уже по некоторым регионам мы выходим на цифры, сопоставимые с европейскими.

С.БРИЛЁВ: Новые центры – это замечательно. Но в конце концов Вы сами выросли в обычном городском районе тогда Ленинграда, и я уверен, что Вы и сейчас прекрасно знаете, что на местах люди ходят в обычные больницы и в обычные поликлиники, где бывают очереди, где состояние самих зданий оставляет желать лучшего. Как выровнять ситуацию вот на этом уровне, на приземлённом, на местах?

Д.МЕДВЕДЕВ: Вы знаете, у нас все больницы, за редким исключением медицины, которая финансируется за счёт платных источников, – это совершенно обычные больницы со всеми вытекающими отсюда последствиями. И мы прекрасно понимаем, что условия лечения в них далеко не блестящие. Это комплексная проблема, но её решать необходимо абсолютно конкретным, адресным путём.

Что я имею в виду? Вот я не так давно ездил в Рязань. И так получилось, что в ходе поездки ко мне обратился человек через интернет с предложением посмотреть, как дела в инфекционном отделении их местной больницы. Посмотрели, естественно, прослезились – всё выглядит ужасно.

С.БРИЛЁВ: Ну фотографии обошли весь интернет.

Д.МЕДВЕДЕВ: Фотографии обошли и интернет, и вообще СМИ. Пришлось дать прямое поручение. Насколько я понимаю, мне доложили, сейчас оно исполняется, до сентября месяца там всё будет приведено в порядок. Это один способ реагирования на ситуацию.

С.БРИЛЁВ: Ну да, всё через Президента не решишь.

Д.МЕДВЕДЕВ: Когда через Президента это делается, всё через Президента не решишь, это просто неверный, наверное, в конечном счёте посыл для всей страны. Но очень многое зависит от конкретной ситуации, от конкретных руководителей, от ситуации в регионе, в муниципалитете.

Когда-то мы начали заниматься фельдшерско-акушерскими пунктами. Большая, сложная проблема, особенно в деревнях, там вообще всё было в очень тяжёлом состоянии.

С.БРИЛЁВ: Да мы, горожане, эту аббревиатуру – ФАП – даже и не все знаем.

Д.МЕДВЕДЕВ: Не все знают, но вот эти ФАПы на самом деле – это первичная помощь на селе. И надо признаться, что в тех регионах, где за это взялись по-серьёзному, ФАПы изменили своё лицо, там появилось новое оборудование, там появились новые здания, медики получили специальное жильё. Это означает, что этими вопросами нужно заниматься прямо на региональном уровне и заниматься, исходя из текущей ситуации. Никак иначе. Не вообще, а просто делать инвестиции в конкретные объекты здравоохранения.

С.БРИЛЁВ: И, наверное, не только в деньгах счастье в данном случае?

Д.МЕДВЕДЕВ: Конечно. Это зависит от позиции руководства, это зависит от позиции тех людей, которые работают даже в конкретном муниципалитете. Если это является приоритетом, всегда какие-то копейки можно найти. А если эта тема задвинута на задний план, ничего не происходит.

С.БРИЛЁВ: Есть такая очень специальная тема: донорская кровь. У нас, знаете, в компании, на работе, висело на днях объявление: кто может – помогите, потому что такой-то конкретной группы нет. Те, кто с этим сталкивался, тоже знают, что приходится начинать обзванивать друзей и знакомых в поисках нужной группы крови. Как Вы думаете, вообще возможно вести разговор о том, чтобы был создан какой-то федеральный банк крови или вообще централизованный банк крови? Как эту проблему решить?

Д.МЕДВЕДЕВ: Если говорить о банке донорской крови, банке крови в целом, это действительно уже федеральная задача. Сейчас такой банк создаётся, восстанавливаются утраченные возможности и даже запускаются специальные предприятия по производству плазмы крови. Одно из них, кстати, в Кирове, и я считаю, что это как раз хороший пример, когда такого рода работа уже приобретает конкретные очертания. Это государственная задача, она будет решена.

С.БРИЛЁВ: Дмитрий Анатольевич, есть специфическая тема, это, в общем-то, новость последних дней недели – «свиной» грипп. Я позволю короткий личный пример.

Я возвращался из командировки из Америки на днях через Европу. Когда приземлился в Москве, вопреки стереотипам, в Москве в самолёт вошли представители российских санитарных служб, очень эффективно проверили температуру у всех, кто прилетел из Мексики или из Америки. Когда я был в транзите в Европе, никто никого не проверял. В общем, иными словами, на этом примере видно, как не очень согласованы действия разных государств.

Как Вы полагаете вообще, удастся сейчас миру и России, естественно, в частности справиться с этой новой опасностью?

Д.МЕДВЕДЕВ: Но это как раз пример того, как наша медицина и наши санитарно-эпидемиологические службы могут эффективно работать. В этом случае этот пример явно в нашу пользу, потому что на въезде осуществляется контроль. И с этим связана достаточно спокойная ситуация, которая в настоящий момент по этому штамму гриппа существует в нашей стране. Я думаю, что в целом эта проблема вполне решаемая. Нужно только внимательным образом заниматься собственно исследованиями, создавать моновакцину, а сейчас этим занимается весь мир. Я думаю, что она появится в ближайшее время.

Что же касается текущей ситуации, то в целом наша страна обладает необходимым запасом препаратов. Если мы сможем наладить производство новой вакцины, значит, мы будем полностью гарантированы. В целом ситуация находится под контролем. И я считаю, что мы готовы к тому, чтобы противостоять и этому штамму гриппа.

С.БРИЛЁВ: Ну вот мы с Вами вернулись невольно к теме, с которой начинали, – лекарства, цены на лекарства и особенно на импортные лекарства, что сейчас злободневно.

Вообще как-то контролировать эту тему, эту проблему можно?

Д.МЕДВЕДЕВ: Не только можно, мы просто обязаны её контролировать, потому что от того, в каком состоянии находится лекарственный рынок, зависят жизнь и здоровье миллионов наших людей, и тех, у кого много денег, и тех, у кого денег, к сожалению, совсем немного.

С.БРИЛЁВ: Абсолютно.

Д.МЕДВЕДЕВ: Поэтому это задача для всего государства. Что я могу сказать? Мы в целом за последнее время предприняли всё-таки достаточно эффективные, на мой взгляд, шаги для того, чтобы навести здесь порядок, хотя кризис сказался на этой сфере самым сложным образом, потому что у нас только на 30 процентов приблизительно рынок обеспечивается нашими препаратами, 70 процентов препаратов – это импортные препараты.

С.БРИЛЁВ: К сожалению.

Д.МЕДВЕДЕВ: К сожалению. Наша промышленность фармакологическая пока к этому не готова. Раз это так, то при изменении курса иностранной валюты происходит удорожание соответствующих препаратов.

С.БРИЛЁВ: Но как-то часто пересчитывают вовсе не на тот процент, на который...

Д.МЕДВЕДЕВ: Пересчитывают так, что иногда становится просто больно, как это делается. Речь идёт о том, что увеличение происходит не пропорционально, скажем, изменению курса той или иной валюты. Я уже об этом говорил в одном из интервью, и после этого сигнал прошёл, наши коллеги в регионах этим занимались. Но не только они, занималась и прокуратура. Что необходимо делать? Нужно отслеживать ситуацию на местах, потому что весь наш лекарственный рынок состоит из нескольких сегментов. Первая часть – это то, что связано с дорогостоящей лекарственной помощью по семи заболеваниям, как говорят медики, по семи нозологиям. Вторая часть – это так называемое дополнительное лекарственное обеспечение, которое финансируется за счёт различных источников, в том числе федерального бюджета, и за которое отвечают сегодня у нас регионы. Это тоже десятки миллиардов рублей. В общей сложности объём финансирования лекарственных препаратов в этом году составляет около 80 миллиардов рублей. В этом случае уже задача регионов следить за тем, чтобы эти лекарственные препараты закупались по нормальным ценам, потому что, как мне докладывают, к сожалению, зачастую закупки осуществляются с надбавками или, так сказать, с вот этим дополнительным вознаграждением к отпускной цене в 80 иногда и 100 процентов.

С.БРИЛЁВ: С откатом, говоря так.

Д.МЕДВЕДЕВ: Это и откаты, и просто на самом деле увеличение цены существенное против отпускной, причём неприемлемое увеличение, потому что таких вознаграждений быть не может. Это те процессы, с которыми должны разбираться антимонопольные органы, прокуратура и другие правоохранительные структуры. Причём по совершенно обычным препаратам, подчёркиваю, это препараты из группы обычных жаропонижающих средств, таких как аспирин, противовирусные препараты, и вот это неприемлемо. Здесь нужно точно давать по рукам самым жёстким образом.

И, наконец, третья группа препаратов, которая продаётся на свободном рынке, в аптеках имеется в виду, это нерегулируемый рынок. Здесь мы должны следить за теми ценами, которые заявляют производители, и такая система сейчас отлаживается, с тем чтобы эти цены не только

определённым правильным образом формировались, но и публиковались, с тем чтобы нам было понятно, откуда появилась такая цена.

Вот это три сегмента нашего лекарственного рынка: дорогостоящие лекарственные препараты, затем препараты, которые получают в рамках так называемого дополнительного лекарственного обеспечения, льготные так называемые препараты (у нас всего льготников больше 5 миллионов) и, наконец, вот этот свободный аптечный рынок. Если мы сможем отрегулировать ситуацию во всех трёх составляющих, у нас будет нормальный современный лекарственный рынок.

С.БРИЛЁВ: Сможем?

Д.МЕДВЕДЕВ: Уверен, что сможем, но нужно этим заниматься на всех уровнях – и Федерации, и регионам, и даже муниципалитетам.

С.БРИЛЁВ: Есть ещё четвёртый сегмент, он связан с самолечением. Есть такая старинная русская забава, кстати, не только русская, во всем мире эта проблема существует. Но к этому ещё добавляются всякие шарлатаны, которые говорят: ну вот сейчас вас вылечим каким-нибудь специальным способом...

Д.МЕДВЕДЕВ: Чудодейственным способом.

С.БРИЛЁВ: Чудодейственным способом, только ведёт это к обратным результатам, как к обратным результатам часто и самолечение ведёт, хотя вроде бы лекарства известные: полечусь-ка я, уже не раз такую-то таблеточку глотал. Какое Ваше отношение к этой проблеме?

Д.МЕДВЕДЕВ: Я думаю, что у меня такое же к этому отношение, как и у медиков, и я считаю, что это совершенно неприемлемая вещь, потому что так можно угробить собственное здоровье. Никаких чудес в этом смысле никто не предложит, сколько бы ни писали об этом в различных изданиях. И вообще здесь нужно помнить, что в конечном счёте, по данным, во всяком случае, Всемирной организации здравоохранения, две трети нашего вклада в здоровье – это наш образ жизни: то, как мы живём, то, как мы питаемся, какую воду мы пьём, какой образ жизни мы ведём. И только 10–15 процентов – это состояние медицины. Поэтому, как это, может быть, ни банально звучит, но в значительной степени состояние нашего здоровья зависит от нас самих.

С.БРИЛЁВ: Один из самых доступных для россиян способов так или иначе быть в форме – это съездить на дачу. Сейчас май как раз, начало дачного сезона. Но, учитывая особенности экономической ситуации, для многих людей сейчас дача – это не только нормальная физическая нагрузка или полежать на солнышке, это, вообще-то, и способ прокормиться. Сейчас, например, значительно выросла статистика продажи семян именно всяких плодоовощных культур, не декоративных – плодоовощных. Понятно, кризис есть кризис. А вот как обстоит дело с той самой дачной амнистией? Не пора ли вообще в принципе наконец-то узаконить права людей на ту землю, на которой они отдыхают, работают, – дачи?

Д.МЕДВЕДЕВ: Давно пора. И поэтому, собственно, был принят закон о дачной амнистии. Что у нас вообще на самом деле сегодня есть? У нас приблизительно около 20 миллионов человек, которые обладают садовыми участками, огородами, находятся в различных объединениях, – это значительная часть населения, очень значительная часть. При этом за последнее время, с тех пор как закон вступил в силу, приблизительно 2,5 миллиона человек узаконили свои права, то есть зафиксировали их. Это касается тех, кто получил землю до вступления в силу Земельного кодекса и кто, по сути, пользовался ею на птичьих таких правах, то есть у них никаких правоустанавливающих документов не было.

Сейчас ситуация меняется. Конечно, есть проблемы бюрократического порядка, далеко не везде это делается так быстро, как хотелось бы людям, но тем не менее всё-таки уже приблизительно 15 процентов дополнительного количества вот такого рода собственников свои права узаконили. Это очень важно. Но, наверное, важно, чтобы этот процесс не закончился в какой-то момент. Поэтому я думаю, с учётом того, что происходит, с учётом того, что к этой теме интерес у граждан сохраняется, не все успели это сделать и по объективным причинам, и по субъективным причинам, я внесу предложение о продлении срока этой так называемой дачной амнистии, чтобы воспользоваться этими возможностями смогло большее количество наших граждан.

С.БРИЛЁВ: То есть хорошая новость.

Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Д.МЕДВЕДЕВ: Спасибо Вам. До встречи.

<http://www.kremlin.ru/text/appears/2009/05/216373.shtml>
16 мая 2009 года

ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ

Вопросы информатизации здравоохранения в «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года»

30 января 2009 года на парламентских слушаниях заместитель Министра Минздравсоцразвития России Вероника Скворцова представила перед депутатами проект "Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года".

Разделы 2.7. и 4.2.8. Концепции, посвященные вопросам информатизации здравоохранения, предложены в следующей редакции:

2.7. Информатизация здравоохранения

В Российской Федерации разработка и реализация программ информатизации здравоохранения ведется с 1992 года. К настоящему времени в стране созданы элементы информационно-коммуникационной инфраструктуры для нужд медицины, положено начало применению и распространению современных информационно-коммуникационных технологий в сфере здравоохранения. В субъектах Российской Федерации созданы медицинские информационно-аналитические центры, автоматизированные информационные системы фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций.

Вместе с тем разработанные информационные системы, как правило, носят узконаправленный характер, ориентированный на обеспечение частных функций и задач. Отсутствие единого подхода при их развитии в процессе эксплуатации привело к возникновению серьезных проблем. В результате существующие информационные системы представляют собой комплекс разрозненных автоматизированных рабочих мест, а не единую информационную среду.

Уровень оснащения системы здравоохранения современными информационно-коммуникационными технологиями крайне неоднороден и в основном ограничивается использованием нескольких компьютеров в качестве автономных автоматизированных рабочих мест.

Еще одной проблемой в области информатизации системы здравоохранения является отсутствие унификации используемых программно-аппаратных платформ. Сегодня в медицинских учреждениях существуют более 800 различных медицинских информационных систем, а для нужд бухгалтерий, отделов кадров и экономических подразделений используются самые разные программные пакеты.

Некоторые учреждения, в основном работающие и финансируемые из системы обязательного медицинского страхования, внедряют системы, позволяющие вести учет контингента больных, проводить анализ деятельности и составление регламентных отчетов. В целом в учреждениях системы здравоохранения не формируется единого информационного пространства, поэтому электронный обмен данными между ними затруднен.

Единственный вид программного обеспечения, установленный практически повсеместно в учреждениях здравоохранения, это разработанные программы учета реестров оказанных услуг системы обязательного медицинского страхования, а также компоненты информационных систем обеспечения льготными лекарственными средствами.

К настоящему времени не сформирован единый подход к организации разработки, внедрения и использования информационно-коммуникационных технологий в медицинских учреждениях и организациях. В результате возможности интеграции существующих программных решений весьма ограничены.

Таким образом, существующий уровень информатизации системы здравоохранения не позволяет оперативно решать вопросы планирования и управления отраслью для достижения существующих целевых показателей.

В настоящее время многие страны приступили к реализации программы по созданию единого информационного пространства в сферах здравоохранения и социального развития.

Например, в Великобритании реализуется программа NHS Connecting for Health с общим объемом инвестиций до 2014 года порядка 25 млрд. долл. США при численности населения примерно 60,5 млн. человек. Аналогичные программы выполняются во всех странах Организации экономического сотрудничества и развития (30 стран).

В Европе, помимо национальных программ, реализуется единая программа Европейского Союза e-health. Первоочередные задачи: стандартизация, обеспечение страхового покрытия независимо от нахождения, обработка медицинской информации о пациенте с использованием информационных технологий (иногда для описания последней задачи используется термин телемедицина, но он не отражает в полной мере сущности указанных процессов).

Объем инвестиций Евросоюза в рамках общеевропейской программы e-health (без учета аналогичных национальных программ) уже составил около 317 миллионов евро.

В Канаде создается единая информационная система в области здравоохранения. Приоритетные направления работ: Электронный паспорт здоровья, инфраструктура, телемедицина, создание национальных реестров, справочников и классификаторов, системы диагностической визуализации и хранения графической информации. Бюджет программы на период до 2009 года составляет 1,3 миллиарда долл. США, при численности населения около 39 млн. человек.

Аналогичная комплексная программа реализуется в США. Согласно данной программе, предусматривается создание сегмента информационной системы в сфере здравоохранения в рамках Электронного Правительства. Общие потребности в инвестициях в электронную медицину на ближайшее десятилетие оцениваются в 21,6–43,2 миллиарда долл. США. Приоритетными направлениями работ в настоящий период объявлены: Электронный паспорт здоровья (EHR), национальная информационная инфраструктура в интересах здравоохранения, региональные центры медицинской информации (RHIOs), электронный обмен медицинскими данными.

Согласно экспертным оценкам, полномасштабное внедрение информационных технологий в медицину США может привести к экономии до 77 миллиардов долл. США. Аналогичные исследования в Германии дают оценку экономии расходов при переходе на электронное здравоохранение в размере до 30% от имеющихся затрат. В частности, внедрение технологии электронного рецепта дает экономию порядка 200000000 евро в год, снижение расходов, связанных с выбором неправильного метода лечения, избыточных процедур и медикаментов позволит экономить около 500 миллионов евро ежегодно, выявление и предотвращение страховых махинаций составят около 1 миллиарда евро в год при численности населения около 83 млн. человек.

4.2.8. Информатизация здравоохранения

Современные медицинские информационные технологии могут оказать существенное влияние на повышение качества и доступности медицинских услуг населению в сочетании с ростом эффективности планирования и управления ресурсами системы здравоохранения Российской Федерации на основе мониторингирования и анализа показателей качества медицинской помощи.

Целью информатизации системы здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи населению на основе автоматизации процесса информационного взаимодействия между учреждениями и организациями системы здравоохранения, органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, а также федеральными органами исполнительной власти, обеспечивающими реализацию государственной политики в области здравоохранения.

В целях информационного обеспечения оперативного управления и планирования ресурсов системы здравоохранения, а также повышения доступности и качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации должна быть создана государственная информационная система персонализированного учета оказания медицинской помощи (Система), которая обеспечит оперативный учет медицинской помощи, учреждений здравоохранения и медицинских кадров и создаст надежную основу для решения ключевых задач управления отраслью.

В рамках достижения поставленной цели планируется решить следующие основные задачи:

- создание информационно-аналитической системы ведения федеральных реестров и регистров, а также нормативно-справочного обеспечения в сфере здравоохранения;
- создание информационной системы персонализированного учета оказания медицинской помощи;
- информационная поддержка процесса оказания первичной медицинской помощи, а также лечебно-диагностического процесса, в том числе на основе обеспечения доступа медицинских работников к нормативно-справочной информации, необходимой для профессиональной деятельности;
- информационная поддержка оказания услуг высокотехнологичной медицинской помощи;
- создание и внедрение автоматизированной системы ведения медицинской карты пациента в электронном виде;
- создание условий для реализации саморегулируемой системы организации медицинской помощи с использованием постоянного мониторинга и анализа показателей качества медицинской помощи;
- упорядочение системы финансирования и управления учреждениями и организациями отрасли здравоохранения.

При этом предполагается, что источниками первичной информации для формирования элементов Системы должны стать медицинские учреждения, а также территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Информация, формируемая в рамках Системы, позволит решать задачи по анализу и прогнозированию ключевых показателей развития отрасли здравоохранения, а также повышению качества и оперативности предоставления медицинских услуг населению. Это будет достигнуто за счет автоматизации:

- мониторинга финансовых потоков в учреждениях здравоохранения, как на территории субъектов Российской Федерации, так и в целом по отрасли;
- оценки эффективности управления кадровыми ресурсами в сфере здравоохранения;

- определения объемов и структуры медицинской помощи на основе данных об обращениях граждан в учреждения здравоохранения;
- прогнозирования потребности в назначении лекарственных препаратов гражданам, в том числе по программе лекарственного страхования, на основе данных территориально-популяционных регистров;
- прогнозирования затрат на медицинскую помощь, оказанную в рамках Программы государственных гарантий;
- оценки эффективности деятельности региональных органов управления здравоохранением.

Этапы реализации 2009-2015 г.г.:

- разработка и согласование организационно-технических требований к компонентам Системы, предусматривающих возможность использования унифицированных социальных карт гражданина в Российской Федерации на этапе второй очереди создания Системы;
- утверждение системного проекта на создание Системы;
- формирование "пилотной" зоны для апробации типовых программно-технических комплексов, создаваемых в рамках Системы;
- установка типовых программно-технических комплексов в федеральных, государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения и региональных центрах "пилотной" зоны и подключение их к сети Интернет;
- создание в рамках Системы с использованием инфраструктуры Общероссийского государственного информационного центра Федерального центра обработки данных в сфере здравоохранения;
- доработка по итогам опытной эксплуатации типовых программно-технических комплексов, установленных в федеральных, государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения и региональных центрах "пилотной" зоны;
- создание подсистем федеральных реестров, регистров и нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения с возможностью доступа органов государственной власти и организаций в сфере здравоохранения, а также органов местного самоуправления муниципальных образований к информации, содержащейся в федеральном и региональных центрах обработки и анализа данных, в том числе к подсистемам реестров и регистров в сфере здравоохранения.

2016-2020 г.г.:

- ввод Системы в промышленную эксплуатацию;
- внедрение единой системы идентификации получателей медицинских услуг на основе использования единой социальной карты гражданина;
- создание системы централизованного ведения и актуализации научно-справочной информации, включая справочники, классификаторы, медико-экономические стандарты;
- создание единой федеральной системы сбора и хранения электронных историй болезни на базе национальных стандартов.

**Редакционный материал
"Врач и информационные технологии", 2009, N 2**

ПРОБЛЕМА

Ситуация по заболеваниям, вызванным высокопатогенным вирусом гриппа А /Калифорния/04/2009 по состоянию на 27.05.2009 г.

По официальным данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), по состоянию на 17.00 ч мск 27 мая 2009 года, случаи заболевания, вызванного высокопатогенным вирусом гриппа А/Н1N1, зарегистрированы в 48 странах мира.

Лабораторно подтверждены 12 950 случаев инфекции - в Мексике, США, Канаде, Новой Зеландии, Великобритании, Израиле, Испании, Австрии, Германии, Дании, Нидерландах, Швейцарии, Китае, Корее, Франции, Коста-Рике, Италии, Сальвадоре, Колумбии, Ирландии, Португалии, Гватемале, Швеции, Польше, Бразилии, Аргентине, Австралии, Японии, Панаме, Норвегии, Таиланде, Кубе, Финляндии, Бельгии, Эквадоре, Перу, Индии, Малайзии, Турции, Чили, Греции, Филиппинах, Исландии, Российской Федерации, Гондурасе, Кувейте, Бахрейне и Сингапуре, из них 95 – с летальным исходом.

В Российской Федерации по состоянию на 27.05.2009 новых «завозных» случаев гриппа А (Н1N1) не зарегистрировано.

Продолжается мониторинг за состоянием здоровья пассажиров, прибывающих авиатранспортом из неблагополучных в эпидемическом отношении стран.

По информации управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации на 12 00 27 мая 2009 г. в 11 аэропортах, принимающих рейсы из стран Северной, Центральной, Южной Америки, Испании и Японии в том числе транзитные рейсы, досмотрено 5196 пассажиров, в том числе прибывших из стран Северной, Южной, Центральной Америки – 1131 пассажир, Испании – 575 пассажиров, Японии – 128 пассажиров, 547 членов экипажа.

С момента ведения мониторинга досмотрено 2223 рейса, 165131 пассажир и 15682 членов экипажа.

Ситуация находится под контролем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

<http://www.rosпотребнадзор.ru/>

Россия располагает препаратами против высокопатогенного вируса гриппа - Г. Онищенко

Российская фармацевтическая промышленность выпускает препараты против высокопатогенного вируса гриппа.

Об этом заявил главный государственный санитарный врач Геннадий Онищенко.

"Страна достаточно независима от импорта", - отметил Онищенко, говоря об обеспеченности РФ препаратами высокопатогенного вируса гриппа. "Мы получили первые результаты, они дают нам обнадеживающие данные, - сообщил он. - Достаточно большая линейка антиретровирусных препаратов дают чувствительность для этого типа вируса". Отмечая возможности отечественной промышленности, главный санитарный врач страны назвал ряд лекарственных средств, в частности, отечественного производства, способных противостоять такому вирусу. Это, например, "арбидол", "циклоферон", некоторые интерфероны.

Геннадий Онищенко подчеркнул готовность санитарных и клинических учреждений РФ к ситуации, если в стране распространится данный вирус гриппа. "В наших центрах выращен этот вирус по присланным из США материалам", - сообщил он. Кроме того специалист отметил, что также получены культуры вируса от тех двух российских больных, которые зарегистрированы на сегодняшний день. "Сейчас вирус выращивают в нашем Новосибирском центре "Вектор", - пояснил Онищенко.

"Политическое руководство страны очень серьезно относится к этой проблеме", - подчеркнул главный государственный санитарный врач, говоря о готовности РФ к противодействию распространению высокопатогенного гриппа. Он отметил, что практически сразу после начала эпидемии в Мексике было принято правительственное постановление в РФ в отношении профилактики и необходимых мер по недопущению распространения эпидемии в стране. "Произведены расчеты на случай пессимистического сценария, - сообщил Онищенко. - В каждом субъекте РФ ситуация отслеживается". Он пояснил, что произведены расчеты для того случая, если возникнет необходимость лечения определенного числа людей. Рассчитан коечный фонд инфекционных больниц, оценен запас медикаментов, профилактических действий. По мнению Геннадия Онищенко, ухудшение ситуации можно ожидать в осенний период, однако он призвал к постоянной готовности и сейчас. "Иногда нужно дуть на воду", - сказал специалист.

Как сообщил Геннадий Онищенко, женеvский центр объявил о готовности к концу мая "подготовить кандидата в вакцину Н1N1. По его словам, центр предложит всем желающим странам эту вакцину. "Но решение по вакцинации пока не принято". Он также отметил, что к следующему сезону "наши возможности" позволяют изготовить 50 млн доз противогриппозной вакцины", в том числе и против гриппа Н1N1.

Источник: АМИ-ТАСС

Эксперты не исключают лабораторного происхождения вируса "свиного гриппа"

Заместитель директора по научной работе НИИ гриппа РАМН (Санкт-Петербург) Людмила Цыбалова и директор НИИ эпидемиологии и микробиологии Минздрава Белоруссии Леонид Титов в Новосибирске признали возможность лабораторного происхождения вируса нового гриппа А/Н1N1, но отметили, что доказать это будет очень сложно.

Руководство Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) заявило, что ее ученые проведут исследования гипотезы, высказанной австралийским вирусологом Адрианом Гиббсом (Adrian Gibbs). Ученый предположил, что вирус А/Н1N1 является "творением рук человеческих".

Гиббс утверждает, что генетические характеристики вируса АН1N1 показывают, что он был получен в одной из научных лабораторий, передает РИА Новости.

Вместе с тем американский Центр контроля и предупреждения болезней в Атланте заявил, что "на сегодняшний день нет убедительных доказательств, подтверждающих данную гипотезу".

"Да, я знаю о такой версии. Здесь нужен молекулярный вирусолог, который бы действительно мог проанализировать все фрагменты генома и оценить насколько возможно, чтобы в природных условиях такой сложный геном образовался с такими сложными сочетаниями", - сказала Цыбалова, принимающая участие в международной конференции государств-членов ШОС по противодействию угрозе инфекционных болезней.

Ее институт получил образец вируса А/Н1N1 и будет заниматься созданием вакцинного штамма этого вируса.

При этом Цыбалова отметила, что "природа всегда гораздо более изощреннее, чем любой ученый".

"Думаю, что в природе все возможно. Но я не буду настаивать, потому что я действительно не очень компетентна в области молекулярной вирусологии. Но мне кажется, что это все-таки природа", - считает эксперт.

В свою очередь директор НИИ эпидемиологии и микробиологии Минздрава Белоруссии Леонид Титов сказал РИА Новости, что научные гипотезы, подобные гипотезе Адриана Гиббса очень трудно опровергнуть и также трудно, практически невозможно, подтвердить.

"Работы по созданию искусственных вирусов действительно ведутся, и таким хорошим примером является вирус обычного гриппа, потому что там набор генов разный. Но это (гипотеза о лабораторном происхождении Н1N1) никем не подтверждено. Надо разбираться в ситуации и оценить потенциал", - сказал Титов.

Генеральный директор государственного научного центра вирусологии и биотехнологии "Вектор" Роспотребнадзора (Новосибирск) Илья Дроздов сказал журналистам, что "Вектор" "как кандидатный сотрудничающий центр ВОЗ по гриппу не имеет право комментировать вещи, которые не проверены фактологически".

"Я считаю, что надо быть корректным в высказываниях, касающихся происхождения любого фактологического агента и для этого нужно иметь солидных экспертов, которые полномочны отвечать на такие вопросы. Ни один из сотрудников "Вектора" не привлекался как эксперт к экспертизе данного события. Мы не имеем право высказываться и комментировать. Это было бы не совсем честно", - сказал ученый.

В четверг 14 мая Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подтвердила 6497 случаев заболевания людей гриппом А/Н1N1 в 33 странах, 65 из них привели к летальному исходу.

В Мексике подтверждены 2446 случаев заболевания людей гриппом А/Н1N1 (60 смертельных исходов), в США - 3352 (трое умерли), в Канаде - 389 (один умер) и Коста-Рике - восемь заболевших и один смертельный случай.

В Испании подтверждено 100 случаев заражения, в Великобритании - 71, в Панаме - 29, во Франции - 14, Германии - 12, Италии - 9, Бразилии - 8, Новой Зеландии, Колумбии и Израиле - по 7, в Сальвадоре, Китае и Японии - по 4, Нидерландах, Республике Корея и Гватемале - по 3, в Норвегии, Финляндии, Швеции и Таиланде - по 2. По одному случаю выявлено в Аргентине, Австралии, Австрии, на Кубе, в Дании, Ирландии, Польше, Португалии и Швейцарии.

В свою очередь министерство здравоохранения Мексики подтвердило не 2446 случаев заболевания гриппом А/Н1N1, а 2656 случаев.

Уровень угрозы пандемии гриппа А/Н1N1 29 апреля ВОЗ повысила с 4 до 5 по шестибалльной шкале.

<http://timer-ua.com/2009©Timer>
15.05.09 г.

ДЕМОГРАФИЯ

Социальные последствия депопуляции в России

Демографическая ситуация, сложившаяся в России за последние десятилетия, достигла той критической точки, когда не обращать на нее внимание стало невозможно. С одной стороны, не может не радовать, что по инициативе президента правительство включило ее в круг «национальных приоритетных проектов», но с другой — абсолютное большинство населения воспринимают это как нечто абстрактное, никак не затрагивающее их лично.

В различных источниках (Интернет, СМИ, научная литература) публикуются прогнозы изменения численности населения[1] в зависимости от тех или иных допущений о тенденциях демографических процессов. Вряд ли, тем не менее, человек, ознакомившийся с этими прогнозами, понимает, что для него и для страны в целом означает снижение населения России со 142 млн. человек сейчас до 138 (и менее) млн. чел. к 2015 и вплоть до 80 млн. (при нижних вариантах прогнозов) чел. в 2050г.

Данная статья (как публикации и других авторов) посвящена описанию последствий, к которым может привести сокращение и старение населения, не только для общества, но и для отдельного россиянина.

О возможных вариантах изменения населения в сторону сокращения некоторые ученые говорили, когда депопуляции еще как таковой не было, но тенденция снижения числа рождений на одну женщину и, следовательно, уменьшение прироста населения уже четко просматривалась[2]. Процесс депопуляции начался в 1992 г., но в течение ряда лет существенно компенсировался миграционным притоком из бывших республик СССР. Сейчас приток иммигрантов становится всё меньше и убыль населения увеличивается (ежегодно на 750-800 тыс. человек).

1. Изменение национального состава России

Снижение рождаемости у титульной нации страны влияет на изменение пропорций коренных жителей и прибывающих иммигрантов. Эксперт Госдумы А.Д. Орлов пишет: «Идеальным с точки зрения этнокультурной совместимости результатом иммиграции является ассимиляция (интеграция) в социум страны пребывания в течение 1-2 поколений и приобретение общей идентичности».[3]

Однако, по мнению профессора Л. Л. Рыбаковского[4], демографический потенциал иммигрантов, обладающих подобными качествами (близкие культурные нормы, возможность влиться в среду, отсутствие языкового барьера), уже не столь велик. Им обладают выходцы из бывшего Советского Союза. Но большая часть русскоязычных иммигрантов уже переехала в Россию, а среди оставшихся одни уже вышли из трудоспособного возраста, другие — успешно освоили культурные нормы страны проживания и никуда выезжать не собираются. Значит, следует говорить об иммигрантах из дальнего зарубежья, но они представители иных культур, чем российская.

Без создания условий для ассимиляции приток иностранцев чреват нарастанием межэтнической напряженности и конфликтов. При превышении доли мигрантов (около 20% в регионе) «возникают этнические конфликты, затрудняется интеграция чужеземцев в российскую культуру, а вместо этого образуются этнические анклавы, порой весьма агрессивные»[5].

2. Сохранение самосознания нации

Самое главное: иммиграция не должна разрушать национальную идентичность России. Россия всегда была страной многонациональной, и вопрос о «превосходстве» той или иной нации, например, русских, никогда не стоял. Речь идет о возможности того, что при сохранившейся тенденции наши дети и, с еще большей вероятностью, внуки, если и будут жить в России, то титульной нацией в ней будут уже не русские, а, к примеру, китайцы. И проблема здесь не в шовинизме, а в том, что это уже вопрос национального самосохранения (и в некотором роде патриотизма): оставаться ли великой нацией русских или оказаться в положении национального меньшинства, пусть даже в численном отношении?

3. Утрата национальных традиций

Не случайно даже «чистые» экономисты, например, А.Р. Белоусов, в число стратегических задач развития России включают «сохранение национальной идентичности»[6]. «Ее утрата, судя по трудам историков и социологов, подрывает устои общества и ведет к его ослаблению, что, впрочем, и показывают процессы, разворачивающиеся на наших глазах (военные конфликты в Косово, террористические акты, действия скинхедов в Санкт-Петербурге и других городах России — О.Л.). А сохранение российской идентичности невозможно без повышения рождаемости и тем самым поддержания культурных традиций, передаваемых от родителей детям».[7]

При депопуляции затрудняется передача традиций и опыта, утрачиваются преемственность и связь поколений, а также профессиональные навыки в земледелии, животноводстве, в разного рода ремеслах и т.д. Из-за сложности экономического положения деревня и так осиротела, а вследствие демографического кризиса она просто вымирает, поскольку жить и работать там просто некому.

В итоге — получаем урбанизацию и глобализацию с их одиночно-холостяцким, эгоистическим, многоразводным, однодетным образом жизни.

4. Угроза сохранению территориальной целостности и благополучию страны

Несмотря на первое место России среди всех стран по площади (17 075 400 кв. км., или 1/7 часть суши), на ее огромной территории проживает лишь 2,4% мирового населения. Это ставит Россию на 178 место по плотности населения (всего 8,4 чел. на кв. км) и приводит к таким проблемам, как к неосвоенность территорий и нехватка собственных трудовых ресурсов.

Из-за низкого количества жителей в целом нам не хватает мужчин для охраны территорий[8] и, прежде всего, границ. А учитывая неравномерность распределения населения (более 20 млн. чел. проживают в Москве и Московской обл.) и отток населения из Сибири и с Урала, в дальнейшем вполне вероятно заселение территорий Дальнего Востока (как легальное, так и нелегальное) жителями соседнего густонаселенного Китая (и не исключены инциденты типа Косовского конфликта).

По мнению экономиста М.С. Токсанбаевой, «в условиях глобализации государства с невысоким демографическим потенциалом обречены на роль сырьевых и индустриальных придатков развитых экономик, обладающих значительными демографическими ресурсами»[9]. Существует еще один аспект: реальный уровень и качество жизни... определяется не абсолютными, а подушевыми показателями. Так что массовый завоз рабочей силы, да еще при ограниченном спросе на нее, расширяет социальное дно и снижает жизненный уровень и ресурсную обеспеченность граждан.[10]

5. Нехватка трудовых ресурсов

Чиновники признаются, что «негативные тенденции в демографическом развитии сохраняются, что становится существенным барьером экономического роста России в целом»[11]. С одной стороны, некому создавать экономическую и политическую мощь страны, а с другой — «если население России столь катастрофическими темпами уменьшается, то во имя кого и для кого нам нужны экономические преобразования».[12]

Неравномерное распределение населения по России создает серьезные сложности для экономического роста и стабильности России (особенно в трудоемких областях труда и регионах). Решая вопрос нехватки трудовых ресурсов с помощью неквалифицированной, но дешевой рабочей силы, мы роим яму сами себе.

Следует согласиться с мнением К. Н. Соболева: «Работодатель предпочтет российскому работнику с его правами и претензиями на всякого рода соцпакеты и сложившийся уровень заработной платы в определенной профессии, малопритязательную и нескандальную (а честнее сказать, просто бесправную — О.Л.) рабочую силу из стран ближнего зарубежья»[13].

Значит, «в безработные попадают потенциально конкурентноспособные российские работники, не согласные на мизерную оплату труда без минимума социальных гарантий».[14] В результате, страдает качество выполненных работ, работники, казна и развитие экономики.

6. Повышение налоговой нагрузки на одного работающего

Изменения возрастной, половой и трудоспособной структуры населения — это не формальные вариации демографических показателей. Они связаны с конкретными и не всегда приятными экономическими, социальными и психологическими последствиями. Покажем, как может отразиться на уровне жизни рядового россиянина преобладание нетрудоспособного населения над трудоспособным.

Во-первых, увеличение налогообложения, т.к. приходится содержать большее количество социальных иждивенцев из-за «постарения» населения. Во-вторых, объем социальных выплат, льгот, услуг и проч. уменьшается, т.к. число налогоплательщиков падает. В-третьих, при сокращении трудовых ресурсов трудно сохранять экономический рост или хотя бы стабильность.

Считайте сами: если сейчас 60% трудоспособного населения, 20% пенсионеров и 19% детей, то к 2050 г. (см. табл. 1) 48% трудящихся должны будут содержать 52% нетрудоспособных, из которых только 9,5% — дети. У наших внуков на одного налогоплательщика придется содержание 3-4(!) иждивенцев.

Очевидно, что такая нагрузка будет означать:

- увеличение налогов (и соответствующему снижению деловой активности, что приведет к экономической стагнации или спаду);

- значительное сокращение пакета социальных услуг — низкие пенсии, минимальный набор в страховой медицине, урезание льгот, нищая старость, практически отсутствие социального жилья.

	2001	2015	2050
Моложе трудоспособного	19,3	13,3	9,4
Трудоспособный	60,1	57,4	47,7
Старше трудоспособного	20,6	29,3	42,9

* Использованы данные и расчеты В.Н. Архангельского из книги А.И. Антонова, В.М. Медкова и В.Н. Архангельского «Демографические процессы в России», М., 2002., с. 130.

7. Изменение половой структуры

Хотя соотношение численности мужчин и женщин в Российской Федерации сейчас 46,9% и 53,1% соответственно, эти цифры не отражают существенный перевес женщин, растущий по возрастным когортам. При нынешней разнице (около 13 лет) и показателях смертности и средней продолжительности жизни в России до старости смогут дожить только каждый пятый новорожденный мальчик и каждая вторая девочка. При сохранении и росте преобладания женщин в структуре населения, и особенно в трудоспособных возрастах из-за недостатка мужской категории граждан возникает необходимость службы в силовых ведомствах женщин (как следствие, изменение гендерной структуры ВС РФ и МВД, воинская повинность или контрактная основа для всех, как для мужчин, так и для женщин). Вследствие нехватки рабочих рук страдают трудоемкие, опасные, требующие физической силы и стойкости производства и сферы деятельности, связанные с тяжелыми условиями труда (освоение новых земель, подземные работы, добыча энергоресурсов, строительство и т.п.).

Большие половые диспропорции осложняют ситуацию «на брачном рынке», когда численное превосходство женщин лишает их возможности заводить семью, рожать детей и воспитывать их в полной семье, а нередко надежды на личное счастье.

«Дефицит мужчин плохо сказывается на прочности браков, ведет к росту внебрачных рождений, неполных семей, сиротства, беспризорности и т.д. Однако, — по мнению демографа В.И. Переведенцева, — нынешняя активизация государственной демографической политики обошла, к сожалению, проблему половых диспропорций стороной».[15]

8. Ухудшение демографической ситуации

Фиксируемое в настоящий момент небольшое увеличение абсолютного числа рождений объясняется не повышением рождаемости (т.е. не повышением интенсивности рождений вторых, третьих и более детей в семье), а увеличением числа браков и аккумуляцией рождений, в основном, первых. В дальнейшем ожидается ухудшение демографической ситуации.

Демограф **В.Н. Архангельский** в своем докладе на Всероссийской конференции «Многодетная семья в современной России» (проходившей в Кремле в июне 2007 г.) говорил о том, что сейчас входят в репродуктивный возраст постперестроечные поколения, которые в численном выражении меньше предыдущих поколений и у которых репродуктивные установки значительно ниже. Эти факторы через несколько лет резко снизят и без того низкую рождаемость и численность населения в целом.

9. Вероятность родителей пережить своего ребенка

Низкая рождаемость (1,3 ребенка на 1 женщину при необходимых 2,15 для простого воспроизводства), постарение населения, низкая продолжительность жизни и высокая мужская смертность в трудоспособных возрастах — все это в совокупности ведет к значительной для части родителей вероятности пережить своих сыновей, особенно единственных.

Демограф **А.Б. Синельников** неоднократно высказывал эту мысль:

«Хотя родителям единственного ребенка, конечно, жить легче, чем имеющим троих детей, но они не знают, как много у них шансов стать бездетными в старости. По нашим расчетам, основанным на данных Госкомстата РФ за 1998 г., **вероятность того, что мать переживет сына, равна 29%!**

Вероятность пережить дочь составляет 12%. Даже для матери двух сыновей риск потерять обоих не так уж мал — почти 9%. Только родители троих и более детей имеют достаточно надежную гарантию от потери их всех.

В прошлом, когда умирало много маленьких детей, семьи понимали такую опасность как близкую и реальную и реагировали на нее многодетностью. В наше же время средний (медианный) возраст сыновей, умерших при жизни матерей, близок к 40 годам. Так далеко семья не смотрит.

Но если в сообщениях о несчастных случаях и убийствах, которыми сейчас полны газеты, будет указываться, что погибший был единственным сыном, многие пары, решившие ограничиться одним ребенком, поймут (возможно, задумаются — *О.Л.*), что это не в их интересах[16].

Отсюда в том числе и постоянное пополнение домов престарелых пожилыми людьми, у которых не осталось никого из близких.

10. Замена семейно-родственных отношений социальными

Даже те из ученых, кто позитивно оценивает современные демографические тенденции, признают, что распространение эгоцентризма подрывает основы любого общества. Так, по мнению американского социолога и психиатра К. Аронс, во многих случаях инициаторы развода подсознательно ощущают, что их брак неудачен, а какие-либо обвинения против покинутых супругов выдвигают только для того, чтобы оправдать свое поведение в глазах окружающих (и даже в собственных глазах).[17]

В ситуациях развода не учитываются интересы детей, бабушек-дедушек и родственников. Семья заменяется дружбой, работой, разными видами хобби и развлечений, приятельскими и соседскими отношениями, которые создают видимость успеха и благополучия, но по большому счету не спасают от «воющих псов одиночества», хотя при отсутствии долгосрочной, целенаправленной совместной деятельности, например, по воспитанию нескольких детей, семейного (коллективного) бизнеса, творческого дела, «тоска одиночества» присуща и малодетным бракам.

Эксперты ООН констатируют, что торжество принципа индивидуализма во всем мире создает сложные проблемы для общества потому, что эгоцентричные индивиды отказываются заботиться о брошенных ими супругах, детях и престарелых родителях.

Анализ феноменов народной культуры показывает, что из обыденной жизни уходят семейные и родственные связи. Например, широко распространенные в прошлом родственные роли, такие как шурин, деверь, золовка, уходят из жизни и практически исчезают из лексики. А эмоционально-экономические функции сестры, матери, двоюродной сестры, племянницы, свояченицы выполняют подруги, коллеги, соседки, психологи и пр.[18]

При высокой разводимости (распад каждого второго брака в среднем через 9 лет совместной жизни) все большая часть детей начинает воспитываться неродными отцами или матерями.

11. Ухудшение качества социализации

В условиях кризиса семьи сформировалась система ценностей, в которой *свобода индивидуального выбора* ставится выше всего остального, выше существования нации, выше человечества («после нас — хоть потоп»). Фамилисты обратили внимание на феномен, когда свобода выбора любого действия не сопровождается свободным принятием своей индивидуальной ответственности за сделанный выбор, который они называли «эгоистическим социализмом».

Практикуемый в демократических странах индивидуализм часто оборачивается вакханалией безответственных выборов, перекладыванием ответственности за негативные последствия на все общество[19]. Это выливается в рост алкоголизма, наркомании, преступности, всякого рода девиантного поведения, самоубийств, одиночества, отчуждения от детей, родителей и родственников, предательств и насилия в отношении членов семьи и проч.

Теряя чувство опоры и поддержки в сложном мире, люди судорожно цепляются за профессиональную помощь психологов, социальных работников, священнослужителей, парапсихологов-практиков, астрологов, целителей-колдунов-знахарей, ища того понимания и той любви, которые возможны лишь в полной семье с несколькими детьми.

Полное бесправие нетрудоспособных граждан, пренебрежение к жизням и нуждам людей, находящихся на государственном попечении (дома малюток, детские дома, дома инвалидов, дома престарелых, тюрьмы и проч.), переполненность «казенных» домов — все это напрямую связано с кризисом семьи, «выдавливанием» из системы ценностей семьи с несколькими детьми и семейного образа жизни.

12. «Инкубаторные» дети

В условиях катастрофического для сохранения населения снижения коэффициентов рождаемости и восполнения численности населения перед государством настоятельно встает вопрос: где взять членов общества, работников и защитников?

В таких условиях, как пишет социолог **А.И. Антонов:**

«Фантастические на первый взгляд достижения генетики и медицины, относящиеся к гибридизации эмбрионов, клонированию, и, наконец, к определению вероятности киборгизации, к сотворению „социума бессмертных“, способны оживить давние надежды на „неведомые факторы“, которые якобы спасут человечество от непосредственного вымирания»[20].

Гипотетически, технологическая возможность «общества бессмертных» (имеется в виду значительное продление жизни индивида — *О.Л.*) могла бы помочь решить проблему депопуляции в количественном аспекте, особенно вкуче с другими репродуктивными технологиями,

такими как, например, массовое производство «пробирочных детей или же конвейер клонирования телесных субстратов»[21] в специальных сосудах-инкубаторах, а также суррогатное материнство для общества, искусственное оплодотворение яйцеклеток из государственного банка спермы и т.д. Однако в качественном отношении эти репродуктивные инновации ведут к устраниванию семьи и к сугубо общественному воспитанию новых поколений (а в будущем — и к воспроизведению).

13. Семейно-демографическая политика

Сегодня задача ученых — не просто в прогнозировании социальных изменений, а в поиске вариантов или сценариев будущего, в которых устраняются негативные последствия путем целенаправленных действий. Социальными науками уже накоплено достаточно знаний, чтобы быть уверенными в успешном формировании необходимой системы ценностей. Например, создание положительного образа семьи с несколькими детьми как социально-одобряемого эталона вполне посильное дело. Однако, без государственной политики, без системы *целенаправленных* действий по стимулированию рождаемости, ситуацию не изменить.

По мнению ученых-фамилистов, «процесс сокращения рождаемости можно остановить, поскольку в малодетности нет никакой исторической необходимости...

Вместе с тем, формирование новых социокультурных норм рождаемости невозможно без специальной политики, предоставляющей свободу выбора любых типов семьи с любым числом детей, но **стимулирующей среднедетную модель**. Создать условия выбора именно трехдетной семьи — трудная, но разрешимая задача, и поэтому в малодетности нет ничего непреодолимого».[22]

Семейно-демографическая политика, связанная с желанием людей создавать семью и растить нескольких детей должна включать в себя три подхода, рассматриваемых в комплексе:

- *социальный подход* — пропаганда через средства массовой информации положительного образа семьи с несколькими (тремя и более) детьми как первостепенной жизненной ценности;
- *экономический подход* — увеличение количества детей до 3-4 не должно автоматически переводить семью в разряд малоимущих и бедных. Для этого недостаточно выплаты пособий, а следует ввести *семейную зарплату*, уменьшение *налоговых ставок при увеличении числа детей*. При этом разницу между зарплатой работников и *необходимым минимальным совокупным доходом* семьи должно компенсировать государство, а не работодатель.
- *психологический подход* — формирование экзистенциальной системы ценностей, где наряду с общечеловеческими ценностями важное место принадлежит потребности в семье и детях. Именно историческое ослабление этой потребности ведет к кризису семейного образа жизни и поэтому главная задача семейно-демографической политики состоит в ее возвращении.

«В сегодняшней нравственной атмосфере существование человеческого рода на земле не есть общепринятая самооценочность. Многие из новейших направлений философии не могут именовать философию жизни, ...они напротив, утверждают ценности, пусть косвенно, но грозящие существованию народов, человеку и человечеству в целом. Идеология модернизации ...как бы снимает проблему выживания. Но в таком обществе непрерывного изменения надо учесть и способность разрушить себя»[23].

Хочется верить, что Россия и русские люди сумеют преодолеть депопуляцию и институциональный кризис семьи, а значит — сохранить себя.

**Ольга Лебедь — кандидат социологических наук,
научный сотрудник кафедры социологии семьи и
демографии социологического факультета
МГУ им. М.В. Ломоносова.**

[1] См. например, сайт Росстата (<http://www.gks.ru/> или www.gmcgks.ru/);

А.И. Антонов, В.М. Медков, В.Н. Архангельский. «Демографические процессы в России», М. 2002.;

Прогнозы ООН / Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision, <http://esa.un.org/unpp>.

[2] См., например, **Б. Ц. Урланис.** «Проблемы динамики населения СССР», М., 1974;

В. А. Борисов. «Перспективы рождаемости», М., 1976;

А. И. Антонов. «Социология рождаемости», М., 1980.

[3] **А. Д. Орлов.** Иммиграционная стратегия РФ: критерии научного выбора // Демография и экономика: можно ли сберечь народ России? (Материалы «круглого стола», посвященного 100-летию со дня рождения Б. Ц. Урланиса), М. 2007, с. 61.

- [4] См. например, репортаж о пресс-конференции Л. Рыбаковского и др. специалистов по вопросам демографии и депопуляции в России.
- [5] **Э. Н. Соболев.** «О демографическом кризисе, трудовом дефиците и потребности в мигрантах» // Демография и экономика: можно ли сберечь народ России? М., 2007, с. 82.
- [6] **А. Р. Белоусов.** Развитие российской экономики в среднесрочной перспективе: анализ угроз // Проблемы прогнозирования. 2004, № 3, с.22.
- [7] **М. С. Токсанбаева.** «О проблеме повышения рождаемости: необходимость и экономические барьеры» // Демография и экономика: можно ли сберечь народ России? М., 2007, с.64.
- [8] **В. М. Медков.** Демография и Вооруженные силы // Интернет-журнал «Демографические исследования», № 3.
- [9] **М. С. Токсанбаева**, там же.
- [10] **А. Д. Орлов**, там же.
- [11] **Т. И. Чубарова.** Акценты демографической политики // Демография и экономика: можно ли сберечь народ России? (Материалы «круглого стола», посвященного 100-летию со дня рождения Б. Ц. Урланиса), М., 2007
- [12] **Т.И. Чубарова**, там же, с.73
- [13] **К.Н. Соболев.** О демографическом кризисе, трудовом дефиците и потребности в мигрантах // Демография и экономика: можно ли сберечь народ России?, М., 2007, с.80.
- [14] Там же, с.81.
- [15] **Переведенцев В. И.** Гениальный публицист //Демография и экономика: можно ли сберечь народ России? М., 2007, с. 47.
- [16] Проблема не решается путем снижения смертности. И в странах Запада, где средняя продолжительность жизни гораздо больше, чем в России, одни люди живут намного дольше среднего срока, другие намного меньше и при этом последние, увы, нередко оказываются детьми первых. См. А. Б. Синельников. «Трансформация семьи и развитие общества», М. 2007 (в печати)
- [17] **К. Аронс** Развод: крах или новая жизнь? М., 1995. С.71-72, 184-188.
- [18] **О. Л. Лебедь.** Социологический портрет современной семьи (на материале устной народной культуры), Диссертация на соискание ученой степени к.с.н., М., .2000, с. 118-120.
- [19] **А. И. Антонов, С. А. Сорокин.** «Судьба семьи в России XXI века», М., 2000, с.32.
- [20] Там же, с. 25.
- [21] Там же, с.25.
- [22] **Антонов А.И., Медков В. М., Архангельский В. Н.** Демографические процессы в России, М., 2002, с. 17.
- [23] **А. И. Антонов.** «Судьба семьи в России XXI века», М.2000, с.34.

contr-tv.ru

Интернет против Телеэкрана, 21.04.2009 г.

За три месяца текущего года рождаемость в России увеличилась на 4 процента

В первом квартале 2009 года рождаемость в России возросла на 4 процента по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года. Такие данные приводит Фонд социального страхования (ФСС), основываясь на статистике реализации программы родовых сертификатов, передает АМИ-ТАСС. За три месяца в России появилось на свет 394,3 тысячи детей.

По информации ФСС, в январе в России появилось 134,4 тысячи новорожденных (в январе прошлого года – 132,1 тысяч), в феврале – 123,7 тысяч (в феврале прошлого года – 121,6 тысяч), в марте – 136,2 тысячи (в марте 2008 года – 126 тысяч).

Наибольший прирост рождаемости – 7,6 процента – зафиксирован в Центральном Федеральном округе. В Уральском округе рождаемость увеличилась на 6,6 процента, в Северо-Западном – на 6,3 процента, в Приволжском и Южном округах – на 3,7 и 3 процента соответственно. В Сибирском и Дальневосточном округах показатели остались на уровне прошлого года. Значительно – с 165,3 тысячи в прошлом году до 175,1 тысячи в текущем – увеличилось число вторых и третьих детей.

Впрочем, по словам председателя Фонда социального страхования Сергея Калашникова, в этом году рождаемость увеличивается не такими быстрыми темпами, как в течение двух предыдущих лет. Тем не менее, считает Калашников, сохраняющаяся положительная тенденция «еще раз подтверждает эффективность государственной политики в области поддержки материнства и детства».

Отметим также, что, несмотря на продолжающийся рост рождаемости численность России продолжает сокращаться. По данным Росстата, в январе-феврале 2009 года в целом по стране число умерших превышало число родившихся в 1,3 раза. Естественная убыль населения России за этот период составила 72,4 тысячи человек.

Медицинский портал www.medportal.ru.

НАУКА

Непрямое воздействие на мозг может облегчить симптомы болезни Паркинсона

Симптомы болезни Паркинсона могут в один прекрасный день стать излечимыми благодаря не прямой электрической стимуляции мозга – с помощью имплантатов, вживляемых в спинной мозг, или даже через стимуляцию мозга с поверхности черепа. Это было показано в двух исследованиях, проведенных на крысах.

Болезнь Паркинсона – тяжелое неврологическое расстройство, характеризующееся треморами, ригидностью конечностей и проблемами с движением. Некоторые пациенты, организм которых не реагирует на традиционно применяемые препараты, подвергаются так называемой глубокой стимуляции мозга, при которой в базальные ганглии, расположенные глубоко в мозговой ткани, помещают микроэлектроды. Эта операция может помочь облегчить симптомы, но в то же время она крайне рискованна, поскольку требует серьезного хирургического вмешательства.

Мигель Николеллис (Miguel Nicolelis), нейробиолог из Duke University (Северная Каролина, США), и его коллеги показали на животных моделях болезни Паркинсона, что эффекта глубокой стимуляции мозга можно достичь, стимулируя нервные волокна спинного мозга [1].

Разработка этой научной группы *«открывает двери доклиническими испытаниям низкоинвазивной стимуляции спинного мозга на других моделях болезни Паркинсона и клиническим испытаниям на пациентах с этим заболеванием»*, говорит Барт Наттин (Bart Nuttin), нейрохирург из Католического Университета в городе Лувен (Бельгия), который провел немало операций по глубокой стимуляции мозга.

Нейробиолог Карл Дейссерот (Karl Deisseroth) из Стэнфордского Университета (Stanford University) в Калифорнии, и его научная группа обнаружили, что нейроны, активирующиеся при глубокой стимуляции мозга, могут в действительности находиться не в области конца электрода, а практически у самой поверхности мозга [2]. Это значит, что доктора могут получить доступ к необходимым нейронам, используя нехирургические техники, такие как транскраниальная магнитная стимуляция, при которой внешние магнитные поля индуцируют слабые электрические волны в мозге.

Результаты обеих упомянутых работ опубликованы в последнем номере авторитетного журнала **Science**.

Болезнь Паркинсона вызывается гибелью нейронов в некоторых участках базальных ганглиев головного мозга, которые формируют сложную систему, ответственную за движение. Эти нейроны производят в мозге важнейший нейромедиатор – допамин, однако заместительная терапия с помощью допамина со временем теряет свою эффективность.

При глубокой стимуляции мозга электроды обычно имплантируются в структуру базальных ганглиев, называемую субталамическим ядром, или в прилежащие к нему области. Электроды корректируют неправильные электрические сигналы, возникающие в мозге, пораженном болезнью Паркинсона, хотя никто не может с уверенностью сказать, каким именно образом это происходит.

Николеллис говорит, что «ошибочные» электрические сигналы, возникающие при болезни Паркинсона, сходны с теми, которые возникают после повреждений мозга. В последнем случае их также возможно корректировать при помощи стимуляции нервов за пределами головного мозга. *«Поэтому мы решили, что нужно попробовать что-то подобное»*, говорит исследователь.

Его научная группа работала на двух моделях болезни Паркинсона. В первой модели использовали генетически модифицированные мыши, в мозге которых допамин, производимый специфическими нейронами, не мог утилизироваться. В серии экспериментов Николеллис и его коллеги временно снизили уровни допамина с помощью препарата AMPT (альфа-метил-П-тирозин), и оценили активность нейронов в различных областях мозга. У экспериментальных мышей при этом наблюдались затруднения в движении, а их мозг характеризовался активностью, типичной для болезни Паркинсона у человека.

Оценив состояние животных, исследователи имплантировали микроэлектроды в дорсальные (спинные) проводящие пути спинного мозга, которые связаны с множеством структур мозга, в том числе с моторной корой. При высокочастотной стимуляции электродов мыши начинали вновь нормально ходить. Низкочастотная стимуляция имела менее выраженный эффект.

Чтобы получить вторую модель, ученые уничтожали допамин-продуцирующие нейроны, инъецируя крысам 6-гидроксидопамин в оба полушария мозга. На этой модели также было показано, что нарушения движения возможно исправить с помощью стимуляции спинного мозга.

Сейчас Николеллис и его коллеги повторяют свои эксперименты на обезьянах-мармозетках, на которых болезнь человека можно смоделировать гораздо лучше, чем на крысах и мышах.

Дейссерот говорит, что результаты группы Николеллиса *«идеально совпадают»* с результатами его группы, что подтверждает гипотезу о том, что моторная кора – основной элемент нервной системы, ответственный за эффекты глубокой стимуляции мозга.

В своих экспериментах группа Дейссерота генетически изменяла специфические нейроны внутри и вокруг субталамического ядра таким образом, что эти нейроны могли активироваться в ответ на стимуляцию светом. В мозг экспериментальным животным вживляли для этого тонкие оптические трубки. После этого в одно из полушарий мозга инъектировали 6-гидроксидопамин, чтобы смоделировать нарушения моторики при болезни Паркинсона.

Исследователи очень удивились, обнаружив, что стимуляция нейронов субталамического ядра не приводила к улучшениям двигательной активности, в то время как значительные улучшения достигались при активации совершенно другой зоны – области моторной коры под названием регион-V. Дейссерот считает, что в действительности электромагнитная стимуляция при вживлении электродов в головной мозг пациентов затрагивает не нейроны субталамического ядра (на которые в действительности направлена), а клетки моторной коры, чем и объясняется эффект глубокой стимуляции мозга. Но теперь ясно, что этого эффекта можно добиться, и не прибегая к столь инвазивным хирургическим операциям.

«Роль субталамического ядра в стимуляции мозга всегда оставалась неясной», поясняет нейробиолог Уильям Лэнгстон (William Langston), директор Института имени Паркинсона и Клинического Центра (Parkinson's Institute and Clinical Center) в Саннивейл в Калифорнии. *«Если все эти исследования получат продолжение, то они могут стать революционными и поколебать существующие парадигмы»*, считает ученый.

Но на данный момент, тут же предостерегает он, рано о чем-либо говорить, поскольку модели на грызунах все же мало отражают действительность. *«Приматы – единственные млекопитающие, у которых болезнь Паркинсона развивается естественным образом, поэтому для начала все должно быть подтверждено на обезьянах»*.

Моторные навыки и функции могут быть по крайней мере частично восстановлены стимуляцией либо подавлением работы определенных областей мозга с помощью света у крыс с экспериментально вызванной болезнью Паркинсона

Литература:

1. Fuentes, R., Petersson, P., Siesser, W. B., Caron, M. G. & Nicolelis, M. A. L. Science 323, 1578–1582 (2009).
2. Gradinaru, V., Mogri, M., Thompson, K. R., Henderson, J. M. & Deisseroth, K. Science Advanced online publication doi:10.1126/science.1167093 (2009).

**По материалам: *NatureNews*
Дата публикации: 24.03.09 г.**

Новый тип терапевтических антител против рака

Исследователи поколебали старую иммунологическую догму, гласящую, что антитело может связываться только с одним антигеном, создав с помощью молекулярной инженерии антитело, прочно связывающее сразу два различных белка.

Антитело, описанное в авторитетном журнале **Science** [1], блокирует два белка: эндотелиальный фактор роста сосудов (VEGF), и рецептор к эпидермальному фактору роста (HER2). Считается, что именно VEGF ответственен за быстрый рост сосудов в опухоли, а экспрессия HER2 характерна для некоторых высоко агрессивных опухолей молочной железы.

Антитела, блокирующие эти факторы по отдельности, уже применяются в терапии некоторых раков: препарат trastuzumab связывает HER2, а bevacizumab – VEGF. До сегодняшнего дня не существовало антител, которые бы прочно и специфически связывали сразу два антигена, хотя антитела, слабо либо неспецифически связывающие несколько антигенов, встречаются довольно часто.

Эти результаты неожиданны, считает Пол Паррен (Paul Parren), первый вице-президент компании Genmab (Утрехт, Нидерланды), специализирующейся на разработке терапевтических антител. *«Просто раньше никто не думал об антителах подобным образом»*, говорит он, *«Это заставляет задать вопросом о том, могут ли существовать подобные молекулы в природе»*.

Чтобы создать антитело, специалисты из биотехнологической компании Genentech, базирующейся в Сан-Франциско в США, получили несколько мутантных антител к рецептору HER2, а затем нашли среди них то, которое специфически связывало HER2 и VEGF.

Такой подход обычно используется для модификации уже имеющихся антител, чтобы получить антитела к новому антигену. В 2006 году эта же научная группа сообщила, что ей удалось с помощью данного метода получить антитела, которые связывают две различные формы ботулотоксина, имеющие, однако в своей структуре много общего [2]. Но впервые удалось по-

лучить подобные антитела к столь разным белкам. Это может оказаться шагом к новой, более эффективной направленной терапии рака и других заболеваний.

Структура связываемых белков показывает, что они присоединяются к разным, хоть и частично перекрывающимся, участкам антитела. Антитела замедляют рост опухолей у экспериментальных мышей, однако использованная модель была разработана для проверки эффективности отдельных антител к данным антигенам, и пока не ясно, может ли антитело, одновременно блокирующее VEGF и HER2, серьезно улучшить эффекты противораковой терапии в случае опухолей у человека.

Важно, что антитела, связывающие сразу два белка, могут существенно снизить затраты на проведение комбинированной терапии. Однако помимо этого они могут оказаться и серьезной проблемой, поскольку очень сложно рассчитать дозу препарата, действующего одновременно на два важных для организма фактора. Одна активность антител может оказаться много токсичнее другой. С другой стороны, исследователи считают, что можно разработать такое антитело, которое с разной вероятностью будет связывать две мишени.

Применение комбинаций двух терапевтических антител не всегда приводит к хорошим результатам, даже если оба антитела используются в оптимальной дозе. Два исследования, результаты которых были опубликованы в феврале этого года, показали, что при терапии рака прямой кишки комбинации терапевтических антител только повышали токсичность терапии и снижали продолжительность жизни пациентов [3,4]. *«Есть надежда, что эти случаи – исключение из правила, но они показывают, что доклинические исследования не всегда могут дать ответ на вопрос, что произойдет с пациентом»*, говорит Паррен, *«разработав антитело два-в-одном, вы существенно ограничиваете себя в данном аспекте»*.

Литература:

1. Bostrom, J. et al. Science 323, 1610–1614 (2009).
2. Garcia-Rodriguez, C. et al. Nature Biotechnol. 25, 107–116 (2006).
3. Tol, J. et al. N. Engl. J. Med. 360, 563–572 (2009).
4. Hecht, J. R. et al. J. Clin. Oncol. 27, 672–680 (2009).

По материалам: **NatureNews**
Дата публикации: 23.03.09 г.

Новые данные о механизмах метастазирования раковых опухолей

Когда в клетках отсутствует определенный белок, им гораздо легче мигрировать из опухоли в окружающие здоровые ткани, что является первым шагом к формированию метастазов. Исследователи из Фармакологического Института Гейдельбергского Университета (Pharmacology Institute, University of Heidelberg) описали прежде неизвестный сигнальный фактор SCAI (супрессор клеточной миграции), ингибирующий движение опухолевых клеток в условиях *in vitro*. Когда функционирование фактора было нарушено, раковые клетки начинали двигаться в трехмерном геле, имитирующем ткани организма, гораздо активнее.

«Производство данного белка обычно подавлено во многих разновидностях раковых опухолей, например, в клетках рака молочной железы, легкого или щитовидной железы», поясняет профессор Роберт Гроссе (Robert Grosse), руководивший исследованием. Обнаружение данного фактора может стать отправной точкой нового направления в поиске методов борьбы с онкологическими заболеваниями. Результаты исследования были опубликованы в авторитетном журнале **Nature Cell Biology**.

Раковые клетки исключительно лабильны и со временем «учатся» к миграции через здоровые ткани организма, формируя метастазы. Одним из молекулярных рецепторов, необходимых для успешного продвижения метастазов по тканям, является b1-интегрин, который часто обнаруживается на клетках агрессивных форм рака, таких как рак молочной железы. Внутриклеточный сигнальный фактор SCAI подавляет внутриклеточный синтез b1-интегрина. В случае, если в клетке мала концентрация SCAI, активность b1-интегрина резко повышается, и клетки начинают мигрировать.

В своем последнем исследовании ученые из Гейдельберга оценивали миграцию клеток меланомы и клеток рака молочной железы. В предстоящих работах профессор Гроссе и его коллеги собираются изучить эффекты SCAI *in vivo*, то есть на животных моделях, а затем, в случае подтверждения своих результатов, начать разработку диагностического метода, основанного на экспрессии SCAI и b1-интегрина.

Статья: Brandt et al. SCAI acts as a suppressor of cancer cell invasion through the transcriptional control of β 1-integrin. Nature Cell Biology, 2009; DOI: 10.1038/ncb1862

По материалам:
University Hospital Heidelberg, 13.04.09 г.
<http://www.cbio.ru/modules/news/article>

НОВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ МЕДИКОВ: ПРИ ПОЛУЧЕНИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК МОЖНО ОБОЙТИСЬ БЕЗ ГЕННОЙ ИНЖЕНЕРИИ

Американским ученым удалось "повернуть вспять" развитие взрослой клетки и получить из нее стволовую, не прибегая к переносу посторонних генов с помощью вирусов.

В последние годы медики всего мира связывают надежды на излечение тяжелых наследственных заболеваний с так называемыми стволовыми клетками, то есть клетками, способными трансформироваться в клетки различных тканей и органов.

Сомнительная перспектива

Наиболее перспективны в этом отношении эмбриональные стволовые клетки. Однако с этической точки зрения их получение представляется сомнительным, поскольку связано с разрушением человеческих эмбрионов. В ряде стран, в том числе и Германии, законы налагают жесткие ограничения на исследования в этой сфере. Поэтому сегодня огромное значение обрели научные работы по перепрограммированию клеток.

Цель этих исследований состоит в том, чтобы научиться из обычных соматических клеток взрослого организма получать клетки, практически идентичные эмбриональным стволовым. Иными словами, речь идет о том, чтобы искусственно повернуть вспять развитие взрослых клеток, вновь придать им былую способность дифференцироваться в клетки разных органов и тканей.

Такие модифицированные клетки ученые именуют индуцированными плюрипотентными стволовыми клетками (иПС). Это название - induced pluripotent stem (iPS) cells - предложил японский ученый, профессор Киотского университета Синья Яманака, которому осенью 2007 года после долгих экспериментов на мышах впервые удалось осуществить такое перепрограммирование клеток организма человека.

Перепрограммирование клеток методом трансфекции

Правда, эти индуцированные плюрипотентные клетки не годились не только для клинической практики, но даже для экспериментов на людях, потому что Яманака получил их методом генной инженерии с использованием приема, именуемого трансфекцией. Так называют перенос в клетку постороннего генетического материала посредством вирусных векторов. То есть, чтобы заставить соматическую клетку "омолодиться", ученый перенес в нее с помощью ретровирусов четыре гена, наиболее активных в эмбриональных стволовых клетках.

К тому же один из этих генов - давно известный онкоген, поэтому нет ничего удивительного в том, что в 20 процентах случаев у подопытных мышей, которым были введены полученные плюрипотентные клетки, развились раковые опухоли. Правда, позднее Яманака нашел замену онкогену, однако с этим другим, безопасным геном-индуктором весь процесс перепрограммирования клеток резко замедлился, а его эффективность заметно снизилась.

Почти одновременно с Яманакой, но независимо от него, сходных результатов добился Джеймс Томсон, профессор Висконсинского университета в Мадисоне. Американский ученый использовал несколько иной набор генов-индукторов и другие ретровирусы в качестве векторов, однако совсем без вирусов и ему обойтись не удалось. Между тем, это совершенно необходимо, если иметь в виду применение индуцированных плюрипотентных стволовых клеток в медицинской сфере. Поэтому исследователи всего мира начали активный поиск таких способов воздействия на соматические клетки, которые позволили бы повернуть их развитие вспять без переноса генетического материала и без применения вирусов. И вот теперь эта цель достигнута.

Научная фантастика или реальная перспектива?

Автор открытия - Шен Дин, профессор химии в Исследовательском институте Скриппса в городке Ла-Холья, штат Калифорния. По словам ученого, он с самого начала был уверен: если Яманаке удалось перепрограммировать взрослую клетку с помощью генов, то того же результата можно добиться и с помощью химических субстанций. Главная проблема состояла в том, чтобы найти подходящий коктейль.

Шен Дин использовал белки, кодируемые теми самыми генами, с которыми работал Яманака, и добился успеха. Полученные им модифицированные клетки ученый назвал протеин-индуцированными плюрипотентными стволовыми клетками (ПиПС) - PiPS (protein induced pluripotent stem cells).

Правда, все свои многообещающие результаты Шен Дин получил в опытах на мышах. Однако они вполне могут быть перенесены и на людей, - считает профессор Ханс Шёлер (Hans Schöler) из Института молекулярной биомедицины имени Макса Планка в Мюнстере. Он не сомневается, что это лишь вопрос времени и что уже через два-три месяца те же результаты будут повторены и в опытах с соматическими клетками человека.

Более того, хотя Шен Дин пока и сам не знает, каков механизм действия использованных им белков и какие внутриклеточные реакции и процессы они запускают. Он уверен, что предложенная им методика перепрограммирования взрослых клеток открывает совершенно новые перспективы в сфере регенеративной медицины: пациент будет получать не чужие стволовые клетки, а коктейль обычных лекарственных препаратов, которые запустят процесс самоисцеления организма, процесс омоложения собственных клеток и замены больных клеток здоровыми. Заодно сам собой решится и вопрос защиты эмбрионов, поскольку потребность в чужих стволовых клетках полностью отпадет. Конечно, все это звучит как научно-фантастический рассказ о далеком будущем, однако Шен Дин полагает, что это не утопия, а вполне реальная и довольно близкая перспектива.

Автор: Владимир Фрадкин

Редактор: Ефим Шуман

www.dw-world.de | © Deutsche Welle.

ПРАКТИКА

Немецкая медицина: инновационные протезы, инновационные методы пересадки

На сессии в Мюнхене Немецкое хирургическое общество обсудило новые приемы и методы имплантации искусственных суставов. Еще недавно имплантаты изготавливались из материалов, подверженных высокому износу.

Каждый год в одной только Германии производится 180 тысяч операций по пересадке искусственного тазобедренного сустава и 140 тысяч операций по пересадке искусственного коленного сустава. Однако этим дело отнюдь не исчерпывается, потому что хирургам приходится заменять искусственными имплантатами и многие другие травмированные или изношенные суставы - и плечевые, и локтевые, и на пальцах рук и даже ног.

Однако почти в каждом пятом случае дело не ограничивается одной операцией: пациенту приходится ложиться под нож повторно. На очередной сессии Немецкого хирургического общества, прошедшей недавно в Мюнхене, инновации в области пересадки суставов были одной из самых важных тем.

Новые протезные материалы

Искусственная вертлужная впадина тазовой кости - из керамики, искусственная головка бедренной кости - из титана: таков нынешний стандарт при замене тазобедренного сустава. Именно этот сустав чаще всего поражается артритом и требует замены. Между тем, еще недавно имплантаты изготавливались из менее твердых материалов, подверженных высокому износу. Образовавшаяся при этом пыль накапливалась в окружающих тканях, что нередко вызывало воспаления, а сам протез постепенно расшатывался.

Благодаря успехам, достигнутым в материаловедении, удалось создать так называемые высокотвердые поверхности скольжения, говорит профессор Клаус-Петер Гюнтер (Klaus-Peter Günther), директор ортопедической клиники при Дрезденском техническом университете. Они характеризуются малым коэффициентом трения и чрезвычайно низким уровнем износа. Сюда относятся, прежде всего, керамики, густосетчатые полимеры, а также целый ряд новых металлических сплавов.

Новые способы крепления имплантатов

То, что такие материалы делают искусственные протезы долговечнее, весьма важный аспект, учитывая увеличение средней продолжительности жизни населения в развитых странах. Но тут есть еще одна проблема: люди преклонного возраста нередко страдают остеопорозом - истончением костной ткани. Чтобы закрепить протез на такой хрупкой ткани, медики используют цемент на основе быстро отверждающегося полимера.

Обычно же имплантат крепится вообще без цемента, - поясняет профессор Гюнтер: Без цемента означает, что протез имеет поверхности, рассчитанные на врастание костной ткани. Имплантат покрывают слоем специальных белковых соединений - факторов роста, - способствующих быстрому образованию

костной ткани. Она заполняет мелкие углубления на поверхности протеза и прочно удерживает имплантат. Оптимальные результаты достигаются при использовании титановых поверхностей, поскольку титан не только очень легкий и прочный материал, но и один из самых биосовместимых вообще и остеосовместимых в частности. В итоге мы получаем прочное биологическое соединение.

Новые методы визуализации

Некоторые клиники, рекламируя свои услуги, заговорили уже о минимально инвазивных методах замены суставов. Конечно, подобную рекламу не следует понимать буквально: тазобедренный сустав, как его ни крути, сквозь маленький разрез не пролезет, через эндоскоп его не имплантируешь. Но тенденция, общее направление медицинской мысли, сомнений не вызывает: кожные разрезы становятся меньше, обращение с тканями - более щадящим.

Для пациентов это означает, что всего через несколько дней после операции их из хирургического отделения переводят в реабилитационную клинику. А для врача минимально инвазивный метод означает, что ему приходится действовать как бы вслепую: весь протез целиком он не видит. Он также лишен возможности обозреть операционное поле с помощью введенной интракорпорально миниатюрной видеокамеры, как это делается в большинстве эндоскопических операций в брюшной полости.

Поэтому в ситуации, когда мы используем минимально инвазивные приемы, нам приходится применять иные методы визуализации, говорит профессор Гюнтер: "Мы работаем либо с рентгеновской поддержкой - она позволяет "вживую" контролировать положение протеза, - либо с системой компьютерной навигации - она позволяет с высокой точностью виртуально отслеживать перемещение имплантата, не видя его".

Раньше для компьютерной навигации требовалось заранее, до хирургического вмешательства, выполнить рентгеновскую томографию, чтобы иметь послойные снимки зоны операции. Теперь же на смену рентгеновскому аппарату все чаще приходит ультразвук, - говорит профессор Гюнтер. Сегодня в самом начале операции определяется местоположение определенных костных точек - они играют роль своего рода ориентиров, - и на основе этих опорных точек компьютер тотчас выстраивает трехмерное изображение той зоны, в которой предстоит оперировать. Сама же имплантация протеза производится в этой виртуальной картинке. Таким образом, пациент оказывается избавлен от радиологической

нагрузки, еще недавно совершенно неизбежной в случае использования компьютерной навигации.

Впрочем, и щадящие методы визуализации, и новые материалы для имплантатов начали применяться в этой области хирургии совсем недавно, так что говорить о

положительном опыте пока рано. Судьба этих инноваций в значительной мере зависит от того, насколько долговечными окажутся новые протезы и насколько они повышают качество жизни пациентов. А это станет ясно лишь со временем.

В ГЕРМАНИИ РАЗРАБОТАН НОВЫЙ ИМПЛАНТИРУЕМЫЙ ПРОТЕЗ СФИНКТЕРА

Специалисты Университетской клиники во Фрайбурге создали новый протез для пересадки пациентам, страдающим полной и необратимой дисфункцией сфинктера мочевого пузыря или прямой кишки.

Говорить в обществе на эту щекотливую тему считается неприличным, а между тем, это недуг, которым, согласно очень осторожным оценкам, страдают от одного до двух процентов населения. Речь идет о недержании. Достаточно упомянуть о пациентах, парализованных в результате поперечного поражения спинного мозга: они не в состоянии контролировать ни работу кишечника, ни функцию мочевого пузыря.

Даже те из них, кому относительно повезло, кто сумел более или менее оправиться от травмы спинного мозга и в результате многомесячных тренировок и упражнений восстановить подвижность ног и даже способность ходить, не могут и мечтать о том, чтобы вернуться к нормальному образу жизни. Потому что им упорно не желают повиноваться так называемые сфинктеры - небольшие кольцевидные мышцы, при сокращении замыкающие отверстие мочевого пузыря или прямой кишки.

"Недержание - очень серьезная проблема, хотя бы потому, что большинство пациентов ментально переносят ее гораздо тяжелее, чем даже ограничение моторных функций", - говорит Рюдигер Рупп (Rüdiger Rupp), сотрудник Университетской клиники в Гейдельберге. Однако до сих пор врачам лишь в редких случаях удавалось оказать таким пациентам действенную помощь. И вот теперь медики и инженеры Университетской клиники во Фрайбурге разработали протез сфинктера - имплантат с дистанционным телеметрическим управлением.

Простой внешний вид и сложная начинка

Собственно говоря, протезы сфинктера для больных с полной и необратимой дисфункцией мочевого пузыря имелись и раньше. Самый первый такой протез был предложен более 60 лет назад. Но их имплантация требует рассечения важных нервных сплетений, да и управление таким протезом весьма далеко от совершенства.

Новая разработка немецких специалистов представляет собой вживляемую в организм пациента многокомпонентную гидромеханическую систему с дистанционным управлением на основе технологии "Bluetooth". "Пульт управления выполнен на редкость просто: две кнопки - "открыть" и "закрыть" - и небольшой дисплей, больше ничего пациенту и не нужно, - поясняет Штефан Шварцбах (Stefan Schwarzbach), информатик Немецкого центра аэрокосмических исследований в Вайслинге, принимавший участие в разработке протеза.

Система состоит из силиконовой манжеты, выполняющей функцию запирающего клапана, и соединенного с ней шлангом электронного блока управления. Манжета имплантируется вокруг

прямой кишки или вокруг уретры, а блок управления вживляется под переднюю брюшную стенку. Тут же размещаются аккумулятор, миниатюрный четырехкамерный насос для создания давления и резервуар с жидкостью, используемой для наполнения манжеты.

"Важно, что наш протез полностью имплантируется в организм пациента, тут нет никаких выходов наружу - ни кабелей управления, ни внешних источников питания. Таким образом, риск инфекции сведен к минимуму", - подчеркивает Штефан Шварцбах. Даже зарядка аккумулятора - ее нужно производить раз в 7-10 дней - выполняется снаружи, бесконтактно.

Биосовместимость, надежность и долговечность

В ходе лабораторных испытаний силиконовая манжета выдержала 330 миллионов циклов "открытие-закрытие" - это соответствует, по меньшей мере, 10-летнему сроку службы. Кроме того, протез спроектирован так, чтобы ни при каких обстоятельствах не причинить вреда пациенту - например, если тот потеряет пульт дистанционного управления.

"Система сама распознает избыточное давление и подаст сигнал тревоги, чтобы обратить на это внимание больного. Если же давление будет продолжать нарастать и превысит определенное значение, сфинктер самостоятельно откроется - во избежание органических повреждений", - говорит Штефан Шварцбах.

На днях успешно завершились испытания прототипа протеза на свиньях. Разработчики надеются, что, если все пойдет гладко, то года через три начнется постепенное внедрение их детища в клиническую практику. Пока же они работают над миниатюризацией имплантируемого электронного блока управления: сегодня он с трудом помещается в корпусе величиной с две положенные друг на друга пачки сигарет. Но в целом эксперты смотрят в будущее с оптимизмом.

"Если испытания подтвердят биосовместимость, надежность и долговечность нового имплантата, то он изрядно облегчит судьбу многих больных, причем не только тех, кто страдают поперечным поражением спинного мозга", - полагает Рюдигер Рупп. По самым скромным подсчетам, в одной только Германии таких пациентов наберется более 60 тысяч.

Автор: Владимир Фрадкин

Редактор: Дарья Брянцева

www.dw-world.de | © Deutsche Welle.

БУХГАЛТЕРСКИЙ УЧЕТ И НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ

**АДМИНИСТРАЦИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ
ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ АЛТАЙСКОГО КРАЯ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

20.05.2009 г.

№ 05-08

Федеральным законом от 24.06.2008 №91-ФЗ «О внесении изменения в статью 1 Федерального закона «О минимальном размере оплаты труда» с 1 января 2009 года увеличен минимальный размер оплаты труда с 2300 до 4330 рублей. Указанный Федеральный закон является Законом прямого действия и не требует принятия дополнительных законодательных актов на территории края.

В связи с поступающими многочисленными запросами лечебных учреждений края Главное управление направляет для руководства в работе разъяснения Министерства здравоохранения и социального развития РФ по исчислению доплат до минимального размера оплаты труда.

Приложение: 2л

Начальник Главного управления

В.А. Елыкомов

Приложение

Вопрос:

Включаются ли в МРОТ "северные надбавки" и районные коэффициенты, материальная помощь, оплата работы по внутреннему совместительству и каковы гарантии по оплате труда работников, работающих неполное рабочее время?

Ответ:

В соответствии с Федеральным законом от 24.06.2008 N 91-ФЗ "О внесении изменения в статью 1 Федерального закона "О минимальном размере оплаты труда" месячная начисленная заработная плата работника, полностью отработавшего норму рабочего времени (выполнившего нормы труда), включая оклад (тарифную ставку), компенсационные выплаты (доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению, и иные выплаты компенсационного характера) и стимулирующие выплаты (доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты), должна быть с 1 января 2009 г. не менее 4330 руб.

Это следует из определения заработной платы (оплаты труда работника), данного в ст. 129 Трудового кодекса РФ.

Согласно ч. 1 указанной статьи заработная плата (оплата труда работника) - вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы, а также компенсационные выплаты (доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению, и иные выплаты компенсационного характера) и стимулирующие выплаты (доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты).

Выплаты социального характера и иные выплаты, не относящиеся к оплате труда (материальная помощь, оплата стоимости питания, проезда, обучения, коммунальных услуг, отдыха и другие), не являются заработной платой и, следовательно, в минимальном размере оплаты труда не учитываются.

Если работнику установлено неполное рабочее время и он отработал его полностью, заработная плата не может быть меньше МРОТ, исчисленного пропорционально с учетом установленного времени работы.

Внутреннее совместительство - работа по отдельному трудовому договору в пределах установленной продолжительности рабочего времени совместителей.

Поэтому оплата работы по совместительству не учитывается в МРОТ по основному месту работы.

При этом, если совместитель работает на полную ставку (некоторым категориям, например медицинским работникам, разрешается работа по совместительству на полную норму рабочего времени), его заработная плата на работе по совместительству не должна быть меньше МРОТ, если в пределах половины нормы рабочего времени за учетный период - меньше МРОТ, исчисленного пропорционально с учетом установленного времени работы.

Н.З. Ковязина
Министерство здравоохранения
и социального развития РФ

Вопрос:

Следует ли производить доплаты до минимального размера оплаты труда, в том числе пропорционально отработанному времени, работникам с сокращенной продолжительностью рабочей недели, работникам, болевшим или находившимся в отпусках часть месяца, за который начисляется заработная плата?

Ответ:

В соответствии с Федеральным законом от 19.06.2000 N 82-ФЗ "О минимальном размере оплаты труда" минимальный размер оплаты труда с 1 января 2009 г. составляет 4330 руб. в месяц.

Кроме того, в регионах могут приниматься решения об установлении размера минимальной заработной платы в субъектах Российской Федерации. Согласно ст. 133.1 Трудового кодекса РФ месячная заработная плата работника, работающего на территории соответствующего субъекта Российской Федерации и состоящего в трудовых отношениях с работодателем, в отношении которого региональное соглашение о минимальной заработной плате действует в соответствии с ч. 3 и 4 ст. 48 ТК РФ или на которого указанное соглашение распространено в порядке, установленном ч. 6 - 8 настоящей статьи, не может быть ниже размера минимальной заработной платы в этом субъекте Российской Федерации при условии, что указанным работником полностью отработана за этот период норма рабочего времени и выполнены нормы труда (трудовые обязанности).

В соответствии со ст. 92 ТК РФ сокращенная продолжительность рабочего времени устанавливается:

для работников в возрасте до шестнадцати лет - не более 24 часов в неделю;

для работников в возрасте от шестнадцати до восемнадцати лет - не более 35 часов в неделю;

для работников, являющихся инвалидами I или II группы, - не более 35 часов в неделю.

Для данных категорий работников указанная продолжительность рабочего времени является полной нормой рабочего времени.

Часть 3 ст. 133 ТК РФ устанавливает, что работник имеет право на оплату труда не ниже установленного федеральным законом минимального размера только тогда, когда он полностью отработал норму рабочего времени соответствующего месяца и выполнил нормы труда (трудовые обязанности).

При этих условиях месячная заработная плата не может быть ниже размера минимальной заработной платы.

Если работник трудится в режиме неполного рабочего времени (например, на условиях работы по совместительству) или отработал не весь фонд рабочего времени (например, находился на больничном, в ежегодном отпуске), установленный на данный месяц, в том числе для категорий работников, которым установлена сокращенная продолжительность рабочего времени в соответствии со ст. 92 ТК РФ, оплата труда производится не ниже МРОТ, исчисленного пропорционально отработанному времени.

Н.З.Ковязина
Министерство здравоохранения
и социального развития РФ
19.02.2009 г.

ДАЙДЖЕСТ**Прокуратура проверила образ жизни детей на Алтае: выявлены нарушения**

Значительное число алтайских школ **не располагают медицинскими кабинетами**, отвечающими установленным требованиям. В ряде учреждений **не созданы условия для обеспечения детей качественным питанием**, в работе пищеблоков выявлены нарушения санитарно-эпидемиологических норм, **не соблюдаются требования о количестве и продолжительности приёма пищи детьми**. Таковы результаты масштабной прокурорской проверки исполнения требований законодательства, направленного на **обеспечение здорового образа жизни детей**.

По данным пресс-службы алтайской прокуратуры, в ходе проверки в Барнауле, Новоалтайске, Заринске, Баевском, Ребрихинском, Первомайском и Тальменском районах **выявлены случаи розничной продажи табачных изделий** на расстоянии менее чем сто метров от границ территорий образовательных организаций.

Не во всех образовательных учреждениях проводятся обязательные и дополнительные занятия по физической культуре и спорту, не соответствует предъявляемым требованиям обеспечение спортивным инвентарём и оборудованием (Калманский, Краснощёковский районы и др.). В Новоалтайске, Рубцовске и Михайловском районе **отсутствуют необходимые условия для доступа детей-инвалидов к спортивным сооружениям**, физкультурно-оздоровительным мероприятиям.

При проверке учреждений дополнительного образования **физкультурно-спортивной направленности** выявлено значительное количество нарушений, в том числе осуществление **деятельности без лицензий**, противоречие положений уставов и локальных актов требованиям действующего законодательства, **необоснованное взимание ежемесячной родительской платы** в виде «добровольных пожертвований». В ряде музыкальных, художественных, спортивных школ **не соблюдаются требования по обеспечению безопасности жизни и здоровья несовершеннолетних**, допускаются нарушения правил пожарной безопасности и санитарно-гигиенических норм.

Справка: Всего по результатам проверки прокурорами городов и районов края выявлено более 1000 нарушений; возбуждено 102 дела об административных правонарушениях; принесено 88 протестов; внесено 274 представления об устранении нарушений; 117 должностным лицам объявлены предостережения; в интересах несовершеннолетних направлено 206 исковых заявлений; возбуждено 1 уголовное дело.

*Пресс-служба прокуратуры РФ по Алтайскому краю,
<http://asfera.info/news/one-25286.html>*

ГУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» получил сертификат соответствия работ по охране труда.

Перед медицинскими учреждениями края, которые повседневно заботятся о здоровье граждан, встают задачи по улучшению условий труда самих медицинских работников. Это важный аспект, сохранения здоровья сотрудников медицинских учреждений, успешно решается в ГУЗ «Алтайский краевой

центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями».

В соответствии с требованиями Трудового кодекса РФ об обязательном проведении аттестации рабочих мест за период с 27 марта 2007г. по 20 марта 2009 г. проведен комплекс мероприятий по улучшению условий труда сотрудников учреждения. В целом по учреждению была проведена аттестация 88 рабочих мест с инструментальным обследованием по параметрам вредных и опасных производственных факторов.

Для устранения выявленных отклонений от нормативных требований в Алтайском краевом центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями проведена большая работа по обеспечению безопасных условий труда на рабочих местах персонала учреждения.

По результатам проведенной аттестации рабочих мест аттестационная комиссия сформировала и представила на согласование план мероприятий по улучшению и оздоровлению условий труда. Это позволило учреждению в 2009 году приступить к подготовительной работе на проведение сертификации работ по охране труда. А в апреле этого года, во Всемирный день охраны труда, получить Сертификат соответствия работ по охране труда от органа по сертификации Администрации Алтайского края – АНО Центр «АТТЭКС». За все годы работы в учреждении не зарегистрировано несчастных случаев, профессиональных заболеваний, случаев инфицирования работников.

Таким образом, ГУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» подтвердил соответствие условий труда персонала учреждения государственным нормативным требованиям охраны труда и стал третьим краевым медицинским учреждением, получившим сертификат соответствия работ по охране труда.

*Зам. главного врача
Л.В. Хаустова*

В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ БАРНАУЛА НЕ ХВАТАЕТ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Лечебные учреждения Барнаула испытывают недостаток в узких специалистах.

Как сообщил на заседании коллегии администрации Барнаула председатель городского комитета по здравоохранению **Сергей Черников**, благодаря национальному проекту, в городе теперь нет проблем с участковыми врачами, но есть проблема по узким специалистам. *"В первую очередь по первичной их подготовке. На сегодняшний день имеется 68 вакансий в лечебных учреждениях города. И в большинстве случаев — это амбулаторно-поликлиническое звено"*, - отметил Черников.

На коллегии также говорилось о том, что зарплата узких специалистов в 2-3 раза меньше чем у врачей общей практики. В целом же средняя заработная плата в лечебных учреждениях города — 5 800 рублей.

*<http://www.amic.ru/news/104511/>
7 мая 2009 г.*

Правительство вводит обязательную регистрацию предельных цен на лекарства

Предельный уровень цен на лекарства, которые продаются в России, будет определять и контролировать государство. Как сообщила вчера глава минздравсоцразвития Татьяна Голикова, подготовлен проект соответствующего постановления, которое в самое ближайшее время должно утвердить правительство.

"Мы внесли в правительство постановление, обязывающее регистрировать предельные цены на лекарственные средства, причем регистрировать не заявительно, а обязательно и по той методологии, которую мы разработаем. Кроме того, подписан приказ, в соответствии с которым мы будем осуществлять мониторинг цен на лекарственные средства. В рамках решения правительства этими полномочиями наделяется Росздравнадзор, который будет регистрировать предельные уровни цен".

О мерах, которые готовит правительство, чтобы сдержать стремительное удорожание лекарств, "РГ" писала неоднократно (см., в частности, публикации "Ценопонижающее", "Аптечный бонус" в номере за 21 мая). Работа идет по нескольким направлениям: во-первых, производителей обяжут регистрировать (читать - декларировать) отпускные цены на весьма обширный список лекарственных препаратов. Речь идет о так называемых "жизненно необходимых и важнейших" лекарствах. Их перечень также подготовило министерство. Во-вторых, Федеральная служба по тарифам в свою очередь разрабатывает единые для всей страны правила расчета торговых надбавок к ценам на лекарства. На сегодняшний день эти надбавки для оптовиков и розницы устанавливают сами регионы, единого порядка тут нет никакого.

Соответственно, контролировать, из чего и насколько обоснованно складывается цена (особенно если учесть, что "стартовая" цифра, идущая от производителя, до сих пор была закрытой), практически невозможно.

Наконец, в-третьих, Росздравнадзор начинает официальный мониторинг цен на лекарства. Как ни странно, до сих пор контроля за фармрынком со стороны государства у нас практически не было - уровень цен отслеживали исключительно частные маркетинговые компании, а Росстат фиксировал цены на очень ограниченный и устаревший перечень препаратов.

В федеральной службе "РГ" сообщили, что вся необходимая база, включая программное обеспечение для проведения тщательного и постоянного изучения цен, в Росздравнадзоре уже создана. Более того, на днях в регионы направлено письмо, подписанное главой федеральной службы Николаем Юргелем, в котором четко прописано, каким образом будут отслеживаться цены не только в аптечной сети, но также в больницах и других лечебных учреждениях. Направлен в регионы и перечень из более чем 600 наименований лекарств - теперь под ценовой контроль попадают практически все наиболее значимые медикаменты.

Со своей стороны региональные власти также пытаются обуздать рост цен на медикаменты. Вчера стало известно, например, что торговые надбавки пересмотрены в Московской области: для оптовиков они снижены с 25 до 20 процентов (если лекарство закупается у иностранного производителя - с 30 до 25), а "доля" аптек уменьшена с 30 до 25 процентов. Итого, общее уменьшение торговой наценки составит минимум 10 процентов. Кроме того, подмосковное правительство решило расширить перечень наиболее значимых лекарств, надбавка по которым не должна превышать 10 процентов. В частности, речь идет о препаратах, необходимых больным бронхиальной астмой.

Ирина Невинная

<http://www.rg.ru/2009/05/29/lekarstva.html>

*Опубликовано в РГ (Федеральный выпуск)
N4921 от 29 мая 2009 г.*

В ЯРОСЛАВЛЕ ОТКРЫЛАСЬ V РОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ВРАЧЕЙ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА

Министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова направила приветствие участникам V Российской конференции врачей по борьбе против табака, открывшейся сегодня в Ярославле.

В настоящее время курение представляет серьёзный вызов для всего мира, отметила Голикова. По данным Всемирной организации здравоохранения /ВОЗ/, в мире каждые 6 секунд один человек умирает от заболеваний, связанных с курением табака, а ежегодно по этой причине умирают 5 млн. человек. Курение представляет собой огромную проблему и для России, в которой вклад табакокурения в общую смертность населения составляет 17,1%, курит около 60% мужчин, 27-30% женщин. «В связи с такими тревожными цифрами правительство РФ, Министерство здравоохранения и социального развития начали активные действия по борьбе с курением. И уже сделали несколько принципиальных шагов в этом направлении», - подчеркнула Голикова.

По словам главного нарколога Екатеринбурга Бориса Теплякова, борьба с курением должна вестись не только на государственном уровне, но и в обществе. "Людей с детства нужно ограждать от этой пагубной привычки и в первую очередь это обязанность родителей. "Страшилки", которые рассказывают про легкие курильщика, про раковые заболевания, в России практически не действуют, так как русский народ сложно чем-то напугать. Это вопрос культуры, которая должна воспитываться в каждом человеке", - отметил Борис Тепляков.

МОСКВА, 28 мая. ИТАР-ТАСС/

АМЕРИКАНСКИЕ УЧЕНЫЕ НАУЧИЛИ МЫШЦЫ ВЫРАБАТЫВАТЬ АНТИТЕЛА К ВИЧ

Исследователи из Филадельфии разработали методику, которая способна обеспечить организму иммунную защиту от ВИЧ без участия клеток иммунной системы, которые сами являются главной мишенью вируса.

Ученые ввели в мышечные клетки подопытных макаков синтетические антитела при помощи безвредного вируса. В итоге эксперимента, мышцы животных стали сами вырабатывать антитела, которые способны связывать вирус иммунодефицита обезьяны, очень близкий к вирусу иммунодефицита человека, сообщает "Медновости".

После этого обезьян заражали самим вирусом иммунодефицита. И у животных не появлялось никаких признаков заболевания в течение как минимум 85 недель. Тогда как, за этот же период умерли четыре из шести обезьян, зараженных вирусом, но не прошедших первую стадию эксперимента, на которой в мышцах вырабатывались антитела.

Таким образом, авторы исследования нашли путь разрешения основной проблемы в борьбе с ВИЧ. Они смогли выработать антитела к вирусу без участия иммунной системы, которую вирус поражает.

Ученые рассчитывают, что испытания аналогичной методики на людях они смогут провести в течение двух-трех лет.

**Аркадий Немов, MR7
25 мая 2009 г.**

МЕРОПРИЯТИЯ

На Алтае состоялся II съезд фармакологов Сибирского федерального округа

21-22 мая в Барнауле состоялся II съезд фармакологов Сибирского федерального округа. В работе съезда приняли участие главные клинические фармакологи, врачи клинических специальностей. В форуме принял участие консул РФ в Европейской ассоциации клинических фармакологов и фармакотерапевтов Дмитрий Сычев. Участники съезда обсудили наиболее актуальные проблемы по различным вопросам клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии. Научная программа Съезда включала в себя пленарные доклады, научные симпозиумы, секционные заседания и образовательные семинары с выдачей сертификата. Организаторами научного форума выступили Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, ГОУ ВПО "Алтайский Государственный медицинский университет", Алтайская ассоциация клинических фармакологов.

Открыла съезд и обратилась к его участникам с приветственным словом и с пожеланиями успехов в обсуждении вопросов по рациональному использованию лекарственных препаратов **профессор Нина Борисовна СИДОРЕНКОВА** – заведующая кафедрой клинической фармакологии АГМУ, главный клинический фармаколог Алтайского края и Сибирского федерального округа, начальник отдела клинической фармакологии и мониторинга безопасности лекарственных средств.

Участники съезда, представляющие наш край, в частности, высказали следующие мысли.

Профессор, председатель комитета по здравоохранению и науке АКЗС **Александр Фёдорович ЛАЗАРЕВ** в своём выступлении сказал:

- Сегодня фармакология в медицине занимает передовое, ведущее место, составляющее несколько показаний медицинской помощи. Даже в онкологии, где многие годы на первом месте стояла такая дисциплина, как хирургия, сегодня фармакотерапия выходит на первые позиции. Причём, это абсолютно новая фармакотерапия. Если всего несколько лет назад мы не имели солидных результатов от лекарственного лечения в онкологии, то сегодня буквально всё изменилось, почти на 180 градусов. Мы в 70% злокачественных новообразований имеем на сегодняшний день позитивные результаты, в 40-45% - полное излечение. Причём, фармакотерапия сегодня занимается не лечением многих заболеваний, состояний, а излечением тяжёлых недугов. Меняется сама фармакотерапия. Это абсолютно новый класс лекарственных препаратов, которые имеют направленное действие. То есть, сегодня мы назначаем лекарственные препараты с заведомо известным, запрограммированным эффектом. Конечно, это требует значительных знаний врача и значительных усилий в организации лечебного процесса.

Профессор, начальник Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности **Валерий Анатольевич ЕЛЫКОМОВ**, приветствуя участников съезда, о проблеме лекарственной безопасности сказал следующее:

- Хотел бы сказать, что термин «лекарственная безопасность» – это не просто слова. Во-первых, у врачей должно быть убеждение, что они лечат тем, чем нужно. А у пациента не должно быть боязни лекарств, которые ему дают. Поэтому мы 26 января текущего года при ГУ «Алтайский краевой центр по сертификации и контролю качества лекарственных средств» создали специальный отдел клинической фармакологии и мониторинга безопасности лекарственных средств и по нему уже получили определённое число нареканий со стороны лечебных учреждений на качество лекарственных препаратов. Это очень серьёзно и важно. Мы знаем, что есть препараты, которые поступают от солидных производителей, т.е., препараты проверенные на соответствие, зарегистрированные, и их качество не вызывает сомнений. Но ведь есть и другие препараты, которые, в общем-то, недоброкачественные. И каждый месяц мы получаем, в том числе из федерального центра, перечень препаратов, которые нужно изымать из оборота. Для нас очень важно, чтобы те огромные средства, которые выделяются администрацией, губернатором края на лекарственное обеспечение, а я могу сказать, что по отдельным параметрам за последние три с половиной года финансирование увеличилось на порядок, чтобы все эти средства не пропали зря, они должны дать максимальный эффект.

Выступивший на съезде профессор, ректор АГМУ **Валерий Михайлович БРЮХАНОВ**, сделал акцент на принципе доказательности:

- Клиническая фармакология зиждется на двух китах, на двух постулатах: эффективность и безопасность. Их можно рассматривать в разных аспектах, есть определения двух этих понятий. Мы все представляем себе, что это такое - выбрать наиболее эффективный препарат в череде, в рядах препаратов, а мы знаем, что сейчас десятки тысяч препаратов появились на рынке, самую рациональную комбинацию или рациональный подход. Во многих областях это разрабатывается очень серьёзно: в области антигипертензивных средств, сердечных препаратов, в области антибиотиков, в отношении препаратов, применяемых в онкологии. А какие-то места остаются пока ещё некими пустотами. И ещё мне хотелось бы сказать о том, что так же, как и вся медицина, клиническая фармакология сегодня опирается на принципы доказательности. И я должен вспомнить Бориса Ефимовича Вотчала, который фактически первый сформулировал серьёзный подход к плацебо контролю. И он первым показал, что при некоторых заболеваниях и даже при ишемической болезни сердца в ряде случаев плацебо

даёт эффективность до 60%. Т.е., плацебо контролируемые исследования стали нормой научного подхода. Принципы доказательности, они, конечно же, себя оправдывают, и мы сегодня должны этому следовать обязательно. Я считаю, что сегодня очень много идёт рекламы различных средств, в частности, всевозможных БАДов, но ни один из них не имеет принципа доказательности. Т.е., практически мы не знаем, что это такое, и верим чисто только в рекламу. Мне кажется, что здесь позиция клинических фармакологов должна быть достаточно определённой.

Консул РФ в Европейской ассоциации клинических фармакологов и фармакотерапевтов, профессор кафедры клинической фармакологии ММА им. И.М. Сеченова **Дмитрий Алексеевич СЫЧЁВ** в своём выступлении поблагодарил организаторов съезда и зачитал обращение к его участникам академика РАМН, председателя Проблемной комиссии по клинической фармакологии МЗ и СР РФ, заслуженного деятеля науки РФ, профессора, заведующего кафедрой клинической фармакологии ММА им. И.М. Сеченова, Владимира Григорьевича КУКЕСА.

В обращении подчёркивается, что уже более 10 лет существует специальность клиническая фармакология, которая была создана в непростые с точки зрения экономики и политики годы, но создание этой специальности оправдало себя. Отрадно, что тогда было понимание, что оптимизация применения лекарственных средств ЛПУ будет экономически оправдана только при участии такого специалиста, как врача – клинического фармаколога. В настоящее время клиническая фармакология преподаётся на додипломном и последипломном этапах во всех медицинских и фармацевтических ВУЗах страны. Послевузовская подготовка врачей – клинических фармакологов также проводится во многих ВУЗах, но одним из первых был АГМУ, где на кафедре клинической фармакологии, возглавляемой профессором Н.Б.Сидоренковой, такая работа активно проводится и в настоящее время. Вполне логично, что именно она является главным клиническим фармакологом Алтайского края. Значение этих исследований трудно переоценить, т.к. роль клинического фармаколога повышается с учётом трудностей, с учётом программы ДЛО, которая активно внедряется, про которую сегодня говорили, из-за реализации национальных проектов, а именно приоритетного национального проекта «Здоровье». Совершенствование работы клинического фармаколога ЛПУ, которое идёт путём повышения качества работы, внедрения методических пособий по актуальным вопросам клинической фармакологии, повысило уровень лечебной работы.

Редакционный материал

**Резолюция Второго Съезда клинических фармакологов Сибирского
Федерального округа 21–22 мая 2009 года, г. Барнаул**

Редакционная комиссия по подготовке проекта резолюции

Председатель:

Д.А. Сычев, консул РФ в ЕАСРТ, профессор кафедры клинической фармакологии ММА им. И.М. Сеченова (Москва)

Заместитель председателя:

Н.Б. Сидоренкова, профессор, зав. кафедрой клинической фармакологии АГМУ, главный клинический фармаколог Алтайского края и Сибирского федерального округа (Барнаул)

Секретариат:

З.А. Титова, доцент кафедры клинической фармакологии АГМУ (Барнаул)

Члены комиссии:

В.Г. Кукес, академик РАМН, профессор, зав. кафедрой клинической фармакологии ММА им. И.М. Сеченова, председатель Проблемной комиссии по клинической фармакологии МЗ и СР РФ (Москва);

В.Е. Митрохин, к.м.н., главный клинический фармаколог Новосибирской области;

Н.А. Шнайдер, профессор, зав. кафедрой медицинской генетики и клинической нейрофизиологии Красноярского ГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого;

Р.Н. Лучинина, к.м.н., эксперт страховых медицинских компаний (Томск);

В.А. Вавилин, профессор, руководитель лаборатории метаболизма лекарств и фармакокинетики ГУ НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН (Новосибирск);

Г.И. Лифшиц, д.м.н., зав. лабораторией персонализированной медицины Института химической биологии и фундаментальной медицины СО РАМН (Новосибирск);

А.В. Манукян, доцент кафедры клинической фармакологии АГМУ (Барнаул).

В адрес съезда поступили приветствия от академика РАМН, Председателя Проблемной комиссии по клинической фармакологии МЗ и СР РФ, заслуженного деятеля науки РФ, профессора В.Г. Кукеса; академика РАМН, Главного клинического фармаколога МЗ и СР РФ, профессора В.И. Петрова; Председателя Комитета по науке и образованию КЗС Алтайского края, профессора А.Ф. Лазарева; Начальника ГУ Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, профессора В.А. Елыкова; ректора АГМУ, профессора В.М. Брюханова.

На съезде было заслушано 37 докладов по различным вопросам клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии. На пленарном заседании обсуждались перспективы внедрения клинической фармакогенетики в практическое здравоохранения, антикризисные фармакоэкономические аспекты рациональной фармакотерапии, роль судебно-медицинской экспертизы в оценке качества оказания медицинской помощи, проблемы качества лекарственных средств на российском фармацевтическом рынке и вопросы рациональной фармакотерапии артериальной гипертензии при метаболическом синдроме. Помимо пленарного заседания были проведены симпозиумы "Актуальные вопросы клинической фармакологии и фармакотерапии", "Актуальные вопросы клинической фармакологии в педиатрии и перинатологии", "Современные подходы к фармакотерапии клинически значимых нарушений гемостаза", "Значение фармакогенетики для практического здравоохранения". С докладами выступили профессор Д.А. Сычев, Н.Б. Сидоренкова, Б.А. Саркисян, В.А. Елыков, А.П. Момот, А.Н. Мамаев, Л.П. Цывкина, С.А. Ельчанинова, Г.И. Костюченко, В.А. Вавилин, Н.А. Шнайдер, Г.И. Лившиц, доценты А.В. Манукян, В.Е. Митрохин, З.А. Титова, Н.В. Пронина и другие. В проведении рабочего совещания "Совершенствование службы клинической фармакологии" приняли участие Главные клинические фармакологи краев и областей СФО, члены Проблемной комиссии по клинической фармакологии МЗ и СР РФ.

В материалах съезда опубликованы работы более 230 авторов из Ашхабада, Кишинева, Махачкалы, Уфы, Москвы, Волгограда, Ростова-на-Дону, Курска, Челябинска, Новосибирска, Томска, Красноярска, Иркутска, Кемерово, Владивостока, Благовещенска, Барнаула, Чулыма и Рубцовска.

В работе съезда приняли участие около 800 врачей. Среди них известные ученые, врачи различных специальностей: клинические фармакологи, терапевты, педиатры, не-

онатологи, кардиологи, онкологи, эндокринологи, неврологи, психиатры, ревматологи, урологи, гастроэнтерологи, нефрологи, акушеры-гинекологи, хирурги, сосудистые хирурги, нейрохирурги, анестезиологи-реаниматологи, пульмонологи, оториноларингологи, офтальмологи, гематологи, травматологи, врачи скорой помощи, лабораторной и функциональной диагностики, руководители аптек, руководители здравоохранения города Барнаула и Алтайского края, ответственные по мониторингу безопасности лекарственных средств ЛПУ Алтайского края, а также главные клинические фармакологи из областных и краевых центров Сибирского Федерального округа, что свидетельствует о важности клинической фармакологии для практического здравоохранения.

Для участников и делегатов съезда была представлена новейшая информация о современных лекарственных средствах. В выставке приняли участие представители фармацевтических компаний, работающих в Сибирском регионе: Gedeon Richter (Венгрия), Boehringer Ingelheim (Германия), Solvay Pharma (Германия), Технология-Стандарт (Россия), Пик-Фарма (Россия), Bayer Schering Pharma (Германия), Veropharm (Россия), Ebewe Pharma (Австрия), Asfarma (Турция), Hemofarm (Сербия), Chiesi (Италия), Ranbaxy (Индия), ЗАО «Институт Здоровья» (Россия).

На торжественном закрытии были подведены итоги викторины, в проведении которой приняли участие 200 делегатов. Победителям конкурса были вручены призы Оргкомитета Второго съезда клинических фармакологов СФО, а также фармацевтического концерна «Hemofarm» (Сербия), фармацевтических компаний «Boehringer Ingelheim» (Германия) и «Би-Си фарма Б.В.» (Нидерланды).

По результатам работы Съезда принято решение:

- Поддержать резолюцию заседания профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения МЗ и СР РФ по специальности «клиническая фармакология» от 08.04.2009 г. (Москва).
- В целях развития службы клинической фармакологии, совершенствования деятельности врачей – клинических фармакологов и управления качеством в здравоохранении РФ необходимо строго выполнять приказ МЗ РФ №131 (1997 г.) «О введении специальности клиническая фармакология» и приказ МЗ РФ №494 (2003г.) «О совершенствовании деятельности врачей – клинических фармакологов».
- Целесообразно введение штатных должностей клинических фармакологов в состав региональных органов управления здравоохранением городов, краев и областей Сибирского региона.
- Необходимо повысить образовательный уровень в области клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии заместителей главных врачей ЛПУ по экспертной и медицинской части, а также экспертов страховых фондов и компаний.
- В состав комиссии по лицензированию ЛПУ включать клинических фармакологов для контроля рациональности и фармакоэкономической обоснованности использования лекарственных средств.
- Создать экспертные советы при органах управления здравоохранением краев и областей Сибирского региона для проведения экспертизы региональных формулярных перечней, стандартов и протоколов лечения, а также методических рекомендаций по фармакотерапии.
- Отделы по мониторингу безопасности лекарственных средств активно работают в Алтайском и Красноярском краях, в Омской области и Хакасии. Работу в этом направлении необходимо продолжить и в других регионах СФО. Следует уделять большее внимание информированию практических врачей по вопросам нежелательных лекарственных реакций, особенно у детей, пожилых и беременных.
- Необходимо создать региональные этические комитеты по экспертизе качества клинических исследований лекарственных средств в регионах Сибирского Федерального округа.
- Дату проведения следующего Съезда клинических фармакологов Сибирского Федерального округа согласовать дополнительно.

Резолюция принята единогласно

участниками Второго Съезда Клинических фармакологов СФО

25 мая 2009 г.

АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

<http://www.agmu.ru/>

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

Дело в рукодействии

Вузы страдают практической недостаточностью

По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в России сегодня около 600 тысяч врачей, в том числе 90 тысяч хирургов. Но только около 5 тысяч из них владеют современными высокотехнологичными методиками. Потребность же страны в таких специалистах - порядка 30 тысяч. Эти цифры приводились на конференции **“Непрерывное профессиональное медицинское образование: приоритеты развития”** в Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, где более 100 представителей ведущих медицинских вузов России, учреждений и органов управления здравоохранением обсуждали основные проблемы подготовки врачей и фармацевтов.

Вузы (в том числе 14 негосударственных), в которых сегодня обучаются 150 тысяч будущих медиков, обладают неравными возможностями для их подготовки. Каждый десятый новоиспеченный медик выходит из коммерческого или технического вуза. Но все получают документ об образовании единого образца. И это головная боль медицинской отрасли страны, как и чрезмерная специализация врачей. Большинство медиков выполняют узкопрофессиональные задачи и плохо адаптируются к переменам в общественной жизни. Как отмечалось на конференции, необходима эффективная система контроля за качеством знаний и навыков медицинских работников, сокращение разрыва между наукой, образованием и практикой, повышение инновационной активности как вузов, так и медицинских учреждений.

Новые технологии и методики медленно внедряются в образовательную и врачебную практику. По словам председателя оргкомитета конференции, первого проректора Сеченовки Игоря Денисова, “необходимо приводить в соответствие потребности общества и возможности профессионального медицинского образования”. Ключевая проблема высшего медицинского профобразования - отсутствие необходимого практического опыта у нынешних выпускников. Или, как выразился профессор Денисов, “проблема рукодействия” (русская калька греческого слова “хирургия”). Если за рубежом, как правило, хирург без опыта проведения определенного количества операций не получает сертификат, то иные наши дипломники к моменту получения документа о высшем образовании зачастую ни разу, образно говоря, не помыли руки перед операционной. Основная причина такого положения дел - несовершенство законодательных отношений между вузами и лечебными учреждениями, а также отсутствие заинтересованности руководства медицинских заведений в ведении производственно-учебной практики молодых коллег, что, по словам проректора ММА им. И.М.Сеченова Игоря Лентичева, отрицательно сказывается на состоянии института наставничества, напрямую влияющего на воспитание квалифицированных практиков.

Ведущие вузы решают проблему слабого контакта между реальным пациентом и будущим врачом путем модернизации и укрепления своей научно-образовательной базы, создавая тем самым должные условия для практических занятий. Благодаря этому необходимые умения и навыки нарабатывают не только студенты, но и практикующие врачи в рамках повышения квалификации. ММА им. И.М.Сеченова располагает Учебным центром практических навыков. Имитируются клинические ситуации, обеспечиваются условия, близкие к реальным. Обучающиеся самостоятельно выполняют манипуляции на муляжах (фантомах) и тренажерах. Созданы методические пособия, учебные фильмы, банк тестов, студентов учат работать в команде, самостоятельно принимать решения при оказании первой помощи, опираясь на психологические и правовые аспекты врачебной деятельности. База позволяет специалистам на всех этапах обучения отрабатывать действия практически до автоматизма.

Участники конференции познакомились также с работой Учебно-методического центра Казанской медицинской академии. Ее коллектив известен активным участием в становлении системы использования тренажеров в российском медицинском образовании, причем, что особенно важно, в постдипломном, в котором, по словам профессора Денисова, такие методики до сих пор не нашли широкого применения. В уникальной тренировочной операционной центра хирургии разных специализаций отрабатывают навыки операций на живых тканях. Учебные базы такого качества в России только начинают создаваться. С ними связаны особые надежды на уменьшение числа неумелых медиков и врачебных ошибок.

Состояние отечественной медицины зависит и от эффективной системы профстандартов. Как сообщил генеральный директор Национального агентства развития квалификаций Александр Лейбович, над ее созданием уже два года работают совместно представители образования и бизнеса. В ближайшее время Минобрнауки РФ собирается принять Национальную рамку квалификаций РФ - документ, регламентирующий компетенции, которыми должны обладать выпускники всех уровней образования, от начального до послевузовского.

Автор: Татьяна ВОЗОВИКОВА

Дата: 07.05.2009

<http://mma.ru/article/>

ЮБИЛЕЙ

12 мая - Международный день медицинской сестры

12 мая, в день рождения английской сестры милосердия Флоренс Найтингейл /1820-1910/, организовавшей службу сестер милосердия и систему подготовки кадров среднего и младшего медперсонала в Великобритании, медсестры во всем мире отмечают свой профессиональный праздник. В этом году Международный день медицинской сестры проходит под девизом "Обеспечивать качество на службе обществу: медицинские сестры в авангарде инноваций".

Медицинские сестры всего мира ежедневно занимаются инновационной практикой, прилагают усилия, направленные на совершенствование сестринского ухода и снижение затрат в системах здравоохранения. Многие из этих инициатив уже привели к заметному укреплению здоровья населения.

Никогда ранее потребность в инновационных решениях не была столь велика, ведь сегодня системы здравоохранения всего мира стремятся к предоставлению равных, безопасных и эффективных медицинских услуг и одновременному с этим ограничению затрат.

«В контексте нехватки ресурсов, непрерывных изменений и углубляющихся знаний, мы по праву возлагаем большие надежды на инновационные технологии. И бизнес сообщества, и правительственные органы сегодня направляют в эту сферу значительные инвестиции. Мы должны вносить свои инвестиции – развивать нашу практику, совершенствовать сестринский уход и повышать его результативность», - с такими словами к медицинским сестрам планеты обратились в канун их праздника президент Международного совета медсестер Хироко Минами и исполнительный директор организации Дэвид Бентон.

Впервые служба сестер милосердия была создана во время Крымской войны англичанкой Флоренс Найтингейл, организовавшей в Турции уход за ранеными солдатами союзников. Она также занялась устройством бань, прачечных и больничных кухонь, а в конце 1855 года организовала сбор пожертвований с целью создания школы для подготовки сестер милосердия, которая была открыта в 1860 году в госпитале Сент-Томас в Лондоне.

В 1910 году после смерти Ф. Найтингейл было решено увековечить память о великой основоположнице сестринского дела: в ее честь создали Фонд последипломного образования, позволяющий медсестрам из разных стран совершенствовать свое профессиональное мастерство.

В 1934 году для содействия делу подготовки и развития движения медсестер был учрежден Международный фонд им. Ф. Найтингейл, по решению которого ежегодно празднуется День медицинской сестры. И хотя фактически этому празднику уже более 100 лет, но официально он был учрежден только в 1971 году, а в России отмечается с 1993 года.

Каждые два года Международный Комитет Красного Креста в этот день присуждает 50 медалей имени Флоренс Найтингейл – высшая награда для медицинских сестер.

Инновации, заявленные темой сегодняшнего дня, играют главную роль в поддержании и повышении качества сестринского ухода. Поэтому медицинские сестры занимаются внедрением инноваций в стремлении обнаружить новую информацию, более совершенные способы оказания помощи, профилактики заболеваний, сестринского ухода и оздоровления населения.

Одним из самых ранних примеров сестринских инноваций стало исследование Флоренс Найтингейл в отношении материнской смертности от родильной горячки, которое в результате привело к реорганизации медицинской помощи женщинам.

История деятельности Общин сестер милосердия в России насчитывает более 150 лет. Приблизительно такой же период охватывает история развития отечественного сестринского дела.

В настоящее время медицинские сестры составляют самую многочисленную категорию работников российского здравоохранения – во врачебной деятельности увеличивается доля медицинских услуг, оказываемых сестринским персоналом.

В медицине появляются все новые технологии, в связи с чем, от медицинских сестер требуется постоянная работа над повышением своих знаний и умений в соответствии с последними достижениями этой жизненно-необходимой науки.

В последние десятилетия произошли существенные изменения в подходах к обучению медицинских сестер, в частности, акценты были смещены от передачи знаний и навыков к формированию определенных компетенций, возможностей и способностей принимать решения.

Благодаря технологическому прогрессу изменились и модели обучения, в особенности модели непрерывного повышения квалификации. Все это способствует повышению престижа профессии, увеличению роли медицинской сестры в современном здравоохранении.

По мнению врачей, в наше время на плечи медсестер ложится до 80% всей заботы о больных. Если на Западе по статистике на одну медсестру приходится пять больных, то в нашей стране эта цифра возрастает до 20.

Однако несмотря на все трудности работы медсестры – большая нагрузка и низкая зарплата – люди этой профессии обладают большой душевной теплотой и любовью к своему делу. Их неравнодушное отношение и доброе слово подчас могут сыграть важную роль в выздоровлении больного.

**Источник текст: www.ami-tass.ru
12.05.2009 г.**

Профессионализм, безопасность, качество

С 26 по 27 марта 2009 г. в городе Санкт-Петербурге состоялась всероссийская научно-практическая конференция операционных сестёр. Тема конференции «Профессионализм, безопасность, качество».

Открыла конференцию президент РАМС Валентина Антоновна Саркисова. На конференции присутствовало 100 делегатов из 57 регионов России.

От Алтайской профессиональной ассоциации в делегацию вошли: Вайгандт Е.А. – ст. м/с ОРМДЛ ГУЗ ККБ, Горбунова Л.В. – ст. м/с опер. блока МУЗ «Центральная городская больница» г. Заринск.

Своё выступление Валентина Антоновна начала с того, что девиз конференции «Профессионализм, безопасность и качество» составляет основу клинической практики операционных сестёр. Широчайшее распространение сегодня получили эндоскопические операции. Малоинвазивность, сокращение сроков госпитализации, снижение риска ВБИ – вот лишь некоторые из преимуществ, которые несут пациентам новые подходы хирургического и оперативного лечения. В связи с этим на операционных медсестёр возлагается дополнительная ответственность: постоянно совершенствование знаний, умений, навыков, а, самое главное, практический опыт.

Подготовка к нашей конференции проходила параллельно с ознакомлением работы Американской ассоциации операционных сестёр. Американские коллеги убеждены, что самым эффективным и плодотворным является обучение, основанное на обсуждении ошибок в организации и в осуществлении оперативного процесса. При этом подчеркивается, что коллеги не просто делятся своими ошибками, а совместно анализируют их, раскрывают последовательность действий и факторов. Американские специалисты пришли к выводу, что общих стандартов, правил и технологий работы недостаточно для обеспечения безопасности в работе операционной сестры. И поэтому цель нашей конференции – внести вклад в решение этих задач. На конференции присутствовала президент Европейской ассоциации операционных медсестёр Ирины Антониади. Цели и задачи их ассоциации – представить операционных сестёр в других европейских организациях, которые имеют такие же цели и задачи, добиться признания операционных сестер в европейском стандарте и быть услышанными. Разработать стандарты ведения и обслуживания больного в до- и послеоперационном периоде. Определить этические нормы, применять новые научные разработки, усовершенствовать свое образование, сотрудничать с другими организациями.

Главный хирург Санкт-Петербурга Яблонский П.К. уделил большое внимание в своём выступлении роли операционной медсестры в процессе лечения пациента, о достижениях и проектах в хирургии, состоянии операционных служб.

Громкими аплодисментами было поддержано выступление Сливинской С.Ф. – санэпидемиолога Роспотребнадзора г. Санкт-Петербурга, заведующей дезинфекционной станцией. Её целью при посещении ЛПУ – является не наказание администрации больницы за какие-либо нарушения (что чаще переносится на плечи медсестёр), а донести, разъяснить, доказать руководящему органу о правильности и эффективности использования того или иного дезинфицирующего или стерилизующего средства, или исключения того или иного средства из обработки в связи с повышенным риском для здоровья сотрудников и пациентов.

Зав. отделением эндоскопии Ленинградской областной клинической больницы, главный эндоскопист Ленинградской области Филин А.В. расска-

зал и показал на практике новые методики в лечении больных с острым желудочным кровотечением и кровотечением вен пищевода, стентирование пищевода, ранние формы рака желудка, пищевода, опухоли восходящего отдела ободочной кишки. Их отделение полностью оснащено автоматическими репроцессорами для обработки, сушки и хранения эндоскопов.

Фирмами Джонсон-и-Джонсон, Аселл, Домен, Уномедикал, Северная медицинская компания, Кронт, Лизоформ, Хартман были представлены новые дезинфекционные и стерилизационные средства, современные средства обработки рук в хирургии, значение использования двойных перчаток, безопасность воздушной среды в операционной, современная удобная обувь. Также были представлены новые машины для обработки гибких эндоскопов, системы для транспортировки и кратковременного хранения эндоскопов, комплексные тележки «Ориго 300» (для уборки помещений), аппарат «Стеррад 200» (стерилизация низкими температурами).

Заслушаны доклады операционных сестёр на темы:

- «Организация работы операционного блока детского многопрофильного стационара», г. Якутск, республиканская больница №1, ст. операционная м/с Соболевская Л.С.

- «Проблемы выбора дезинфектанта в условиях ручной обработки эндоскопов», г. Новокузнецк, отделение эндоскопии МГКБ №29, оп. м/с Бутникова Н.Г.

- «Эндоваскулярные методы диагностики и лечения в хирургии», г. Барнаул, ГУЗ ККБ, ст. м/с ОРМДЛ Вайгандт Е.А.

- «Роль м/с эндоскопического отделения в эффективной подготовке к исследованиям толстой кишки», г. Кемерово, ГУЗ ОКГБВ, ст. м/с эндоскопического отделения Симкина Е.А.

- «Влияние вынужденного положения операционной сестры, стрессовых ситуаций на показатели соматического здоровья», г. Кемерово, НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний Сибирского отделения РАМН гл. м/с Федоркина Т.Н.

Несмотря на то, что инициаторами организации Европейской ассоциации медицинских сестер являются операционные мед. сестры, которые являлись единым составляющим до 2006 года, в Российской ассоциации конференция операционных сестер прошла впервые. Были высказаны мнения по этому поводу и предложения о пересмотре порядка участия операционных медицинских сестер в масштабных конференциях. Также внесено предложение о присвоении официального статуса Дню операционной сестры, который в Европейской ассоциации введен с 15 февраля 2006 года.

По единодушному мнению конференция прошла на достаточно высоком уровне. Несмотря на короткие сроки, конференция была насыщена. Организационные вопросы были безупречны. Мы успели пообщаться с коллегами других регионов, обменяться опытом, поделиться проблемами, сделать выводы.

Такие конференции необходимы для сестринского персонала. На них мы получаем информацию о новых технологиях, расходных материалах, оборудовании, что позволяет совершенствовать работу на местах.

В своих больницах мы поделились с медицинскими сестрами впечатлениями о конференции, о новых технологиях в работе операционных мед. сестер других регионов.

ГУЗ Краевая клиническая больница, ОРМДЛ № 2, старшая мед. сестра Вайгандт Е. А.