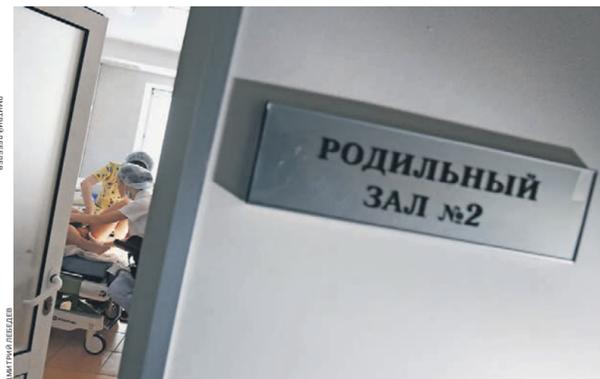


Здравоохранение ТЕНДЕНЦИИ

«Видишь, мама, кто у тебя родился?»



Перинатальный центр в Видном является центром третьего уровня: здесь выхаживают новорожденных с низкой и очень низкой массой тела (от 500 г до 1,5 кг). В Видное едут рожать еще и потому, что роды здесь принимают в вертикальном положении. Рожать в таком положении намного безопаснее



— профессия —

«13 Нельзя так долго сидеть: ты на голове у дочки сидишь, ребенку дышать нечем», — спокойно говорит акушерка. Женщина охает, с третьей попытки ей все же удается приподняться, перевернуться, держась за акушерку и наконец встать на колени. Самый опасный момент позади. Теперь Юля кричит, стоя на коленях, и держась за спинку кресла.

«На акушерках лежит весь физиологический процесс родов»

Юлия Данилова работает акушером 14 лет. В бригаде, которая принимает роды, главный все-таки врач: именно врач принимает кардинальные решения в процессе родов, но акушерка ассистирует. «Случается, что ребенок в утробе матери заражается патогенной флорой, когда бактерии проникают сквозь плаценту, ребенку плохо — это отражается на мониторах, и тогда его срочно надо достать. Задача врача — как можно быстрее оценить, какой ребенок рождается с патологией и кому надо экстренно помочь. На акушерках лежит весь физиологический процесс родов», — рассказывает Юлия.

В предродовом, родильном и постродовом отделениях Перинатального центра работают 48 акушерок. Акушерка встречает роженицу в приемном покое, заносит ее данные в журнал, измеряет пульс, температуру, затем женщину поднимают в смотровую, где доктор осматривает ее. Если все в норме, патологий плода не обнаружено и схватки несильные, то у женщины берут анализ крови, и она ждет наступления родов.

Акушерка — медработник среднего звена. Чтобы получить эту специ-

альность, нужно окончить медицинский колледж. В Московской области таких колледжей пять: в Орехово-Зуево, Раменском, Наро-Фоминске, Коломне, Серпухове (был еще колледж в Ступино, но его закрыли). Молодежь из колледжей редко задерживается в Перинатальном центре: многие уходят учиться или работать в московские родильные дома.

Рабочая смена акушерки длится 24 часа, в течение которых она не имеет права спать. Режим работы — сутки через двое, поэтому многие сотрудники Перинатального центра приезжают в Видное из Каширы, Ступино, Москвы и других городов. Пересменка в восемь часов утра. Смену акушерка начинает с того, что анализирует, какие женщины в отделении, когда они поступили, с какими патологиями. Она должна знать историю родов, вместе с врачом сделать обход отделения, познакомиться с новыми роженицами. Роды — процесс труднопрогнозируемый, поэтому в начале смены не понятно, сколько детей родится в

ближайшие сутки. Акушерка в Видном может принять и семь, и десять родов в смену.

Медики говорят, что теперешние роженицы ведут себя совсем не так, как те, что рожали лет 20 назад. «Идут рожать, как будто подвиг совершают, будто не для себя это делают, а для нас. Раньше женщина в родах слушала то, что ей говорят врач и акушерка. Сейчас женщина может заявить всякое — что, например, не хочет, чтобы у нее роды принимал мужчина. Они могут отказаться от прививок для ребенка, и мы настаивать не можем», — говорит врач Андрей Сащенко.

В перинатальном центре практикуются партнерские роды: отец будущего ребенка поддерживает жену, перерезает пуповину вместо акушерки. Партнерские роды стоят 80 тыс. руб., в 2017 году в Перинатальном центре города Видное провели больше сотни партнерских родов.

Сейчас Юля ведет себя тише, чем час назад, когда ее одолевали схватки. Она держится за спинку кровати,

стоит на коленях и тужится. Акушерка стоит рядом, разговаривает с роженицей, часто проверяет раскрытие матки. Минут через 20 появляется головка. Юлия поддерживает ребенка за голову, высвобождает левое плечико, затем правое, появляется тело, закрученная пружиной пуповина. Ребенок кричит, акушерка перерезает пуповину, берет девочку и подносит к Юле с поднятой ножкой: «Видишь, мама, кто у тебя родился?» «Так принято делать во избежание дальнейших недоразумений: нас впоследствии могут обвинить, что мы ребенка подменили», — объясняет Юлия Данилова. У Юли все прошло благополучно, приняв девочку, акушерка помогает Юле лечь, взвешивает малыша, измеряет и заворачивает в синее одеяльце. В течение двух часов после родов за Юлей наблюдают в постродовой, где работают другие акушерки.

Если роженице не хватает молока, то его доставляют с молочной кухни, которая есть в перинатальном центре.

За женщиной и ее ребенком ухаживают в течение трех дней вплоть до выписки. Но касается это только гражданок РФ, предьявивших полис ОМС. За их роды Перинатальный центр получает из бюджета 31 220 руб., за кесарево — 32 179 руб. «Гражданки ближнего зарубежья, попавшие к нам по экстренному вызову, не платят в кассу за оказанные им услуги. ОМС возмещает нам 60% затрат от тарифа. Но обычно эти деньги мы получаем только первые полгода, к концу года государство не возмещает нам расходы на этих рожениц. Трудно сказать, сколько женщин из ближнего зарубежья рожают у нас. В среднем это каждая 15-я роженица», — говорит руководитель Перинатального центра Тамара Белоусова.

Присвоение категории

Средний возраст акушерки в Перинатальном центре Видного 40 лет. Вырастить специалиста акушерского отделения сложно: молодежь приходит работать в Перинатальный центр, но

мало кто остается здесь надолго. Молодые специалисты идут учиться в институт или переходят работать в московские родильные дома, набравшись опыта. Основная причина нехватки молодых специалистов — низкая зарплата. Ставка акушера, только что окончившего институт и не имеющего категории, согласно приказу областного минздрава, — 15 954 руб. Министерство и администрация Видного ежемесячно доплачивают молодым специалистам 3 тыс. руб. Заработать акушерка может, если, например, принимала роды, за которые родильница заплатила сама (это еще 3 тыс. руб.). Есть в Перинатальном центре и другие платные услуги, на которых молодой специалист может заработать, но все равно первые три года зарплат молодой акушерки не превышает 35 тыс. руб.

По прошествии этого времени акушерка получает право сдать на категорию, которая является основанием для повышения оклада. Для получения категории акушерка должна подтвердить свою квалификацию, написав научную работу и защитив ее перед квалификационной комиссией в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М. Ф. Владимирского. Если все прошло удачно, то оттуда приходит приказ на присвоение категории. Сдать экзамен можно не только на вторую категорию, но и сразу на первую, если позволяет квалификация. Акушер второй категории получает оклад в размере 17 524 руб., первой категории — 19 211 руб., высшей — 20 297 руб. Есть еще доплаты за выслугу лет: за три года непрерывного стажа — 20% от оклада, за пять лет — 30%. Бывают квартальные и годовые премии, но их размер зависит от прибыли, полученной перинатальным центром за оказание платных услуг.

Анна Героева

ГЛОБАЛЬНОЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ

В июне на белгородском заводе «Верофарм» группы Abbott запускается полный цикл производства (за исключением выпуска субстанции, которую будет поставлять в Россию один из зарубежных заводов группы Abbott) по выпуску препарата дюфастон (МНН/активное действующее вещество — дидрогестерон), который применяется у женщин при нарушении менструального цикла, бесплодии, угрозе прерывания беременности на ранних сроках. Ежемесячный выпуск составит около 1 млн упаковок дюфастона, или примерно 20 млн таблеток. Разумеется, этот препарат, который на мировом фармрынке уже более полувека, давно известен и в России, поскольку компания Abbott в РФ присутствует уже более 40 лет. Препарат сейчас входит в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Продукция Abbott представлена более чем в 150 странах мира. В компании работают 99 тыс. человек. В крупнейших международных фармацевтических компаниях (из числа так называемой большой фармы) доходы от продаж лекарственных препаратов в России составляют 1–3% в общем лекарственном обороте, то есть не являются решающими для бизнеса



Препарат дюфастон, 200 млн таблеток которого планируется ежегодно выпускать на линии, запущенной на белгородском заводе компании «Верофарм» группы Abbott, уже входит в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов

компаний. Abbott — исключение. По словам Шона Шримптона, старшего вице-президента подразделения лекарственных препаратов Abbott, продажи в России составили в прошлом году 10% всех доходов подведомственного ему подразделения глобальной компании в секторе быстрорастущих рынков: «Abbott приобрела в 2014 году «Верофарм» с определенным стратегическим намерением, и тому было несколько причин. «Верофарм» производит большой спектр доступных онкологических препаратов. «Верофарм» дал нам производственные мощности для локализации своих препаратов. То есть в качестве дженериковой компании «Верофарм» хорошо дополняет бизнес-модель Abbott. На данном этапе в глобальной компании Abbott в разной стадии разработки находится 400 молекул. 20–25% этих разработок находятся на четвертой стадии — это уже клинические испытания и подготовка к регистрации. Это препараты для лечения гастроэнтерологических, сердечно-сосудистых заболеваний и болезней центральной нервной системы. Наши главные бестселлеры в России — дюфастон, бетасерк, дюфалак». Владислав Дорфеев

Уязвимая популяция

— диагноз —

ВИЧ-носители туберкулеза

Фтизиатры признают, что России предстоит принять прорывные решения, чтобы устранить факторы, усложняющие борьбу с туберкулезом. Снижение смертности фиксируется только в 71 регионе РФ, высокие показатели заболеваемости и смертности демонстрируют Дальний Восток, Сибирь, Урал, Республика Тыва, Чукотский автономный округ, Приморский край, ЕАО, Хабаровский край, отметила Ирина Васильева.

По итогам 2016 года «Общероссийский народный фронт» сообщил о росте смертности в Чукотском автономном округе (+51,3%), Севастополе (+11,9%), Республике Калмыкия (+10,9%), Красноярском крае (+8%), Псковской области (+3,4%), Калужской области (+2,1%) и Республике Тыва (+1,5%).

«Ежегодно в Российской Федерации растет распространенность ВИЧ-инфекции, в отношении которой туберкулез является вторичным заболеванием. Каждый пятый впервые выявленный и вставший на учет в 2017 году пациент с туберкулезом был также инфицирован ВИЧ. Следовательно, снизить заболеваемость туберкулеза к 2030 году на фоне такой распространенности ВИЧ-инфекции, как сейчас, не представляется возможным, а в ряде субъектов РФ может произойти рост летальности пациентов с

туберкулезом», — отметил директор фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) по-прежнему представляет собой серьезную проблему. По оценкам ВОЗ, в 2016 году зафиксировано 600 тыс. новых случаев туберкулеза с устойчивостью к рифампицину — самому эффективному препарату первой линии, из которых в 490 тыс. случаев наблюдалась МЛУ-ТБ. Из всех стран мира на долю Индии, Китая и России приходится почти половина случаев. «В 2017 году доля пациентов с множественной лекарственной устойчивостью среди пациентов с туберкулезом органов дыхания, выделяющих микобактерии туберкулеза, выросла с 51% до 54%», — подчеркнул Эдуард Гаврилов.

На фоне растущей доли заболевших, у которых обнаружена МЛУ-ТБ увеличивается процент пациентов с широкой лекарственной устойчивостью, отмечают эксперты.

«Тренд к улучшению есть. За последний год эффективность лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью достигла 50%, однако заболеваемость лекарственно устойчивым туберкулезом пойдет на убыль при показателе 75%», — рассказала Ирина Васильева, которая полагает, что показатели эффективности терапии пока не позволяют думать, что мы справимся с лекарственно устойчивым туберкулезом в ближайшее время».

По словам Эдуарда Гаврилова, многие регионы, принимая территориальные программы, утверждают перечни льготных лекарственных препаратов для амбулаторного этапа с заниженными обязательствами. 22 региона не включили в льготные перечни ни одного лекарственного препарата для лечения туберкулеза амбулаторно.

В организации противотуберкулезной службы очень медленно внедряются стационарзамещающие технологии, считают эксперты. «На фоне снижения заболеваемости сократилось число санаториев, а должно быть наоборот. Не санатории надо увеличивать, а санатории — для превентивного лечения, оздоровления», — считает Валентина Аксенова.

Известно и о переборах с лекарствами. На сайте regeboi.ru, разработанном движением «Пациентский контроль», только с начала 2018 года появилось десять сообщений пациентов из разных регионов, в том числе от находящихся в лечебном исправительном учреждении, о том, что их перестают обеспечивать лекарствами или вместо пяти препаратов выдают два, один.

Федеральный запрос

«Основными уязвимыми группами населения по туберкулезу являются лица без определенного места жительства, находящиеся под следствием и осужденные, иностранные граждане, беженцы. Поэтому ликвидация туберкулеза требует усилий не только

так называемой гражданской системы, но и иных федеральных органов исполнительной власти (ФСИН, ФМС и т. д.)», — напомнил Эдуард Гаврилов.

По данным ЦНИИОИЗ, среди впервые зарегистрированных пациентов с туберкулезом доля больных из контингента ФСИН в 2017 году составила 8% (2016-й — 8,5%), лиц БОМЖ — 2,2% (в 2016-м — 2,3%).

«Небольшая динамика снижения заболеваемости простым туберкулезом наблюдается, но при этом места лишения свободы никуда не делись и условия в них лучше не стали», — отметила президент Фонда имени Андрея Рылькова (включен в реестр иностранных агентов) Аня Саранг. — Не работают программы заместительной терапии, которые помогают снизить уровень заболеваемости ВИЧ и риск заболевания туберкулезом, позволяют проводить скрининг туберкулеза в уязвимой популяции, способствуют снижению криминальности среди людей, страдающих наркозависимостью, а именно они в основном подвержены ВИЧ-инфекции и смертности от туберкулеза». Кроме того, по ее словам, эти программы позволяют повысить приверженность таких пациентов лечению, снижая риск развития МЛУ-ТБ.

«В последние годы в России катастрофически снижается вакцинация новорожденных. Охват населения прививками в соответствии с национальным календарем должен быть не менее 95%, у нас — 81% в 2017

году. Причина — в основном человеческий фактор: религиозные соображения, негативные публикации в СМИ и прочее. Среди больных туберкулезом детей в возрасте до 3 лет 22% — невакцинированные, в возрасте до года — 41%», — подчеркнула Валентина Аксенова.

При достаточном выборе средств скрининга на туберкулез определенная доля родителей также отказывается от обследования ребенка. Законодательно никоим образом не ограничивает пребывание таких детей и подростков в образовательном учреждении.

«Медицинская помощь, к которой относятся и противотуберкулезные мероприятия, оказывается гражданам на основе добровольного или информированного согласия, без согласия гражданина принудительное лечение возможно лишь по решению суда. Образовательные учреждения не имеют права оказывать давление, отстранять от обучения, применять иные меры административного или психологического принуждения к проведению медицинской помощи детям. Скрининг — это та же медицинская помощь», — пояснил врач-юрист, эксперт при уполномоченном по правам человека, директор КРОО «Право на здоровье» Николай Чернышук. В результате в детских садах, школах, колледжах оказываются дети и подростки, которые заражают сверстников туберкулезом.

Ирина Смирнова