



«Здоровье женщин всех возрастов»

Национальная стратегия действий
в интересах женщин на 2017-2022

МОСКВА
26 марта 2018 г.



26 марта в Союзе женщин России состоялась конференция на тему: «Здоровье женщин всех возрастов». (Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2017-2022).

Создание условий для сохранения здоровья женщин всех возрастов является одним из важнейших направлений Плана мероприятий по реализации Национальной стратегии действий в интересах женщин, нацеленных на содействие сокращению неравенства в отношении здоровья, повышение гарантий доступности и качества медицинской помощи женщинам и девочкам.

Реализация Стратегии требует слаженных действий федерального центра, регионов и гражданского общества, тесного врачебного взаимодействия. Конференция призвана содействовать консолидации сил государственных структур, медицинского сообщества по профилактике различных заболеваний и оздоровлению женщин при активном участии гражданского общества — региональных отделений Союза женщин России.

Актуальность предложенной темы обуславливается необходимостью активного участия Союза женщин России и его региональных отделений в реализации Национальной стратегии в интересах женщин на период 2017-2022 годов.

В работе конференции приняли участие авторитетные эксперты-медики ведущих лечебных учреждений России, входящие в состав рабочей группы Координационного Совета при Прави-

тельстве РФ по реализации Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017-2022 годы, а также представители от 22 региональных отделений Союза женщин России.

В рамках Конференции эксперты, представители региональных отделений СЖР обсудили здоровье женщин сквозь призму охвата всех этапов ее жизни, современные методы, меры по профилактике и лечению актуальных заболеваний и преждевременного старения.

Открыла конференцию председатель Союза женщин России, член Совета Федерации Федерального Собрания РФ ЛАХОВА Екатерина Филипповна. Со вступительным словом выступила БАЙБАРИНА Елена Николаевна – директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор.

С докладами выступили известные российские ученые и практикующие медики: ДРАПКИНА Оксана Михайловна - директор ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины" Министерства здравоохранения, профессор, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН, ТКАЧЕВА Ольга Николаевна - директор Российского геронтологического научно-клинического центра ФГБУ ВО РНИМУ им. Н.И Пирогова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, РОЖКОВА Надежда Ивановна - руководитель Национального центра онкологии репродуктивных органов МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ "НМИЦ радиологии" Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, УВАРОВА Елена Витальевна - руководитель отделения федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова», доктор медицинских наук, профессор, ШАРАПОВА Ольга Викторовна - главный врач ГБУЗ Городской клинической больницы № 64 Департамента здравоохранения г. Москвы, депутат Московской городской думы, доктор медицинских наук, профессор.

Представители от региональных отделений СЖР предложили вниманию участников реализуемые ими социально значимые проекты, направленные на поддержку семьи, материнства, детства, повышение сознательности россиян в сфере сохранения здоровья и мотивации к ведению здорового образа жизни, формирование здорового поколения россиян и улучшение демографической ситуации в России.

Конференция стала площадкой для обмена мнениями и позитивным опытом организаторов здравоохранения, профессионалов-медиков и представителей гражданского общества по проблемам совершенствования, повышения доступности и качества оказания медицинской помощи, профилактики и расширения участия некоммерческого сектора в реализации задач социального развития.

Конференцию можно рассматривать также как вклад Союза женщин России в подготовку ко Второму Евразийскому форуму женщин, который состоится в сентябре в Санкт Петербурге.

Далее мы приводим выступления участников конференции.

***ЛАХОВА Екатерина
Филипповна — председатель
Союза женщин России,
член Совета Федерации
Федерального Собрания РФ***



Дорогие друзья, многие из приглашенных на нашу конференцию впервые в Союзе женщин России. Мне бы очень хотелось, чтобы вы познакомились с деятельностью нашей организации, которая является правопреемником Комитета советских женщин, 75 -летний юбилей которого мы отмечаем в 2016 году.

Тема, которую мы будем обсуждать сегодня — здоровье женщин всех возрастов — одна из тем в рамках Национальной стратегии действий в интересах женщин, принятой в 2017 году. В Правительстве РФ создана Координационная комиссия по реализации Национальной стратегии действий в интересах женщин, которую возглавляет Голодец Ольга Юрьевна.

В конференции принимает участие Елена Николаевна Байбарина, в 2015 году, она от Правительства представляла 8-ой периодический доклад Российской Федерации по выполнению положений Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Вопросы репродуктивного здоровья были в центре внимания.

В разработке и принятии Национальной стратегии действий в интересах женщин немалая заслуга принадлежит Союзу женщин России. Наши представители работали вместе с Министерством труда и социального развития, давали экспертную оценку по замечаниям и предложениям, которые поступали из разных регионов Российской Федерации. Национальная стратегия принималась очень трудно, активное обсуждение прошло в Общественной палате РФ.

Одним из приоритетных направлений Стратегии является «Здоровье женщин всех возрастов». Мы также считаем его одним из важнейших, т.к. здоровье нации — основная ценность го-

сударства. От здоровья женщин зависит здоровье будущих поколений.

В сентябре в Санкт-Петербурге состоится Второй Евразийский женский форум. Национальная стратегия действий в интересах женщин, поднятые проблемы, станут предметом обсуждения на дискуссионных площадках форума. В частности, мы настаиваем, чтобы площадка «Здоровье женщин всех возрастов» тоже состоялась, где мы могли бы познакомиться с опытом и проблемами, которые поднимают не только наши регионы, но и международные организации, представленные на Евразийском женском форуме.

Сегодня в нашей конференции принимают участие самые уважаемые, самые умные, самые мудрые врачи акушеры-гинекологи, педиатры, неонатологи, гериаторы. В зале много заслуженных и уважаемых ученых, профессоров. Они сегодня будут выступать, и мы рады приветствовать их в Союзе женщин России.

Союз женщин России представлен 24 региональными отделениями: Забайкальский край, Алтайский край, Башкортостан, Новосибирская область, Якутия, Центральный федеральный округ, Поволжье, Кабардино-Балкария, Калужская область... Все наши женские организации очень ответственно и много занимаются общественной деятельностью.

Среди действующих женских организаций наша организация, наиболее структурированная, системная, имеет около 22 тысяч женсоветов на разном муниципальном уровне. Все они активно поддерживают политику, озвученную президентом страны, правительством. Мы постоянно стараемся вести с властью конструктивный диалог, иногда спорим, даже ругаемся, отстаивая те или иные позиции в защиту и поддержку интересов женщин, семьи, детей. Это сложно, трудно, но в дискуссии рождается истина, за которой следует конкретное позитивное действие на благо наших семей.

Хотела бы отметить, что проблемы женского здоровья для Союза также очень важны. В регионах женсоветы, в частности, в Алтайском крае, Вологде многое делают в области улучшения здоровья женщин, семьи. Проблему остеопороза у женщин подняли женсоветы в Ярославле. По раку молочной железы активно работали женщины в Томске, Кузбассе. В Башкортостане женсоветы занимаются проблемой алкоголизации женщин и борьбой с этим пороком.

Использовать потенциал общественных организаций можно и нужно. Сегодня активно стали говорить о проблеме одиночества людей пожилого возраста, о состоянии их здоровья. Более 20 лет

тому назад в Курске был инициирован проект «Университет сеньоров». Представители нашей организации выезжали в Германию, и там переняли опыт работы с пожилыми людьми.

Около 16 факультетов действуют на базе одного из учебных учреждений Курска и области, я сама стала свидетелем их работы. Ранее никак я не могла понять, что представляет из себя движение сеньоров. Но когда я встретилась с ними я поняла, что это уважаемые пожилые люди, которые объединяются по интересам: одна группа по проблемам, связанных со здоровьем, другая занимается компьютерами, обучением иностранных языков, кто-то активно занимается спортом, садоводством, музыкой, поэзией, театром. Я была восхищена энтузиазмом этих людей — и мужчин, и женщин. Конечно, женщин среди них больше, поскольку женщины живут дольше. Следует сказать, что это движение активно развивается.

Мы вовлекли в этот проект другие регионы Центрального округа, Башкортостан, Чувашию. И мы с особым удовлетворением приветствовали, когда начали открыто говорить о проблемах женщин пожилого возраста, которые ранее не озвучивались.

Наш проект позже активно подхватила партия «Единая Россия». Считаю, что когда реализации социальных проектов активно участвует гражданское общество, то от этого страна только выигрывает.

На сегодняшней конференции мы хотели бы выслушать всех участников, чтобы понять, какие ещё проблемы мы должны поднимать, как можно будет эффективно использовать площадку Евразийского женского форума, который будет проходить в сентябре.

***БАЙБАРИНА Елена Николаевна –
директор Департамента
развития медицинской помощи
детям и службы родовспоможения
Министерства здравоохранения
Российской Федерации, доктор
медицинских наук, профессор***

Здравствуйте, уважаемые коллеги!
Екатерина Филипповна, хотела



бы вас поблагодарить за приглашение на такое очень важное мероприятие. Потому что работа вместе с общественными организациями, тем более с женскими организациями, чрезвычайно важна, и я надеюсь некоторые аспекты в своём выступлении показать.

Начну я, как всегда, с хорошего — со снижения смертности детей всех возрастов. Младенческий показатель — 5,6 — совершенно европейский и очень достойный. Показателей 2017 года ещё окончательно нет, но точно так же активно снижается и смертность детей до 5 лет — это основной показатель Всемирной организации здравоохранения. По этому показателю мы исполнили Цель развития тысячелетия, а теперь мы работаем с вами в рамках целей устойчивого развития, где предлагается обеспечить здоровье лиц всех возрастов. И смертность детей 0–17 лет также на 30% за последние 5 лет снизилась.

На что здесь я хотела бы обратить внимание? Не буду концентрироваться ни на каких сугубо медицинских вопросах, хотя я здесь вижу высоких профессионалов, но цель данной встречи не в этом. Хотя смертность старших детей старших возрастов снижается хорошо, в структуре смертности приблизительно 60% — это смертность от внешних причин. Это не столько медицинский вопрос — это травмы, несчастные случаи (вот и сегодня мы скорбим по большому количеству погибших детей). Это, к сожалению, также и убийства, и самоубийства. И если общественные проекты будут направлены на снижение смертности и заболеваемости от травм, отравлений, сюда же входят и отравления алкоголем, наркотическими, токсикологическими препаратами, то будет очень хорошо с вашей стороны этим заняться.

Материнская смертность также снижается очень существенно. Последние цифры нам дал Росстат, это предварительные данные, полагаю, что показатель подрастёт немного до 7,3. Такого вообще никогда не было, и это тоже абсолютно европейский хороший показатель.

Однако нас тревожит разница, которая всё ещё сохраняется между смертностью в городе и на селе. Мы видим, что сегодня, наконец, смертность лиц моложе трудоспособного возраста (это дети до 18 лет) сравнялась в городе и на селе. Это нас не может не радовать, притом, что общая тенденция сейчас — это хорошее снижение. Но смертность лиц трудоспособного возраста в селе выше, чем в городе — 4,9 и 6,2. И дельта снизилась на 12% в селе, на 14% в городе. Смертность лиц старше трудоспособного возраста — об этом тоже будет доклад — практически в два раза выше на селе,

чем в городе. Младенческая смертность на селе тоже снижается. За 5 лет почти на 17% снизилась и в городе, и на селе.

Но всё-таки на селе смертность выше. И здесь речь идёт даже не столько о доступности первичной помощи. Все говорят, что закрылись мелкие отделения — о не в том дело. Снижение смертности во многом определяет хай-тек — высокотехнологичная помощь.

Здесь программа строительства перинатальных центров для города и для села очень важна. Не менее 30% женщин, получающих помощь в перинатальных центрах, являются жительницами села. Тяжелобольную женщину необходимо госпитализировать заблаговременно. У нее, как правило, есть дети, хозяйство, которое надо поддерживать. Именно из-за этого женщины отказываются госпитализироваться, подвергая жизнь — и свою, и ребёнка — опасности. Здесь необходима помощь общественников. Может быть, у вас есть какие-то предложения — это не медицинская проблема. Это проблема сообщества. Предлагаю эту тему как-то проработать.

Сегодня во многих перинатальных центрах сейчас открываются отделения сестринского ухода, где женщина может жить и находиться до того, как наступят роды, и её не надо госпитализировать в обычное отделение патологии.

Для того чтобы разобраться в том, какой дефицит есть в сельской, иногда и в городской местности по помощи, Минздрав разработал полтора года назад геоинформационный портал, где мы можем посмотреть каждое медицинское учреждение страны, увидев даже все корпуса, сколько там коек, какие там отделения — всю информацию.

Пример Приморского края. Мы по Приморскому краю можем увидеть все населённые пункты, все медицинские организации и их подразделения (ФАПы — это подразделения медицинских организаций). Мы можем сказать, что в этой зоне есть 656 населённых пунктов. Из них вне зоны медицинского обслуживания по оказанию первичной помощи — 48 населённых пунктов с числом жителей от 1 до 100 человек. с редким наличием фельдшерских пунктов.

Такую информацию мы год назад разослали во все субъекты Российской Федерации. Для многих это было шоком — впервые увидеть цифровизированную карту доступности помощи. И сейчас пошла большая работа по исправлению этой ситуации. Скоро мы получим новую карту.

Также можно посмотреть, как население может поступить в какую-то больницу. На карте мы видим небольшой остров — на-

селённый пункт, который так и называется Остров. Когда я задаю вопрос, как же женщина может поступить в областную больницу Архангельска, система рисует не просто расстояние в километрах, а по дорогам (причём отмечены грунтовые или с твёрдым покрытием), с правилами дорожного движения. Система также показывает время доставки.

Мы тщательно анализируем эти ситуации. По Закону № 323 за медицинскую помощь в регионе отвечает руководство региона. Но мы дали инструмент и возможность понять, где же существуют проблемы для населения.

Что касается беременных женщин? Нас радует, что доля беременных, которые рано поступили под наблюдение женской консультации, растёт и достигла сейчас почти 87%. Но всё-таки 13% не доходят до женской консультации. Тут и проблема асоциальных женщин, проблема алкоголизма, наркомании — это женщины, которые не наблюдаются у врача.

Это огромный риск и для них, и для их детей, и это то, что не даёт нам полностью избавиться от вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. Если женщина не наблюдается, мы не можем отловить её, выявить, что она является ВИЧ-инфицированной, провести профилактику. Хотя у нас, среди тех женщин, которые наблюдаются, великолепно всё это проходит. И если взять в целом меньше 2% детей от ВИЧ-инфицированных женщин становятся тоже ВИЧ-инфицированными.

Это мировой, очень хороший результат. Что такое 2%? Это 300 ВИЧ-инфицированных детей каждый год. Это огромная проблема. И корень её вот здесь находится.

Также больше 87% (это тоже взаимосвязано с наблюдением) женщин, которым три раза сделали «ультразвук», соответственно, выявили, какие-то аномалии и поражения плода, правильно женщину маршрутизировали.

В общем, у нас где-то 10–13% женщин, при полной доступности — уж женские- консультации всюду доступны — не наблюдаются. И здесь влияние средств массовой информации, общества очень велико.

Мы часто, к сожалению, слышим из средств массовой информации, что врачи у нас «отвратительные, убийцы, грубые, жёсткие, жестокие, от них один вред». Это порождает недоверие к врачу. Давайте говорить о положительных примерах, которых в сотни, в тысячи раз больше.

Чем страдают наши беременные? Самое распространённое — это анемия, болезни мочеполовой системы. Заболеваемость не па-

дает. Вряд ли она может упасть — чем лучше мы обследуем, тем больше мы выявляем заболеваний. Но главное, что она не растёт. Кроме одного — сахарный диабет — практически в 6 раз возросло количество беременных с сахарным диабетом.

С одной стороны, это говорит о больших успехах медицины. Потому что, если раньше дети, больные диабетом, не доживали до репродуктивного возраста, а если доживали, то беременность категорически запрещалась, то теперь успехи медицины позволяют этим женщинам и беременеть, и рожать. Но это всё равно беременность высокого риска, требующая высокоспециализированной помощи, наблюдения и особенно серьёзной помощи родившимся детям. На это надо обращать внимание.

Если говорить о родах, то здесь каких-то существенных динамик нет. Хотя в 2,5 раза снизился родовой сепсис. Это очень грозное осложнение родов. И то, что мы улучшаем условия пребывания женщин, мы боремся со скученностью — в перинатальные центры часто переезжают в полном составе родильные дома, которые находились в детских садах 40-х годов постройки, без нормальной вентиляции, без нормальных условий.

Где-то 10–15% женщин в какие-то периоды требуют экстренной помощи. И здесь наш проект по развитию санитарной авиации чрезвычайно важен. Вы посмотрите на нашу страну — грустно, больно, надо это преодолевать — всё что зелёное, это низкая плотность населения. Серое — это высокая плотность населения, это небольшие части нашей страны. Все это создаёт огромные трудности в организации медицинской помощи. Без санитарной авиации реальную высокотехнологичную сложную экстренную помощь мы оказать не сможем. Сейчас финансируются полётные часы, строятся 34 новых вертолётных площадки, только с помощью федерального бюджета, но и в регионах строятся площадки, за федеральные деньги оплачиваются полёты. И надо сказать, что среди всех пациентов, которых перевозят санитарной авиацией, больше половины — это дети и беременные женщины.

Мы видим, что индикатор успешности проекта — сколько лиц мы можем госпитализировать в первые сутки от заболевания. Конечно, к сожалению, никто не отменял нелётную погоду — поэтому 100% мы не можем реализовать. Но 90% — поверьте, это очень хороший показатель.

Борьба с абортными. Тут, конечно, огромный простор для общественных организаций. Не буду вас грузить цифрами, сколько у нас кабинетов и центров социальной помощи женщинам, оказав-

шимся в трудной жизненной ситуации, в 2017 году 40 тысяч отказались от аборта. Это очень хорошее число. В среднем 14% из тех, кто обратился, отказываются от аборта. И эти цифры не липовые.

Акушеры-гинекологи знают, когда женщина обращается в женскую консультацию по поводу проведения искусственного прерывания беременности, у неё маленькая амбулаторная карта. Как только она решила сохранять беременность — заводится большая карта для беременных. И по разницам в этих картах мы можем объективно отследить, что это на самом деле так. Общее количество абортотв за 5 лет сократилось на 33%. Почти с миллиона до 627 тысяч.

Я хотела бы пояснить. Многие не знают, что такое общее количество абортотв. По терминологии, по международной классификации болезней в это число входят и самопроизвольные выкидыши, и криминальные, которых у нас, слава богу, единицы, и неясные прерывания беременности, и абортотв по желанию. Абортотв по желанию составляют около половины этого числа. То есть, если у нас 627 тысяч абортотв было в 2017 году, то из них по желанию где-то 350, максимум — 400 тысяч. При 1,8 миллиона родов, это соотношение несравненно лучше, чем в те времена, когда у нас было абортотв больше, чем родов.

Я с собой взяла список нормативных актов, которые мы выпустили, для того чтобы ещё улучшить фиксацию абортотв. Сейчас есть отдельная лицензия, и будет отдельный учёт, который позволит ещё более точно выяснить, в каких организациях проводятся абортотв, особенно частные, и всюду ли соблюдается «неделя тишины» и все наши законодательные акты.

Хотелось бы немножко рассказать о детском населении. Показатели здоровья. Пока ещё систематизированы окончательно по всей стране — это 25 миллионов детей — данные 2016 года. Дети у нас делятся по группам здоровья на 5 групп. В мире это не очень принятая классификация — мы более жёстко оцениваем их состояние здоровья.

Первая группа — это дети, у которых нет никаких заболеваний, даже транзиторных, то есть каких-то проходящих нарушений.

Понятие здоровья — это вообще, во многом, философское понятие, потому что взрослый человек, допустим, который носит очки (как я), считает себя совершенно здоровым. Но по нашей классификации он не войдет в группу здоровых — у него есть заболевание миопия.

Поэтому, когда начинают говорить: «Ой, у нас такая катастрофа. У нас только 30% детей здоровые», — друзья мои, здесь надо

смотреть здраво. У нас не имеют хронических заболеваний и здоровые или практически здоровые — первая плюс вторая группа — это 86% детей. И наша задача не столько снижать первую группу, сколько не допустить каких-то транзиторных факторов — может быть, факторов риска, нарушение здоровья, перехода их в хроническое состояние.

Почему я выделила красным цифру 5,2? Здесь у меня показаны результаты диспансеризации сирот в стационарных учреждениях (это самая сложная группа детей), сирот, которые помещены в семьи, и третья колонка — это все дети вместе.

Понятно, что среди сирот, которых не взяли в семью, которые находятся в стационаре, в 17 раз больше инвалидов, чем в целой популяции, и в 3 раза меньше здоровых детей. И, если очень серьёзно посмотреть, может быть, их будет меньше. Очень много хронически больных.

Но сироты в семьях — их в 5 раз больше, чем в целой популяции. Именно эти семьи, низкий им поклон, очень нуждаются в общественной поддержке. Они берут тяжёлых инвалидов в семью, и берут их много — в 5 раз больше, чем в целом среди всех остальных детей. Обратите внимание на эти семьи. Они реально нуждаются в поддержке, они реально выполняют очень важную роль.

Почему я после диспансеризации поместила наш проект «Бережливая поликлиника»? Потому что проблема в диспансеризации — перегруженность поликлиник, очереди, нежелание туда идти. И сейчас мы с этим боремся.

«Было/стало»: регистратура, которая напоминает какое-то окошко, где тюремные передачи принимают, теперь это регистратура, где посетители могут сидеть. Поверьте, это большая и сложная работа. Есть страховой представитель, есть администратор, который, как хозяйка, встречает посетителей и направляет их, чтобы они не искали, куда им пойти и где найти это место.

Вплоть до организации рабочего места врача. Врач и медсестра — у них один компьютер на два монитора. То есть они могут работать одновременно, это очень ускоряет время ненавидимой всеми бумажной работы, и увеличивает время контакта с пациентом. Порядок в шкафах — японская система 5S, перенятая с заводов Toyota.

Эта работа сейчас ведётся очень активно. И я думаю, также насколько празднично себя чувствует человек, который поступает в перинатальный центр. Он себя ощущает — наверное, неправильно сказать «полноценным человеком», но ощущает гордость, что для него созданы такие условия. И теперь это же чувство будет и при

посещении поликлиник, что скажется очень позитивно на всех направлениях нашей деятельности.

Я благодарю вас за внимание!



ДРАПКИНА Оксана Михайловна — директор Национального медицинского центра профилактической медицины Министерства здравоохранения, профессор, доктор медицинских наук, член-корреспондент Российской академии наук

Большое спасибо, Екатерина Филипповна, за приглашение, за возможность поделиться информацией!

Так как наш Центр — это центр профилактической медицины, то я в основном остановлюсь на двух аспектах. Это эпидемиологические данные, эпидемиологический срез — что больше распространено у наших женщин. И второе — это данные диспансеризации.

Мы действительно очень разные, я имею в виду с мужчинами, и слава богу. Потому что это даёт возможность и жить такой медицине, как гендерная медицина — это крайне увлекательная медицина, крайне увлекательное направление. Нет Y-хромосомы — и такие чёткие и фенотипические, и генотипические изменения есть.

Что обуславливает такая общая картинка? Исследование, которое было представлено, показывает, почему женщины дольше живут, почему они стрессоустойчивее и почему, с другой стороны, у них развиты те или иные факторы риска и заболеваний. Потому что, коротко можно сказать, женщина — это вечный двигатель. И эти кривые показывают, что уровень стресса, уровень норадреналина у женщины при возвращении домой даже возрастает. Мужчина может сказать: «Ух, всё! Рабочий день закончен». Женщина идёт на второй рабочий фронт — это дом. И этим обусловлено всё то, к чему я сейчас уже перейду — к чисто научным и эпидемиологическим исследованиям.

Есть критические периоды, безусловно, в нашей жизни. Это пубертатный период, это беременность и это климактерический период. И, в принципе, с определённой долей допущения можно сказать, что основные проблемы встречаются в эти периоды или плюс/минус несколько лет по этим периодам.

Теперь позвольте представить эпидемиологические данные, которыми мы располагаем, начиная с 2013 года. Мы располагаем ими потому, что было проведено очень большое исследование, в которое входило 19 регионов Российской Федерации, и в нём участвовали 22 тысячи человек. Это даже не пациенты — это и мужчины, и женщины. И готовясь к сегодняшней конференции, я выудила информацию именно о женщинах. Хочу тоже поделиться.

На этом графике представлены столбики «Женщины», «Мужчины», «Всего». И мы видим, что в основном надо будет обратить внимание на несколько факторов риска — что у женщин больше всего имеет значение и развито — это артериальная гипертензия, это гиперхолестеринемия, это их отношение к курению, это их отношение к питанию (я сейчас поделюсь данными, которые меня, честно говоря, даже немножко удивили), и это отношение к физической активности.

Первый блок по поводу эпидемиологии.

Артериальная гипертензия у женщин течёт немножко по-другому. Здесь в основе лежат особенности физиологии, даже особенности анатомии — у нас более узкая аорта, у нас меньшая протяжённость сосудистого русла, у нас более высокое верхнее (или, как мы говорим, систолическое) давление и, соответственно, большее пульсовое давление. Поэтому те самые периоды, про которые я говорила, они наиболее уязвимы с точки зрения развития артериальной гипертензии.

И вот выкладки. Наш Центр имеет возможность сравнивать динамику факторов риска во времени. Вот что происходило в 1994 году. Мы видим, 1994, 2004, 2010 и 2014 годы. Можно совершенно чётко сказать, что частота распространённости артериальной гипертензии увеличивается. Может быть, даже не потому, что больше стало гипертоников — немножко изменились подходы к нормативам. Мы раньше говорили: «120/80 — это нормальный уровень артериального давления». То есть всегда эксперты собираются, и сейчас немножко происходит пересмотр этих нормальных уровней артериального давления.

Но для нас важна тенденция. Женщин с распространением артериальной гипертензии стало больше в 2014 году.

Здесь представлена половозрастная распространённость артериальной гипертензии. Тоже мы сравниваем с мужчинами и женщинами. В принципе, артериальная гипертензия всегда была женской болезнью. Но — сейчас я подойду к этому — в последние годы, в последние 10 лет мужчины нас опередили. Почему? Я сейчас расскажу, не буду делать никакой тайны, они стали более тучными, чем были в 2003 году — в 3 раза больше.

Мы видим, что мужчины сейчас опережают женщин по распространённости артериальной гипертензии, но при этом женщины — это более аккуратные, более дисциплинированные субъекты, и лечатся лучше. Даже если, например, мужчину спросить, чем он лечит артериальную гипертензию, он чаще всего звонит жене или секретарю и спрашивает: «А что там я такое принимаю?» То есть эффективность лечения у женщин тоже больше.

Второй момент. Я пробегаюсь по всем тем факторам риска, которые влияют на хронические неинфекционные заболевания. Это гиперхолестеринемия. Гиперхолестеринемия — распространение увеличилось. Здесь нам особо похвастаться нечем — мы практически сравнялись с мужчинами. Единственное, что такого «плохого» холестерина — это липопротеиды низкой плотности — у женщин всё-таки меньше, чем у мужчин.

Вот, мне кажется, очень важный слайд — «Распространённость ожирения». Мы отмечены красными столбиками, мужчины — синими столбиками. С 1993 года тучных женщин стало несколько больше — было 26,4%, а стало 30,8%. Но посмотрите, что произошло с мужчинами — в 1993 году это было 10%, в 2013 году — 27%. То есть практически в 3 раза больше стало тучных мужчин. Это повлекло за собой то, что ожирение — это совершенная закономерность — увеличивает распространённость артериальной гипертензии, они плохо лечатся, и поэтому существует такая разница между продолжительностью жизни мужчины и женщины.

Здесь у нас ситуация, конечно, не такая, что мы можем расслабиться, но, тем не менее, темпы прироста ожирения в женской популяции меньше. Но самое опасное ожирение — это абдоминальное ожирение, когда жир скапливается в области живота. Наша талия особо не изменилась за эти годы, а у мужчин она серьёзно возросла, и экстраполируя дальше, я могу сказать, что, конечно, сахарный диабет и ожирение нам угрожают, но в данный момент в меньшей степени, чем мужчинам.

Этот слайд показывает динамику курения в Российской Федерации по данным наших российских исследований. Федеральный

закон № 15 сделал очень много. Очень хороший, продуманный закон. Мы его исполняли хорошо и распространённость курения снизилась. Но снизилась она, в основном, за счёт снижения курения у мужчин, а у женщин с 9,4% увеличились до 13,6%. И сразу эти данные поднимают вопрос: а кто же начинает курить? Закуривают девочки в последних классах школы, в институте. Соответственно, это группа, с которыми надо работать по данному фактору риска.

Теперь идут такие моменты, которые мы редко обсуждаем — питание. Здесь представлена распространённость недостаточного потребления свежих овощей и фруктов. То есть женщины едят овощей и фруктов больше, чем мужчины, но, тем не менее, тоже такие интересные данные, которые ещё требуют размышления и обдумывания, мы видим, что это зависит от уровня дохода, это зависит от образования — чем более образованная женщина, тем больше овощей и фруктов она употребляет.

Рыба и морепродукты — это тоже данные нашего исследования ЭССЕ. Мы — женщины недостаточно употребляем рыбу и морепродукты. Почему так происходит? Или рыба, или все морепродукты не очень доступны и мы, наверное, отдаём их любимым мужчинам, но этот факт, который тоже заставляет задуматься.

Женщины очень чувствительны к соли. Поэтому переест соль — мы сразу видим некую отёчность, повышается давление. Мы посмотрели в данном исследовании распространённость избыточного потребления соли в российской популяции. Мужчины намного больше потребляют соли, и эта тенденция нам на руку, можно сказать, но, тем не менее, мы видим, что в возрасте 45–64 года мы практически сравниваемся с мужчинами по распространённости употребления соли.

Что заставляет серьёзно задуматься над тем, как мы проводим нашу молодость — тревожит низкая физическая активность в России. Чем моложе женщина, тем меньше она двигается. Получается, что молодая девушка, женщина или не имеет возможности двигаться, или у неё всё направлено на приобретение образования и так далее. С 55 лет распространённость низкой физической активности снижается. То есть мы уже понимаем, что надо за собой следить, по-видимому — я так себе объясняю — и каким-то образом в спортзалы ходим и так далее.

Екатерина Филипповна попросила меня коротко остановиться на проблеме остеопороза. Это действительно женская болезнь. И я здесь могу говорить не просто о том, что это женская болезнь, но и коротко поделиться нашими данными. Потому что мы, на ос-

нове этой большой популяции, поняли, какие же факторы риска очень важны, для того чтобы был остеопороз. Эти данные говорят о том, что женщины — красная линия — это та популяция, излюбленная для остеопороза и переломов шейки бедра, и других переломов. Причём, чем больше возраст, тем больше склонность к таким переломам.

И вот уникальные данные, которые мы ещё не представляли — это факторы риска, для того чтобы понять, как же посмотреть на женщину в плане скрининга. Большой шанс иметь перелом у хрупких женщин, с индексом массы тела менее 20; у женщин, у которых хрупкая мама; у женщин, у которых был уже остеопороз или перелом; у тех, кто принимает противозачаточные препараты; у тех, кто принимает алкоголь. Всю эту палитру мы посмотрели. И, мне кажется, это очень важно, потому что мы можем совершенно таргетно влиять на эти факторы риска, для того чтобы предотвратить риск переломов.

Сейчас мы с большой радостью и энтузиазмом участвуем в приоритетном проекте формирования здорового образа жизни. Мы действительно были этим очень увлечены, и сейчас вовлечены. Но первый вопрос поставил нас в тупик.

Первый вопрос — количество людей, ведущих здоровый образ жизни? Возникает вопрос: а кто же они такие — люди, ведущие здоровый образ жизни? Это люди, у которых, например, нормальное давление и холестерин, или кто имеет нормальную массу тела и нормально питается?

Для того чтобы ответить на этот вопрос, наши статистики и эпидемиологи разработали так называемый индекс здорового образа жизни. Мы его разрабатывали на основании 22 тысяч случаев, и посмотрите, что у нас получилось.

В индекс здорового образа жизни вошли 4 позиции:

1. Отсутствие курения — 100%, это самое главное, это неоспоримое.
2. Достаточное потребление овощей и фруктов — не менее 400 грамм.
3. Умеренная и высокая физическая активность.
4. Нормальное потребление соли.

И когда мы спрогнозировали, как это будет влиять на смертность — на 19% может снижаться общая точка, общая смертность — только приверженность этим четырём пунктам.

По поводу диспансеризации. Это уже данные, которые мы получаем после того, как женщины и мужчины прошли диспансеризацию с 2013 года. Прошли их много. Обратите внимание, это

тоже данные репрезентативные. Практически каждый год где-то 12 с небольшим миллионов человек (не только женщин).

Частота нерационального питания и повышенной массы тела среди женщин разного возраста. Мы видим, что у женщин с возрастом в 1,4 раза увеличивается частота нерационального питания, и в 2,5 раза — частота повышенной массы тела. Это уже ретроспективные данные по диспансеризации.

У женщин с возрастом в 4,7 раза увеличивается частота гипергликемии, и в 13 раз — сахарного диабета.

Мы видим, что тоже очень странно, что при диспансеризации именно у женщин молодого возраста выявляется БСК. Значит, нужна диспансеризация. Значит, мы как раз диспансеризацией выживаем тех пациентов, которые ещё не пациенты, но которые могут ими стать.

Коротко по поводу рака. Три вида рака у нас в диспансеризации вшиты. Это колоректальный рак, рак шейки матки и рак молочной железы. Рак молочной железы распространён больше всего. И когда мы проанализировали эти данные за 2017 год, то мы увидели, что с возрастом увеличивается частота выявления рака молочной железы в 1,4 раза, колоректального — в 27 раз (колоректальный рак — это рак питания), рак шейки матки — в 2 раза.

Таким образом, проанализировав всё это, мы поняли, что надо создавать стратегию. ВОЗ это понял. И мы сформировали Стратегию формирования здорового образа жизни, которая состоит из трёх основных направлений:

1. Популяционная стратегия. Это все мы. Чтобы средства массовой информации нам рассказывали, как питаться, как жить, чего нельзя делать, что можно делать.

2. Стратегия высокого риска. Здесь нам должна помочь вся система профилактики — после профилактического осмотра пациентов высокого риска.

3. Стратегия вторичной профилактики — когда уже женщина имеет заболевание, надо сделать так, чтобы не было осложнений этих заболеваний.

Мы даже просчитали, какой процент в затратах на здравоохранение. Самая, с одной стороны, простая, с другой стороны, сложная — это популяционная. Затрат практически ноль, эффект — через 5–10 лет.

С осложнениями бороться сложно — это большие затраты, это высокотехнологичная помощь, но эффект через 3-4 года — быстрый эффект.

Стратегия высокого риска — 20–30% вклад в снижение смертности, затрат тоже много и тоже достаточно быстро.

Таким образом, сформировали Стратегию здорового образа жизни. Она состоит из:

— снижения популяционного риска путём повышения мотивации. То есть надо мотивировать, рассказать, как надо. Но этого мало. Мы создаём мотивацию, и надо создать условия, для того чтобы это всё было возможно осуществить;

— снижения доли граждан — как я уже сказала — с высоким индивидуальным риском.

Только врачи, только медицинская общественность с этим не справятся. Это большой межсекторальный подход. Это ещё далеко не всё, что мы должны или с кем мы должны войти во взаимодействие и вместе решить эту проблему, чтобы не только снизить смертность — достижение старости — сделать её поздней зрелостью для женщин. Спасибо за внимание!

ЛАХОВА Е.Ф.:

Оксана Михайловна, вы сказали насчёт рака — колоректальный в 27 раз — это мужчины и женщины?

ДРАПКИНА О.М.:

С возрастом у женщин риск заболеть колоректальным раком резко увеличивается.

РЕМНЕВА Н.С.:

Когда вы назвали основные факторы, то вы не назвали употребление спиртных напитков. Это не относится к здоровому образу жизни?

ДРАПКИНА О.М.:

Я это не назвала умышленно, потому что у женщин, в принципе, по сравнению с мужчинами распространённость алкоголя меньше. Более того, мы даже проанализировали, что они пьют — крепкие, сухие вина или крепкие напитки — и оказалось, что женщины предпочитают вина и, как ни странно, пиво (вроде мужской напиток). Этот показатель не вошёл в наш индекс здорового образа жизни. Поэтому я оставила этот фактор как не столь значимый. Во всяком случае, по сравнению с артериальной гипертензией, гиперхолестеринемией, алкоголизм популяционным риском (это популяционный риск, потому что мы прекрасно знаем, что жен-

ский алкоголизм плохо вылечивается, что здесь есть свои особенности) я не назвала умышленно.

***ТКАЧЁВА Ольга Николаевна —
директор Российского
геронтологического научно-
клинического центра имени
Пирогова Минздрава России,
доктор медицинских наук,
профессор***



Спасибо большое, Екатерина Филипповна, что пригласили на вашу авторитетную встречу авторитетных экспертов в области здоровья женщин в том числе, и что обратили внимание на женщин, которые находятся в так называемом пожилом и старческом возрасте. И об этом хотела бы сказать несколько слов.

Во-первых, средняя продолжительность жизни. Статистика говорит — мужчины живут меньше. Разница достигает 10 и более лет. Я думала, что так было всегда. Оказывается, что эта проблема появилась только в 50-х годах XX века. До этого такой большой разницы в продолжительности жизни у мужчин и женщин просто не было.

Какая планета будет в конце XXI века? Это просто потрясающая картинка, потому что ожидаемая продолжительность жизни на большей части планеты будет составлять 90, 95, 100 лет. Представляете, что будет со здравоохранением, со всеми нами, с социальными службами, с экономикой, и как нам к этому готовиться.

Понятно, что мы к этому идём, мы делаем для этого всё. И в России стремительно растёт продолжительность жизни. Она достигла очередного рекорда — уже больше 72 лет. Правда, разница у мужчин и женщин остаётся достаточно большой — мужчины 66,5 лет, женщины 77 лет.

Я здесь хотела бы внести некоторую долю оптимизма, потому что, с одной стороны, происходит старение, с другой сто-

роны — замедляется старение. Если посмотреть с точки зрения ожидаемой продолжительности жизни и состояния здоровья — например, человек в 40 лет в 1920 году был таким же, как человек сегодня, в 60-65 лет, в 2010 году. То есть с точки зрения состояния сосудов, с точки зрения перспектив, с точки зрения физической сохранности — со всех точек зрения. И сегодня называть 60-летнего человека пожилым даже как-то, мне кажется, не очень прилично, хотя эту классификацию не мы придумали, это классификация Всемирной организации здравоохранения. И она такая потому, что в Африке достаточно низкая продолжительность жизни. Если не будет такой классификации, там просто пожилых вообще не будет, все будут умирать в молодом возрасте.

Разница в продолжительности жизни и глубине старения у мужчин и женщин в России в разных регионах очень разная. Например, в Чечне, в Дагестане, в Ингушетии различие между продолжительностью жизни у мужчин и женщин не такое большое. Кстати, Ингушетия — единственный регион, который вошёл в «клуб 80+». Дальше стремительно идёт Москва, и мы предполагаем, что в ближайшие 2-3 года мы тоже войдём в этот клуб.

В Свердловской области различие составляет 12 лет. То есть женщины после определённого периода жизни просто остаются одни. Мужчины не доживают до этого возраста. И это проблема не только мужчин, это проблема, конечно, женщин.

Что касается глубины старения — здесь особенно я хочу обратить внимание. Ведь в России возраст старше 60-ти — 70, 80 лет и дальше — это в основном женщины.

Поэтому когда мы говорим про развитие геронтологии, гериатрии, то фактически, к сожалению, сегодня это вообще женская профессия, это почти как акушеры-гинекологи, потому что наши мужчины в эту зону вообще почти не попадают.

Такие демографические феномены вообще в мире происходят, потому что продолжительность жизни растёт просто колоссально. Например, в Японии регистр столетних граждан составляет 64 тысячи. Во Франции — 21 тысяча столетнего возраста, а население Франции, наверное, 40-45% от России.

Такие демографические феномены — 6 поколений семьи Кнаус. Посмотрите фотографию — бабушка, ей 115 лет, видите, какая она красивая, она хорошо одета, хорошо выглядит. Она держит на руках прапраправнучку, её дочери 94 года, внуку 70 лет, потом 46 лет, 24 года и новорождённая девочка. Такие феномены.

Абсолютный рекорд мира по продолжительности жизни тоже

взяли женщины — 122 года 164 дня. И все супердолгожители — фактически это женщины.

В Москве на одного мужчину-сверхдолгожителя приходится 9 женщин. У нас есть небольшой регистр столетних, так вот там совсем-совсем мало мужчин.

То что на планете есть такие зоны, которые мы сегодня называем «голубыми зонами», где люди практически забывают умереть, где продолжительность жизни на 10, иногда на 20 лет больше, чем в среднем, даже в развитых странах (например, район Окинава, где каждый третий житель — это фактически долгожитель), нам, конечно, есть к чему стремиться.

В чём секрет долголетия? И вообще мы сегодня говорим не о долголетьи, и Оксана Михайловна сейчас говорила о чём? О том, что нам надо не просто жизнь продлить, а нам надо продлить период активной жизни, а не той жизни, когда мы зависим от окружающих и требуем постоянной помощи. Поэтому мы должны понять, в чём секрет. А секрет не только в медицине, это целый спектр проблем. Многие говорят: «Конечно, генетика». Но генетика определяет долгожительство и супердолгожительство только на 25%, всё остальное — это образ жизни, как и где мы живём.

Что ещё? Высокий уровень физической активности. То, что Оксана Михайловна сказала, что, к сожалению, наши молодые женщины очень мало двигаются — это, конечно, ужасно. Потому что мы придумываем чудодейственные супердорогие лекарства, всякие моноклональные антитела, стенты, покрытые бог знает чем, а самое дешёвое лекарство, которое снижает инсулинорезистентность, обладает противовоспалительным эффектом, снижает холестерин липопротеидов низкой плотности, снижает уровень глюкозы, снижает артериальное давление и так дальше можно говорить — это физическая активность.

Дальше — это социальная активность. Не секрет, что после выхода на пенсию, многие начинают очень быстро стареть. Это не просто какая-то психология или какая-то выдумка, это действительно так. Биологически человек начинает быстро стареть, когда он теряет социальные связи, когда он не востребован, никому не нужен.

Приоритет семейных ценностей и правильное питание. Что ещё? Образование, финансовое благополучие. Чем выше образование, тем больше человек живёт, тем больше у него период активной жизни. Транспорт, современная медицина, комфортное жильё. Очень много чего определяет именно активное долголетие.

У нас проходил проект, и я надеюсь, что он будет продолжаться и более широко — мы тоже делаем регистр столетних граждан. Это регистр столетних жителей Москвы. Мы объезжали их, их осматривал врач, нас сопровождал социальный работник. Каждому из них составлялся индивидуальный план действий.

Действительно, это очень разные люди. Есть среди наших столетних, в основном женщин, пациентки, которые говорят: «Я не думала никогда, что доживу до ста лет и буду так одинока и несчастна. Хотя, конечно, я хотела дожить до ста лет». А есть такие, которые счастливы, прекрасно выглядят, активно общаются, и прекрасно говорят. То есть они очень разные.

Если посмотреть на портрет супердолгожителя Москвы, то 89% — это женщины. Кстати, очень интересно, в Японии 64 тысячи столетних — это я для того, чтобы оптимизм вселить — представляете, они делят столетних на три группы. Первая группа — это молодые столетние (в 100 лет можно быть молодыми) — от 100 до 105 лет. Вторая группа — средний возраст — от 105 до 110 лет. И третья — это уже пожилые столетние — свыше 110 лет.

Фактически, если посмотреть с точки зрения физиологии, биологии, кто же эти люди, которые так долго живут? У них, кстати, очень хорошие сосуды. Сосуды у них равны приблизительно возрасту 60 лет — это в нашем исследовании. У них нежесткая, эластичная аорта, у них очень мало распространены факторы риска.

Мы сейчас говорили про сахарный диабет — распространённость колоссальная. У беременных женщин и женщин старше 80 лет — 25%. У каждой четвертой — это диабет 2-го типа.

Как вы думаете, какая распространённость сахарного диабета у людей старше ста лет? 4%. То есть они не доживают. Если мы хотим с вами жить долгой активной жизнью, нам надо заниматься профилактикой диабета. Можем мы это делать? Можем. Мы знаем, как это делать. Это физическая активность, это питание, это контроль гликемии. Если уж есть диабет, то жесткий контроль гликемии и так далее.

Поэтому, в принципе, нет ничего невозможного, тем более для женщин. Нам, конечно, есть к чему стремиться. Потому что средняя продолжительность жизни во многих странах мира — я имею в виду развитые — на 10 лет пока выше чем у нас. И наша задача — даже не догнать, а я думаю, перегнать. Что уж там догонять их.

Но ещё раз, задача не только в том, чтобы увеличить продолжительность жизни. Задача в том, чтобы сохранить активную жизнь.

Посмотрите эту картинку. Начинается, когда человек сохраненный, достаточно крепкий, а дальше появляются так называемые

возраст-ассоциированные проблемы, которыми и занимаются гериатры. Это остеопороз, высокий риск падения, сенсорные дефициты, когнитивный дефицит, уменьшение мышечной массы и силы (так называемый синдром саркопении, гериатрический синдром). И таких синдромов очень много. И дальше даже не болезни, а эти синдромы приводят к тому, что человек становится абсолютно зависимым от окружающих.

Зачем нужна гериатрия? Она нужна, для того чтобы эта женщина, которая может себя обслуживать, не превратилась в такую, которая требует сиделки и постоянной посторонней помощи. И когда мы часто говорим: «Что же делать? Уже старик, бабушка, она старенькая, тут уже ничего не сделаешь», — это заблуждение. Действительно, можно предупредить развитие возраст-ассоциированных проблем и так называемой хрупкости — это официальный синдром, некоторые его называют синдромом дряхлости, не очень симпатичное название — это можно предотвратить, и это не неизбежность.

Это как раз основная задача новой гериатрической службы, которая развивается в Российской Федерации. Она входит в структуру последовательной преемственной системы, которая сочетает медицинские и социальные услуги для людей всех возрастов, для мужчин и женщин.

Первое, о чём я бы хотела сказать и на что хотела бы обратить особенное внимание, что у нас тоже принят такой документ — у нас много стратегий, ещё одна — Стратегия действий в интересах граждан старшего возраста.

Я хочу просто зачитать оттуда выдержку, которая должна соблюдаться неукоснительно: «Пожилой возраст не должен быть поводом для отказа от любого вида медицинской помощи». Когда мы наблюдаем перелом шейки бедра у пациентки — только что мы смотрели пациентку старше 82 лет, к которой приехала «скорая помощь» и отказала ей в госпитализации — этого не должно быть в XXI веке. Это женщина, которая себя обслуживала, сохранный, которая требует вмешательства, и нужно предупредить потерю её автономности. И это возможно сделать.

И когда говорят: «А что ты хочешь? Тебе 80 лет, ты и должен болеть». Эти вещи — это дискриминация, это эйджизм, это то, что мы должны, безусловно, изживать.

У нас есть два возможных пути реагирования на старение. С одной стороны, мы можем открывать дополнительные больницы, вводить новые ставки врачей, социальных работников. Другой путь — это профилактика и гериатрия. То есть нам надо умень-

шить проблемы, решать их более системно, уменьшить количество и выраженность возраст-ассоциированных проблем.

Что можно назвать новостями 2018 года? Во-первых, в программу диспансеризации введены новые принципы — это диспансеризация граждан старше 75 лет, в основном это женщины. И впервые мы основное внимание обращаем на профилактику потери независимости. То есть там не так важны привычные факторы риска, о которых говорила Оксана Михайловна, хотя они тоже очень важны, как важно не потерять самостоятельность. Это профилактика и раннее выявление когнитивного дефицита, падений, остеопороза, переломов, сенсорных дефицитов, полипрагмазия — всё это гериатрические синдромы.

Хочу обратить особое внимание на проблему, которая тоже сегодня остаётся в основном женской проблемой — это высочайшая распространённость когнитивного дефицита и деменции у людей пожилого возраста. Сегодня в Европе среди причин смертности болезнь Альцгеймера занимает третье место. Это колоссальный пласт.

Поэтому в 2018 году принят Антидементный план действий — это комплексный, мультидисциплинарный проект, где объединились и врачи первичного звена, и гериатры, и неврологи, и психиатры, и социальные службы. Это тоже очень важный аспект.

Впервые финансирование гериатрической помощи осуществляется в системе обязательного медицинского страхования. Это началось с января 2018 года, и мы рассчитываем, что это приведёт к бурному развитию гериатрии, потому что когда есть финансирование, тогда развитие будет, конечно, стимулироваться.

Спасибо за внимание! Я не стала приводить никакие цифры. Если будут вопросы, я на них отвечу.

ЛАХОВА Е.Ф.:

Спасибо, Ольга Николаевна! Ответьте на вопрос. Подготовка кадров — медицина в геронтологии — каким образом, как идёт сейчас эта подготовка?

ТКАЧЁВА О.Н.:

Сегодня гериатров готовят более чем в 20 вузах России. Мы изменили образовательные, учебные программы по гериатрии, ввели туда более международные, современные аспекты. И сейчас интенсивно началась подготовка гериатров. По планам, к 2023 году в России должно быть 2,5 тысячи гериатров.

Они будут проходить через ординатуру. Пока у нас есть возможность первичной переподготовки. Но, честно говоря, очень

сложно за 4 месяца подготовить гериатра. Во всех странах — во Франции, в Японии — гериатра готовят 4 года.

Пока есть проблема. Идёт вообще реформирование медицинского образования, но мы уже на пути к решению введения цикла обязательных часов по гериатрии.

***РОЖКОВА Надежда Ивановна —
руководитель Национального
центра онкологии репродуктивных
органов имени Герцена, филиала
«НМИЦ радиологии» Минздрава
России, доктор медицинских наук,
профессор***



Спасибо большое! Глубокоуважаемые коллеги! Я вернусь, наверное, тоже к долгожительству. Потому что в послании президента дан наказ, что наши люди должны жить долго — больше 80 лет. И под этим есть основания — мы с вами являемся не только свидетелями, но и участниками бурного научно-технического прогресса. Сейчас появились великолепные новые знания о возможностях патогенеза развития заболеваний, мы развиваем таргетную терапию, знаем, как целенаправленно лечить целый ряд болезней. Появилось много хорошего цифрового оборудования, то есть, есть возможность переоснащения наших лечебно-профилактических учреждений.

Всё это способствовало тому, что за последние 10 лет общая смертность снизилась на 16%, младенческая — более чем на 32%, и материнская — более чем на 36%.

Вместе с тем, в мировой практике до сих пор не используются полностью все возможности новых технологий, и существует пропасть между возможностями и реальной медициной. Это касается не только России, но и самых развитых стран мира.

Так, в Соединённых Штатах Америки, Канаде и Австралии число недовольных медицинской помощью — до 48%. В России — от 40% до 60%. Информированность населения о новых технологиях — всего лишь 28%.

К 2017 году, к сожалению, недовольство населения растёт — только 36% населения доверяют врачам. С чем же это связано, какие главные причины? Недостаточный уровень качества медицинской помощи, несогласованность действий врачей разных специальностей, отсутствие междисциплинарной интеграции и нежелание, а порой и неумение внедрять новые технологии.

Приоритет качества относится и к проблеме заболеваний молочной железы. Тема действительно чрезвычайно актуальна, поскольку отмечается неуклонная тенденция к росту заболеваемости за последние 10 лет на 32%. Отмечается распространённость заболеваемости раком на 34%. Хотя и снижается, но всё-таки сохраняются запущенные стадии рака молочной железы.

Поэтому в послании президента прозвучала озабоченность этой проблемой и поставлена цель — создать национальную программу по развитию онкологической службы.

Растущая заболеваемость раком молочной железы — не только медицинская, но и социальная проблема. В мире ежегодно выявляется более полутора миллионов заболевших. Особую обеспокоенность вызывает омоложение рака. За последние 10 лет заболеваемость раком молодых женщин от 19 до 39 лет выросла на 34%. Подсчитали, что ежедневно 47 детей лишаются матерей, каждые 30 минут заболевает раком одна женщина, умирает одна больная раком каждый час. Частота доброкачественных заболеваний в 30 раз выше.

До внедрения рентгеновской маммографии в России число ошибок при распознавании рака достигало 38%. Больные с первой и второй стадией рака выявлялись лишь в 13–16% случаев. 50% заболевших погибали в первые 5 лет после операции. У 43% развивалась стойкая потеря трудоспособности.

Благодаря рентгеновской маммографии удалось в корне изменить эти показатели. 5-летняя выживаемость при первой стадии рака достигает 94%. По нашим данным, 25-летняя выживаемость — 98%. В то время как при четвёртой стадии — всего лишь 35%.

В чём сложности диагностики, хотя есть множество новых технологий? Они связаны с многоликостью проявления рака молочной железы. Он бывает очень разным. Это и ограничено растущий, и инфильтративный, и сморщивающий молочную железу, и рак, проявляющийся в виде микрокальцинатов размером в 50 микрон. Поэтому только рентгеновская маммография может выявлять такие варианты рака.

Вместе с тем существует широкий спектр различных методов, выявляющих заболевание молочной железы. Это и УЗИ, и МРТ,

и сцинтиграфия. Каждый метод имеет свои достоинства, но и, к сожалению, свои ограничения. Рентгеновская маммография является золотым стандартом и главной составляющей скрининга и уточнённой диагностики. Доказано, что скрининг снижает смертность на 50% там, где регулярно проводится рентгеновская маммография.

Какие главные составляющие для решения проблемы? Прежде всего, это согласованная нормативная документация, это техническая оснащённость (естественно, цифровой формат и информационные технологии), это непрерывная междисциплинарная подготовка кадров и информационно-просветительская работа.

Моя ученица посчитала нормативные документы. Осложняет работу несогласованность приказов. Из 100 тысяч документов 87 касаются женского здоровья. Это различные порядки, требования, стандарты и так далее. Основополагающий для внедрения маммографии — Приказ № 154, 2006 года. Согласно ему, женщинам с 40 лет делают маммографию. Затем Приказ № 572 для акушеров-гинекологов. Согласно ему, с 35 лет делают маммографию. И наконец, последний Приказ по диспансеризации № 869. Согласно ему, с 39 до 49 лет один раз в 3 года, поскольку здесь всё-таки заболеваемость ниже, чем у более пожилых женщин, и с 50 до 70 лет — один раз в два года.

С учётом омоложения рака развиваются так называемые бездозовые лучевые технологии. Это радиотермометрия, которая по изменению температуры говорит о том, что у женщины есть очаг неблагополучия. То есть она выделяет группу риска. Это не диагностический метод, это просто группа риска. Электроимпедансная томомаммография — методы, которые по изменению электропроводимости также выявляют группу риска. То есть если у молодых женщин выявлены очаги неблагополучия, то она обязательно, независимо от возраста, должна направляться на рентгеновскую маммографию (это стопроцентный метод выявления всех вариантов непрощупываемого рака) и ультразвуковое исследование.

Для женщин старше 39 лет производится рентгеновская маммография. Она очень многообразна — это и стационарные плёночные аппараты, это и цифровой формат, и передвижные маммографы и так далее. К настоящему времени в стране около 3 тысяч маммографических кабинетов. 80% отечественного производства, 30% уже работают в цифровом формате, 120 передвижных маммографических комплексов.

В настоящее время ставятся амбициозные задачи перевести все плёночные рентгеновские аппараты в цифровой формат.

И это возможно. Всё это — отечественное производство. Компания МТЛ разработала специальную кассету, на которую идёт изображение, и оно сразу передаётся на рабочую станцию. То есть это очень несложная процедура, но, тем не менее, она делает все маммографические кабинеты современными. Это качественный новый уровень организации работы и, естественно, качество диагностики. Минпромторг дал добро на эту работу.

Для повышения эффективности диагностики продолжают развиваться технологии. Это различные внедрения гибридных технологий, fusion-технологии — это сопоставление разных изображений от разных методов. Всё это повышает точность диагностики.

Разрабатываются такие методы, как двуэнергетическая спектральная маммография — это делается два снимка с контрастом или без контраста. Это приблизительно на 20% снижает число предположительных заключений. Вот вы видите объёмное изображение опухоли. Видите, в месте такого непонятного плотного участка мультифокально оказывается раковый узел. И так далее.

Это технологии томосинтеза. Вы уже слышали это слово. Это послойное изучение молочной железы под рентгенологическим контролем. Реконструкция срезов позволяет выявлять самые мельчайшие детали. Это даёт возможность выявлять не просто рак в первой и второй стадии, а рак *in situ* или микроинвазивный рак. То есть буквально одна клетка, и то мы её можем увидеть.

Великолепные технологии ультразвука. Они очень активно развиваются и тоже дают нам возможность снизить число предположительных заключений где-то на 25–30%.

Повышается эффективность стационарозамещающих технологий. То есть при кистах уже не нужно оперировать женщину, достаточно в течение 20 минут спунктировать кисту, ввести специальный газ (озоно-кислородную смесь), и в 98% случаев киста не рецидивирует.

При выделениях из соска делается дуктография, выявляются внутри протока либо доброкачественные разрастания, либо злокачественная опухоль. Что это даёт? Вы видите, это совсем крошечные изменения. Это даёт возможность провести органосохраняющее лечение — не радикальную калечащую операцию, а маленькую операцию, которая сохраняет не только продолжительность жизни, но и высокое качество жизни женщины.

Это великолепные технологии пункции, со специальными иглолочками, куда попадает кусочек ткани, и мы можем делать цитологическое (клеточное) исследование, гистологическое (тканевое) и

иммуногистохимию, то есть для определения биологической характеристики рака. Мы теперь знаем, что рак — это не какое-то единое заболевание, оно гетерогенное, имеет много различных вариантов проявления. И это очень важно для назначения лечения. Каждый вариант рака требует своего лечения. И благодаря методическим особенностям, работе врачей повысилась эффективность получения этого информативного материала с 65% до 98%.

Перспективная технология ФУЗ-абляции — это фокусированная ультразвуковая пиротерапия раковой опухоли. Она может выполняться как под контролем высокопольного магнита, так и технологией HIFU — под контролем ультразвука. У нас в Институте Герцена есть такая установка — под контролем ультразвука, но пока эти методики находятся на стадии изучения, потому что неизвестно, какой пучок, какие курсы, какие показания. Всё это есть в мире, но оно ещё очень неопределённо. Но, тем не менее, это очень перспективно, потому что это щадящая органосберегающая операция.

Все эти достижения диагностики привели к тому, что стало развиваться органосберегающее лечение. Это онкопластическая реконструктивная хирургия, это прецизионная, то есть прицельная, высокодозная лучевая терапия, это таргетная лекарственная терапия, при которой буквально в клетку опухолевое лекарство попадает и излечивает рак.

Всё это дало позитивные тенденции. И выявление первой и второй стадии по всей России, средняя цифра — 70,4%. Вспомним, что 40 лет назад это было 13–16%. Стандартизованный показатель смертности впервые за 10 лет снизился на 12,5%. Летальность на первом году снизилась на 28%. И выявляемость рака повысилась при профилактических обследованиях на 37%. То есть женщины стали приходить более активно на рентгеновскую маммографию.

Учитывая такой положительный опыт междисциплинарного взаимодействия врачей, гинекологов, онкологов, узистов, рентгенологов, патоморфологов, в настоящее время формируется стратегия так называемой медицины 4П. Здесь четыре красивых слова, но основной её смысл — это стратегия, направленная на доклиническое выявление заболевания и фокусирование на индивидуальном здоровье человека. То есть необходимо предотвращать появления заболеваний, при этом должно быть мотивированное участие пациента.

Поэтому приоритетным направлением является профилактика. Она может быть первичной — мы боремся с факторами риска. Здесь были великолепные доклады. У нас подготовлено несколько книг, где есть школа женского здоровья, там расписано,

по-моему, 14 занятий, как заниматься с женщинами, как учить их правильному образу жизни. Это работа для кабинетов профилактики и центров здоровья.

Вторичная профилактика — это обязательное лечение доброкачественных заболеваний. Есть где-то — по-моему, в Соединённых Штатах Америки — стандарт не лечить мастопатию, считать это функциональным состоянием. Это абсолютно неправильно, потому что на генетическом уровне доказано, что мастопатия, а особенно ряд её вариантов (она очень многолика) — это предстартовое состояние рака. Поэтому даже масталгию, то есть длительную болезненность молочной железы, всё равно нужно лечить, и это уже тоже считается предстартовым состоянием. Причём, есть отечественные препараты, которые позволяют лечить и бороться с этими заболеваниями.

Третичная профилактика — это мероприятия, предупреждающие рецидивы у уже заболевших женщин.

Для того чтобы обо всём этом знали и врачи, и государственные структуры, и само население, необходима информационно-просветительская работа. Она проводится очень активно где-то в течение уже 20 лет. Если раньше в поликлиниках только висел какой-то санбюллетень, ни о чём не говорящий, то сейчас практически все средства массовой информации уделяют внимание этой проблеме, и уже все активно участвуют. Дни открытых дверей, благотворительные акции, пациентские встречи, волонтёрские движения. Только что мы организовали у Зураба Церетели пациентскую встречу, арт-терапию, он сам проводил мастер-класс. Пришло 150 женщин. То есть они идут с удовольствием, ими просто нужно заниматься.

Форум волонтёров — тоже никто этим не занимался. Оказывается, много больных женщин желают помочь тем, кто попал в эту ситуацию. И абсолютно безвозмездно, бесплатно они организуют клубы. И впервые в 2016 году в Твери мы провели Форум волонтёров. Приехало 140 представителей из 39 регионов, и они делились своим опытом.

Перед Новым годом у Зураба Церетели был великолепный мастер-класс, было очень интересно и все пожелали ещё встречаться, ещё придумывать темы для встреч.

Какие же пути повышения реализации первоочередных задач развития этой службы? Мы готовили Наказ будущему президенту. Часть фрагмента из этого Наказа:

— Ревизия и пересмотр имеющейся нормативной документации в соответствии с новыми организационными формами рабо-

ты с цифровым оборудованием, с размещением его, увеличением объёма и усложнившимися условиями работы врача.

– Техническая оснащённость. Обязательно активный переход на цифровой формат, информационные технологии, которые в корне меняют, дают качественно новый уровень организации работы,

– Разработка новых методов диагностики.

– Междисциплинарная подготовка кадров. Мы уже давно не готовим отдельно рентгенологи рентгенологов, хирурги хирургов и так далее. Все конференции, все конгрессы — мы собираем врачей по проблеме. Это и онкологи, и гинекологи, и патоморфологи. И читаем лекции не только по узкой специальности, но каждый врач ориентируется, что делается в смежных специальностях, чтобы правильно направить пациентку. Если сам ты не владеешь какой-то технологией, то ты должен знать, где это делают.

– Необходимы кадровые решения по обеспеченности смотровых и первичных онкологических кабинетов.

– Решение проблем с лекарственным обеспечением.

– Информационно-просветительская работа — больше привлекать общественных организаций, движений, фондов, волонтерских клубов для работы совместно с государственными структурами.

Активная диспансеризация — это залог эффективной профилактики рака молочной железы, и он определяется высоким качеством нашей работы, согласованной работы врачей разных специальностей и внедрением новых технологий. Спасибо!

***УВАРОВА Елена Витальевна —
руководитель отделения
федерального государственного
бюджетного учреждения
«Национальный медицинский
исследовательский центр
акушерства и гинекологии имени
Кулакова Владимира Ивановича»,
доктор медицинских наук,
профессор***



Екатерина Филипповна! Очень рада, что мы имеем возможность поговорить и о молодой части нашего на-

селения. Потому что и Оксана Михайловна обратила внимание, что рак молодеет, и Надежда Ивановна об этом тоже сказала. Это серьёзные проблемы, которые требуют специальной профилактики и более внимательного отношения именно к нашим молодым девочкам.

Сегодня проблема какова? Уменьшается численность девочек, что связано с демографической ямой. Численность девочек в возрасте 15–17 лет, если я в 2014-2015 гг. говорила о 9 миллионах, то сегодня это 4,025 миллиона человек. Вот кто у нас стоит на пороге воспроизводства. Их стало очень мало. Каждая девочка на вес золота. И, конечно же, профилактическая работа, своевременное выявление, персонифицированная терапия именно с подходом к каждому ребёнку отдельно — это очень важная тема.

Мы понимаем, что сегодня наша молодёжь окружена огромным количеством факторов риска. Это и те самые заболевания, о которых говорили мои коллеги, это также приём лекарственных препаратов, это инфекции, которые есть в детском возрасте, особенно, если они не сопряжены с тем периодом, когда они должны быть — из-за того, что очень много детей не попадали в дошкольные детские учреждения и поэтому всеми детскими инфекциями переболели уже в школьном возрасте. Это был не очень удачный вариант.

Мы говорим ещё и об условиях и образе жизни, санитарной культуре населения. Мы составили специальную анкету для профилактических осмотров девочек. Это конфиденциальная анкета, которая позволяет профосматривающему уделить определённое внимание тем особенностям, которые указывают девочки в анкете, для того чтобы понять, какие у неё трудности, что она не понимает, и как врач может ей помочь в короткий промежуток профосмотра, для того чтобы она правильно соблюдала гигиенические мероприятия, правильно думала о своём здоровье, о менструальном цикле.

Эта санитарная культура оставляет желать лучшего, потому что иногда на приёмах, когда начинаешь девочке объяснять, что за особенность у неё, вам говорят: «Я всю жизнь, сколько живу, никогда об этом не знала». То есть это говорит о том, что семье мы отдали много, а семья не может дать ребёнку знания, потому что, к сожалению, у них этот промежуток времени, когда была социалистическая бабушка, которая всё это привносила, маме некогда, и ребёнок находится вне этой культуры.

Поэтому наши лозунги о воспитании и ответственном отношении к своему здоровью — это очень важно, но надо их правильно

разъяснять. И если будет работа такого общества, как Союз женщин России, в этом проявляться, это будет тоже совершенно правильно.

Здесь очень важный момент — это пример, это репродуктивное поведение окружающего социума. Сегодня мы просто находимся в рамках несколько извращённого понятия о тех ценностях, которые есть, которые обусловлены генетическими особенностями человека, обусловлены социумом человека. И здесь эти не очень удачные примеры тоже должны правильно гаситься, и это как раз дело общественных организаций, которые могут в этом помочь.

С нашей стороны — это доступность медицинского обслуживания. И Елена Николаевна начала с этого. Да, мы все стремимся к этому, мы меняем приказы, порядки, но это всё тоже требует совершенствования.

Мы понимаем, что состояние здоровья наших подростков желает лучшего. И эта первая и вторая группа, о которых сказала Елена Николаевна, всё-таки они есть — это почти 86%, но это соматическая группа. Но всё-таки есть отклонения в состоянии соматического здоровья у большинства, и в том числе репродуктивного здоровья. Это ещё связано с особенностями этапов репродуктивной системы и то, что наши подростки имеют не раннюю, умеренную сексуальность по возрастным рамкам, но всё-таки это возраст, который не позволяет выполнять своё репродуктивное предназначение.

Дорога, которая обозначает репродуктивный период жизни, имеет некоторые особенности — она начинает сексуальные отношения в 16 лет, а про ребёнка начинает думать в 26 лет (это самый лучший вариант), а иногда и в 35–39 лет. И в этот промежуток времени нужно защитить её репродуктивное здоровье от истощения, от всех тех недугов, которые есть.

Поэтому сегодня во всём мире репродуктивным возрастом называют период с менархе — не с совершеннолетия, а именно с менархе, для того чтобы показать, что именно в этом промежутке надо начинать уже заботиться о сохранности репродуктивного здоровья.

Сегодня у нас с вами есть проблемы, которые накапливаются. И накапливаются они так же, как и во всём мире, мы ничем особенно не отличаемся. Сегодня накопились и молекулярно-генетические поломки, и полиморфизмы, которые привели к тому, что увеличивается число расстройств менструаций (синдром поликистозных яичников), дефицит резерва ооцитов — мы с этим сталкиваемся всё больше и больше. Здесь есть и такие проблемы, как и

эндометриоз, омолаживающийся ежегодно, пороки развития. Но очень серьёзный момент — это воспалительные заболевания внутренних и наружных половых органов.

Обратите внимание на статистику. На 100 тысяч населения, в динамике 2012–2016 гг., сальпингит и оофорит как-то держатся на одном уровне, даже имеется тенденция к падению, чего не скажешь о таких состояниях, как расстройство менструаций — это как раз тот фон, который очень часто приводит к эндокринным формам бесплодия. Но если посмотреть на все воспалительные заболевания половых органов, то оказывается, что вульвовагинит даже более ярко проявляется. И это связано как раз отсутствием или слабыми гигиеническими навыками, в первую очередь в семье.

Это очень хорошо показывает наша анкета, которую мы распространяем среди девочек на профосмотрах. На самом деле не знают, когда, как часто подмываться, не знают, что такое гигиенические средства, как ими надо пользоваться. Научились использовать одноразовые, однодневные прокладки, но не знают, как их часто менять. Эти моменты как раз и приводят к тому, что сохраняется высокая частота вульвовагинита.

Кстати, мы когда-то — ещё в 1992 году — решили провести прогностическую модель, как же будет идти гинекологическая заболеваемость среди наших детей и подростков. До сих пор она подтверждает тот наш прогноз, что несмотря на то, что много чего внедряется, всё равно сохраняется тренд на повышение частоты самых основных гинекологических заболеваний в этой среде.

Воспалительные заболевания органов малого таза — это яркая причина бесплодия. Это не только эндокринные заболевания, но и частота бесплодия при первом, втором и третьем эпизоде. 40% женщин уже будут иметь трубно-перитонеальный фактор. Это как раз та группа, которая является группой риска по инициации развития эндометриозных очагов, а это уже очень серьёзные проблемы для решения вопросов репродукции у молодых женщин.

Конечно, у нас есть медико-социальные проблемы с репродуктивным здоровьем, и в первую очередь это недостаточность чёткой общественной позиции в отношении репродуктивного здоровья. Это сохраняется — дескать, молодёжь здоровая, что её там смотреть? Я была удивлена, как на одном из конгрессов очень серьёзные люди говорили: «Зачем нам нужна подростковая гинекология, детская гинекология? Она не нужна, потому что мы всё сделаем, как только ей станет 18 лет, когда она сможет за себя

сама отвечать и всё подписать, а не только законный представитель. Тогда мы с ней пообщаемся, тогда мы её подлечим, тогда мы ЭКО ей выберем, тогда мы её прооперируем». Мне кажется, это абсолютно неверные утверждения, которые не должны подкрепляться общественным окружением. Навыки формирования ответственного репродуктивного поведения у большинства слоёв населения должны быть на первом месте.

Я говорила о сексуальности. Статистика очень хорошо подтверждает тот факт, что к 18 годам у нас 42% сексуально активных.

И сейчас установилась очень интересная тенденция. Презерватив использует та пара, которая ещё не знает, будет ли она вместе. Но как только пара решает, что они подходят друг другу, они прекращают использовать контрацепцию, презервативы. То есть защита от инфекций, передаваемых половым путём, на этом прекращается. А где уверенность, что на самом деле это так?

И здесь встаёт вопрос о том, что они не хотят сразу же иметь детей. И заставить их размножаться невозможно. Потому что от начала сексуальных отношений до появления первого ребёнка — как минимум, 10 лет. Здесь нужно серьёзно думать о большой воспитательной и просветительской работе.

Как только начинаются сексуальные отношения (это видно по 15–17-летним), сразу же увеличивается количество тех инфекций, которые однозначно будут в последующем провоцировать онкологические состояния (это ВПЧ — вирус папилломы человека) и воспалительные заболевания, приводящие к бесплодию.

Если мы говорим сегодня о самом распространённом явлении, связанным с ВПЧ, аногенитальные бородавки, получается так, что удельный вес детей, заражённых при половом контакте — 78%. Даже путём самозаражения — 14%. У ВПЧ есть особенности, которые позволяют сохранять, персистировать инфекцию. Поэтому, конечно, надо думать о ВПЧ и других инфекциях, передаваемых половым путём.

И в этой связи, когда наше общество выступает против вакцинации, за пассивную профилактику, за лечебные мероприятия — это неверно. Потому что сегодня совершенно точно доказано (в мире это показано, на 100 миллионах человек, которые уже были привиты), что вакцина против ВПЧ позволяет предотвратить рак и предраковые диспластические состояния шейки матки у 90% в возрасте 16–26 лет, и защищает от инвазивных ВПЧ-ассоциированных видов рака.

Поэтому формируя хороший иммунитет (уже сегодня это показано на более чем 12-летнем промежутке времени — мы, конеч-

но же, говорим о позиции ВОЗ), мы должны как общество настаивать на том, чтобы получилась эта система. Это региональные программы, которые есть в некоторых местах — чтобы их стало ещё больше. Я недавно была в Барнауле, и там губернатор поддержал идею региональной вакцинации девочек до начала половой жизни. Я спросила: «И сколько у вас вакцинируется?» — «12%». Это вообще ни о чём, потому что считается, что эффект будет, только когда 70% людей будет вакцинировано в этом возрастном периоде. Тогда это настоящая профилактика тех самых заболеваний, о которых Оксана Михайловна сказала — это колоректальный рак, это рак шейки матки, который омолодился очень сильно (на сегодняшний день он бывает даже у подростков). Поэтому, конечно, Всемирная организация здравоохранения привлекает наше внимание именно к этой позиции.

Елена Николаевна начала говорить про беременности у маленьких женщин. У них есть риск незапланированной беременности. И тот самый риск — это употребление алкоголя, употребление наркотиков, употребление различных нейротоксических продуктов. Но не только. Это неответственное отношение к использованию контрацепции и агитация против использования надёжной контрацепции. И не всегда лучшая контрацепция — это прерванный половой акт или презерватив. Поэтому конечно, необходимо в эту сторону тоже думать и работать.

Статистика нашей страны говорит о том, что чаще всего при первом половом контакте презерватив не используют (41% молодёжи). Отсюда есть моменты, связанные с беременностью и абортами.

Количество беременностей, которые заканчиваются родами, потихоньку падает. С одной стороны, это естественная ситуация, потому что в этом возрасте никто не хочет рожать. И мы прикладываем наши усилия, которые совершенно правильно направлены на то, что если ребёнок, молодая, неопытная женщина забеременела, если она смогла забеременеть, значит, она физически и по половым признакам достаточно сохранна, и значит, она может выносить ребёнка. Но её нужно внимательно провести через всю беременность — не только медикам, но и социальным работникам, профессиональным службам. Это всё вместе даст ей возможность родить этого ребёнка. А дальше чаще всего семья соглашается оставить этого ребёнка, а если нет — обществу здоровый ребёнок всегда будет необходим.

Но, к сожалению, сегодня проблемы всё-таки чаще решаются в сторону аборта. Да, на самом деле, количество абортов потря-

сающе снизилось. Цифры 2016 года — 6 753 аборта. У девочек в возрасте до 14 лет — всего 263, остальные — в возрасте 15–17 лет. Но есть нюанс. Мы ратуем за эти цифры, но, если посмотреть различия в абортах — Елена Николаевна тоже об этом говорила — посмотрите, пожалуйста: неуточнённые аборт, самопроизвольные аборт, другие виды аборт, неудачные попытки аборт — здесь кроются те вещи, которых на самом деле сегодня в нашей стране не должно быть. Это и лицензия для частных клиник, которые могут не всегда добросовестно рассказывать обо всех делах, которые они делают, в том числе по медикаментозным абортам. Количество медицинских аборт у девочек падает, и это, конечно, положительная сторона.

Ещё один серьёзный вопрос, который мы в Минздраве поднимали несколько раз — к сожалению, во всех регионах этот вопрос остаётся открытым. Прокуратура требует (есть специальные приказы), чтобы все врачи информировали о лицах, не достигших 18-летнего возраста, обратившихся за медицинской помощью в связи с беременностью, по вопросу прерывания, о лицах, в результате осмотра которых врачом-гинекологом было установлено, что они живут половой жизнью. В дальнейшем эту информацию сотрудники МВД просят предоставлять к 1-му числу ежеквартально, иногда — ежемесячно. Причём здесь указывается фамилия, имя, отчество обратившихся, дата рождения, дата обращения, место жительства. И на этот запрос сразу же даётся исковое заявление, приход в семью, начинается серьёзная разборка в семье. Естественно, открывается дело об изнасиловании этого несовершеннолетнего — либо девочки, либо мальчика.

Очень важный момент — на самом деле, у нас есть очень хороший приказ, и в Приказе № 514 по профосмотрам на это тоже обращено внимание. Если имеется хоть какое-то, малейшее подозрение на то, что это причинение вреда здоровью, то тогда мы обязаны докладывать. Есть понятие врачебной тайны, есть понятие права человека, и подросток тоже является гражданином, на которого это право распространяется.

Мы повсеместно видим серьёзные вещи, когда либо осуждаются врачи, которые скрыли тот факт, что у них на приёме была девочка, живущая половой жизнью до 18 лет, либо серьёзные проблемы в семье — с осуждением мальчиков хорошего возраста, самого активного трудового возраста, помещением их в тюрьму на два года и более. Это, конечно, очень серьёзная проблема, которую надо решать. Минздрав её, конечно же, решает, но на местах всё равно продолжают отступления.

БАЙБАРИНА Е.Н.:

Был внесён законопроект о том, чтобы это сделать обязательным, и Минздрав был категорически против. Спасибо вам, что вы нас тогда поддержали на общественных слушаниях. Потому что мы тогда придём к тому, что девочки просто перестанут обращаться к гинекологу, и будут запущенные заболевания.

УВАРОВА Е.В.:

Да, это заканчивается тем, что девочки просто перестают ходить к врачам, и идут либо в частные клиники, либо в другие места, где им могут сделать прерывание или скрыть факт лечения воспалительных заболеваний, потому что она стала сексуально активной. Это тоже нужно рассматривать.

Конечно, надо понимать, что аборт, хоть их количество и стало меньше, отражаются в последующем на репродуктивной функции. Но сегодня уменьшение абортов — об этом тоже нужно задуматься — возможно, сопряжено со снижением овуляторного резерва современных девочек. Это экология, это пищевые продукты, которые очень богаты синтетическими материалами и консервантами. Естественно, из-за этого увеличивается количество девочек с такими расстройствами, как задержки или полное отсутствие менструаций. Конечно, здесь ещё присоединяется масса тела — это дефицит (мода на дефицитную массу тела) или избыточная (у многих молодых девушек есть стрессозадающая тактика, поэтому у нас стало много тучных). Всё это приводит к тому, что снижается фертильность — не только от воспалительных процессов, но и от моментов, связанных с эндокринными состояниями.

На примере Забайкальского края, у 18–25-летних девочек уже предполагаемо фертильны — 19, фертильны — 26, первично бесплодны — 13, вторично — 7 (причём трубно-перитонеальный фактор — 53%). Это очень серьёзные цифры.

Овуляторный резерв — это очень важный момент, который мы должны понимать. Сегодня это не только профилактика абортов, контрацепция (в том числе гормональная), но это и сохранение овуляторного резерва.

Конечно, помогают профосмотры, декретированные возраста. Сегодня они поменялись. Мы столкнулись с проблемой, и я пытаюсь на местах объяснить докторам, каким образом решать эту проблему — у нас профосмотр в 6 лет, а следующий — в 14 (8 лет выпадает). Поэтому, естественно, там, где есть возможность семилеток оставить на профосмотр и просмотреть (этих девочек не так

много), мы это делаем, чтобы всё-таки выявить, и чтобы не было провала, который у нас возник в связи с изменением декретированных сроков.

Просвещение тоже очень важно. Мы не можем ходить в школу, мы должны работать с педагогами, с социальными работниками и волонтерами. Мы можем просвещать девочек только в медицинских учреждениях. На какие темы? Это общая интимная гигиена — ничего страшного, ничего опасного. Закономерности формирования и функционирования женской репродуктивной системы, влияние вредных факторов, куда обратиться при наличии жалоб — это вопросы, которые наши девочки должны знать, и уметь вовремя самостоятельно обратиться или подсказать родителям, что её нужно отправить к доктору.

Девочки — это «золотой фонд», поэтому мы надеемся, что если мы сохраним хоть такое количество девочек репродуктивно активными в последующем и готовыми к воспроизводству, это будет тот самый вклад в демографию нашей страны, который мы так всё время подчёркиваем и радуем за него.

Благодарю вас за внимание!

***ШАРАПОВА Ольга Викторовна —
главный врач Городской
клинической больницы № 64
Департамента здравоохранения
города Москвы, заслуженный врач
РФ., доктор медицинских наук,
профессор, депутат Московской
Думы***



Спасибо огромное, Екатерина Филипповна, за приглашение принять участие! Всё, что здесь было сказано — всё есть в моём докладе. Я не буду повторяться.

Когда я готовилась я несколько раз разговаривала с Леонидом Михайловичем Печатниковым и с нашим руководителем здравоохранения. Хочу сказать слова благодарности от Леонида Михайловича вам, Екатерина Филипповна, за инициативу по проведению этого круглого стола.

Москва очень много сделала для развития здравоохранения. Если средняя продолжительность жизни сейчас в России — 72, в Москве — 76. В Москве очень много сделано в части высоких технологий. В каждом лечебном многопрофильном учреждении (их сегодня 36, мы ни одно не закрыли, наоборот, развиваем, строим) очень много сделано вместе с научными сотрудниками, для того чтобы качество оказания медицинской помощи было на высоком уровне. Учитывая, что Москва является базой многих ведущих институтов, в московских клиниках очень много кафедральных сотрудников, с которыми мы вместе, сообща работаем на благо населения Москвы.

Ранее было сказано, что 600 человек — долгожители. Нужно поправить — более 1000 долгожителей. В основном долгожители знаете, в каких районах Москвы? Будете говорить, что наверняка это женщины, которые приехали из Кавказа — ничего подобного. Основные долгожители сосредоточены в центре города Москва — на Таганке в основном. Почему? В основном это люди, которые заботятся о своём здоровье. То, что сегодня делается в части профилактики, диспансеризации, дало основание к тому, что сегодня женщины стали жить долго. И не только женщины, но и мужчины.

На моём избирательном участке — 15 мужчин, возраст которых 115 лет. Это не жители Кавказа, это коренные москвичи, которые прошли войны, которые прошли через все тяготы России и Москвы.

И количество родов. Наверняка здесь было сказано, что ежегодно количество родов не сокращается — 120–130 тысяч родов в Москве. Чем это обусловлено? Конечно, это и те женщины, которые приезжают к нам рожать, это и жители различных регионов, которые приезжают сюда работать, встают на учёт по беременности и здесь же рожают. Но это примерно около 15%. В основном это коренные москвичи, которые хотят рожать вторых, третьих и далее детей. Если раньше у нас было больше первородящих женщин (50/50 — первородящих и повторнородящих), то сейчас концентрация повторнородящих женщин увеличилась. Примерно 60% — это женщины, которые хотят родить второго, третьего и последующих детей, и 40% — первородящие.

За счёт каких источников? Почему женщина принимает решение рожать второго, третьего и так далее ребёнка? Дело в том, что Москва делает очень много, принимает определённые льготы. Сын мне однажды говорит: «Рожаем третьего ребёнка — как хорошо: парковки будут бесплатные». То есть этот небольшой штрих, который приводит к тому, что семья принимает решение рожать

третьего и последующих детей. Потому что льготы для москвичей, которые являются многодетными, очень большие. Я не буду их перечислять.

С 1 января 2018 года было принято 18 категорий льгот для многодетных семей. Это очень важно. Это и детские пособия, это и пенсия, это и пособие на ребёнка-инвалида, и пособие до 3 лет и так далее. Если регионы заинтересованы, можно зайти на сайт Московской городской Думы и всё это увидеть.

То, что сегодня было сказано о девочках-подростках — это беда. К великому сожалению, мы сегодня не знаем количества аборт, которые делаются среди девочек-подростков. Потому что девочки идут в частные организации, и там делают аборт. Потому что, если девочка пришла на аборт, мы в обязательном порядке должны сообщить в органы правосудия. Если мы не сообщим, а РОВД или прокуратура узнают о том, что девочка когда-то сделала аборт в государственной больнице — это будет уголовное дело на доктора, который не сообщил в органы правосудия о том, что девочка сделала аборт. В этом проблема.

Минздрав сделал правильно, что сегодня каждая частная организация, которая делает аборт, должна получить новую лицензию. Это очень важно. Именно лицензию на производство аборт. В том числе и государственные учреждения — мы тоже сейчас делаем новые лицензии, для того чтобы можно было делать аборт.

Екатерина Филипповна, вы помните, лет 15 назад и Женское движение, и другие общественные организации активно распространяли информацию о вреде аборта, о вреде инфекций, передаваемых половым путём. К великому сожалению, сейчас этого нет. Я как депутат очень часто хожу в школы, встречаюсь с родителями. Что мне говорят родители? «Что вы нам говорите, что нужно спать с закрытой форточкой? Вы дайте нам материалы информационного характера». К великому сожалению, этих информационных материалов нет. Здесь, наверное, нужно продумывать идеологию, чтобы или какие-то уроки в обязательном порядке включать о здоровом образе жизни, и в рамках здорового образа жизни рассказывать о вреде аборт и так далее.

В нашей больнице (и во всей Москве) в структуре смертности смертность от онкопатологий на первом месте, так же, как и в Российской Федерации. Все лечебные учреждения научились оперировать, делать операции на сердце, справляться с инфарктом, справляться с инсультом, делаем уникальные операции по тромбэкстракции из сосудов головного мозга. Результаты великолепные, и пациенты не становятся инвалидами. И когда проходит

6 часов после того, как возник инсульт, результаты уникальные. Мы научились это делать. Но, к великому сожалению, онкология сегодня находится на первом месте в структуре смертности.

У женщин на первом месте — молочная железа, на втором месте — кожа, ободочная кишка, тело матки. Это, наверное, так же, как во всём мире.

Рак шейки матки. К великому сожалению, количество случаев рака шейки матки растёт, диагностика запаздывает. И если мы научились видеть рак молочной железы, то рак шейки матки мы пока ещё не видим. И от рака шейки матки пока ещё продолжают умирать женщины.

Качество жизни женщины, конечно, зависит от её здоровья. Мы провели большое исследование по дисфункции мышц тазового дна вместе с кафедрой Виктора Евсеевича Радзинского на базе нашей больницы. У каждой третьей женщины после 55 лет недержание мочи. Другое дело — что женщины не жалуются, женщины не ходят, женщины не хотят это обнародовать. Но это патология, которая в 75 лет приведёт к тому, что женщина будет не очень хорошо себя чувствовать и будет ходить с памперсом, постоянно.

Екатерина Филипповна, у нас есть фильм на 15 минут. Конечно, это очень длительный фильм, но я очень хотела бы, чтобы вы хотя бы три минуты посмотрели — о здоровом образе жизни. Дело в том, что Москва ещё два года назад, депутаты Московской городской Думы стали говорить об активном долголетии. Два года мы готовились к решению этой проблемы. И решение состоялось, мы его нашли. Каким образом? В каждой префектуре, в каждой управе есть социальная служба, которая очень активно занимается людьми разного возраста. После 55 лет (это ранний пенсионный возраст), люди старшего пенсионного возраста, делятся на три группы и занимаются по разным направлениям.

С 1 января, как только мы стартовали этот проект, женщины и мужчины активно стали включаться, приходиться в соцзащиту, активно заниматься различными упражнениями — йога, скандинавская ходьба, шашки, шахматы и так далее. И сами жители, которые живут там — Черёмушки и Царское Село — это ЦК партии, Политбюро партии. В основном это люди преклонного возраста. Они всегда голосовали против президента, испокон веков — Черёмушки и Академический район. Как только мы включили программу «Активное долголетие», в Черёмушках 67% проголосовало за Путина. Это просто маленький штрих к тому, что если мы будем заниматься женщинами, заниматься людьми старшего воз-

раста, они будут по-другому смотреть на очень многие, даже политические, вещи.

ПОТЕРЯЕВА Елена Леонидовна — проректор по лечебной работе Новосибирского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, член правления Союза женщин Новосибирской области



Добрый день, уважаемые участники конференции! Спасибо большое за приглашение к участию в таком важном разговоре, как здоровье женщины.

Сегодня здоровье женщины возведено в ранг государственной задачи, и его охрана — это дело не только государства, но и общественных организаций, о чём очень хорошо и достаточно обосновано в своём докладе сказала Елена Николаевна. По сути, её доклад задал вектор и направление обсуждения проблем в рамках нашей конференции.

Все те вопросы, которые поднимали наши уважаемые специалисты — огромное спасибо всем выступавшим до меня. Мы сегодня очень сильно пополнили свой багаж знаний по проблеме женского здоровья. Спасибо большое за такую интересную организацию и программу конференции.

Я представляю Новосибирское отделение Союза женщин России. Нашим руководителем является член Совета Федерации Болтенко Надежда Николаевна. Она тоже врач по образованию, длительное время работала в системе здравоохранения. И, безусловно, акценты нашей проектной деятельности расставлены таким образом, что мы являемся социально-ориентированной организацией. Конечно же, вопросам охраны здоровья, и в том числе женского здоровья, мы уделяем достаточно серьёзное внимание.

Ещё в 2015 году, обращаясь к Федеральному Собранию, наш президент Путин Владимир Владимирович акцентировал внимание на важности решения демографических проблем. В то же вре-

мя, конечно, в решении демографических проблем роль женщины просто неопределима, и сегодня мы лишним раз в этом убедились. Нам была предоставлена статистика последних лет.

Безусловно, современное общество предъявляет к женщине, к её организму повышенные требования. Все последние документы — и отечественные, и международные — подчёркивают большую роль женщины во всех сферах государственной и политической жизни.

Состоявшееся в июле в Новосибирске совещание в рамках Евразийского форума было посвящено проблемам участия женщины в жизни общества, проблемам ответа на вызовы, которые предъявляет современная общественность — и международная, и национальная, отечественная.

Сегодня охрана женского здоровья — это государственная задача. В последние годы вышли значимые документы — это и Национальная стратегия в интересах женщин на период до 2022 года, и Концепция демографической политики, и Концепция семейной государственной политики. Безусловно, мы видим заботу государства. Екатерина Филипповна начинала конференцию тем, что предметом гордости является принятие Национальной стратегии в интересах женщин. И, конечно, в этом колоссальная роль общественных социально ориентированных организаций.

Недавно постановлением правительства была принята и Госпрограмма Российской Федерации «Развитие здравоохранения», до 2025 года. В рамках данной программы будут реализовываться важнейшие проекты, которые направлены, по сути, на охрану здоровья женщины. Они финансируются государством, и в реализации этих проектов немаловажную роль играют общественные организации. Безусловно, это дело специалистов, но без помощи общественных организаций, реализация любой стратегии проекта сложная.

Приоритетный проект — «Формирование здорового образа жизни». Об этих проблемах уже очень подробно и достаточно на высоком уровне говорили, с участием Оксаны Михайловны, директора нашего ведущего профилактического института.

Ведомственный проект «Организация современной модели долговременной медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста». Этот проект реализует основные принципы охраны здоровья женщин, в том числе зрелого возраста. Тут тоже есть достаточно серьёзные проблемы — мы на эту тему прослушали интереснейший доклад.

Приоритетный проект «Совершенствование организации медицинской помощи новорождённым и женщинам в период беременности и родов». На эту тему тоже сегодня было несколько докладов, с великолепной статистикой, с анализом тех проблем, которые нам предстоит решить. Мероприятия проекта — профилактика аборт, поддержка мероприятий в субъектах в сфере охраны здоровья матери и ребёнка.

Я неслучайно заострила внимание на последней программе развития здравоохранения. Поскольку то, о чём я дальше буду говорить в своём докладе, касается опыта Новосибирской организации Союза женщин по реализации этих проектов. Это является нашим основным достижением в последние два года. Это прозвучало также в докладе Елены Николаевны, проблема здоровья сельской женщины остаётся и сохраняет свою актуальность.

Важнейший проект, который мы реализуем на своей территории — это «Здоровье женщины-селянки!», в рамках которого мы проводим благотворительные акции «Розовая ленточка», «Заботимся о здоровье вместе», «Здоровье работающей женщины». Это тоже очень серьёзная проблема. Мы проводим благотворительные акции на предприятиях Новосибирска для женщин, которые занимаются своим трудом в определённых условиях. И «Здоровый ребёнок — здоровая семья».

Про «Розовую ленточку» долго говорить не буду — это известная акция. У нас есть достаточно серьёзные проблемы, но «Розовая ленточка на селе» — это особый проект. Потому что, к сожалению, сельская женщина во всех смыслах немного обделена вниманием. Мы проживаем в Сибирском округе. Территориальная удалённость — это важнейший фактор доступности медицинской помощи. И когда в село приезжает бригада врачей онкомаммологов, к которому женщина попасть не может порой полгода (а что такое полгода для онкологического заболевания, всем хорошо известно), это находит колоссальный резонанс и отклик. Наши селянки, сельские жительницы очень благодарны врачам, и говорят: «Если бы к нам так постоянно приезжали, мы бы, конечно, всегда голосовали за тех руководителей, за ту нашу власть, за тех общественников, которые нам оказывают такое внимание в рамках этого проекта». И это чистая правда, абсолютная.

На селе мы проводим не только «Розовую ленточку». Мы проводим акции, которые направлены на оценку здоровья женщины в целом, всех возрастов — начиная от девочек и заканчивая жен-

щинами зрелого возраста. В бригаде работают офтальмологи, терапевты — всем записывают электрокардиограмму. Работают онкомамонологи. Безусловно, это всё сопровождается информационной поддержкой.

В рамках реализации проекта (я считаю, это тоже наше достаточно серьёзное достижение) мы достигли того уровня социального партнёрства, которое действительно работает на результат. С нами работают медики, работают студенты-волонтёры, работают специалисты-психологи, которые проводят анкетирование, проводят своеобразный психологический срез по девиантным формам поведения молодых жителей села — подростков, детишек. Эта акция имеет достаточно серьёзные результаты.

Помимо акций мы проводим обсуждения в рамках круглых столов, участие в гражданских форумах и так далее. Посмотрите, вот Надежда Николаевна с нами участвует в этой акции на селе. Это один из фельдшерско-акушерских пунктов в глубинке, на территории которого мы работаем. Она педиатр по базовому образованию, и когда не хватает рук, она активно подключается и с удовольствием осматривает детишек и проводит с ними работу.

Мы планируем реализовать новый проект, направленный на медико-психологическую поддержку, профилактику бесплодия, перинатальных осложнений, при информационной поддержке некоммерческой организации — Российской академии последипломного образования. Задачи проекта — работа с ЗАГСами, женскими консультациями, роддомами, направленная на медико-психологическую поддержку молодых семей.

И, конечно же, мы с удовольствием принимаем участие в грантовой политике. Спасибо большое за рекомендацию! Это достаточно большое подспорье Фонда президентских грантов для социально-ориентированных некоммерческих организаций.

Большое вам спасибо за внимание! Я понимаю, что в каждом регионе проводится определённая работа. Но вот с учётом контекста нашей конференции — мы сегодня говорим о здоровье женщины — есть государственные приоритеты в этом направлении, которые, по сути, закреплены в государственных документах. Я считаю, что общественные организации должны здесь найти своё самое правильное, самое достойное и самое важное место.

Спасибо большое!

БОЙКО Елена Львовна — старший научный сотрудник отдела акушерства и гинекологии, заведующая женской консультацией Ивановского научно-исследовательского института материнства и детства имени Городкова, доктор медицинских наук. Ивановское региональное отделение Союза женщин России.



Хочу выразить благодарность организаторам и вам, Екатерина Филипповна, за то, что пригласили на такое высокое собрание, за возможность обмена опытом и возможность учиться.

Женское движение Ивановской области — это сильное движение, которое может громко заявить о женщине. При этом это мягкая сила, перед которой открываются многие двери, в том числе и политические.

В нашем институте — огромный женский коллектив, который представлен женщинами разных возрастных групп. Но каждая профессионал, и каждая имеет активную жизненную позицию.

Сегодня основное направление научной и практической деятельности нашего института — это работа с семьями с разными видами нарушений репродуктивного здоровья. Это семьи с бесплодием, с невынашиванием, семьи, в которых родились дети с перинатальными пороками, с перинатальными какими-то проблемами.

Важное значение в повышении частоты рождения здорового ребёнка мы отводим «Школе будущих родителей». Прежде всего, это «Школа беременных», куда приходит беременная женщина, и «Школа по доабортному консультированию», куда обращается женщина, которая планирует сделать аборт. Мы боремся за каждую беременность. Мы привлекаем к этому консультированию и родственников, и мужей, и партнёров. Мы не бросаем женщину в трудной жизненной ситуации, а помогаем ей решать и принять правильное решение. Это повышение статуса отца, значимости отца. Мы его обучаем в «Школе будущих отцов».

Работа с подростками — это вообще отдельная тема. Мы работаем в школе по работе с подростками. Если раньше в эту школу приходили только девочки, то сейчас больше половины — это

юноши. Они стали интересоваться своим здоровьем, они стали интересоваться гигиеной своего тела, они стали интересоваться своим репродуктивным здоровьем. Мы с подростками разговариваем на очень серьёзные темы.

Мы бы не смогли провести такую огромную ежедневную работу с подростками, если бы мы не имели волонтеров из молодых врачей-ординаторов, аспирантов. Волонтеры с подростками разговаривают на очень серьёзные темы.

Мы разработали целую схему лекций, вместе с Департаментом здравоохранения, Департаментом образования Ивановской области. Мы действительно поднимаем очень важные вопросы.

Повысить роль учителя в профилактике репродуктивного здоровья нам позволяют курсы переподготовки, различные семинары, тренинги для учителей, воспитателей, психологов общеобразовательных школ.

Но забота о детях невозможна без внимания к их родителям. Поэтому мы со своими инициативами, со своими компетенциями выходим к родителям.

Всё это позволяет повысить статус женщины в семье, повысить её уверенность в семье, а это значит — улучшить положение ребёнка.

Конечно, мы не забываем про детские дома. На территории Ивановской области находится несколько детских домов, домов-интернатов. Мы разработали целую программу по работе с ними. Не забываем и про приёмных родителей. Оказывается, их тоже нужно обучать навыкам принятия приёмных детей.

Женщины нашего института очень активно участвуют в различных акциях — таких, как Всероссийская акция «Подари мне жизнь», Неделя профилактики нарушения репродуктивного здоровья. И мне отрадно вам похвастаться, что с нами очень тесно сотрудничают представители Русской православной церкви, выходят непосредственно в отделение и разговаривают с женщинами по сохранению беременности. Это различные дни открытых дверей — «Здравствуй, новая жизнь», «Путь длиной в 9 месяцев». И сюда мы приглашаем не только будущих мам и будущих пап, но и будущих дедушек и бабушек. Потому что совместные мероприятия позволяют укрепить взаимоотношения в семье. Это только повышает статус женщины в семье.

Сейчас многодетные семьи испытывают реальные трудности. Мы каждый год проводим — это уже у нас стало традицией — целые недели приёма многодетных семей. Здесь работают и психологи, и волонтеры, и медицинские работники. Иногда мама в

многодетной семье даже к гинекологу не успевают сходить, а благодаря такой нашей работе детский гинеколог смотрит девочек, а мама в соседнем кабинете пошла к взрослому гинекологу.

Конечно, наши ветераны, наша гордость. На территории, приписанной к нашему институту, находится два больших дома — для престарелых инвалидов и дом-интернат для ветеранов войны. Здесь мы работаем именно в качестве профилактики. Это бережная профилактическая работа с нашими пациентами-ветеранами.

Мы делаем очень много, и это можно увидеть в результативных цифрах. Это повышение эффективности рождения детей, по данным отделения ВРТ, и снижение младенческой смертности. Наши цифры по Ивановской области — это особая гордость.

Спасибо за внимание!

***ЕВСТИФЕЕВА Галина
Александровна —
заместитель руководителя
Общества пациентов «ОСТЕОРУС»,
Ярославский областной Союз
женщин России.***

Уважаемые участники конференции! Уважаемая Екатерина Филипповна! Хочу передать большой привет от председателя Ярославской общественной организации «Союз женщин Ярославской области», Ольги Владимировны Хитровой — она депутат областной думы, принимает самое активное участие в жизни женщин Ярославской области и Ярославля.

Вообще я пациентка с остеопорозом. Поэтому, помимо Ярославской областной организации, представляю ещё общество пациентов. Это всероссийское общество пациентов, которое называется «ОСТЕОРУС». Я буду говорить об остеопорозе.

В подготовке моего сообщения участие принимали профессора Ершова Ольга Борисовна, Белова Ксения Юрьевна.

Остеопороз — это проблема, которая существует во всём мире. Наша организация «ОСТЕОРУС» и Российская ассоциация по



остеопорозу принимает активное участие в работе Международного фонда остеопороза. 9 миллионов переломов происходит в мире ежегодно. Каждый 3 секунды происходит один перелом. Каждая третья женщина старше 50 лет будет страдать от остеопоротического перелома. Только 1/3 всех пациентов, кто имеет переломы позвонков, вообще обращается к доктору.

В России это тоже огромная проблема. 14 миллионов человек (это практически 10% населения) страдают от остеопороза. 17 переломов происходит каждую минуту, каждые 5 минут происходит перелом шейки бедра — это очень серьёзная травма. И каждые 15 минут от перелома шейки бедра умирает один человек.

Наша организация выдвинула такой лозунг — «Любите свои кости. Защитите своё будущее!» «ОСТЕОРУС» и Ярославская общественная организация женщин очень тесно работают в области предупреждения этого заболевания.

Как мы работаем? Мы занимаемся огромной просветительской работой. 20 октября отмечается Всемирный день борьбы с остеопорозом. Он был инициирован Международным фондом остеопороза при поддержке Всемирной организации здравоохранения. Россия в этом принимает самое активное участие. Мы проводим просветительскую работу не только один день — 20 октября — а на протяжении полугода.

В 2017 году в рамках этого дня 23 города Российской Федерации участвовало в мероприятиях, 39 центров остеопороза провели 139 мероприятий, участников — около 10 тысяч. Конечно, для нашей огромной страны это мало. Мы хотим, чтобы как можно больше общественников принимало участие в этом движении. Здесь небольшая география городов, которые принимали участие в праздновании Всемирного дня борьбы с остеопорозом. Но это не все города, у нас их было гораздо больше — 23. Здесь, наверное, есть представители Иваново, Москвы, Казани. Очень много городов участвует каждый год.

Одним из важнейших событий в этом году была видеоконференция, пресс-конференция в «РИА Новости» и в «Ростелекоме» Ярославля. В этой видеоконференции принимали участие депутаты Ярославской областной Думы и городской Думы, члены Совета Федерации, представители Ярославского областного Союза женщин. Это очень важное мероприятие дало старт нашей просветительской работе.

Мы тесно взаимодействуем с общественными организациями. Это Российская ассоциация остеопороза, это Союз женщин, это Международный фонд борьбы с остеопорозом, Клуб скан-

динавской ходьбы. Каждый год проводится множество мероприятий.

Что является одной из визитных карточек нашей работы? Это участие детей в этих мероприятиях. Когда мы с ними проводим различные мероприятия, они несут эту информацию дедушкам, бабушкам, своим родителям, и это очень важно.

Ежегодно мы проводим конкурс ко Дню остеопороза — конкурс детского рисунка. Лучшие рисунки обычно отбираются, и мы выпускаем календарь, в котором не только рисунки, а очень важная информация о том, как бороться с остеопорозом.

Мы выпускаем такой календарь с 2012 года. Одно из мероприятий, которое происходит на большой территории России — это «Бегом по “Золотому кольцу”», и обычно он посвящён Международному дню борьбы с остеопорозом. Наша большая команда Союза женщин и «ОСТЕОРУС» принимает в этом участие.

На международном уровне две наши организации (они обе некоммерческие) получают заслуженное признание, потому что мы действительно очень стараемся проводить большую просветительскую работу. В 2015 году мы были награждены дипломом в Афинах «За активное проведение Международного дня борьбы с остеопорозом в России».

Всемирная хартия пациентов с остеопорозом была предложена Международным фондом остеопороза в 2017 году. Наши организации тоже подписали эту хартию. Суть этой хартии. Во-первых, остеопороз во всём мире называют «тихой» болезнью (silent disease). В хартии — обращение к пациенту, чтобы пациенты обращались к врачу; к работникам здравоохранения — чтобы они защищали пациента, определяли риск переломов и проводили лечение, внимательно относились к пациентам. Кроме того, это, конечно, обращение к политикам, органам здравоохранения, органам власти — чтобы поддержать создание служб профилактики повторных переломов.

Какие наши перспективы? Конечно, это расширение географии и числа участников, которые любят свои кости и защищают своё будущее. Сильные женщины, которые сегодня здесь присутствуют, делают других женщин сильнее. И пожилым женщинам мы всегда должны стараться помогать.

Спасибо вам за внимание!



**НАЗАРКОВА Галина
Александровна — заместитель
председателя Новгородского
областного Совета женщин, автор и
руководитель проектов.**

Добрый день, уважаемая Екатерина Филипповна, участники конференции!

В Национальной стратегии действия в интересах женщин предполагается несколько основных направлений, и первое — создание условий для сохранения здоровья женщин всех возрастов. Владимир Владимирович Путин в своём послании Федеральному Собранию тоже отметил одну из главных задач — обеспечение шаговой доступности медицины.

Я сегодня хочу с вами поделиться нашими наработками в данном направлении. Тема моего выступления — «Практика реализации социально значимых проектов по оказанию медицинской помощи жителям отдалённых сельских поселений Новгородской области».

Для начала мне бы хотелось представить вам тот ресурс, которым мы располагаем. Областной Совет женщин имеет сетевую структуру: 21 совет женщин в сельских поселениях и больше 200 женских клубов в сельских поселениях, и для проведения мероприятий ежегодно привлекается свыше тысячи волонтеров.

Новгородский областной Совет женщин строит свою работу на основе Программы деятельности Союза женщин России «Равенство. Развитие. Мир в XXI веке», а в ней одно из направлений — содействие развитию медицины в стране, в том числе и в регионах.

С 2010 года Новгородский областной Совет женщин занимается проектной деятельностью. Разработано и реализовано 11 программ, включающих свыше 45 проектов, и все они направлены на поддержку семей, женщин и детей.

Партнёром в реализации программ и проектов, направленных на оказание бесплатной медицинской консультативной помощи жителям отдалённых сельских поселений, выступает Новгородская областная клиническая больница, также работа проводится совместно с администрациями муниципальных

районов, сельских поселений, центральными районными больницами, ФАПами.

Цель нашего проекта и программ, которые носят разные названия — и «Здоровье семьи», и «Забота в каждый дом» — это оказание бесплатной медицинской консультативной помощи жителям отдалённых сельских поселений муниципальных районов.

Финансовые источники — а без финансов такая программа просто нереализуема — на реализацию мы получаем по итогам конкурсов на получение субсидий из областного бюджета и президентских грантов (тоже по итогам конкурса).

Алгоритм реализации проектов выработывался с 2014 года и претерпевал некоторые изменения. На сегодняшний день он выглядит таким образом.

После заключения соглашения о получении субсидии или гранта Новгородский областной Совет женщин организует областное женское собрание, на который приглашаются председатели районных женских организаций, заместители глав муниципальных районов, которые курируют социальную сферу, и естественно, сотрудники и руководители центральных районных больниц.

На собрании присутствующие знакомятся с планами по реализации проектов, и до них доводятся некоторые требования, которые были выработаны. Это, во-первых, наличие от районов письма-ходатайства на проведение на территории муниципального района, в том или ином сельском поселении, выездного мероприятия по оказанию бесплатной медицинской консультативной помощи. Такие письма согласовываются и с главами сельских поселений, на территории которых будет проводиться данное мероприятие, и Советом женщин. Такие письма присылаются в областной Совет женщин за подписью главы района. На основании этих писем составляется график реализации проектов по оказанию бесплатной консультативной медицинской помощи в каждом муниципальном районе.

Геронтоволонтеры областного женского Совета и районных женских советов проводят с населением разъяснительную работу. Непросто людей привлечь, надо с ними провести разъяснительную работу, чтобы они пошли на медицинский осмотр. Районные женсоветы совместно с ФАПами и руководителями сельских амбулаторий составляют списки желающих прийти на это выездное мероприятие, поскольку на селе люди преклонного возраста, в основном это женщины, люди маломобильные, финансово малообеспеченные. Им попасть к врачу даже в районный

центр очень сложно — из-за плохих дорог или их отсутствия, оттого, что они не могут заплатить. Мы же в рамках проекта делаем это для них совершенно бесплатно. Такой список составляется по каждому сельскому поселению, где проводится мероприятие, чтобы было понятно, какие врачи нужны из областной клинической больницы.

В областной больнице есть специальная машина — передвижная медицинская амбулатория — которая используется в летнее время, где можно провести осмотр прибывающих на прием.

Областной женсовет в рамках этих проектов совместно с Областной клинической больницей, с Центром медицинской профилактики разрабатывал брошюру «Советы по сохранению здоровья пожилым людям», где отмечены все факторы риска для пожилых людей, особенно проживающих на селе. Это тяжёлый физический труд, это огороды, на которых наши женщины не щадят себя, не берегут своё здоровье. Такие информационно-разъяснительные брошюры совместно с выездом бригады медицинских работников направляются на место приёма, и в ходе приёма раздаются жителям.

Приёмы проходят и на базе амбулатории. Центральные районные больницы не используются, потому что, как правило, в районных центрах мы такие мероприятия не проводим, мы их проводим в отдалённых сельских поселениях. И если помещения ФАПа не хватает, а людей приходит много и заказывают много специалистов — например, 5-6 специалистов узкой специализации — то мы реализуем этот проект на базе каких-то других помещений, согласуя с руководителями сельских поселений. Порой, даже школу предоставляют для проведения этого всего.

Районные советы женщин, геронтовоолонтеры на местах проводят работу по подготовке помещений. Это помещение нужно и прибрать, и вырезки сделать, иногда даже расставить кушетки.

По ходу осмотра выявляются пациенты, которые по показаниям должны быть направлены на плановое профилактическое мероприятие в Областную клиническую больницу. То есть бывают случаи, когда выявляются такие экстренные вещи, что сразу отправляют в реанимобиле в Областную клиническую больницу. То есть человек даже не знал, что у него есть какие-то проблемы, а оказывается, нужно срочное вмешательство.

Вот такие жители к нам приходят. И общаясь с ними, мы спрашиваем: «Как качество приёма?», говорят: «Миленькие, вы только нас не забывайте». Я возвращаюсь и два дня отхожу от такого приёма, настолько боль человеческая трогает, дерев-

ни вымирающие (я думаю, что не только в нашем регионе, а во многих регионах страны), деревни отдалённые друг от друга, в деревнях — по 3-4 человека. Самое главное, что именно женсоветы организуют привоз жителей со всех деревень на прием, а потом отвозят их домой. В случае необходимости, если в деревне лежачий человек, туда уже едут врачи, которые нужны именно этому человеку.

Это такая конкретная помощь, которая очень востребована и населением, и властью. Это адресная конкретная работа, которая снимает социальную напряжённость в районах, ведь проблемы здравоохранения есть везде, и особенно — на селе, в отдалённых сельских поселениях. Проект востребован всеми.

У нас подобралась крепкая команда, которая организует это всё в рамках социального проекта. Мы не медики, команда, которая обеспечивает всю организационную работу на территории — взаимодействие областной больницы, сельских советов, ФАПов, ЦРБ. Команда собирает всех в кучку, чтобы все состоялось в одно и то же время, в одном месте, чтобы сделали столь необходимое для людей.

Работа по реализации программы освещается на сайтах Союза женщин России (мы периодически направляем информацию), в Общественной палате Новгородской области, Правительстве Новгородской области, Агентстве социальной информации, на блогах и так далее.

В результате реализации программ по этому направлению организовано 26 выездов в 18 из 21 муниципальных районов, бесплатная медицинская помощь оказана свыше 1,5 тысячам жителей отдалённых сельских поселений. Врачи провели около 5 тысяч приёмов. Свыше 180 больных направлено на дальнейшее лечение в Областную клиническую больницу. Изготовлено информационных брошюр 480 экземпляров, и они все переданы жителям, которые приходят на приём.

В этом году мы будем участвовать во втором конкурсе президентских грантов, для того чтобы эту программу продолжить, поскольку все в ней заинтересованы. Главы районов уже сейчас присылают заявки, чтобы мы приезжали ещё, в другое сельское поселение. Надеемся на поддержку, чтобы нам продолжить эту работу.



**МИНГАЗОВА Эльмира
Нурисламовна —
профессор Казанского
государственного медицинского
университета, главный
специалист по гигиене детей и
подростков Минздрава России
по Приволжскому федеральному
округу.**

Друзья! Я первый раз принимаю участие в мероприятии, организованном Союзом женщин России. Впечатлена единомыслием, общностью взглядов. Мы сейчас наблюдали во время перерыва, действительно, очень дружеское отношение друг к другу. Это очень подкупает, и я думаю, что если я вольюсь в эту семью, это будет таким действительно очень важным моментом моей жизни.

А сейчас о том, что заявлено — медико-социальная работа по охране здоровья женщин и детей. Я назвала мое выступление именно так для того, чтобы подчеркнуть, что медико-социальная работа — это новый вид работы, деятельности, она мультидисциплинарная. Это и профессиональная деятельность, и общественная деятельность по ряду направлений, которые вам известны. Все это направлено на сохранение различных социальных групп населения.

Я хотела бы подчеркнуть, что женское здоровье — это общественное здоровье. И в частности давно разработаны и доказаны четыре самых важных критерия в данной характеристике. Это медико-демографические процессы, заболеваемость, инвалидность и физическое развитие.

Когда мы говорим про медико-демографический показатель, мы в принципе знаем, что Россия очень велика по своей площади, но, к сожалению, плотность населения мала. Мы действительно наблюдаем абсолютно определенные, уже несколько лет тому назад спрогнозированные показатели, которые сопровождаются определенными не совсем позитивными изменениями в демографическом процессе.

Естественная убыль населения прогнозируется в еще большую сторону. Если мы возьмем данные за 2017 год, на 30% меньше

10-летних девочек, чем было в 1990 году. И то же самое 20-летних. Это те, кто будет рожать, а их мало. И поэтому я абсолютно сознательно солидарна с рядом профессоров, которые говорили — каждая девочка, каждая женщина — это наше достояние, и мы должны очень бережно к ним относиться. То же самое и по мальчикам, уменьшается количество работоспособного населения, уменьшается количество подростков до трудоспособного возраста, увеличивается количество лиц после трудоспособного возраста.

Я хочу сказать, что именно в этих условных трех группах каждая из представительниц нуждается в заботе. И если раньше мы говорили, что объектами медико-социальной работы являются лица, которые имеют какие-то неблагоприятия — инвалиды, лица пожилого возраста, то сейчас на современном этапе можно сказать, что в медико-социальной помощи нуждаются, медико-социальной работой должны быть охвачены женщины любого возраста, потому что действительно это очень социально значимо.

Государство делает определенные подвиги, разрабатывает, внедряет документы. Объявлено десятилетие детства, а с ним и новые меры по поддержке семьи в России. Видите, и выплаты определенные, и помощь в социальной ипотеке, и определенные установки по медицинскому обслуживанию. Все это проговорено, все это делается.

Да, в регионах есть свои особенности. Я сегодня представляю женщин Татарстана, и хотела показать, что в Татарстане тоже есть определенные программы, которые продуманы, которые реализуются. Конечно, вы понимаете, что в 5-минутный отрезок невозможно все отразить, поэтому я говорю тезисно.

В частности, все началось с уважаемого нашего первого президента Шаймиева. И я подчеркну, что «Шаймиевская» выплата продолжается. В среднем это 200 тысяч рублей, если семья берет социальную ипотеку, и при этом появляется ребенок. Таким образом, Татарстан поддерживает рождаемость. Каждый год женщины Татарстана устраивают конкурс «Женщина года», и всегда самыми первыми награждаются женщины-матери, это, как правило, многодетные матери. Все делается через СМИ, через пропаганду именно приоритета в деторождении, в многодетстве, и так далее.

Есть особые программы, которые вы можете найти на сайте Минздрава, на сайте Министерства соцразвития, которые так и называются — «Дополнительные меры, направленные на повышение рождаемости». Здесь и санаторно-курортное лечение и отдых беременных, и так далее. И, конечно же, это медицинские

профосмотры несовершеннолетних. Для этого государство тоже сделало все. Совершенно обновлены нормативные документы, принят новый Приказ 514, мы сегодня о нем слышали. В нем четко прописывается, как должны проходить профосмотры.

Я хотела подчеркнуть, что если мы говорим о состоянии здоровья детей, то здесь тоже есть четыре критерия, но объединяет критерий общественного здоровья и оценку здоровья детей такой важный критерий, как физическое развитие.

Мы сегодня говорили о том, что неблагополучие складывается с детства. И активное долголетие, о котором мы говорим, и хотим, чтобы оно было, конечно же, закладывается в ранний период. Но оказывается, что физическое развитие — это такая переменная составляющая. Она зависит от социальных условий. Меняются в динамике десятилетий показатели роста детей, показатели роста и весовые показатели откликаются на сложные периоды. Вот 1940 год, во время войны, видите, как упали эти графики. И поэтому сейчас мы говорим о том, что наша Россия огромна, и у нас есть свои этнические, географические особенности, и так далее.

В 1960-1970 годы был замечательный опыт, когда данные физического развития объединялись в один сборник СССР, данные детей по городам и селам. Сейчас мы делаем попытку это возродить, и наш институт, я представляю Институт Общественного здоровья, пытается помочь отдельным регионам создать свои стандарты. Дети Якутии и дети на границах Прибалтики, они разные, и мы не можем сравнивать их с нормами. Мы не можем их сравнивать с ВОЗовскими нормами, потому что они тоже другие. То есть когда мы говорим о здоровье, мы должны четко знать, как это здоровье анализировать, и вы, как представители общественных организаций, тоже заинтересованы в правильной, четкой позиции оценки эффективности вашей работы. И как раз эти критерии будут являться стимулом для дальнейшей работы.

Что еще я хочу сказать? Эти показатели физического развития детей были услышаны на межпарламентской ассамблее в Петербурге. У нас скоро будет Евразийский конгресс, и мы хотим, чтобы наши страны были объединены в унифицированном подходе той же самой методикой, которая использовалась в 1950-е, 1960-е, 1970-е годы. Такие стандарты сделала Киргизия, сейчас заказали Узбекистан, Таджикистан. Это и есть основа правильности, которая объединяет наши народы, то, что в девизе: «Мы разные, но мы вместе».

Да, есть проблемы с физическим здоровьем. Есть и тучные дети, которые испытывают определенные нарушения, и психо-

соматика, и так далее. Есть девочки, сознательно худеющие, это тоже неправильно, это прогностически неблагоприятно. Это прогностический признак, который будет снижать фертильность женщины в будущем деторождении. Поверьте, я 30 лет занимаюсь вопросами репродуктивного здоровья девочек и знаю, о чем говорю. Как будет закладываться с детства женский организм, таким он и будет.

Что мы выявили. Мы выявили наиболее сильно действующие факторы, факторы риска для здоровья девочек. Мы взяли только одну форму, или, скажем, одну только патологию. Многие относят это к просто нарушениям репродуктивного здоровья, но это патология — альгодисменорея. Посмотрите — курение имеет самую высокую степень воздействия. Да, огромные физические, умственные нагрузки, и так далее. Показатели состоят из управляемых и неуправляемых факторов. И если мы правильно будем это использовать, то мы можем подойти к прогнозированию, то есть каждого ребенка, каждую девочку, каждую женщину сможем поставить на правильную индивидуальную программу профилактики. Лечение и профилактика должны быть именно индивидуально обоснованными.

Меня попросил Союз диетологов России, сказать о том, что они разработали новую программу, которая дает возможность каждому врачу, независимо от специальности, использовать правильное тестирование, спрашивать и разрабатывать на основе индивидуальных подходов свой правильный рацион с учетом состояния здоровья. Попросили меня сказать о том, что возрождается программа грудного вскармливания, и так далее.

В заключение хочу сказать, что я посмотрела, как замечательно построена ваша организация, Союз женщин России. В структуре есть центр социальной поддержки женщин. Так вот я призываю создать центр охраны здоровья женщины и семьи, я думаю, вы меня тоже поддержите. Может быть, он будет просто номинально, но специалисты такого уровня, которых мы сегодня видели, будут выступать в нем в качестве экспертов. Мы слышали замечательный опыт с мест. Нам нужно весь его обобщить, и действительно создать информационно-просветительский портал для того, чтобы опыт с мест транслировать, чтобы действительно научно обоснованно его рекомендовать. Сейчас идет пора профессионализма. Нельзя нам выступать на ощупь. Все, что правильно, что доказано, нам нужно брать. Я думаю, вы меня в этом поддержите. Спасибо.



***РЕМНЕВА Надежда Степановна —
председатель Алтайского краевого
Совета женщин, председатель
Общественной женской палаты
при губернаторе края, кандидат
социологических наук, доцент
кафедры социальной работы
Алтайского государственного
университета***

Уважаемые участники Конференции! Дорогие подруги!

Сердечно приветствую всех вас от имени нашей многотысячной организации - Алтайского краевого Совета женщин и всего полуторамиллионного женского населения Алтая! Дата проведения нашей конференции символично пришлась на март, когда вместе с весенней природой ликуем и мы, женщины, радуясь победе нашего кандидата В.В. Путина на выборах Президента. Именно ему, В.В. Путину, мы — женская общественность, Союз женщин России благодарны за реализуемую в стране приоритетную политику в интересах женщины-матери, ее семьи и детей. Эта политика является ключевой составляющей в качественном улучшении жизни людей, чему, несомненно, последние десять лет способствовали масштабные меры, законодательно закреплённые нашим государством.

Нас, женскую общественность России, особенно убедило в правильности и правоте нашего выбора содержание Послания Президента страны в марте этого года, пронизанное любовью к Отечеству, заботой о каждом человеке. Он сказал: «Нам важен и ценен каждый человек, чтобы он чувствовал свою востребованность, прожил долгую и, главное, здоровую жизнь, радовался внукам, правнукам...» И, в целом, он подчеркнул, что ближайшие годы будут решающими для страны, а основной целью дальнейшей работы должно стать сбережение народа.

А о том, что можем сделать мы, женщины, для достижения этой цели, по отношению к себе, своей семье, обществу, стране, шла речь на Форуме женщин Алтая, состоявшемся накануне Международного женского дня 6 марта этого года. Мы обсудили совместные действия власти и общественности по дальнейшей реа-

лизации Национальной стратегии действий в интересах женщин, этого уникального документа, рожденного впервые в истории России. А выбранный девиз нашего Форума «За мир и счастье на земле, и в каждом доме, и в семье» - свидетельствовал о том, что даже в праздничные дни нас, россиянок, больше всего волнуют проблемы семьи и мира! На наш взгляд, это особенно важно было сделать накануне главного политического события в стране — выборов Президента России!

В нашем крае, к чести его руководства, сложилось четкое понимание того, что накопленный уникальный общественный потенциал женщин — мощный ресурс развития региона. В рамках, действующих у нас Соглашений о взаимодействии власти и женской общественности, в том числе и с Союзом женщин России (напомним, что Алтайский край первым подписал это Соглашение), мы сообща смогли оценить проделанную работу по реализации Стратегии за прошедший год. И, что не менее важно, посоветоваться, как дальше строить отношения сотрудничества, поднимая роль и ответственность самих женщин за свои семьи, своих детей, родной край и за всю страну. Учитывая важность вопросов, рассматриваемых на Форуме, заинтересованное и значимое участие в нем принял Губернатор края (это традиционно и ежегодно) А.Б. Карлин.

В настоящее время женщины, а их в крае почти 1.4 млн. человек, благодаря своему трудолюбию и силе характера, успешно руководят предприятиями реального сектора экономики, управляют ключевыми отраслями и организациями в социальной сфере, достойно работают во всех областях народного хозяйства, занимают заметное место в общественно - политической жизни. Среди государственных служащих женщин в крае более 70 процентов, почти столько же их в аппарате Правительства. В большинстве своем — это общественные лидеры, высокие профессионалы своего дела.

Но больше всего среди обсуждаемых проблем и задач мы уделили внимание укреплению здоровья женщины-матери и детей, приобщение их к здоровому образу жизни, их духовно-нравственному воспитанию и развитию. В настоящее время у нас выполняется весь комплекс серьезных мер, принятых Правительством края по поддержке традиционных ценностей семьи, реализации демографических программ, улучшению экологии. В крае усиленно развиваются отрасли образования и здравоохранения, масштабные вложения в них уже сказались на качестве знаний и на состоянии здоровья подрастающего поколения. Активно развивается социальная инфраструктура. Мы выполнили

задачи по обеспечению детей детскими садами (от 3-х до 7 лет). Мы ведем работу по обеспечению детей раннего возраста яслями, решаем задачу по переводу школьников на односменный режим занятий (82%). Эти задачи решаются во всех регионах страны, но на Алтае — даже с опережением сроков. Новый импульс получила работа по развитию медицины, особенно по усилению педиатрической службы, формируется педиатрический кластер. Идет мощное переоснащение материальной базы детских лечебных учреждений. Системная работа по поддержке семей, особенно многодетных (в крае 25 видов пособий для данной категории семей), привела за последние годы к увеличению их численности более чем в два раза (до 27 тысяч). Все больше жительниц края при поддержке государства успешно совмещают работу с ролью матери и хозяйки дома.

Уменьшение младенческой и материнской смертности до исторического минимума, увеличение рождений 2-ых, 3-их, 4-ых детей, рост продолжительности жизни — все эти значимые интегральные показатели демографического развития нашего региона не могут не радовать нас, женщин, тем более что во многих этих достижениях вклад женской общественности — ключевой. Как отметил Губернатор края А.Б. Карлин, «без женщин мы мало, что значим. Мы можем решать все задачи достойно, когда традиционный союз мужчины и женщины создает основу самой главной базовой ячейки общества — семьи. Вот тогда мы сильны и непобедимы». Это прозвучало, как правило, достойной жизни для каждого из нас — здоровой и счастливой.

Для советов женщин Алтай всегда, и раньше, а особенно сейчас, именно крепкая здоровая семья выступает главным фактором в сбережении здоровья женщины-матери, ее детей и в целом — народосбережения. А это значит, что сегодня нам надо реализовывать более эффективную демографическую и семейную политику, у истоков которой находится Женщина-Мать. От ее физического и духовного здоровья, от крепости ее семьи, от ее положения во всех сферах жизнедеятельности и зависит, какими темпами пойдет умножение человеческого капитала.

Советы женщин Алтай на протяжении своей 30-летней истории все свои инициативы, акции, программы реализовывали в интересах семьи, женщины-матери, ребенка. Такие из них, как акция «Алтай — без сирот», Эстафета родительского подвига (18 лет), конкурс «Я буду мамой» (11 лет), марафон «Поддержим ребенка» (9 лет) стали в регионе, поистине, знаковыми традициями. Более 15 лет в интересах здоровья женщины-матери, детей успешно ра-

ботает журнал «Здоровье алтайской семьи». А проводимые совместно с Бюро Союза женщин России межрегиональные конференции: «Партнерство в интересах семьи», «Партнерство во имя ребенка» получили высокую оценку наших друзей в Сибирском федеральном округе.

Понимая, что для сохранения традиций и передачи их от поколения к поколению нужно хорошо потрудиться, советы женщин Алтая делают это с удовольствием и ответственно. А, главное, следуя всем новым реалиям, дают жизнь новым проектам и инициативам, корневые ценности которых остаются неизменными: семья, женщина-мать и дети. Кроме того, в последние десять лет, не без нашего женского участия, к этим ценностям добавились еще: ответственное отцовство и отец!

Среди новых проектов наиболее социально значимые: краевой фестиваль «Семья — в фокусе», который проводим второй раз; в 2017 году фестивалем «Алтайский край — территория счастливого детства» дан старт «Десятилетию детства» на Алтае. А 2018 год ознаменован двумя новыми совместными проектами органов власти и общественности, реализуемыми в рамках нашей долгосрочной акции «Алтай — без сирот» в интересах семей с детьми: «Социальный десант» и «В центре внимания - ребенок».

И, конечно, мы не стоим в стороне, а напротив, зачастую являемся инициаторами новых государственных проектов и программ. Среди них: и создание перинатальных центров, и демографических программ, и передвижных центров «Женское здоровье», «Маммограф». Мы с надеждой на результат восприняли рассмотрение и утверждение на заседании Правительства края нового проекта «Мужское здоровье». В его реализации большую роль предстоит сыграть нашим Советам отцов и Советам женщин, особенно в части просветительской — по изменению отношения мужчин к себе, формированию ответственности за свое здоровье. А истоки к этому опять лежат в семье. Только крепкая, здоровая семья, изначально закладывает здоровье того, кто завтра вливается в главное богатство семьи, страны под именем Человеческий Капитал!

И поэтому нам, всем женщинам, в первую очередь лидерам своих региональных отделений СЖР, советам женщин в союзе с советами отцов предстоит совместными усилиями продолжать формировать в людях четкое понимание того, что ответственность за свое здоровье, за здоровье и судьбу своих детей, кроме государства, несут, прежде всего, родители. Как четко поставил задачу наш Президент, «надо, чтобы дети выросли здоровыми и

стали успешными в сильной, динамичной, успешной стране, которая выходит на новые рубежи». От физического и духовного здоровья новых поколений и зависит, какими темпами пойдет народосбережение и умножение человеческого капитала нашей Родины, рост её силы и авторитета в мире.



ПОДОЙНИЦЫНА Валентина Ивановна – *председатель региональной общественной организации «Совет женщин Забайкальского края», заместитель председатель Общественной палаты Забайкальского края, заслуженный врач Российской Федерации, кандидат медицинских наук*

Уважаемая Екатерина Филипповна, Галина Викторовна, уважаемые участницы конференции, дорогие подруги. Национальная стратегия, и сегодня все об этом говорили, начинается именно со здоровья женщины. Национальная стратегия была подписана, в марте 2017 года, а в мае по инициативе «Союза женщин Забайкальского края» мы собирались на базе Министерства здравоохранения, привлекая Министерство социальной защиты, образования, культуры, спорта, и большинство общественных организаций для того, чтобы выработать нашу стратегию, решить, как мы будем исполнять эту национальную стратегию в отношении здоровья женщин.

Я очень благодарна Екатерине Филипповне за эту конференцию, за то, что в ней участвуют высокие профессионалы своего дела, мы очень многое услышали, и я теперь понимаю, что нам не надо велосипед изобретать.

Сегодня наши подруги рассказывали, что у них в отдаленные районы организованы специальные десанты, мы тоже организуем такие десанты. Опыт замечательный. Он даже более положительный, чем у нас. Я его обязательно использую. Сегодня наша задача заключается в том, что мы хотим создать комплексную программу

по оздоровлению женщин Забайкальского края, по профилактике и раннему выявлению заболеваний. Конечно, красной нитью здесь проходит онкология.

Согласно статистике, частота онкологических заболеваний в России повышается, а репродуктивная сфера лидирует — 38,9%, хотя во всем мире это считается предотвратимыми заболеваниями. В связи с этим мы создали «Онкопатруль в действии». Это Интернет-проект, и цель этого проекта понятна. Я не называю снижение заболеваемости, и все остальное, это само собой, но самое главное — прохождение скрининговых обследований на рак шейки матки и молочных желез.

Хочу сказать еще о том, что очень мало факторов, которые зависят от человека, на которые он может влиять. Большинство от нас не зависит. Это возраст, наследственность, генотип, радиация, взаимодействие с химическими канцерогенами. А из зависимых, то, на что мы можем влиять — это курение — рак легкого, и вирус папилломы человека, рак шейки матки. Мы еще можем сдать анализы на онкомаркеры, но надо помнить, что только 5-10% опухолей детерминированы этими генами. Поэтому на сегодня профилактика вообще не обсуждается — это необходимо. Очень важно понять, как выявить болезнь на ранней стадии, и как ее лечить.

Каковы масштабы проблемы? Рак шейки матки занимает 4 место в мире, а в возрасте 15-44 года — 2 место. И, к сожалению, рак молодеет. При отсутствии должного внимания и задержке с принятием необходимых мер в течение ближайших 10 лет смертность от рака шейки матки возрастет на 20%.

Распространенность рака шейки матки в Российской Федерации. 2005 год — 110,3; 2015 год — 119,7. А это динамика заболеваемости раком шейки матки на 100 тысяч женского населения в Забайкальском крае. В Российской Федерации в 2016 году 21,3. У нас в 2014-м — 39,8, в 2016-м — 54,2, в 2017-м — 49,2. И за 2016 год заболеваемость у девушек 17-25 лет возросла в 2 раза.

Очень много делается всеми медицинскими работниками — и гинекологами, и онкологами, врачами общей практики. Но почему нет улучшения, в чем причина? Я хочу сказать о том, что еще очень важно отношение женщины к своему здоровью. Проведенные исследования показали, что у 51% настороженность нормальная, у 17,1% это фобия, боязнь — «не пойду, потому что больно, страшно». Две недели назад мы похоронили врача-педиатра с 40-летним стажем, которая боялась, потому что если оперировать,

то будет распространение. Лучше прожить столько, сколько есть. Вот такая плохая информированность.

То есть, первое — это фобия, а второе — это пренебрежение. Так вот 36,7% — это пренебрежительное отношение к своему здоровью. Почему женщины не идут — заняты, времени нет, они работают, боятся, кто-то стесняется, больно, и еще целый ряд других причин. Особенно молодые девочки стесняются — вдруг пойду, покажусь, кто-то увидит, и так далее.

И тогда мы задумались, посмотрели мировой опыт. Я хочу сказать, что наш проект называется «Онкопатруль в действии». И, конечно, «Союз женщин Забайкальского края», Ассоциация акушеров-гинекологов, которую возглавляет член нашего Союза и доктор медицинских наук, профессор Белокрыницкая Татьяна Евгеньевна, главный врач смотровой поликлиники — тоже член Союза, мы проводили вот такое исследование. Мы обследовали женщин одновременно. Да, я не сказала, что в мировом опыте используются скрининговые программы, и значительно снизилась патология. Вернее, не сама патология, а повысилась выявляемость, и появилась ранняя возможность лечения у женщин с раком шейки матки.

Так вот, есть такой самозабор, самообследование. У нас продаются тесты на беременность в аптеках, но таких тестов у нас нет. И государственная программа диспансеризации не может пока ликвидировать сложившуюся ситуацию не только у нас, в Забайкальском крае, а везде в стране.

У нас некоторое время были такие тесты. Женщина сама в женской консультации, при соблюдении всех этических моментов делала этот забор безболезненно. 95% сказали — безболезненно, никаких неприятных ощущений нет, все легко. Делал также забор врач. 95% — это девочки 17-25 лет. 36% отдали предпочтение забору врача. Когда мы спросили, почему, женщины ответили, что, наверное, врач должен лучше сделать забор, качественнее, чем они сами. Но в конечном итоге потом 98% все-таки сказали: «Мы бы делали это сами».

Мы провели это исследование у женщин, которые приходили устраиваться на работу. Это социально нормальные, благополучные женщины. Вирус папилломы человека обнаружен у 42%. А среди них у 51,2% несколько типов вируса. Вы знаете, что их много, и тех, которые вызывают особую патологию, несколько. А это распределение по возрастным группам. 25-35 лет — это 41,7%, 18-25 лет — это 27%, и 36-45 лет — это 30,9%.

Такое исследование, что еще показало? Что практически в 5 раз этот тест оказался более эффективным. Наши ученые, молодцы, занимаются наукой, приняли участие в создании клинических протоколов, утвержденных Минздравом. В клинических протоколах прописано, что, как и почему, но не делегировано, кто будет этим заниматься, кто это будет делать.

Каковы пути решения проблемы? Во-первых, широта охвата скринингом должна быть не менее 70%, а если эффективно, то 80%. На сегодня у нас 30%. Оптимальный цервикальный скрининг. Начало — 21 год, хотя вообще в мире идет после 25 лет. Конец — 69 лет, если в течение 20 лет не было никаких предраковых заболеваний. 21-29 лет — это цитология, и в то же время и жидкостная цитология, и та, и другая не реже 1 раза в 3 года. Они эффективны. 30-69 лет — это тоже цитология, жидкостная цитология и на вирус папилломы человека не реже 1 раза в пять лет. И, конечно, должен быть мониторинг — наличие базы данных женщин, которые подлежат обследованию, прошли его и с выявленной патологией.

Безусловно, все это требует определенных затрат. Мы у себя тоже проводили 2 марта второй региональный форум с международным участием, приезжала большая китайская делегация из Пекина, из Внутренней Маньчжурии. 4 марта — это день борьбы с вирусом папилломы человека. И как раз в период этого форума мы представляли такой доклад. И, конечно, в рамках этого форума и в рамках дня профилактики вируса папилломы человека, совместно с волонтерами мы осуществляли такую работу среди населения, среди женщин. Очень эффективно мы это все доложили.

И последнее — необходимо способствовать тому, чтобы скрининг на вирус папилломы человека вошел в бесплатную медицинскую помощь. Что касается стоимости, то в России нет таких собственных тестов. Но может быть, действительно обратиться либо с просьбой о закупке, либо о том, чтобы наша отечественная промышленность такие тесты выпускала. Есть же тесты на беременность. Ровно такой должен быть на профилактику рака шейки матки.



АРТЕМЬЕВА Татьяна Евгеньевна — член Правления Вологодского областного Совета женщин, представляет Департамент здравоохранения Вологодской области.

Добрый день, уважаемая Екатерина Филипповна, участники форума. Я тоже на таком форуме впервые, и очень много полезного почерпнула сегодня. От моего выступления остались буквально какие-то крохи, потому что в процессе того, как выступали докладчики, я вычеркивала то, о чем уже было сказано, дабы не повторяться. И, в общем-то, хвастаться я сегодня не готова. Тема моего выступления «Содействие Советов женщин решению проблем репродуктивного здоровья».

Несмотря на то, что на протяжении 2000-2016 годов показатель естественного движения населения в России в целом демонстрирует положительную динамику, в Вологодской области естественная убыль так и не сменилась естественным приростом, несмотря на тенденцию сокращения. Последние данные свидетельствуют о затухании положительных трендов. В 2017 году, по сравнению с 2016-м в стране и в регионе уровень рождаемости сократился на 1,9%, что на фоне стабилизации смертности привело к нарастанию темпов естественной убыли населения. Согласно демографическому прогнозу для Вологодской области ожидается дальнейшее снижение численности населения, и в случае сохранения рождаемости и смертности на уровне базового года, к 2035 году регион потеряет 13% населения. В этой ситуации обостряется необходимость максимального использования иных ресурсов — общественного здоровья, и в частности репродуктивного.

С начала XXI века суммарный коэффициент рождаемости увеличился с 1,2 до 1,9. Однако для простого воспроизводства необходимо достичь 2,5, и это примерно 15% многодетных семей. На сегодняшний день таковых в 3 раза меньше. Для этого необходимо желание и возможности реализации рождений, и в первую очередь репродуктивного здоровья.

Однако заболеваемость болезнями мочеполовой сферы в области, как и по всей России, стабильно высока. Продолжается рост заболеваемости населения по ряду нозологических форм болезней репродуктивной сферы. Максимальное увеличение и распространенность в регионе за 15 лет показали: эндометриоз — рост почти в 2 раза, и болезни предстательной железы — рост в 1,5 раза.

Растет число женщин с бесплодием, думаю, как и по всей России, и составляет до 1,7 от общего количества женщин фертильного возраста. Однако по данным обследования бесплодных пар, обратившихся за лечением с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, женский и мужской фактор занимают одинаковый процент, и, говоря о сохранении репродуктивного здоровья, важно говорить о сохранении здоровья не только женщины, но и мужчины тоже. Для полного анализа ситуации не менее важно понимание и самооценка населением репродуктивного здоровья.

Так вот согласно данным мониторинга репродуктивного здоровья и поведения жителей Вологодской области только 7% населения оценили свое репродуктивное здоровье как плохое и очень плохое. А 75% — как довольно хорошее и удовлетворительное. Причем среди мужчин негативную оценку дали 4%, а среди женщин — 10%. Наличие заболеваний репродуктивной системы подтвердили 9% жителей региона, причем среди женщин 15%, среди мужчин — только 2%.

Но если 81% женщин отметили, что посещают гинеколога не реже 1 раза в год, то среди мужчин 44% вообще никогда не обращались к урологу-андрологу. И мужским-то здоровьем по настоящему, системно никто и нигде не занимается. Хотя в настоящее время в новый Приказ 514 по диспансеризации детей включен осмотр детского уролога-андролога, но, к сожалению, я думаю, что не только в нашем регионе, но и во многих других таких специалистов очень не хватает, и особенно это ярко видно именно по сельской местности. Если в городах еще как-то худо-бедно с этими специалистами можно порешать и обеспечить прием, то в сельской местности на сегодняшний день это даже катастрофа.

По данным 2017 года 92% респондентов живут половой жизнью. Почти 40% имели более 2-х половых партнеров, 10% имеют непостоянные, случайные контакты. Причем всегда используют какой-либо метод контрацепции только 34% сексуально активных вологжан. Среди средств контрацепции уверенно лидирует по популярности презерватив. Как мы видим эти цифры, второе место занимает внутриматочная спираль. То есть о безопасности

сексуальных контактов в отношении заболеваний, передающихся половым путем тут вообще говорить нечего. Я думаю, что такая же ситуация и по России.

Несмотря на то, что в результате целенаправленной работы по профилактике нежелательной беременности число абортот в области уменьшилось на 34%, но в среднем каждая женщина хотя бы раз в жизни прибегала к искусственному прерыванию беременности. А ответственность за это решение, как правило, несут преимущественно женщины. Почти в половине случаев прерывание беременности было инициировано именно ими, и только треть принимали решение совместно с партнером. Причем мужчины в 2 раза реже выступают за аборт. То есть вот какой большой пласт работы именно для общественных организаций.

С учетом изложенного, обостряется необходимость максимального использования всех ресурсов для улучшения демографической ситуации. И формирование задач, направленных на улучшение репродуктивного потенциала путем изменения репродуктивного поведения, на уменьшение репродуктивных потерь очень актуальны для всех уровней власти, и нам важно использовать как интенсивные, так и экстенсивные направления управленческих воздействий. Безусловно, в комплексном решении этой проблемы могут играть и играют важную роль общественные организации.

Сегодня в регионе активно работает СО НКО по доабортному консультированию. И уже совсем близко к нашей теме — Вологодский областной Совет женщин под руководством депутата Законодательного собрания Людмилы Георгиевны Ячеистойовой держит руку на пульсе всех актуальных проблем в регионе, особенно связанных с ролью женщины в современном обществе, с условиями ее жизни и жизни ее детей, условиями труда, популяризацией традиционной семьи, защитой и поддержкой многодетных семей, и так далее. Эти и другие вопросы рассматриваются как на заседаниях областного Совета женщин, так и на заседаниях постоянного комитета.

Так, под контролем Совета женщин находится вопрос по выполнению условий по охране труда женщин как фактора сохранения здоровья, в том числе репродуктивного. И с определенной периодичностью проверяется выполнение коллективных договоров на предприятиях с последующим рассмотрением на областных конференциях. Итогом, как правило, является резолюция с конкретными предложениями в адрес работодателей, профсоюзных органов, государственных инспекций труда с обязательным последующим контролем исполнения.

Большую роль областной женсовет отводит повышению статуса семьи, в том числе многодетной, повышению роли женщины-матери, хранительницы семейного очага, семейных традиций. Давно стали популярными и полюбились вологжанам такие мероприятия, как областной конкурс «Женщина года», «Семейный лад», «День матери», «День отца», где чествуются и многодетные матери, и отцы. Молодой праздник «День Петра и Февронии», на котором молодые пары получают слова напутствия от золотых, и многие другие.

В этом году второй раз в области прошел областной женский форум, где прозвучал женский взгляд на актуальные вопросы жизни региона. Тема форума «Женщина за достойную жизнь, здоровье и долголетие, счастливую семью». Форуму предшествовали аналогичные мероприятия в районах и городах области, круглые столы, где повсеместно рассматривались темы здорового образа жизни, охраны здоровья, популяризации семейных ценностей.

Два круглых стола, а также панельная площадка были посвящены именно репродуктивному здоровью. Кроме этого, отдельной темой у нас была тема по охране здоровья мальчиков. И такая тема на таком уровне поднималась, вообще отдельно рассматривалась впервые. Итогом по здоровью мальчиков мы планируем сделать очень большой региональный проект, где прицельно рассматривается здоровье именно этой части населения. Именно в ходе форума были систематизированы проблемы сохранения репродуктивного здоровья региона, обобщены имеющиеся практики в данном направлении, подчеркнута их важность как государственной задачи.

В резолюцию форума вошли предложения в адрес органов власти всех уровней, институтов гражданского общества и средств массовой информации по повышению эффективности профилактики борьбы с социально значимыми заболеваниями, усилению работы медицинских организаций, по выявлению факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения, увеличению доступности скрининговых исследований по выявлению онкопатологий, в том числе и на вирус папилломы человека. Резолюция форума стала отправной точкой в разработке межведомственного комплексного плана по сохранению и улучшению репродуктивного потенциала региона. И данный вопрос уже вошел в концепцию развития здравоохранения региона на 2021-2025 годы.

Сегодня прозвучали практические предложения в этот комплексный план, помимо тех, которые у нас уже были прописаны.

Буквально можно брать услышанные сегодня материалы, и формировать этот план.

В завершение хочу сказать, что главное в решении всех вопросов — это, безусловно, люди. А в решении вопросов именно здравоохранения главную и первую скрипку решают кадры. И большая просьба, чтобы от нашего форума как-то прозвучало решение вопросов по кадровому обеспечению регионов именно медицинскими работниками, потому что на сегодняшний день мы, извините за такое слово, донашиваем ресурсы советского периода. У нас даже в регионе появился термин — неходячие доктора. Это те, которые сегодня на приемах еще работают, но уже не могут ходить на вызовы к детям. И вот после того, как мы доживем, доносим этот ресурс, работать будет совсем некому. Поэтому очень важно, чтобы у нас был определен государственный заказ на кадры медицинского направления, потому что если у нас не будет медицинских кадров, то все, о чем мы сегодня говорим, к сожалению, не будет иметь воплощения. Поэтому это как такой призыв или крик души.

***ЗОТОВА Татьяна Алексеевна — заместитель председателя
Союза женщин Самарской области***

Добрый день, коллеги. Екатерина Филипповна, как всегда огромное спасибо за организацию этого совещания. Как всегда вы нас спланиваете, как всегда держите в тонусе, и то, что вы сегодня нас соединили вместе, это послужит, естественно, на улучшение здоровья населения в России.

Что я хочу сказать по поводу нашей работы. Дело в том, что мы в Самарской области озабочены здоровьем женщин, конечно, и работу ведем поэтапно, по возрастам. И очень большая озабоченность у нас несовершеннолетними детьми женщинами матерями-алкоголичками. Как мы можем помочь? Пока в течение года работаем с такими детьми, женщинами, лечим их анонимно. Они соглашались. Мы даем год пожить в здоровой семье. Мы с ними общаемся до начала лечения, спрашиваем: «Что для вас семья?» Они говорят: «Семья — это мама на помойке, это бутылки в доме, это нечего есть». А после они, особенно подростки, особенно мальчики, говорят: «Мы поняли, что семья — это то, что я сделаю сам». Понимаете, у нас просто слезы на глазах от такого. Мы анкетуем их.

Мы очень озабочены тем, о чем как раз сегодня говорили, что золото наше — это наши подростки, девочки 15-17 лет. Для того

чтобы воспитать чувство позитивного материнства, чтобы было как можно меньше социальных сирот, мы сейчас организуем адаптивные комнаты по уходу за новорожденными, которые оборудуем интерактивным пупсом, который все умеет делать. Это очень хорошая адаптация. И наши дети старших классов, и парни тоже говорят: «Мы тоже хотим», — ходят в течение 9 месяцев на занятия по очереди, 3 месяца одна группа, 6 человек. Они там учатся пеленать, учатся кормить, купать. То есть все это мы оборудовали. Они теперь не боятся ребенка, и мальчики говорят: «Теперь мы поняли, что ребенок может появиться только в полноценной семье». А девочки говорят: «Я теперь должна быть здоровой». И мы говорим о том, что здоровье ребенка первого года жизни — это очень важно, это вообще 80% здоровья дальнейшего.

Дело в том, что, собственно, психосоматические заболевания в основном начинаются после 30 лет. Часто те, кто работают с людьми, говорят: «Боже мой, а в той ли сфере я работаю? Я устала работать с людьми». И сейчас мы делаем школу по профилактике и преодолению профессионального выгорания для специалистов, работающих с людьми, и пригласили психотерапевтов. Мы забыли, что у нас есть такая сфера здравоохранения, как психотерапевты. Это те врачи, которые по своим функциональным обязанностям обладают знанием психики и знанием соматики. И когда мы проводили обратную связь, то люди говорили: «Я остаюсь в профессии в этой, с людьми. Я нашла себя, у меня есть силы». То есть тревожность, которая была, снижена.

По старшему поколению мы проводим «Школу здорового долголетия». Раньше у нас была школа активного долголетия, а теперь мы поняли, что долголетие должно быть не только активное, не из последних сил тащить рюкзак, а здоровое. И самое главное что, здесь у нас работают все врачи по соматике, и работает психотерапевт. И опять же женщины старшего поколения, мужчины у нас тоже приходят по желанию, говорят: «Мы нашли себя, мы поняли, что можно жить с сахарным диабетом активно, что можно жить с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, можно жить!» То есть они нашли себя, нашли в себе силы.

Кстати вся эта работа проводится для женщин в основном сельских, потому что они действительно обделены. Мы приглашаем врачей для того, чтобы проводить занятия, это врачебная школа, где мы обучаем оказанию первой неотложной помощи, само- и взаимопомощи. Это очень важно, вплоть до реанимационных мероприятий — непрямой массаж сердца, искусственная вентиляция легких.

Сначала мне говорили: «Да вы что, Татьяна Алексеевна! Пожилым людям! Молодые не справляются». Когда у нас был выпускной бал, у одной женщины при получении диплома сквозь улыбку навернулись слезы. Я спрашиваю: «Так вы плачете или смеетесь?» Она говорит: «Полгода назад у меня муж, он был гипертоником, вдруг я захожу — он лежит без сознания, произошло мочеиспускание, и все. Раньше бы я стала рвать на себе волосы, кричать, а тут я поняла — меня научили». Сама поставила диагноз — острое нарушение мозгового кровообращения. Мне потом фельдшер звонит и говорит: «Татьяна Алексеевна, я теперь поняла, что вы не зря учили. Она мне сообщила точный диагноз, а я ей: «Вы чего, шутите? — «Правда! Приезжайте срочно». И пока ехала «скорая», «скорая» ехала 40 минут, а при инсульте сами знаете каждая минута дорога, она просто банальную помощь оказала, которой мы ее научили — положила лед на область головы, снизила кровоизлияние. То есть оно уменьшилось. Врачи, которые приехали, конечно, госпитализировали. Эта женщина, наша ученица, рассказала: «Он у меня встал! Он у меня уже ходит!» Это то, что мы делаем.

Про наши адаптивные комнаты у нас сегодня в женских консультациях говорят: «А можно, мы туда будем присылать беременных учиться пеленать, учиться всему делу?».

ЛАХОВА Е.Ф.:

Очень позитивный опыт. Давайте сделаем так. Вы свой опыт обобщите, дадите Союзу женщин России, а мы по возможности его направим по субъектам с тем, чтобы ваш опыт могли изучить и адаптировать к своим условиям.

Безусловно проблемы в здравоохранении есть. Только что Татьяна Евгеньевна выступала, по поводу нехватки врачебных кадров — у нас скоро обычных терапевтов не будет. Когда нам сегодня беспрестанно на экранах показывают высокие технологии я нервничаю. Безусловно я рада высоким технологиям, но они доступны в Москве и об этом говорила Ольга Шарпова.

Я представляю Брянскую область — дотационный регион, и хорошо знаю реальную обстановку. Многие регионы, которые здесь представлены, такими высокими технологиями не располагают, а если нет медицинского вуза, то возникает еще проблема по обеспечению кадрами. Скоро вся медицинская помощь будет оказываться фельдшерами. Не хватает врачей. Это одна из острейших проблем России — подготовка медицинских кадров.

СУЛТАНОВА Рашида Искандаровна – председатель Союза женщин республики Башкортостан

Спасибо большое за такую интересную конференцию. Екатерина Филипповна, вот такой вопрос. Все говорят о демографии, но женщины спрашивают – от кого рожать, как рожать?! В России катастрофически не хватает мужчин. У нас каждая вторая российская женщина не замужем, и каждый второй мужчина не доживает до пенсии. Смертность мужчин в трудоспособном возрасте в 4 раза превышает смертность среди женщин. При таких условиях как быть? Об этом почти не говорят. Нужна все-таки какая-то государственная программа.

Необходимо оздоровление мужчин, нужны андрологи. Целая программа нужна. Женщины вынуждены искать партнера, чтобы только родить, свой материнский долг выполнить. Катастрофически не хватает мужчин.

ЛАХОВА Е.Ф.:

Согласна с Вами, беречь мужчин надо, больше уделять внимания их здоровью. Мы будем работать над этим. Вместе с тем следует отметить, продолжительность жизни у мужчин выросла. Раньше, в 1990-е годы, была 59, сейчас значительно выше.

Дорогие друзья, мы специально не готовили резолюцию, чтобы прежде можно было послушать ваши проблемы, ваши предложения. Я думаю, вы нам поручите в рабочем порядке резолюцию доработать. Вы ждем от вас предложений.

Почему сегодня мы вышли именно с такой повесткой дня? Мы радовались, что в национальной стратегии эту проблему поставили на первое место.

Мы должны помнить, что здоровье любого человека, и женщины, и мужчины, примерно на 15% зависит от медиков. А остальное зависит от разных социальных факторов, а также от каждого человека в отдельности. Мы должны рассматривать все аспекты, а не сводить только к одному здравоохранению, хотя это действительно очень важно.

Думаю, что мы должны в резолюции отразить то, что национальная стратегия принята и мы мало ею руководствуемся. Но есть вопрос, все ли познакомились с национальной стратегией в субъектах Российской Федерации? Когда начнешь разговаривать с губернаторами или с главами, никто про нее не знает. Созданы ли координационные советы или комиссии по реализации национальной стратегии в интересах женщин? Каким образом

и как вы подготовили план по реализации национальной стратегии? В папках у вас есть план по реализации национальной стратегии.

Пологаю, что каждый адаптирует этот план к своему региону. Надо продумать, каким-то образом у себя в регионе поквартально взять на контроль выполнение плана, как можно больше подключить разные ведомства и другие общественные организации.

Относительно здорового образа жизни. Оксана Михайловна — главный терапевт Российской Федерации предоставила великолепный материал, охватила разные аспекты. Все, что касается сохранения здоровья женщин всех возрастов, мы будем рекомендовать регионам, которые присутствуют сегодня здесь, провести у себя подобную конференцию.

Надо посмотреть всю статистику в динамике за предыдущие, по крайней мере, 3 года. По статистике сразу будет виден и рак молочной железы, и рак шейки матки, и сердечно-сосудистые заболевания, и ожирение, и сахарный диабет, насколько он молодеет, и так далее. Считаю, что надо опираясь именно на статистику, посмотреть, каким образом выстроить конференцию у себя в регионе.

В отношении кадровой политики, мы должны сформулировать вопрос в нашей резолюции. Есть технологии, о которых мы все время говорим. Надежда Ивановна, из института Герцена, сделала великолепное сообщение по раку молочной железы, она о высоких технологиях тоже говорила. Но нам надо что-то еще помимо высоких технологий для регионов, понять, каким образом и как обеспечить широкий охват, который просто необходим для того, чтобы можно было выявлять проблемы на ранних стадиях.

Когда мы говорим об осмотрах, об этом Валентина Ивановна говорила. Необходимо повышение культуры у наших женщин, т.е. они должны сами понимать, что раз в полгода и раз в год необходимо ходить к гинекологу, чтобы не было запущенных стадий рака шейки матки, чтобы умели проводить самообследование, чтобы понимали проблемы цитологии. Если есть такой опыт, давайте, мы порекомендуем его нашим регионам для того, чтобы наши женские организации могли к этому подключиться.

Мы с Еленой Николаевной говорили о том, когда мы начнем прививки для девочек, 12 лет. Она считает. Что все-таки еще не доказано на сто процентов, что ведущую роль в патогенезе играет вирус папилломы, который вызывает рак. Сегодня у нас такой патогенез, завтра другой. Когда нас учили, говорили, что язва желудка — это центральная нервная система. А сейчас хеликобактер

виноват. Пройдет какой-то период, и опять что-то будет. Поэтому насчет патогенеза сейчас вот так.

Я знаю, что в Ярославле был период, когда они начали заниматься прививками. Но это дорогостоящая прививка. Если какой-то субъект в качестве эксперимента решится на это, то он должен взять расходы на себя, сумма будет довольно приличная.

Посмотрите, проанализируйте, в каком состоянии находятся у вас женские консультации. Есть ли новые женские консультации, которые за последние годы построили. Сегодня, к сожалению, это очень редкий случай. Все, что было построено 1970-х, так практически и осталось. С детскими поликлиникам и стационарами подобная история.

Перинатальные центры, конечно, очень хорошо — высокие технологии, выхаживание маловесных. Но нам бы очень хотелось, чтобы и обычный, и областной роддом, имел такое же оснащение, и был обеспечен высококвалифицированными кадрами.

Хотелось бы, чтобы обратили внимание на сегодняшнее выступление Галины Александровны из Ярославля. «ОСТЕОРУС» — это единственная общественная организация, которая очень активно работает по проблеме остеопороза, которая возникает также по причине нашего бескультурья. Это женская болезнь. Любая проблема, связанная со здоровьем женщины, возникает по причине отсутствия информации. Посмотрите у себя в субъекте, каким образом и где идет постановка диагноза «остеопороз». Даже по Москве это тоже проблема. Действительно, в травматологических отделениях, если перелом шейки бедра, то чаще всего это перелом шейки бедра, конечно, у женщин.

Сегодня выступала Ткачева, главный гериатр страны. К сожалению, очень мало информации по этой проблеме. В России подготовка специализированных кадров — острейшая проблема, т.к. надо обязательно двухгодичную ординатуру проходить. Раньше готовили через интернатуру 6-7 курс, 7 курс был со специализацией. Вы понимаете, что значит для субъекта Российской Федерации, где нет медицинского вуза, направить на учебу специалиста на два года на учебу в другой регион. Сегодня ни врача-инфекциониста, ни врача-нарколога, никого подготовить нереально. Вот еще и платную ввели ординатуру. Это вредительство просто какое-то. Сегодня нет как таковой подготовки врачей узкой направленности.

По гериатрии, о возрастных проблемах немного говорила также Ольга Шарапова. К сожалению никто ничего не сказал про климактерический возраст. Где, и как можно получить консульта-

цию, информацию. Она сказала также про слабость мышц таза, а это проблема №1! Недержание мочи, опущение матки от тяжелой работы, от неподъемных сумок, которые она носит в течение всей своей жизни. Качество жизни такой женщины будет значительно хуже. Сегодня каждая вторая женщина нуждается в консультации по этой проблеме. И если в Москве есть, к кому обратиться, то в других субъектах таких возможностей нет.

При подготовке врачей в институте какие-то часы должны быть, для того чтобы знать, что такое гериатрия, геронтология, патологии старческого периода, когда они начинаются. Вот назвали проблему Альцгеймера, а там деменция, остеопороз, опущение, выпадение, опорно-двигательный аппарат, и так далее. Там еще много чего. Очень много именно тех болезней, которые начинаются в пожилом возрасте. Поэтому в резолюции мы должны эти моменты отразить. Предлагаю медикам, их сегодня много здесь присутствует, объединиться и от Союза женщин России написать бумагу относительно обеспечения кадрами, а мы можем ее направить в Минздрав.

Хотела бы обратить ваше внимание, об этом Татьяна Евгеньевна говорила, на коллективные договоры. Вы помните, мы делились опытом Новокузнецкого металлургического комбината, Сургутнефтегаза. В своих договорах они ставят конкретный заказ и условия директорам предприятий относительно медосмотров. Это необходимо делать.

Когда мы говорим о здоровье женщин, то обязательно говорим и о здоровье мужчин. Тема здоровья мальчиков также всегда остается для нас актуальной. Мы ее постоянно поднимаем, т. к. проблема андрологов стоит очень остро.

Если есть у вас еще предложения, давайте их в письменном виде, мы постараемся их учесть и доработать решение.

Друзья! Тема сегодняшней конференции интересная и очень важная. Наш Союз женщин России еще и просветительская организация. Кто, если не мы, будет нести в общество идею здорового образа жизни, говорить и настаивать на необходимости улучшения условий и доступности медицинского обслуживания?

Огорчительно, конечно, что уважаемая профессура не слышала выступлений представителей наших региональных отделений. Работа, которую проводят общественные организации очень значима и необходима. Мы благодарны нашим светилам за то, что они приняли участие в нашей конференции, донесли до нас очень интересную и очень нужную информацию. Спасибо всем участникам за активную позицию.