

Спецвыпуск «МГ»

Медицина высокого полёта

Так смело можно назвать службу охраны здоровья работников газовой отрасли



Пять лет назад мы уже посвящали спецвыпуск «МГ» медикам ОАО «Газпром». Газпромская поликлиника уже тогда занимала достойное место среди столичных клиник по оснащению оборудованием высокого класса, уровню профессионализма работающих здесь специалистов.

Речь тогда шла о современных службах лучевой диагностики, стоматологии, центре микрохирургии глаза, клинко-диагностической лаборатории, отделении восстановительного лечения... Так, в лучевой диагностике полностью перешли на цифровые технологии. Отделение традиционной рентгенодиагностики одним из первых в отечественной медицинской практике стало

В центре микрохирургии глаза идёт лазерная операция

внедрять системы цифровой радиогрaфии, а в последующем почти в 10 раз снизило лучевое воздействие на пациентов. Первыми здесь освоили цифровую маммографию. Перечень новшеств можно продолжать и продолжать. Особенно был отмечен детский филиал на Мичуринском проспекте столицы, где маленькие пациенты — дети работников газовой отрасли получают консультативно-диагностическую и лечебную помощь по максимуму. Всем последним направлениям в медицине педиатры отдали предпочтение.

Но «амбиции на вырост» никто здесь не отменял. А потому все поликлинические подразделения и сегодня лидируют в своём развитии,

потому что у коллектива и главного врача профессора Николая Лебедева есть чёткое понимание, что без уникальных технологий, без восприятия врачами нового в медицине невозможно добиться оказания качественной медицинской помощи. И конечно, без милосердия, бережного отношения к своим пациентам. Ведь лечить человека — значит проявлять милосердие в действии. Это кредо, негласный девиз коллектива поликлиники ОАО «Газпром».

О непростых буднях медиков, наполненных заботой о здоровье людей, работающих в газовой отрасли, рассказывает сегодняшний спецвыпуск «МГ» на стр. 7-10.

Александр ЧУЧАЛИН,
директор НИИ пульмонологии
ФМБА России, главный
терапевт-пульмонолог
Минздрава России, академик РАН:

Я поддерживаю стратегию в области здравоохранения, выбранную московским правительством, но считаю, что исполнение этих планов требует серьёзной корректировки.

Стр. 5



Елена БОГОРОДСКАЯ,
директор Московского
городского научно-практического
центра борьбы с туберкулёзом,
главный фтизиатр Департамента
здравоохранения Москвы:

Эпидемическая ситуация по туберкулёзу в столице поддерживается в основном за счёт завозного туберкулёза.

Стр. 6

Николай ЛЕБЕДЕВ,
главный врач поликлиники
ОАО «Газпром»:

Для меня главный вопрос жизни, как и для моих коллег, — что я могу отдать нашим пациентам, за здоровье которых мы несём ответственность.

Стр. 7-10



Акции

Голодовка на «скорой» в Уфе возобновилась

Сотрудники станции скорой медицинской помощи Уфы, дважды в прошлом году — с 9 по 23 сентября и с 8 по 13 октября — проводившие голодовку, вновь вынуждены прибегнуть к этой акции протеста. Сейчас от приёма пищи здесь отказываются 8 человек. При этом все они продолжают исполнять служебные обязанности.

Голодающие требуют соблюдения гарантированных законодательством конституционных и трудовых прав, прекратить дискриминацию и административное давление на сотрудников ССМП. Участники акции протеста просят также решить наконец кадровые вопросы, в частности, укомплектовать бригады, восстановить педиатрические и детские реанимационные бригады. Ещё одним пунктом требований значится отставка главного врача станции Марата Зиганшина и его заместителя.

Началось всё с того, что 19 марта из-за действий руководства ССМП объявила голодовку заведующая подстанцией Светлана Юсупова. Свой протест она начала в связи с предвзятым отношением руководства ССМП к ней и другим сотрудникам. К примеру, необоснован-

ное расторжение договора совместительства как врача-реаниматолога, 11 руб. доплаты в месяц за работу в реанимационной бригаде без третьего сотрудника на район, где требуется по нормам в 2 раза больше бригад, чем есть, плюс неприкасаемый главный врач Зиганшин с выявленным нецелевым расходованием средств в крупных размерах.

Вскоре к голодающим присоединились фельдшер и медсестра, затем врач выездной бригады и диспетчер, потом ещё 2 медсестры.

В пресс-службе Минздрава Республики Башкортостан сообщили, что на ССМП работает сейчас комиссия министерства.

Прошлой осенью причины голодовки на «скорой» в Уфе выясняла специальная комиссия Минздрава России. Был разработан план мероприятий. После вмешательства органов прокуратуры руководство станции пересмотрело коллективный договор, восстановило доплаты за ночные дежурства и молодым специалистам. Более 120 тыс. руб. стимулирующих выплат, полученных в 2014 г. главным врачом М.Зиганшиным, возвращены в кассу учреждения.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

События

Реформа лечению не помеха

За 2014 г. в эндокринологических отделениях столичных больниц было пролечено более 19 тыс. пациентов, что на 3% больше по сравнению с 2013 г. Об этом сообщил главный эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы Михаил Анциферов на открытии XI Московского городского съезда эндокринологов «Эндокринология столицы — 2015». Данный факт, по его оценкам, свидетельствует о росте эффективности использования стационарного коечного фонда с учётом того, что общее число коек было сокращено практически в 2 раза.

«В 2013 г. в специализированных отделениях городских стационаров у нас работало 740 коек. В настоящее время общая мощность профильных коек в отделениях эндокринологии городских стационаров составляет 440 коек. При этом во взрослых отделениях городских стационаров в

прошлом году было пролечено свыше 19 тыс. пациентов с различными эндокринными заболеваниями, что на 3% больше, чем годом ранее. Это говорит о том, что койки стали работать интенсивнее и эффективнее», — отметил М.Анциферов.

Специалист коснулся и негативных

моментов, связанных с обширной реформой столичного сегмента отрасли. По его мнению, одним из таких моментов является сокращение отделений эндокринологии в амбулаторно-поликлинических центрах. С 46 в 2013 г. их количество снизилось до 36 в 2015-м. За этот же срок снизилось и число школ диабета (с 46 до 31) — наиболее важных лечебно-образовательных мероприятий для больных этим наиболее коварным по возможным осложнениям заболеванием.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

Новости

Железнодорожная медицина становится доступнее

Министр здравоохранения Астраханской области Павел Джувалков побывал с рабочим визитом в негосударственном учреждении здравоохранения «Отделенческая больница на ст. Астрахань 1 ОАО «РЖД». Разговор шёл об активном участии больницы в реализации программы государственных гарантий в рамках государственно-частного партнёрства. Главный врач больницы Владимир Бондарев входит в состав рабочей группы Министерства здравоохранения области по взаимодействию с частными медицинскими организациями, работа которой направлена на развитие государственно-частного партнёрства, привлечение медицинских организаций частной системы здравоохранения к участию в бесплатном оказании гражданам медицинской помощи.

Отделенческая больница на ст. Астрахань 1 на протяжении многих лет интегрирована в работу Министерства здравоохранения Астраханской области. ЛПУ участвует в различных государственных программах. Между правительством Астраханской области и ОАО «Российские железные дороги» заключено соглашение о взаимодействии и сотрудничестве в сфере здравоохранения.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Астрахань.

В Междуреченске предупреждают аборт

Администрация Междуреченска, шахтёрского города в Кемеровской области с населением около 100 тыс. человек, выделила 300 тыс. руб. на профилактику абортов в молодёжной среде.

Улучшение демографической ситуации главный врач Центральной городской больницы Междуреченска Владимир Соколовский считает одной из важнейших задач, именно поэтому при ЛПУ действует центр планирования семьи и репродукции и кабинет медико-социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Врачи женской консультации направляют сюда на консультирование всех женщин, настроенных на прерывание беременности. Здесь им не только рассказывают о том, какие меры социальной поддержки семей с детьми реализуются в Кузбассе, но и предлагают обсудить волнующие проблемы с православными священниками.

В последние годы в Междуреченске наметился рост рождаемости, просматривается явная тенденция к снижению абортов. А значит, щедрая поддержка городской администрации пойдёт на пропаганду здорового образа жизни среди горожан, информационную кампанию – изготовление тематических буклетов, листовок, памяток, плакатов, которыми врачи акцентируют внимание молодёжи на предупреждении нежелательной беременности и профилактике бесплодия.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

Сложнейшие операции на Колыме

В Магаданскую областную больницу поступили два пациента с повреждением позвоночника: первый – 56-летний житель колымского поселка с переломом первого поясничного позвонка после падения, вторая пациентка – 50-летняя женщина, страдающая смещением позвонка, который при движении сдавливал нервные волокна, что вызывало сильные продолжительные боли.

«В первом случае позвонок был разрушен, и самостоятельно передвигаться и сидеть больной не мог. Мы решили, что в данном случае наибольший эффект даст метод комбинированного спондилодеза. Операция прошла успешно. Сегодня пациент свободно передвигается, а значит, метод лечения мы выбрали правильно, – рассказывает Андрей Симонов, заведующий нейрохирургическим отделением Магаданской областной больницы. – Этот же метод мы избрали для лечения второй пациентки, так как он применяется не только при травмах, но и для устранения опухолевых, воспалительных и других хронических заболеваний позвоночника. Суть его – в создании некоего блока, объединяющего костный трансплантат и здоровые части позвоночного столба».

Следует отметить, что сегодня в Магаданской областной больнице есть специалисты, необходимые условия, оборудование и расходные материалы для проведения операций такого уровня.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Магадан.

Выпускников ждут на работу...

Ежегодно в конце марта в Амурской государственной медицинской академии традиционно работает комиссия по содействию трудоустройству выпускников. Участие в её работе принимают руководители и представители медучреждений Приамурья и практически всех регионов Дальнего Востока.

Так, 16 марта студенты 5-х и 6-х курсов, а также интерны встретились с представителями Дальневосточного окружного медицинского центра ФМБА России. Тамара Чиндарёва, заместитель руководителя центра по кадрам и Виталий Удод, главный врач Свободненской больницы проинформировали обучающихся о наличии вакансий в медико-санитарной части космодрома «Восточный», мерах социальной поддержки и материальной помощи молодым специалистам, возможном последипломном обучении в клиниках ФМБА России. Результат данной информационной встречи – 12 заключённых договоров с выпускниками Амурской ГМА.

Николай ИГНАТОВ.

Благовещенск.

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

К 70-летию Великой Победы

О своём подвиге — скромно, но с достоинством

Ветерану Великой Отечественной студенты подарили «Севастопольский вальс»



В Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова прошла встреча с участником Великой Отечественной войны Героем Советского Союза Сергеем Решетовым.

Полный зал студентов, будущих врачей, стоя приветствовал героя, который пришёл на встречу в сопровождении сотрудников университета.

Сергей Никитич – командир роты 703-го стрелкового полка

233-й стрелковой дивизии 57-й армии 3-го Украинского фронта. В Красной армии с июля 1941 г. Он рассказал о своём военном пути, о товарищах, фронтовом быте, медиках, которые оказывали помощь бойцам. А о присвоении звания Героя Советского Союза ровно 70 лет назад 24 марта 1945 г. за героическое форсирование Дуная ветеран говорил очень скромно.

В качестве музыкального подарка от участников встречи прозвучала песня «Севастопольский вальс» – с городом славы русских

моряков связаны многие годы жизни капитана 1-го ранга Сергея Решетова.

Верится, что эта встреча навсегда останется в памяти всех присутствующих, ведь в лице героя войны студенты-медики и сотрудники университета словно соприкоснулись с великой странницей в истории нашей Родины.

Ольга СЛАСТИКОВА,
сотрудник
РНМУ им. Н.И.Пирогова.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Санитарная зона

И в паводки вода не принесёт вреда

На это надеются жители Прииртышья

В Западной Сибири нынче необычно тепло, а зима была чрезвычайно снежной, и в Омской области ожидаются обильные и мощные паводки. Это грозит не только затоплениями отдельных территорий в Омске и сельских районах Прииртышья, но и загрязнением водопроводной воды, пить которую людям станет опасно. Поэтому в предпаводковый и паводковый периоды в организациях системы водоподготовки принимаются дополнительные меры по обеззараживанию водопроводной питьевой воды, а эти меры, в свою очередь, контролируются территориальным Управлением Роспотребнадзора.

В ОАО «Омскоблводопровод», например, обслуживающем 13 сельских районов, увеличен объём флокулянтов и приняты дополнительные меры по обеззараживанию воды. Лабораторный анализ проб здесь проводится каждый час. В ОАО «ОмскВодоканал» тоже увеличили расход реагентов и усилили лабораторный контроль на всех этапах очистки и транспортировки воды. В период паводка объём хлора возрастает в среднем на 15%. Но в водопроводную сеть подаётся вода, в которой содержание хлора строго соответствует санитарным правилам и нормам и не превы-

шает 0,3-0,5 мг/л. Хлорирование в допустимых пределах позволяет поддерживать эпидемиологическую безопасность воды и предотвратить рост болезнетворных бактерий во внутридомовых сетях.

Пробы для химических и бактериологических исследований питьевой воды отбираются на выходе в распределительную сеть и в различных её пунктах. На насосных станциях, к примеру, – на всех водоразборных колонках, а после технических работ – из кранов в квартирах и домах потребителей. Конечно, выборочно, но этого достаточно,

чтобы определить, безвредно ли употребление питьевой воды. Результаты лабораторных исследований позволяют своевременно корректировать все технологические параметры и предупредить появление отклонений от гигиенических нормативов. И такому контролю за качеством питьевой воды можно доверять. Лабораторный центр ОАО «ОмскВодоканал», к примеру, входит в пятёрку лучших лабораторий России по точности измерений, что подтверждено недавно результатами сравнительных испытаний, проведённых московским аналитическим центром «Роса».

Так что и сейчас, в предпаводковый период, и когда паводки разбушуются, жители Омска и сельских районов Прииртышья могут без опаски пить воду, поступающую к ним по водопроводным сетям.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

От штрафа в 200 тыс. руб. до 10 лет лишения свободы – такой диапазон наказания предусматривает проект федерального закона об уголовной ответственности за нападение на медицинских работников при исполнении ими служебных обязанностей.

По всей стране...

Законопроект внесён на рассмотрение Госдумы РФ членом Комитета Совета Федерации по конституционному законодательству и государственному строительству Еленой Афанасьевой и заместителем председателя думского Комитета по труду, социальной политике и делам ветеранов Максимом Щепиновым. Причиной разработки проекта этого законодательного акта они называют непрекращающиеся случаи нападения на медработников при оказании помощи пациентам.

«Предлагается ввести уголовную ответственность за нападение на медицинских работников при исполнении ими своих должностных обязанностей», – говорится в пояснительной записке к законопроекту. Согласно ему, применение насилия, не опасного для жизни или здоровья, либо угроза применения насилия в отношении медработников при исполнении ими своих должностных обязанностей наказывается штрафом до 200 тыс. руб. или в размере заработной платы осуждённого за период до 18 месяцев, либо принудительными работами на срок до 5 лет, либо арестом на срок до 6 месяцев, либо лишением свободы на срок до 5 лет. При насилии, опасном для жизни и здоровья, предусматривается наказание в виде лишения свободы на срок до 10 лет.

Медицинские работники, напоминают разработчики законопроекта, часто оказывают помощь лицам с агрессивным поведением, находящимся в алкогольном, наркотическом и токсическом опьянении, асоциальным лицам с криминальными наклонностями. «Иногда медики, а зачастую это женщины, боятся входить в асоциальные квартиры, так как существует опасность применения насилия

Острая тема

За насилие над медиками — до 10 лет

Заниматься их защитой нашим высоким властям надо ещё очень серьёзно



Такие «картинки» на наших дорогах – не редкость...

в отношении их», – подчёркивается в записке.

Разработчики законопроекта уточняют, что случаи нападения, например, на бригады скорой медицинской помощи фиксируются ежегодно. Так, по данным МВД, только в Оренбургской области с 2011 по 2013 г. в органы внутренних дел поступило 26 сообщений о противоправных посягательствах в отношении сотрудников «скорой» при осуществлении ими профессиональных обязанностей. Законодатели указывают на то, что подобная ситуация – во всех регионах страны, о чём свидетельствуют сообщения правоохранительных органов и многочисленные публикации в СМИ.

Кемеровцы вопрос решили

Как не раз сообщала «МГ», случаи нападения на медиков

действительно совершаются у нас едва ли не ежедневно. Одно из последних – 17 января этого года в Екатеринбурге, где в результате нападения пострадали водитель, врач и два фельдшера скорой помощи. По факту избиения Следственное управление Следственного комитета РФ по Свердловской области возбудило уголовное дело по статье «побои, совершённые из хулиганских побуждений». Повредили нападавшие и машину «скорой».

В октябре 2013 г. в Москве за сутки на «скорую помощь» напали дважды. В центре столицы неизвестный мужчина разбил лобовое стекло автомашины и избил водителя, который получил серьёзные ушибы и ссадины. В тот же день врач, приехавшая по вызову в одну из квартир в составе бригады скорой помощи, оказалась жертвой пьяного пациента. После жестокого избиения ногами

женщина потеряла сознание и была госпитализирована. У неё диагностированы сотрясение мозга и многочисленные ушибы.

А накануне пострадали медики бригады скорой помощи в Санкт-Петербурге. Спецмашину с включёнными сигналами протаранил легковой автомобиль, водитель которого не стал уступать дорогу «скорой». В результате пострадали врач, фельдшер и водитель спецавтомобиля «03». Все трое были госпитализированы в состоянии средней тяжести.

Между тем ещё в сентябре 2012 г. Госдума отказала сотрудникам «скорой» в использовании оружия. Работникам службы посоветовали использовать вместо него... знания по психологии. Законопроект, касающийся обеспечения медиков средствами самообороны и подготовленный депутатами законодательного собрания Кемеровской области, обесп-

коенными «высокой периодичностью и частотой нападений на бригады скорой помощи по всей стране», не нашёл поддержки думского Комитета по безопасности и противодействию коррупции.

Тем не менее сотрудников кемеровской «скорой» всё же обеспечили электрошокерами и газовыми баллончиками. Это решение было принято после того, как на одну из скорых мощных бригад напал мужчина, вооружённый травматическим пистолетом. Он избил одного из врачей и разбил стекла спецавтомобиля. Позже нападавший объяснил свои действия... ненавистью к медикам.

На закупку электрошокеров для 234 медицинских бригад из областного бюджета было выделено более 3 млн руб. В результате новокнузнецкие медики, например, получили 83 таких устройства, ещё 40 электрошокеров закупила станция скорой помощи Прокопьевска.

Кроме того, 48 выездных бригад скорой помощи станции Кемерово оснастили так называемыми тревожными кнопками. Одна из них находится у водителя, другая у врачей. В случае необходимости, нажав на кнопку, сотрудники службы «03» могут быстро подать сигнал об опасности на пульт вневедомственной охраны.

Словом, как пройдёт в Госдуме на этот раз законопроект об уголовной ответственности за нападение на медицинских работников при исполнении ими служебных обязанностей – ещё вопрос. Но решать проблему защиты медиков от насилия всё же придётся.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Акценты

Что беспокоит россиян?

В социальном круге «врачи – больницы – лекарства» обозначились самые актуальные проблемы

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) представил данные опроса о том, с какими трудностями сталкивались в сфере медицинских услуг россияне в последние полгода.

Среди различных проблемных ситуаций выделяются наиболее распространённые. Чаще всего респонденты сталкивались с тем, что не могли попасть на приём к доктору из-за его отсутствия или длинной очереди – об этом сообщили 37% опрошенных (в том числе 16% – периодически, 21% – несколько раз). Жалуются и на то, что не смогли купить необходимое лекарство по причине его дороговизны – 37% (среди опрошенных с низким достатком таковых существенно больше – 43%, нежели среди материально обеспеченных – 25%). При этом на отсутствие лекарственных средств в аптеках сетуют реже: о том, что не смогли найти нужные медикаменты в аптеках, сказали 28% участников опроса.

Около трети опрошенных испытали на себе грубость или же равнодушие врачей

и медсестёр (30%), стали жертвами врачебного непрофессионализма: неверно поставленного диагноза, неправильно назначенного лечения (30%). Однако в сравнении с результатами январского опроса в феврале подобных случаев стало меньше.

За месяц уменьшилась и доля тех, кто сетовал, что вынужден был отдать деньги за медицинские услуги или лекарства, полагающиеся бесплатно: если в январе об этом говорил каждый третий (34%), то в феврале – каждый четвёртый (27%). Пятая часть респондентов (21%) столкнулась с отсутствием в больнице необходимого оборудования или медикаментов (в январе таковых было 30%).

Таковы медицинские проблемы россиян в социальном круге «врачи – больницы – лекарства». В ходе инициативного всероссийского опроса ВЦИОМ своё мнение высказали 1600 человек в 132 населённых пунктах 46 областей, краёв и республик. Статистическая погрешность не превышает 3,5%.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сито!

Сотрудничество

Передовые технологии в сфере стоматологии и лечения ротовой полости, челюстно-лицевой хирургии, ортодонтической помощи намерены внедрить в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области. Для обсуждения перспектив взаимного сотрудничества на Сахалин прибыли представители Университета медицины и здравоохранения Хоккайдо и Министерства экономики, торговли и промышленности Японии.

Японцев удивили сахалинские врачи

В ходе визита гости соседней страны ознакомились с работой лечебных учреждений областного центра – областной стоматологической поликлиники, городской больницей им. Ф.С.Анкудинова, консультативно-диагностическим центром Южно-Сахалинска. По отзывам гостей, обоим сторонам есть чему поучиться друг у друга. Так, в ходе обмена мнениями о посещении стоматологической поликлиники профессор Абики Есихиро особо заострил внимание на продолжительности приёма врача, отведённого на каждого пациента. По его мнению, это очень хороший норматив, позволяющий провести полный комплекс необходимых гигиенических и лечебных процедур. В городской больнице им. Ф.С.Анкудинова гости были приятно удивлены уровнем оснащённости хирургического отделения.

По результатам краткого анализа проведённых оперативных вмешательств японские врачи отметили профессионализм специалистов учреждения и были впечатлены разнообразием клинических

случаев. При этом профессор Есихиро отметил факт недостаточности врачебного состава городской больницы, выполняющего такой внушительный объём работы.

Подготовка специалистов, повышение уровня квалификации – темы, обсуждаемые во время встречи. Результатом двусторонних переговоров стала договорённость о продолжении налаживания связей, обмене технологиями, проведении стажировок, консультировании учреждений Сахалинской области в вопросах высшего профессионального образования в сфере стоматологии, использовании дистанционных технологий и других вопросов. Закрепить достигнутые договорённости планируется в рамках Соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Сахалинской области и Университетом медицины и здравоохранения Хоккайдо.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

На целую неделю залы и аудитории Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ будут отданы во власть клиницистов и учёных-медиков, деятелей медицинского образования, представителей фармацевтической и медико-технической промышленности. По традиции незадолго до дня открытия конгресса его президент, директор НИИ пульмонологии ФМБА России, главный внештатный специалист терапевт-пульмонолог Минздрава России, глава Совета по этике, академик РАН Александр ЧУЧАЛИН дал интервью нашему изданию.

– Александр Григорьевич, возглавляемый вами форум, хотя и 22-й по счёту, однако ведёт своё летоисчисление с 1992 г., то есть ему уже 23 года. Могли бы вы дать оценку нынешнего этапа в развитии такого явления, как конгресс «Человек и лекарство»?

– Вначале я бы хотел от себя лично и от имени оргкомитета конгресса поблагодарить «Медицинскую газету», её главного редактора, весь коллектив за многолетнее сотрудничество. На протяжении 23 лет нашего партнёрства вы многое сделали, чтобы широкая врачебная общественность была лучше осведомлена о тех проблемах, которые ставит конгресс, и о путях их решения. Предстоящий XXII конгресс в каком-то смысле этапный. Мы прекрасно осознаём две вещи: во-первых, он должен сохранить все достижения предыдущих форумов; во-вторых, на одних традициях и уважении к истории долго удерживать внимание врачей невозможно.

Появление конгресса, о чём вы неоднократно писали, пришлось на период, когда в мире стала активно внедряться медицина, основанная на доказательствах. Доказательная медицина и расшифровка генома человека – это вехи, определившие new millennium, то есть рубеж двух тысячелетий. В совокупности они привели к новому и крайне актуальному подходу в развитии здравоохранения – медицине 4П, что можно расшифровать как предсказательность, профилактика, персонализация, партнёрство. Пропагандировать и развивать это направление – важнейшая задача конгресса на современном этапе.

Здесь уместно вспомнить один из основополагающих принципов нашего форума – междисциплинарность. Жизнь подтвердила его правоту. Сегодня приветствуется в первую очередь междисциплинарное взаимодействие специалистов. Мы предвидели, что такой разворот событий обязательно наступит. Форумы узких специалистов интересны для небольшого круга врачей, а задача междисциплинарного конгресса – поднимать сложный пласт медицинской науки, которая транслирует передовые научные достижения в практическое здравоохранение, чтобы помочь людям, страдающим самыми разными недугами. И это ещё одна современная линия конгресса «Человек и лекарство».

За годы существования нашего форума очень многое изменилось в течении различных заболеваний, иначе говоря, произошла модификация течения болезней. Это связано с внедрением передовых методов диагностики и лечения. Так, бронхиальная астма из тяжёлой болезни превратилась в болезнь, которую можно лечить амбулаторно. Средняя продолжительность жизни больных муковисцидозом сегодня превышает 40 лет, тогда как пару десятилетий назад она едва-едва преодолевалась двадцатилетний

рубеж. Муковисцидоз относится к редким заболеваниям, и весь комплекс проблем, связанный с внедрением новых технологий его лечения, организацией помощи соответствующим больным в масштабах страны, был впервые во всей полноте поднят на конгрессе «Человек и лекарство». Это очень хороший пример того, что наше дело приносит реальную пользу.

– Следующий вопрос диктует время. Сегодня страна находится в сложном экономическом положении, что не может не сказываться на здравоохранении и не создавать трудности в проведении форума...

Из первых уст

От проблем клинических до морально-этических

В Москве открывается XXII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»

– Почти во все годы существования конгресса имели место те или иные экономические неурядицы. Сегодня опять трудно решать многие финансовые вопросы. Но вот парадокс: мы ощущаем большее внимание к конгрессу со стороны врачей и программа его более интересная, чем во все предыдущие годы. Конечно, экономические проблемы дают о себе знать, но мы рассматриваем конгресс не как коммерческое предприятие, а как форму образования медиков, поэтому и шкала оценки успеха у нас иная. Пользуясь случаем, хотел бы поблагодарить нашего генерального спонсора – американскую компанию MSD, которая, невзирая на сложные политические отношения между Россией и США, в деле медицины и здравоохранения оказалась выше политики.

– Мы переживаем экономический спад, а в то же время реформа здравоохранения идёт полным ходом. На переднем крае этой реформы – Москва. И что же мы здесь наблюдаем? Когда слушаешь заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития Леонида Печатникова, всё кажется логичным и правильным. Но на деле – картина, далёкая от привлекательной. Есть ли, на ваш взгляд, во всём этом рациональное зерно?

– Мой критерий оценки таков: стало пациенту проще получить врачебную помощь или нет. К большому сожалению, я сегодня не вижу, чтобы стало проще. Леонид Михайлович грамотный руководитель и преследует прогрессивные цели – поднять первичное звено, улучшить качество оказания помощи в стационарах. Правительство Москвы многое сделало в части оснащения больниц и поликлиник, сегодня оно такое, каким исторически никогда не было. Однако в плане организации поликлинической помощи никак не могу сказать, что проблема решена. Вижу толпы больных, которые подолгу стоят и ждут, чтобы им просто объяснили, куда идти, к кому со своими проблемами обратиться, как записаться на приём к специалистам.

Более сложных больных, чем те, которых мне приходится наблюдать последние месяцы, я за всю свою врачебную практику в стационаре не видел. Сейчас я занимаюсь тяжёлой больной сахарным диабетом, у которой тяжелейшая диабетическая кома осложнилась мозговой комой и

т.д. Критическое, жизнеугрожающее состояние! Как же это могло произойти в условиях Москвы с заболеванием, которое можно успешно контролировать и лечить?! Я поддерживаю стратегию в области здравоохранения, выбранную московским правительством, но считаю, что исполнение этих планов требует серьёзной корректировки.

– Иногда на почве кризиса растут и здоровые плоды. Мы же помним, например, как после дефолта 1998 г. российские производители лекарств, до того с трудом выживавшие в конкурентной борьбе с иностранными производителями, резко увеличили объёмы производства и продаж. Может быть, и в нынешней ситуации вы наблюдаете или прогнозируете что-нибудь позитивное?

– За последние 2 года в нашей науке произошло немало хорошего, чему кризис если не поможет, то уж точно не помешает. Так, под Владимиром создано современное молекулярно-биологическое производство, на котором выпускается вся линейка лекарственных средств для лечения гемофилии. То есть по данной позиции (замечу: область высоких технологий!) мы сегодня практически независимы от зарубежных производителей. Это же большое достижение. Мы сейчас работаем над средствами для лечения больных с дефицитом альфа-1-антитрипсина (редкое генетическое заболевание). Во ФНИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи также ведутся уникальные работы: созданы вакцина для лечения больных туберкулёзом, универсальная противогриппозная вакцина. Во время конгресса будет специальный симпозиум, посвящённый инновационным импортозамещающим препаратам.

– Что станет стержневой идеей форума? Что нового, ещё не знакомого аудитории появилось в его программе?

– Думаю, для многих участников и гостей конгресса большим подарком станет пленарный доклад во время церемонии открытия, с которым выступит член-корреспондент РАН Михаил Валентинович Ковальчук – директор Курчатковского института, наш ведущий учёный в области рентгеновской физики, кристаллографии и нанодиагностики. Его выступление будет посвящено конвергенции наук и технологий как основе принципиально новой медицины.

Стержневую идею конгресса я определяю как новое поколение клинических рекомендаций, цель которых – улучшение качества оказания медицинской помощи. Вы скажете, это было и на прошлых форумах. Несомненно. Но за последние годы в мире существенно изменилась методология создания клинических рекомендаций, а мы эти изменения не очень хорошо усвоили. В основном они касаются обработки информации и применения таких инструментов, как систематические обзоры и метаанализ. Без тщательного изучения доказательной базы с помощью этих инструментов клинические рекомендации в современном мире появляться не должны. Сегодняшний министр здравоохранения Вероника Игоревна Скворцова – сама клиницист, принимала активное участие в работе многих конгрессов «Человек и лекарство». Она хорошо понимает взаимоотношение руководств, клинических рекомендаций и медико-экономическими стандартами. С её министерством связана новая волна интереса к клиническим рекомендациям. Вероника Игоревна чётко поставила перед главными специалистами Минздрава вопрос о необходимости гармонизировать современные клинические рекомендации с медико-экономическими стандартами. Задача в такой форме поставлена впервые, очень правильно и своевременно.

– Насколько мне известно, один из симпозиумов конгресса будет посвящён трансплантации сердца. Сама тема предполагает аншлаги. Что вы можете сказать о развитии этого направления? И конечно, многие хотели бы знать, каковы успехи и трудности в области трансплантации лёгких, к которой вы имеете непосредственное отношение.

– В нашем ведущем Центре трансплантологии, который возглавляет академик Сергей Владимирович Готье, проведено 500 трансплантаций сердца. Группе сотрудников центра во главе с ним присуждена премия Правительства Российской Федерации 2014 г. в области науки и техники. В своей актовой лекции академик Готье расскажет об опыте этих трансплантаций и, конечно, о Валерии Ивановиче Шумакове, который первым в нашей стране осуществил подобную пересадку.

Что касается трансплантации лёгких, они продолжают. Их проводит команда НИИ им.

Н.В.Склифосовского под руководством Могели Шалвовича Хубутия в альянсе с группой специалистов НИИ пульмонологии, которую возглавляю я. Всего выполнено 30 пересадок. Максимальная выживаемость при трансплантации составила 8,5 года.

– Тема редких заболеваний и орфанных лекарств не дано потерять своей актуальности. Каково положение дел в этой области и найдёт ли тема своё отражение в ходе конгресса?

– Будет проведено несколько школ для практикующих врачей, посвящённых редким заболеваниям и их генотипированию.

Я выпустил «Энциклопедию редких болезней», в которой описал 9 тысяч патологий, относящихся к этой категории. Под влиянием энциклопедии, надеюсь, эта тема выйдет на новый виток развития. Мы сейчас создаём клинику редких болезней вместе с генетиками из Страсбурга. Отвечая за этот проект Татьяна Олеговна Амирова. В нашей стране впервые генотипированы все больные с муковисцидозом, и мы вошли в европейский регистр по генотипированию. Это ещё одно достижение, и ему следует уделить подобающее внимание в ходе конгресса.

– Как главный терапевт-пульмонолог страны вы будете председательствовать на совещании профильной комиссии Минздрава России по специальности «терапия», а как председатель Совета по этике при Минздраве – на совещании данного совета. Какое значение вы придаёте этим мероприятиям, что вы хотите на них сказать и что услышать?

– Сегодня поставлены конкретные цифры по снижению смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, туберкулёза, болезней органов дыхания и печени. Миссия терапевтической службы в этом предельно важна. Совещание терапевтов будет проводиться в интерактивной форме, и мы постараемся понять, что сделано в регионах для достижения этих целей. Если увидим, что где-то делается недостаточно, будем стараться решить проблемы как через министерства, так и напрямую взаимодействуя с региональными правительствами. Это мероприятие можно назвать анатомированием ситуации в стране.

Совещание по этике тоже будет транслироваться в онлайн-режиме через Интернет. Запланировано много выступлений. Мы впервые так масштабно покажем стране, что такое Этический комитет Минздрава России, какими проблемами он занимается, что делает для повышения морально-этической планки нашего врачебного сообщества.

– Александр Григорьевич, позвольте поблагодарить вас за интервью и пожелать успешной работы XXII конгрессу «Человек и лекарство».

Беседу вёл
Тимофей КОЗЛОВ,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Время летит быстро. И вот уже у Всероссийского конкурса «Лучший врач» опять юбилей. Ему исполняется 15 лет, и медицинская общественность начала активную подготовку к этому событию, ожидая жёсткой конкуренции среди докторов за высокое звание победителя.

Нелёгкой была пора, когда Министерство здравоохранения РФ, Профсоюз работников здравоохранения РФ, «Медицинская газета», став учредителями этого важного мероприятия, делали свои первые шаги. Разработка положения о конкурсе, многочисленные согласования всевозможных документов, рассмотрение их, утверждение потребовали много сил от каждого, кто понимал необходимость в те годы этого события для наших медиков. Упал их авторитет в обществе, многие разочаровывались в профессии, кто-то просто уезжал из страны за рубеж в поисках лучшей жизни. Время, когда Россия переживала постперестроечные времена, казалось бы, не располагало к праздникам. Но те, кто стоял у истоков конкурса, верили, что нашим докторам, замечательным врачам нужна поддержка, оценка их благородного и гуманного труда.

Давайте вспомним, что среди инициаторов, организаторов конкурса стояли самые авторитетные и уважаемые учёные и организаторы здравоохранения – министр здравоохранения РФ академик РАМН Л.Шевченко, академики РАМН А.Воробьёв, Т.Дмитриева, В.Володин, А.Коновалов, А.Баранов, И.Денисов, председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ М.Кузьменко, главный редактор «Медицинской газеты» А.Полторах.

Конкурс «Лучший врач»

Юбилейный старт

Благородный труд доктора получает поддержку



Вероника Скворцова с лауреатами конкурса «Лучший врач» – 2014

Нельзя не вспомнить и тех, кто в последующие годы поддерживал авторитет конкурса и способствовал его успеху. Среди них министр здравоохранения Т.Голикова, нынешний руководитель Счётной палаты РФ, благодаря усилиям которой конкурс по-настоящему обрёл статус

государственного мероприятия. Отныне каждого победителя постановлением тогдашнего премьер-министра РФ Владимира Путина стали отмечать денежной премией. В тот год выступление В.Путина на церемонии награждения лауреатов конкурса «Лучший врач» медицинская

общественность восприняла как высокую оценку нелёгкого труда наших врачей.

Сколько за эти годы мы, коллектив «Медицинской газеты», пережили волнений, радостных дней, встречаясь с победителями, обсуждая за нашим «круглым столом» набравшие проблемы, слушая рассказы врачей о рабочих буднях в областных и городских медицинских центрах, далёких сельских поселениях. Итог таких встреч обязательно находил отражение на страницах «Медицинской газеты», много новых друзей мы приобрели за это время.

Большие изменения в организации и подготовке нашего конкурса произошли и в последние годы, с приходом на должность министра здравоохранения видного учёного, члена-корреспондента РАН Вероники Скворцовой. Внесённые в положение о конкурсе балльная система оценки работ претендентов на премию, изменения в работе комиссий, которые отбирают лучших в каждой из номинаций, – всё это способствует объективной, справедливой оценке работы тех, кто решил побороться за высшую награду конкурса.

В эти дни в связи с письмом за подписью первого заместителя министра здравоохранения РФ

И.Каграманяна «О проведении Всероссийского конкурса врачей в 2015 г.» в регионах началась работа по выдвижению претендентов на престижное звание и высокие награды победителям. Дорогие врачи, не упустите свой шанс стать лауреатом конкурса, доказав свой высокий профессионализм, глубокие знания, отличные результаты многолетней деятельности, активнее присылайте свои документы в центральную конкурсную комиссию. Высшая награда конкурса «Хрустальная Гигиена», дипломы, подтверждающие вашу победу, – за всем этим стоит повседневный тяжкий труд врача, его бессонные ночи, душевные переживания и конечно же редкие радости.

Самое дорогое у человека – это его здоровье. И те, кто его бережет людям, охраняет его, чтобы ни говорили, пользуются всенародным уважением и доверием. В добрый вам путь, дорогие доктора, на нелёгкой дороге к победе, к успеху во Всероссийском конкурсе «Лучший врач»!

Валентина ЗАЙЦЕВА,
редактор отдела
здравоохранения «МГ»,
член конкурсной комиссии
Всероссийского конкурса
«Лучший врач».

Фото Александра ХУДАСОВА
и Юрия ЛУНЬКОВА.

Итоги и прогнозы

24 марта – во Всемирный день борьбы с туберкулёзом – в правительстве Москвы прошла пресс-конференция главного фтизиатра Москвы, директора Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулёзом Елены Богородской. Во встрече приняли участие главные врачи крупнейших московских туберкулёзных больниц: № 3 им. А.Г.Захарьина – Александр Собкин и № 11 им. А.Е.Рабухина – Сергей Оприщенко.

Основные эпидемиологические показатели по туберкулёзу в Москве существенно ниже, чем по России: смертность – в 4,9 раза, заболеваемость – в 2,1 раза, распространённость – в 3,4 раза. В минувшем году в столице заболели этим тяжёлым недугом 3413 человек, постоянных жителей среди которых – 57%. За 2 последних года число заболевших уменьшилось на 1361 человека – почти на 31%.

Е.Богородская остановилась на некоторых характерных деталях: – Эпидемическая ситуация по туберкулёзу в столице поддерживается в основном за счёт завозного туберкулёза. Доля приезжих среди впервые выявленных больных составляет 40%, а среди умерших – 46%. Доля мигрирующего населения среди больных туберкулёзом в Москве в 6 раз больше, чем по России в целом, и почти в 2 раза больше, чем в Санкт-Петербурге. Постоянные жители Москвы, которые имеют работу, болеют туберкулёзом крайне редко: среди них заболеваемость – 9,7 на 100 тыс. человек.

Реорганизация столичной фтизиатрии завершается в этом году: 22 бывших противотуберкулёзных учреждения, обслуживающих

население столицы, объединены в единую систему – Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулёзом. Сами фтизиатры – и врачи, и организаторы здравоохранения видят в этом много плюсов. В Центре борьбы с туберкулёзом созданы централизованные службы, такие как отдел госпитализации и врачебная комиссия по туберкулёзу, контролирующая все случаи установления диагноза и в сложных ситуациях назначающая лечение. Ежедневно руководители всех филиалов и отделов центра собираются на медицинский совет, где обсуждаются насущные проблемы московской фтизиатрии и рассматриваются сложные или требующие внимания клинические случаи туберкулёзной инфекции. Информация от руководства до врача-фтизиатра в стационаре и на участке доходит максимально быстро. Таким образом, благодаря реорганизации службы за короткий срок результаты качества медицинской помощи и её доступность не пострадали, а эффективность увеличилась.

– Мы создали у наших фтизиатров стойкую психологическую доминанту выявления всех возможных контактов с больным туберкулёзом и их полноценного и неоднократного обследования,



Участники пресс-конференции отвечают на вопросы

– продолжила Е.Богородская. – За последние 2 года нами внедрён картографический метод работы в очагах. Он позволяет определить подъезды, дома, дворы, жители которых наиболее подвержены заболеванию.

Что касается детской фтизиатрической службы, то её реорганизация позволила за 2 года снизить показатель заболеваемости среди юных москвичей в 3 раза.

– Сегодня все этапы противотуберкулёзной помощи детям и подросткам оказываются на базе Центра борьбы с туберкулёзом, где сокращены неработающие детские койки, и создано 2 новых отделения на 429 коек: для детей

4-14 лет и 15-17 лет, – акцентировала Е.Богородская.

Но не только техническая оснащённость Центра борьбы с туберкулёзом, организационные и реорганизационные успехи столичных фтизиатров легли в основу достигнутых результатов. Здесь и успех учёных центра, которые в 2014 г. получили международную премию Галена в номинации «Биофармацевтическое исследование России» за научное исследование в области разработки теста с аллергеном туберкулёзного рекомбинантного, который уже внедрён в стране и известен врачам всех специальностей. А в централизованной

бактериологической лаборатории центра применяются ускоренные методы диагностики туберкулёза, позволяющие в кратчайшие сроки – от 3 часов до нескольких суток – определить устойчивость микобактерии болезни к лекарственным препаратам, что даёт возможность как можно раньше начать необходимое лечение. В то время как ранее срок получения анализа на лекарственную устойчивость составлял 3 месяца и более.

– Конечно же, одно из важнейших направлений нашей работы – профилактическое, – сказала в заключение Е.Богородская.

Туберкулёз – заболевание, для профилактики которого крайне важна пропаганда здорового образа жизни...

Подробно, обстоятельно рассказали о работе своих медицинских коллективов главные врачи больниц Александр Собкин и Сергей Оприщенко. Похоже, всем стало очевидным, что по итогам работы противотуберкулёзной службы можно судить о деятельности руководства Москвы. А оно активно помогает фтизиатрам и держит под контролем сегодняшнюю ситуацию по туберкулёзу.

Татьяна МОХРЯКОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

В чём особенности московской фтизиатрии?

О них шла речь на недавней пресс-конференции

О главных делах, движении вперёд, результатах, которые соответствуют ожиданиям, рассказывает главный врач профессор Николай ЛЕБЕДЕВ.

– Позвольте поздравить вас, Николай Николаевич, а в вашем лице замечательный профессиональный коллектив медиков поликлиники ОАО «Газпром» с 20-летием её создания. Журналисты «МГ» не сомневаются, что даже при современном уровне лечебного учреждения за последнее пятилетие вам удалось продвинуться вперёд в оказании высококвалифицированной медицинской помощи работникам газовой отрасли. А что за горизонтом? Какой вы видите поликлинику, когда через 5 лет она будет отмечать четверть века своей деятельности? Перспективы её дальнейшего развития?

– До видимой границы земной поверхности идти и идти. И на этом пути неизбежны победы в труде, науке, медицине, любой области, потому что нет предела совершенствованию. А горизонт отодвигается всё дальше. С точки зрения философии, мы не торопим четверть века, и не потому, что не хотим отметить знаменательную дату в истории поликлиники. Двадцать пять дважды не бывает, а с другой стороны, надо каждый день счастливо прожить.

Сейчас мы накануне 20-летия. Если рассматривать поликлинику как живое существо, то она сегодня подобна юноше, который уже студент, скажем, 3-го курса института. Отслужил в армии, пришёл в самостоятельную жизнь крепким мужчиной, закалённым, прочувствовавшим на себе, что такое отечество защищать.

Вот такой же расклад можно сделать в отношении нашей поликлиники: первый десяток – это проживание в жизнь и закрепление своих, пусть маленьких, наработок, а второй – развитие, подъём на новый уровень. В своё время журналисты «МГ» показали, чего мы достигли за 15 лет, и вот теперь 20-летие. По всем признакам, мы не стоим на месте. Поэтому однозначно вижу коллектив поликлиники таким же счастливым, успешным, дружным, видящим свои задачи в оказании качественной и безопасной медицинской помощи. А в перспективе – и в тиражировании достигнутого успеха на другие наши филиалы и учреждения. Да и компания расширяет свои границы в другие города: уже реальность – продвижение в Санкт-Петербург. И мы, естественно, должны тоже думать о медицинском обеспечении там наших сотрудников.

В чём ещё мы сильны? Сегодня у нас накоплен большой опыт методической работы, который может материализоваться в создании профильной кафедры для задач газового концерна. У нас существует своя специфика подготовки кадров, разумеется, не со студенческой скамьи. Мы не собираемся соперничать даже в мыслях (боже упаси!) с медицинскими вузами страны. У них отработанная система, хотя сегодня и им приходится непросто, в соответствии с запросами времени происходит реформирование образовательного процесса. А в нашем случае речь идёт о последипломном совершенствовании. Доктор, поработав в поликлинике, имеет опыт, но ему не хватает знания специфики медицины газовой отрасли. Её люди (до 70%) работают в неблагоприятных климатических условиях: северная широта – вечная мерзлота, кислородное голодание – гипоксия, южное направление – астраханские степи, ветра, изнуряющая жара, обезвоживание, отсюда электролитные нарушения. Некоторые посёлки только вахтовые, так как там невозможно жить постоянно. Всё это накладывает отпечаток на здоровье работающих там людей, за охрану которого медики несут ответственность. В помощь им мы

думаем создать некую учебную структуру в составе существующих образовательных центров. Эту идею поддержали медики с трассы и из регионов.

– Обычное дело: наука предлагает новую, более совершенную технологию, а возможностей нет, хотя с осуществлением программы модернизации большинства лечебных учреждений пополнилось современным оборудованием. Думается, что к поликлинике Газпрома это не относится. Здесь сказывается стремление руководства ОАО «Газпром» настойчиво проводить политику социальной направленности, где охрана труда, восстановление и сохранение здоровья газодовиков является приоритетом. Итак, какие сегодня сильные направления у поликлиники и какие новые ме-

СанПиНовские требования, отработана утилизация биотходов, операционные – на зависть коллегам подобных клиник.

Мы не хотим быть Иванами, не помнящими родства. А потому создали музей. Если опять сравнить нас с юношей, то как у него к этому возрасту должен уже быть выпускной альбом, так и у нас накопилось достаточно материалов и фото о прошлом, настоящем и будущем поликлиники. Это наша история, которая начиналась с момента, когда Рэм Вякирев, будучи председателем правления, заложил первый кирпичик в здание поликлиники, правильно решив, что лечение, восстановление здоровья сотрудников



Николай Лебедев

Если быть, то быть лучшими

Сегодняшний девиз коллектива поликлиники ОАО «Газпром» – «Тиражирование успеха»



«Визитная карточка» поликлиники

медицинские разработки освоены в последние годы?

– Если брать последнее пятилетие, то все направления в поликлинике развинулись симметрично. Обеспечить такую возможность – и есть задача современного руководителя медицинского учреждения. То есть не выпячивать какое-то одно. Беда некоторых заключается в чём? Назначают, к примеру, главным уролога – ничего, кроме урологии, он не развивает, терапевт – то же самое делает, кроме терапии другим направлениям заказана дорога.

А жизнь такая штука – ни что вечно не бывает. Сменился экипаж, пришёл другой руководитель, который, может, настрадался от такой несправедливости, и он начинает разрушать, что до него было создано. А мы, как вы могли убедиться, за эти 5 лет продвинулись на один шаг по всему фронту медицинских услуг. Но особенно преуспели на технологическом, логистическом витке. С гордостью могу назвать самое современное физиотерапевтическое отделение, которое входит в реабилитационный отдел. Его специалисты профессионально занимаются комплексной медицинской, психологической, социальной реабилитацией сотрудников ОАО «Газпром».

На днях сдаём стоматологическую поликлинику. Конечно же, в ней оборудование последнего поколения, соблюдены все

должны происходить без отрыва от производства, в амбулаторных условиях. Шаг за шагом – кабинет за кабинетом развивали свою медицину. Так выросли в целое медицинское объединение. И эта медицинская составляющая тоже приносит ОАО «Газпром» экономический эффект.

– Из кого состоит команда главного врача? Думаю, что в списке поддержки ведущие специалисты – кандидаты, доктора медицинских наук, заслуженные врачи РФ. Так кто есть кто?

– В более чем тысячном коллективе поликлиники трудится около 300 врачей разных специальностей, 11 докторов медицинских наук, 98 кандидатов медицинских наук, 10 заслуженных врачей РФ. Поддерживающая часть врачей и медицинских сестёр имеют высшую квалификационную категорию. Вот часть

моей команды и опоры. Но я вам так скажу: мы все в одной связке, и наше общее дело – хорошо лечить. Мы абсолютно толерантны. А звание украшает доктора с точки зрения научности. Кто-то целиком себя посвятил клинической работе, кто-то совмещает научную с практической, кто-то пришёл уже кандидатом наук. Но это не значит, что кто-то не вписывается в общий лечебный процесс – все специалисты нужны и важны. За плечами большинства – более 10 лет работы в поликлинике, кстати, у нас текучесть кадров практически равна нулю.

В узком плане – это команда единомышленников, обеспечивающих разные направления. Это заместители по лечебной работе, терапии и хирургии, по восстановительной медицине, по клинико-экспертной работе. Специалисты опытные, которые прошли научно-исследовательскую или клиническую школу, а часто ещё и неотложную медицину внимательнейшим образом изучили. А самое главное – они генерируют тепло, энергию создания.



«Скорая» всегда на старте

Если же говорить в широком плане, то в моей команде поддержки и уборщицы, и гардеробщицы, и санитарки. Как театр начинается с вешалки, так и поликлиника – с тех людей, которые встречают пациентов, создают комфортные условия для них и докторов. Вот вы не первый раз приходите в наш «дом». Правда приятно, когда в холле журчит фонтан, около которого можно присесть, кругом всё ухожено, стерильная чистота, и гардеробщица говорит вам: «Доброго дня».

Я очень трепетно отношусь к нашим медсёстрам. Это тоже наша опора. От их улыбок, добрых рук тоже зависит выздоровление человека, с каким настроением он уходит из поликлиники. Они тоже обеспечивают успех лечебного процесса.

– А сам профессор Лебедев, отметивший в прошлом году 50-летний юбилей, способен на большее? Есть ли у вас рецепт для своих коллег-руководителей, как создать такое уникальное лечебное учреждение?

– Конечно, хотя в своих желаниях я человек скромный. Хочу, дожив до последующего юбилея, сделать как можно больше. Есть большое желание заниматься педагогической деятельностью, передать коллегам накопленный опыт, то есть шире пропагандировать наши наработки в регионы, медицинские учреждения газовой отрасли.

А что касается советов своим коллегам, то надо быть самому порядочным человеком. Представьте такую картину: идёт по улице человек с собачкой, по повадкам, незримому поведению они – точная копия друг друга. Но в коллективе мы не подбираемся по каким-то внешним признакам, мы все разные. Но надо быть терпимыми, способными к восприятию чужого мнения, где надо подбодрить. Такой пример: приходит человек на работу грустный, по глазам вижу: что-то случилось. Отвожу в сторону и спрашиваю: «У вас всё в порядке?» Отвечает: «Да, да». Но чувствую – не очень. Приходится «влезать в душу», чтобы снять плохой настрой. Всегда надо мотивировать сотрудников на хороший командный принцип работы, и тут надо искать к каждому свои подходы.

В числе рецептов я назвал бы ещё решительность и активность. Руководитель всю жизнь должен учиться. Знать всё невозможно, но есть области, в которых он должен продвигаться: в экономике, бухгалтерии, менеджменте, организации здравоохранения. Сегодня без этих знаний ни шагу не ступить.

И последнее – врач должен быть здоровым. Больной врач никому не нужен – ни семье, ни коллегам.

– А как, Николай Николаевич, быть в форме?

– Здоровье – образ собирательный, как Василий Тёркин. Нет здоровых людей, если «покопаться», то в каждом случае можно найти «нерешённые вопросы». Другое дело, что надо уметь обходить «шишки» с улыбкой, с хорошим настроением. Образно говоря, нельзя опускаться ниже ватерлинии. Как ты себя чувствуешь, так и живёшь. А что до команды, то она сама сформируется вокруг такого руководителя, и он поведёт её за собой.

Ежегодно в поликлинике мы объявляем девиз, которому следуем в работе, вот только некоторые: «Взаимодействие и синергизм», «Коллегиальность и порядочность», а нынешний – «Тиражирование успеха». Все стремятся достойно встретить 20-летие. Вы, журналисты, можно сказать, наши первые гости. Надеюсь, что вы почувствовали дух нашего профессионального коллектива. Горжусь им как всякий главный врач, вложивший частичку труда в его создание. Для меня главный вопрос жизни, как и для моих коллег, – не что я могу получить, а что я могу отдать нашим пациентам, за здоровье которых мы несём ответственность.

Жизнь меняется. И прорывные технологии микрохирургии глаза уже не кажутся фантастическим достижением научной мысли. Но когда 17 лет назад создавалась клиника глазных болезней в поликлинике ОАО «Газпром», они выглядели настоящим чудом. Начальник центра микрохирургии глаза, кандидат медицинских наук, врач-офтальмолог высшей квалификации категории с более чем 30-летним стажем, заслуженный врач РФ, член правления Общества офтальмологов России Владимир АНТОНЮК вспоминает, как люди реагировали на лечение в новом центре.

Особенно ему запомнился пациент, приехавший лечиться к ним из Тюмени. Мужчина 54 лет, настоящий трудяга, всю жизнь проработавший на Севере в газовой отрасли. Когда его управление строило очередной трубопровод, он почувствовал, что резко ухудшилось зрение. Обратился к местным врачам, обследование выявило катаракту. Было назначено консервативное лечение, а его перевели в подсобные рабочие. Но зрение всё равно ухудшалось. Поэтому ему было рекомендовано уволиться по состоянию здоровья.

Направление в поликлинику Газпрома в столицу было последним шансом. Он «примчался» в Москву без результатов полноценного обследования и анализов, слишком долго пришлось бы их ждать за Полярным кругом. Но его не «развернули», всего за один день провели комплексную диагностику, и уже на следующий день провели операцию по замене хрусталика глаза, причём амбулаторно. Вторую такую же операцию сделали через 5 дней. В результате зрение восстановилось до 120%.

Пройдёт всего 2 недели, и прежние ограничения в трудоспособности останутся в прошлом. Медицинская комиссия разрешит ему сесть за управление экскаватором. В благодарственном письме, написанном этим пациентом в поликлинику Газпрома, есть проникновенные строчки признательности за спасение зрения. Из него Владимир Антонюк узнал, что больной ехал в столицу с мыслями о самоубийстве. Если и в Москве не помогут, то полный сил мужчина считал, что ему ничего другого не останется... Но благодаря профессиональной работе

офтальмологов клиники глазных болезней столичной поликлиники ОАО «Газпром» он вернулся в строй – вновь стал полезным для своей семьи, Газпрома, страны, доработал в отрасли до пенсии.

Со временем офтальмологический центр стал очень популярным не только среди москвичей, но и в масштабах всей страны. В прошлом году обследование и лечение в нём прошли 27 тыс. пациентов, специалистами выполнено более 8 тыс. операций. За время работы офтальмологи защитили 2 докторские и 3 кандидатские диссертации, стали авто-

шательство принципиально менее травматичным. И это меняло дело. Необходимость находиться больному 2 недели в стационаре, а лечебному учреждению тратиться на коммунальные платежи, питание пациентов отпала. Время нахождения в клинике стало составлять 1-2 часа, а через 4 часа пациент снимал повязку и – видел!

За время выполнения в нашей клинике таких операций мы были вынуждены положить в стационар только 2 пациентов, – продолжает В.Антонюк. – Но это были люди пожилого возраста, с сахарным диабетом и многочисленными



Владимир Антонюк

другим лазером. С прошлого года внедрена ещё одна методика при катаракте – точным фемтолазером под управлением компьютера создаются специальные технологические отверстия в роговице, дробится мутный хрусталик и дальше, словно пылесосом, аспирируется, чтобы в образовавшуюся полость «вмонтировать» новый. И пациент через несколько минут обретает зрение.

Умная аппаратура помогает офтальмологу, не вставая с кресла, выполнить 50 различных тестов. Компьютерный томограф позволяет на клеточном уровне проверить состояние сетчатки, сосудов глаза. Зачастую пациент ещё не подозревает о своей болезни, а система уже выявляет патологию в различных его слоях. А проведённые исследования дают прогноз по предстоящей операции, возможность просчитать алгоритм реабилитации. С помощью новейших технологий офтальмологи способны воздействовать на конкретную зону тканей, чтобы её лечение проходило более успешно.

Сегодня офтальмологи Газпрома выполняют в неделю более 80 вмешательств по поводу катаракты и столько же по поводу лазерной коррекции. Число желающих лечиться в клинике Газпрома постоянно растёт.

– Мы являемся единственной офтальмологической клиникой в структуре Газпрома, – продолжает начальник центра В.Антонюк. – Мы работаем по полисам ДМС и оказываем платные услуги. Тесно сотрудничаем с ведущими медицинскими учреждениями Минздрава, особенно с клиникой офтальмологии Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова – вместе делаем всё во благо здоровья работников газовой отрасли. Половина наших пациентов не являются москвичами. За год к нам приезжают на лечение порядка 200 человек из дальнего зарубежья. Но наша основная задача – это лечение работников, членов их семей и пенсионеров предприятий газовой отрасли. Зрение для многих газовиков – это безопасность проведения сложных работ. По подсчётам специалистов, благодаря профессионализму коллектива центра 14 тыс. газовиков восстановили зрение и смогли вернуться к прежней работе. Это ли не лучший показатель, характеризующий качество медицинской помощи в поликлинике ОАО «Газпром».

Офтальмология с опережением

В клинике глазных болезней многие операции сделаны впервые в стране



Офтальмохирург Татьяна Кузнецова готовится к очередной операции

рами 14 патентов на изобретения, опубликовали более 350 статей в научных журналах.

В офтальмологической клинике Газпрома первыми в 2000 г. стали оперировать катаракту амбулаторно. Раньше госпитализировать на больничную койку больных с таким заболеванием считалось в порядке вещей. Но были разработаны технологии, сделавшие это вме-

проблемами со здоровьем. Думаю, что из 90 тыс. прооперированных направят в стационар только двух – это фактически капля в море. Хочу уточнить, что мы не берём на лечение больных с офтальмологическими заболеваниями, вызванными онкологической, вирусной, инфекционной патологией, с тяжёлой отслойкой сетчатки. Всё остальное – возраст,

сопутствующие заболевания – не являются для нас противопоказаниями.

По мере «взросления» шло расширение не только возможностей офтальмологической клиники, но и её площадей. В начале пути ей отвели 400 м² в здании Газпрома. Потом передали половину этажа, затем весь этаж, в результате в распоряжении офтальмологов оказалось 1200 м². Но здесь по-прежнему думают об освоении новых технологий. А это значит, нужны дополнительные помещения. Сегодня заканчиваются проектные работы, после которых будет проведён ремонт, и офтальмологическая клиника переедет в новое здание, расположенное рядом с комплексом зданий Газпрома.

– Мы планируем разместить диагностическое, хирургическое, микрохирургическое подразделение и оптику в новом корпусе, – поясняет Владимир Дмитриевич. Он с увлечением рассказывает об уникальных операциях и почему они проводятся в два этапа. Сначала фемтолазером осуществляется разрез, а дальше операция продолжается уже

Мы на помощь придём...

Информатизация позволяет поликлинике Газпрома работать на новом уровне

Информатизация начала свой отсчёт в поликлинике Газпрома в 1995 г. Это был ещё период, когда в кабинетах медицинской статистики стояли переполненные статистические талонами шкафы. Когда возникала необходимость получить ту или иную отчётность, из папок извлекались статистические талоны и пересчитывались, на основании полученных данных заполнялись необходимые отчётные формы. Сегодня, чтобы сформировать любой отчёт, потребуются считанные секунды. Неизменным осталось только одно – врач вносит необходимые данные, но теперь уже в электронную форму. Система позволяет руководству поликлиники получать в режиме онлайн всю информацию, на её основе принимать управленческие решения и заниматься стратегическим планированием.

Отдел информационно-технического обеспечения возглавляет Игорь ПЕСОЦКИЙ.

и электронная запись к врачу. Но поскольку в поликлинике Газпрома сама очередь де-факто отсутствует, то эти возможности используются несколько по-другому. Регистратор с помощью системы записывает пациента сразу к нескольким врачам, подбирая для него удобный график посещения. За один день

тот должен успеть сдать кровь, другие анализы, пройти назначенные исследования и попасть на приём к лечащему врачу или к другим специалистам. Записаться к ним можно и по телефону.

Лабораторная служба также работает на новом уровне. Врач выдаёт направление на анализ со



штрих-кодом, далее в процедурном кабинете при заборе биоматериала у пациента штрих-код сканируется и система автоматически делает отметку об этом и печатает наклейку на пробирку с кодом биоматериала. Результаты анализа по выделенной сети передаются обратно в систему и становятся

доступны врачу, назначившему исследование.

– В отделе трудятся 13 человек, – продолжает И.Песоцкий. – Это специалисты разного возраста и опыта работы, но всех их отличает высокое чувство ответственности за порученное им дело. Сейчас мы готовимся к грядущему расширению. В Санкт-Петербурге открываются медицинские пункты поликлиники Газпрома и коммуникации должны предоставить оперативный доступ ко всем действующим сервисам. А это повлечёт за собой увеличение мощности серверного оборудования и объёма систем хранения данных.

В поликлинике внедрена и успешно используется система видеоконференцсвязи с удалёнными филиалами. Это позволяет врачам не приезжать в центральный офис, а обсуждать сложные случаи и прослушать цикл лекций, не покидая рабочего места. Это очень удобно.

Так совпало, что беседа с начальником стоматологического отдела поликлиники Александром ВАНЯНОМ происходила в день своеобразного для него юбилея. Ровно 5 лет назад Александр Иванович, приехав из Питера в Москву, принял руководство данным структурным подразделением. Эстафету ему передал ныне находящийся на заслуженном отдыхе профессор Сергей Зубов. Как выразился Александр Иванович о своём предшественнике, «он основал и много лет руководил стоматологическим отделом поликлиники, определил пути его развития».

Но стоматологическая наука бурно развивается, и жизнь вносит свои коррективы. Раньше все структурные подразделения стоматологического отдела работали обособленно, без логических связей между отделениями, в отрыве от общей цели, ориентированной на реабилитацию стоматологического статуса пациента. Стремление выполнить свою работу наилучшим образом у всех сотрудников отдела присутствовало, но, как образно выразился Александр Иванович, «все усилия специалистов словно лучи разбегались в разные стороны и нигде не пересекались, хотя, в принципе, они должны были сойтись на пациенте».

Новый руководитель посчитал необходимым провести реструктуризацию. Первым шагом стало объединение отделений общей практики под эгидой комплексного оказания услуг. Теперь в каждом отделении (№ 1, 2, 3) сотрудничают врачи разных специализаций

Энергия успеха

Расширяя возможности стоматологии



Эстетический результат обеспечен – ведёт пациента начальник отдела Александр Ванянов

(терапевты-стоматологи, хирурги, ортопеды) и их консолидированные усилия направлены на решение любой задачи в каждом конкретном клиническом случае. Реорганизованы и другие подразделения: отделение профилактики стоматологических заболеваний, отделение детской стоматологии с ортодонтией. За этим последовали и другие организационные

меры. Теперь, как только пациент обратится в стоматологический отдел, под него составляется рациональный индивидуальный план, по которому работает целая бригада врачей до реабилитации его стоматологического статуса, когда все функции зубочелюстной системы восстанавливаются и всё, что предписывалось сделать, воплощено в жизнь. А дальше па-

циента ждёт только диспансерное наблюдение и профилактика.

Но этому предшествует большой подготовительный период. Пациенту проводятся все необходимые диагностические исследования, делаются снимки, выполняется компьютерная диагностика, изучаются диагностические модели. В каждом случае модель сканируется в системе CAD/CAM, на ней виртуально моделируется при помощи компьютера вид будущих конструкций в полном соответствии с законами гнатологии, функционального и эстетического формообразования.

Каждый день на стыке смен в отделениях проводятся мини-конференции, на которых врачи докладывают ведение своих пациентов, обсуждаются новые методики и технологические новшества, вносятся предложения. На подобных конференциях стали привычными слова: «Давайте подумаем вместе» – это о текущих делах. Но и о перспективах не забывают. Кто-то обмолвился о новом методе. «А что, давайте попробуем», – соглашаются коллеги.

Сотрудники отдела — большие энтузиасты. Всего в коллективе 122 человека, из них 43 врача разных специальностей. Все заведующие отделениями являются проводниками всех нововведений, владеют

самыми передовыми технологиями. Подвижником технической мысли здесь считается Александр Ванянов. Это сын Александра Ивановича, окончивший, как и отец, 1-й Ленинградский государственный медицинский институт им. Н.И.Пирогова. Младший Ванянов заведует лабораторией, бывает на различных презентациях новой техники. От него, как правило, исходят идеи, что внедрить у себя в зуботехнической лаборатории и что непременно должно дать эффект, хотя техническое вооружение здесь и так находится на высоком уровне. Достаточно сказать, что лаборатория, по существу, – мини-завод. В помощниках у специалистов и особые микроскопы, и другая аппаратура, что позволяет выполнять операции очень точно. Но никакое даже современное оборудование не заменит профессиональные знания и опыт специалистов, их видение ситуации. После того, как проведён всесторонний анализ клинической ситуации, выставляется диагноз и определяется весь дальнейший алгоритм ведения пациента, шаг за шагом, в коллегиальном синергизме взаимодействия врачей. Причём все задачи решаются в тесном сотрудничестве с коллегами поликлиники в целом, так как используется весь её мощнейший потенциал в плане диагностики, лабораторных исследований, использования дневного стационара и т.д. Подобное масштабное взаимодействие – величайшее преимущество стоматологического отдела в сравнении с другими ЛПУ Москвы, так как позволяет добиться наилучших результатов в лечебном процессе.

Вот это лаборатория!

Ежегодно – 1 млн исследований

Отделу лабораторной диагностики 3 года, но это не значит, что всё здесь начиналось с нуля. Лабораторное отделение в поликлинике ОАО «Газпром» существует со дня её основания. И вполне закономерно, что с развитием лечебного учреждения на смену ручным лабораторным методам пришла автоматика.

Начальник отдела лабораторной диагностики врач высшей категории Владимир Батев для убедительности своих слов – «всё делается на современном оборудовании» – ведёт нас по кабинетам, где происходят в автоматических условиях чудодейственные процессы с биоматериалами, результаты которых в тот же день в режиме онлайн поступают к врачам. Заведующая кабинетом патоморфологических исследований кандидат медицинских наук (сейчас работает над докторской) Марта Ковылина показывает уникальный вытяжной шкаф, аналогов которого пока мало в России. Сделан он по индивидуальному проекту, оснащён вытяжной системой, позволяющей нейтрализовать вредные вещества, которые используются лаборантами в работе.

Или возьмите специальные пробозаборники, на которые наносится индивидуальный штрихкод, содержащий информацию о пациенте и назначенных ему анализах, что позволяет исключить ошибки на преаналитическом этапе анализа, так называемый человеческий фактор. А потому полученные результаты несут объективный характер.

Но то, что мы здесь увидели, только часть лабораторного хозяйства, основное находится на Мичуринском проспекте в филиале № 1. В ноябре 2011 г. после реконструкции здесь первого этажа КДЛ была

размещена в специализированных по технологическим параметрам зонах, что позволило внедрить в работу новые виды исследований и технологии (молекулярно-биологические), развернуть ПЦР-лабораторию. В составе отдела 4 самостоятельных подразделения: клиничко-диагностическая лаборатория (заведующий врач высшей категории В.Машковцев), кабинет патоморфологических исследований, где мы уже побывали, и 2 процедурных кабинета (здесь «правят бал» медицинские сёстры высшей категории Л.Бойко и З.Шишова). А всего под началом В.Батева работает 14 врачей клинической лабораторной диагностики, 22 фельдшера-лаборанта, 6 медицинских сестёр и 6 санитарок. Все специалисты имеют высшую квалификационную категорию, 3 – кандидаты медицинских наук. Многопрофильная лаборатория выполняет более 700 типов общеклинических, иммунологических, аллергологических, серологических, цитологических, молекулярно-биологических и гистологических исследований из всех видов биоматериала.

Не без гордости руководитель отдела отметил первенство в клинических исследованиях среди других поликлиник, в частности, папилломы в предраковой стадии шейки матки, рака предстательной железы. Сегодня КДЛ выполняет более 1 млн исследований в год. Рост идёт за счёт внедрения новых

методик и возможностей переснащения.

– Нам всем потрясюще повезло, что поликлиникой руководили и руководят большие энтузиасты её развития, как Анатолий Владимирович Пулик (сегодня начальник отдела договорной работы, кандидат медицинских наук) и главный врач профессор Николай Николаевич Лебедев. Почему и лечебное учреждение уверенно держит курс на постоянное обновление, и в этом ряду клиничко-диагностическая лаборатория. В этом году, например, подали заявку на аппаратуру, которая поможет диагностировать предрасположенность к онкозаболеванию кишечника. Это уникальная японская техника, которая освободит пациента от тяжёлой лечебной манипуляции с помощью колоноскопа. К тому же не надо будет перед данной процедурой проходить пробоподготовку, «сидеть» на диете, избегать физических нагрузок. Пациент сдаст дважды биоматериал в специальные заборники – и никаких колоноскопий.

Владимир Владимирович ещё раз подчеркнул высочайшее качество лабораторных исследований на таком примере. Те пациенты, которым по каким-либо причинам приходится лечиться за границей, берут результаты исследований в поликлинике ОАО «Газпром» с собой. У зарубежных врачей никогда не возникало претензий к их достоверности.



Лаборант Ирина Кучерова выполняет исследование по определению агрегации тромбоцитов крови

К высокой планке

Реабилитация возвращает к полноценной жизни

Ольга КАЛАШНИКОВА, заместитель главного врача по медицинской реабилитации, кандидат медицинских наук:

– Это аксиома медицинской практики. Успех в лечении заболеваний или после оперативных вмешательств зачастую зависит от последующего восстановления нарушенных функций организма, чем и занимается отделение медицинской реабилитации поликлиники. Оно находится на базе физкультурно-оздоровительного комплекса, что позволяет сохранять преемственность от лечения к оздоровлению.

В арсенале отделения: физиотерапия, кинезиотерапия, рефлексотерапия, мануальная терапия, гирудотерапия, механотерапия, биорезонансная терапия, водолечение и др. Отделение располагает современными тренажёрами и аппаратурой. Не каждый реабилитационный центр может похвастаться таким оснащением. Мы стараемся следить за достижениями наших зарубежных коллег и внедрять их опыт в наши реабилитационные программы. Так сотрудники отделения активно участвуют в международных конференциях, симпозиумах, семинарах, мастер-классах.

Восстановительную работу ведут 56 профессионалов. У большинства за плечами 10-летний и более опыт, уважение пациентов.

Раз в неделю мы собираемся с врачами, заведующими отделениями и вырабатываем общую тактику, разрабатываем эффективность тех или иных методов, которых у нас достаточно. Безусловно, мы учитываем специфику работы сотрудников ОАО «Газпром», их напряжённый труд и в соответствии с этим разрабатываем программы восстановления или укрепления



их здоровья. В каждом случае необходимо подходить к пациенту индивидуально, учитывая особенности его организма и особенности работы.

Главное наше правило – ко всему должен быть научный, профессиональный подход и не менее важно, – человеческий, душевный. Тогда и пациент восстанавливается быстрее. Поэтому и хочется больше внедрить новых методик, которые быстро дают положительный результат. Одна из последних – горизонтальное вытяжение позвоночника с помощью компьютерного аппарата. Со временем будут созданы рекомендации, основанные на данных кандидатской диссертации, работа над которой сейчас ведётся врачом отделения. Хорошо себя зарекомендовали и пользуются повышенной востребованностью такие новые методы реабилитации как – криосауна, спелеолечебница, аппаратный лимфодренаж, флоат-камера.

Мы хотим взять высокую планку в реабилитации и добиться, чтобы наши пациенты быстрее возвращались к полноценной и здоровой жизни.

Мультиспиральный компьютерный томограф, установленный в поликлинике Газпрома, эксплуатируется уже 6 лет. Однако это принципиально новая аппаратура. Она позволяет детально оценить состояние практически любого органа, системы организма, причём без каких-либо ограничений.

Напомним, что раньше значительная часть диагностики считалась за пределами КТ, в частности исследование сосудов. Но технологии меняются, более того, многие сложные исследования перестают быть даже малоинвазивными и выполняются уже на амбулаторном этапе. Взять коронарографию: ещё совсем недавно кардиологам приходилось госпитализировать больного в стационар на несколько дней. Теперь всё стало проще – исследование делается в поликлинике, причём скрининг осуществляется высочайшего уровня, может выявить патологию при ишемической болезни сердца, когда недуг ещё носит бессимптомный характер.

Поэтому в отделении лучевой диагностики поликлиники считают, что слово «виртуальная» совсем не подходит к коронарографии, которая выполняется с помощью КТ. Она даёт реальное представление о состоянии сосудов сердца. Между тем от проведения колоноскопии с помощью КТ здесь отказались. Дело в том, что более эффективно использовать эндоскопическую технику. И вот почему. Когда выявляется полип или новообразование, биопсия берётся с помощью эндоскопа сразу, а не откладывается на повторное обследование. Кроме того, современные лекарства и технологии позволяют посмотреть состояние кишечника с помощью эндоскопа, причём почти безболезненно.

Очень востребованное исследование – определение размера узлов в лёгких. Если миллиметровые образования увеличились в 2 раза, это свидетельствует о том, что нужно срочно выполнять диагностическую резекцию и есть серьёзные подозрения на рак лёгких. Современная компьютерная томография является, безусловно, золотым стандартом

Владимир СПЕСИВЦЕВ, заместитель главного врача по клинично-экспертной работе, кандидат медицинских наук:

– Для обеспечения прав пациентов на получение необходимого объёма и надлежащего качества медицинской помощи в соответствии с установленными порядками и стандартами в поликлинике создана система контроля качества и безопасности медицинской деятельности. На наш взгляд, наличие подобной службы контроля очень необходимо для выстраивания эффективности работы всей системы медицинского обеспечения. Это отражается на повышении уровня здоровья, сохранении работоспособности работников газовой отрасли, удовлетворении их потребностей в предупреждении и лечении заболеваний, а значит, и в продлении профессионального долголетия.

Именно с этой целью 4 года назад в поликлинике были созданы отдел экспертизы и контроля качества и безопасности и служба качества медицинской помощи. В 2012 г. в целях единых организационных и методических принципов взаимодействия для руководителей поликлиники и медицинских служб дочерних организаций ОАО «Газпром» разработана технология внедрения системы управления качеством медицинской помощи, созданы и постоянно совершенствуются индикаторы качества.

Форма её организации следующая. В поликлинике проводится

Точно и быстро

Компьютерная томография выполняет и коронарографию



Татьяна Алексахина, заведующая отделением РКТ, за анализом полученных результатов

визуализации лёгких. Наряду со стандартными исследованиями в поликлинике внедрены и рутинно выполняются МСКТ-ангиография различных сосудистых бассейнов, КТ-денситометрия. Алгоритмы диагностики соответствуют мировым стандартам. Как подтверждение этого больные, которые уезжают оперироваться за границу, обязательно берут с собой результаты исследований в поликлинике Газпрома.

Но служба лучевой диагностики состоит не только из подразделения РКТ. В полную силу работают отделения магнитно-резонансной компьютерной томографии, рентгенодиагностики, рентгено-радиологической диагностики заболеваний молочной железы, ультразвуковой диагностики. Здесь установлено 2 магнитно-резонансных компьютерных томографа, позволяющих осуществить около 80 видов исследований, включая использование контрастных веществ. С большой точностью

выявляет МРТ: новообразования (доброкачественные, злокачественные, метастазы), воспалительные процессы (как острые, так и хронические), системные и лимфопролиферативные заболевания, травматические, посттравматические, послеоперационные изменения, патологии сосудов, дистрофические и дегенеративные изменения, атрофические процессы, аномалии развития.

Многое можно рассказать и об отделении ультразвуковой диагностики, которое непрерывно внедряет новые методики. В отделении применяется весь комплекс ультразвуковых исследований органов и систем с исследованием органного кровотока. Проводится анализ костно-суставного аппарата. Отдельным направлением является соноэластография, в том числе кожи и её дериватов.

Отделение рентгенодиагностики, по праву можно назвать «визитной карточкой» поликлиники Газпрома. В его штате трудятся

33 специалиста, из 10 врачей высшей квалификационной категории 3 – кандидаты медицинских наук, а из 19 рентгенолаборантов 17 имеют высшую категорию. В структуре отделения 9 кабинетов с различным профилем рентгено-диагностических исследований. В отделении помимо традиционных методов рентгенодиагностики применяется конусно-лучевая томография (КЛТ). Она приближена к КТ-визуализации и активно применяется в стоматологии, выявлении патологии лор-органов и изменений краниовертебральной зоны. КЛТ несёт меньшую лучевую нагрузку, нежели обычное КТ-исследование и применяется в поликлинике для диагностики патологии у взрослых и детей.

По словам начальника отдела, заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук Якова Александровича Лубашева, историю отделения условно можно разделить на четыре этапа. Первый начался в 1995 г., на базе отдела лучевой диагностики поликлинического медицинского учреждения «ЛогАЗ» (в дальнейшем – поликлиники ОАО «Газпром»). В этот период были открыты отделения: рентгеновское и рентгеновской компьютерной томографии, два кабинета ультразвуковых исследований, которые в 1996 г. были преобразованы в отделения ультразвуковой диагностики. Один из первых в стране компьютерный томограф спирального сканирования стоял именно в новом подразделении. Перед отделом были поставлены задачи по организации новых подразделений и внедрению новых диагностических решений.

На втором этапе создаётся кабинет маммографии, сформированы кабинеты МРТ. В связи с необходимостью проведения современного МРТ-обследования пациентов в условиях поликлиники

был смонтирован 1,5Т-томограф. Благодаря этому обследование на современном уровне ежегодно стали проходить до 6 тыс. пациентов. На третьем этапе создано отделение рентгено-радиологической диагностики заболеваний молочной железы, определён переход на цифровые технологии в радиологии с приоритетным снижением лучевой нагрузки на пациента. Это самое молодое отделение создано «с нуля» её нынешним заведующим Валентиной Игоревной Гришкевич. Ей удалось собрать в одном месте всё необходимое оборудование и специалистов высокого уровня для комплексной лучевой диагностики патологии молочной железы и наладить «обратную связь» со всеми профильными специалистами поликлиники. А это путь к ранней диагностике рака молочной железы.

На четвёртом этапе произведена реорганизация подразделений отдела лучевой диагностики с объединением различных баз в районах Москвы под одним руководством. То есть с помощью информационных технологий данные по лучевому обследованию пациента могут быть переданы непосредственно в отделение, где и будет проводиться их анализ и формирование протокола. Это позволяет проводить многоуровневый анализ полученных результатов врачом лучевой диагностики и клиницистом.

О профессионализме специалистов можно судить по такому случаю. Пациент с хронической мочекаменной болезнью обратился в поликлинику утром с нетипичными жалобами. Выполнена срочная дифференциальная диагностика между почечной коликой и манифестацией ИБС. Наряду с необходимыми лабораторными и диагностическими исследованиями была сделана МСКТ – коронарография, при которой выявлен тромбоз одной из артерий сердца. Пациент был госпитализирован, ему поставили стент. В результате дело ограничилось острым тромбозом, инфаркт миокарда не успел развиваться. Этим и отличается отделение лучевой диагностики поликлиники Газпрома – высочайшей квалификацией персонала с предельным вниманием к каждому пациенту.

Оценка со всех сторон

Стратегическая цель – постоянное повышение доступности и качества оказываемой медицинской помощи

вневедомственная (внешняя) и ведомственная (внутренняя) экспертиза и контроль качества и безопасности оказываемой медицинской помощи. Центральным звеном в этой работе является вышеназванный отдел. Разработан порядок организации вневедомственной экспертизы объёмов и качества услуг, по которому сотрудники отдела с экспертами страховых организаций разрешают все недостатки, выявленные последними в ходе медико-экономического контроля и экспертизы оказанной медицинской помощи.

Ведомственная экспертиза осуществляется на трёх уровнях: первый – руководители структурных подразделений, второй – заместители главного врача, третий – врачебная комиссия. Их действия направлены на исследование качества выполнения медицинских технологий, адекватности использования ресурсов, риска возникновения осложнений, удовлетворённости пациента, обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в соответствии с СанПиН.

Безусловно, основной составляющей внутренней экспертизы является контроль качества и безопасности медицинской помощи является работа врачебной

комиссии. Обязательной экспертизе подвергаются случаи с летальным исходом, внутриполиклинического инфицирования и осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, повторные госпитализации, заболевания с удлинёнными и укороченными сроками лечения, поздней диагностики злокачественных заболеваний и туберкулёза, расхождения диагнозов, жалобы пациентов или их родственников. Проводятся экспертизы оказания медицинской помощи в структурных подразделениях, при определённых заболеваниях, изучение преемственности между специалистами поликлиники, вопросы безопасности в процессе лечения, исключение полипрагмазии и др.

Результаты экспертизы обобщаются в заключительном акте, включая выводы и рекомендации, по которым принимаются управленческие решения по улучшению качества медицинской помощи. Они включают организационные мероприятия (издание приказов,



инструкций, проведение совещаний, инструктажей), образовательные (научно-практические конференции, клинические разборы, повышение квалификации сотрудников), по совершенствованию материально-технической базы, административные и дисциплинарные меры, совокупность действий по развитию кадрового потенциала.

Приоритетом деятельности нашей газовой компании является социальная защищённость сотрудников и, как следствие, значительным разделом деятельности врачебной комиссии является решение социальных вопросов. В её функции входят экспертиза временной нетрудоспособности и медицинской экспертизы, выполнение индивидуальной программы реабилитации инвалида, рациональное трудоустройство, определение профессиональной пригодности, льготное лекарственное обеспечение, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение и др.

С 1 января 2015 г. критерии оценки качества медицинской помощи формируются на основе не только соответствующих порядков оказания и стандартов медицинской помощи, но и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Поликлиника оказывает услуги в рамках добровольного медицинского страхования.

**Материалы подготовили
Галина ПАПЫРИНА,
Алексей ПАПЫРИН,
Александр ХУДАСОВ (фото),
специальные
корреспонденты «МГ».**



ТРЕСИБА®

инсулин деглудек (генно-инженерный) для подкожного введения

Российское научно-медицинское общество терапевтов совместно с Ассоциацией ревматологов России и Организацией специалистов по изучению возрастной инволюции, при поддержке Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова впервые в истории клинической практики в РФ подготовили клинические рекомендации «ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ И КОМОРБИДНОСТЬЮ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ».

Уникальность данных рекомендаций заключается в формировании рекомендательной части на основании консенсуса мнений ведущих специалистов, обеспечивающих медицинскую помощь больным с остеоартритом: терапевтов, кардиологов, ревматологов, неврологов, травматологов-ортопедов. Были учтены мнения главных региональных и федеральных специалистов в большинстве регионов РФ. К анализу принято 90 опросников (специально разработанные анкеты для опроса специалистов).

4 марта 2015 г. под председательством академика РАН А.Мартынова состоялось представление суммарного мнения специалистов РФ.

Так, профессор А.Вёрткин на основании многолетнего эпидемиологического исследования, проведенного совместно с учениками, доложил реальное состояние проблемы остеоартрита (ОА) в амбулаторном звене. Он отметил целый ряд недостатков стратегического ведения больных в диспансерных группах и при первичной медицинской помощи.

Профессор А.Наумов, профессор Л.Алексеева и ведущий научный сотрудник НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой, кандидат медицинских наук И.Дыдыкина изложили мнение экспертов относительно общих вопросов ведения больных, медикаментозного и немедикаментозного лечения.

Доцент С.Копенкин подвёл итог стратегий ведения больных с ОА на амбулаторном этапе, а именно представил программы реабилитации после эндопротезирования крупных суставов.

В состоявшейся дискуссии приняли участие ведущие опытные лидеры РФ. Так, главный ревматолог Департамента Москвы профессор Е.Жилев поднял стратегические вопросы внутрисуставных инъекций на амбулаторном этапе. Отметил роль немедикаментозных методов лечения и посоветовал отказаться от формирования широкого перечня лекарств, не нашедших своё подтверждение в доказательных исследованиях.

Профессор Н.Чичасова обратила внимание на формулирование строгих регламентов консультаций ревматолога и ортопеда в ведении больных с ОА в общей врачебной практики. В то же время профессор Р.Стрюк подчеркнула необходимость обсуждений в финализирующем документе консенсуса важных терапевтических вопросов ведения больных с ОА, а именно совместного назначения НПВП с ацетилсалициловой кислотой, при артериальной гипертензии, выбора лекарственной терапии ОА при двойной антиагрегантной терапии.

Главный врач Московской городской поликлиники, кандидат медицинских наук Н.Владимирова ещё раз призвала коллег к формированию короткого, понятного алгоритма, соответствующего нуждам практикующих врачей общей практики, где будут учтены и доказательные сведения, и реалии отечественной клинической практики.

Резюмируя обсуждение, академик РАН А.Мартынов отметил необходимость создания подобных документов, с учётом международного опыта, отечественной терапевтической школы и мнения

«Ведение остеоартрита с коморбидностью в общей врачебной практике».

Мнение российских экспертов

ведущих специалистов страны, имеющих обширный опыт ведения больных с ОА.

Основные положения консенсуса

При первичном осмотре пациента с остеоартритом необходимо оценить и отразить в клинической документации:

- ✓ болезненные суставы
- ✓ интенсивность боли (используя ВАШ), продолжительность, наличие стартовой боли (утром, после периода покоя)
- ✓ сведения о купировании предыдущих рецидивов боли
- ✓ наличие деформации сустава, выпота в полости сустава, костных разрастаний, включая узелки Гебердена и/или Бушара, болезненности при пальпации, атрофии околоуставных мышц
- ✓ движения в суставе (ограничение подвижности, наличие крепитации при движении), влияние поражения сустава(ов) на выполнение бытовых функций
- ✓ оценить походку
- ✓ наличие нарушения сна и депрессии, вызванных болью.

Для диагностики ОА лабораторные исследования не нужны (**100%-ное мнение экспертов**). При рентгенографии обязательно проводится одновременное исследование симметричных суставов (**100% экспертов**): на рентгенограммах выявляют сужение суставных щелей, остеоэроз, краевые остеофиты. Ультразвуковое исследование проводится для выявления синовита (**100% экспертов**).

Только рентгенологических изменений недостаточно для клинического диагноза ОА (необходимо наличие клинических симптомов) (**100% экспертов**).

С целью дифференциальной диагностики проводятся следующие исследования: общий анализ крови (СОЭ) (**100% экспертов**), мочевая кислота (**100% экспертов**), креатинин (**80% экспертов**), С-реактивный белок (**100% экспертов**), АЦЦП (**40% экспертов**), антитела к двуспиральной ДНК (**35% экспертов**), ревматоидный фактор (**45% экспертов**), общий анализ мочи (**100% экспертов**).

С целью персонализации фармакотерапии следует уточнить коморбидный статус пациента: биохимические показатели липидного и углеводного обмена, аминотрансферазы (**78% экспертов**).

К дополнительным методам исследования, проведение которых строго регламентировано специальными показаниями, можно отнести: магнитно-резонансную томографию суставов, костную денситометрию; чаще данные методы используются для дифференциальной диагностики (94,4% экспертов).

Показания для консультации ревматолога при первичном обращении в поликлинику

- ✓ Длительно (более месяца) существующий синовит
- ✓ Подозрение на воспалительные заболевания суставов или системные заболевания соединительной ткани (длительное припухание сустава, увеличенная СОЭ, высокий уровень С-реактивного белка)

При повторном осмотре больных необходимо оценить и отразить в клинической документации:

- ✓ болезненные суставы, или присоединение новых болезненных суставов (в т.ч. фасеточные

Протокол врачебных интервенций при коморбидности ОА

Таблица 1

С сердечно-сосудистыми болезнями	Согласие экспертов, %
Общий медицинский осмотр и формирование развёрнутой диагностической концепции	100
Проверить наличие показаний для антиагрегантов и статинов	84,7
Обсудить допустимый уровень интенсивности лечебной физкультуры	93,4
Определить стартовую терапию боли	100
Мониторинг артериального давления в сроки приёма НПВП	58,8
Определить нейропатический компонент боли	74,8
ССЗ – относительное противопоказание для НПВП	42,6
С сахарным диабетом 2-го типа	
Общий медицинский осмотр и формирование развёрнутой диагностической концепции	100
Проверить наличие показаний для метформина и инкретинов	78,4
Обсудить допустимый уровень интенсивности лечебной физкультуры	86,7
Определить стартовую терапию боли	100
Определить наличие диабетических микро-, макроангиопатий, нейропатий	64,3
Определить нейропатический компонент боли	68,7

суставы и пояснично-крестцовое сочленение)

- ✓ динамику интенсивности боли (используя ВАШ) и продолжительность
- ✓ динамику синовита, если был
- ✓ оценку терапии пациентом
- ✓ при наличии коморбидности – клиническую динамику коморбидного заболевания (табл. 1.)

Инициальная фармакотерапия болевого синдрома

Международные эксперты считают целесообразным начинать терапию боли с применения парацетамола в дозе 2-4 г в сутки. Эксперты РФ отмечают недостаточную (низкую) эффективность обезболивания парацетамолом. Однако стоит обратить внимание практикующих врачей на возможность и необходимость мультимодального подхода к обезболиванию. Например, назначение парацетамола должно сочетаться с назначением местных форм НПВП, лидокаина и регулярной физической нагрузкой, регламентированной функциональными возможностями (табл. 2.).

Особое место в инициальной терапии боли эксперты РФ отводят комбинации хондроитин сульфата, глюкозамин сульфата и ибупрофена. Это можно объяснить с точки зрения фармакокинетических возможностей комбинации ГС и ибупрофена, увеличивающей анальгетический потенциал ибупрофена, что позволяет использовать минимально эффективную дозу последнего.

Однако большой клинический результат эксперты РФ отмечают и у группы НПВП. Но риск нежелательных явлений последних должен быть учтён в зависимости от коморбидного фона пациента.

Базисная (длительная) терапия симптоматическими медленнодействующими препаратами

При проведении терапии ОА одной из ведущих задач является комплексное воздействие на дегенерирующий хрящ, теряющий амортизационные свойства. Патогенез ОА определяет значительное увеличение нагрузки на субхондральную кость с нарушением костного ремоделирования, развитием остеоида и появлением остеофитов.

По данным доказательной медицины и мнению международных

Таблица 2

Инициальная фармакотерапия болевого синдрома при ОА

Препарат	Клинический результат*		
	ОА без коморбидности	ОА и ССЗ	ОА и СД 2-го типа
Парацетамол	1,1	1,2	0,8
НПВП	2,3	2,4	2,1
Комбинация ХС, ГС и ибупрофена	2,4	2,5	2,4
Комбинация ХС, ГГ	1,5	1,9	1,3

* **Клинический результат (специальная методология оценки мнений):**
отсутствует эффект от терапии – 0 баллов
снижение интенсивности боли на 20% – 1 балл
снижение интенсивности боли на 50% – 2 балла
снижение интенсивности боли на 70% – 3 балла

Таблица 3

Базисная терапия ОА симптоматическими медленнодействующими препаратами

Препарат	Клинический результат*		
	ОА без коморбидности	ОА и ССЗ	ОА и СД 2-го типа
Хондроитин сульфат	1,3	1,5	0,9
Глюкозамин сульфат	1,4	1,4	1,2
ХС + ГГ	2,2	2,5	2,6
Неомыляемые соединения авокадо и сои	1,6	1,5	2,2
Диацериин	1,2	1,6	1,1
Гиалуронаты	1,9	1,9	2,2

* **Клинический результат (специальная методология оценки мнений):**
не снижают дозу НПВП – 0 баллов
снижают дозу НПВП на 1/3 от стартовой – 1 балл
снижают дозу НПВП на 1/2 от стартовой – 2 балла
позволяют отменить НПВП – 3 балла

экспертов, комплексная терапия ОА должна включать препараты замедленного действия (глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат, комбинация ХС и ГГ, неомыляемые соединения авокадо/сое, диацериин и гиалуроновую кислоту). Сущность этого подхода к лечению ОА обусловлена воздействием этой группы препаратов на метаболические процессы хрящевой ткани и регенерацию репаративных возможностей хондроцитов (табл. 3.).

Как видно, большинство экспертов РФ выделяют наибольший клинический результат у комбинированных препаратов хондроитин сульфата и глюкозамин гидрохло-

рида. Эта позиция соответствует современному международному тренду, где именно эта комбинация ассоциируется с анальгетическим потенциалом ряда селективных НПВП и предлагается к альтернативному лечению боли при ОА в случае высокого риска нежелательных эффектов НПВП.

Терапия нейропатического компонента хронической боли и коморбидности

Лечение основного заболевания (остеоартрита) не всегда приводит к редукции боли. Не-

Таблица 4

Терапия нейропатического компонента хронической боли при ОА и коморбидности

Препарат	Клинический результат*		
	ОА без коморбидности	ОА и ССЗ	ОА и СД 2-го типа
Дулоксетин	1,7	1,6	2,2
Прегабалин	2,1	2,2	2,4
Габапентин	1,8	1,8	1,9
Амитриптиллин	0,9	1,3	1,5

*** Клинический результат (специальная методология оценки мнений):**
не снижают дозу НПВП – 0 баллов
снижают дозу НПВП на 1/3 от стартовой – 1 балл
снижают дозу НПВП на 1/2 от стартовой – 2 балла
позволяют отменить НПВП – 3 балла

Таблица 5

Немедикаментозные методы терапии ОА

Немедикаментозная интервенция	% экспертов, согласных с интервенцией
Плавание	100
Аквааэробика	64,3
Аквакинезиотерапия	56,4
Лечебная ходьба	87,2
Регулярный комплекс лечебных упражнений	84,5
Лечебная физкультура с инструктором	78,6
Ортопедические стельки	100
Ортопедическая обувь	65,3
Ортезы	68,4

редко наблюдается диссоциация между выраженностью боли и степенью поражения нервной системы. Многие пациенты с нейропатической болью ошибочно принимают НПВП, которые при этом типе боли неэффективны. Это обусловлено тем, что при нейропатической боли главными патогенетическими

механизмами являются не процессы активации периферических ноцицепторов, а нейрональные и рецепторные нарушения, периферическая и центральная сенситизация (табл. 4.).

Эксперты РФ выделяют прегабалин и габапентин как основные средства для лечения нейропатического компонента

[illegible]

хронической боли, строго по
регламентирующим показаниям.

В качестве коррекции психогенного компонента хронической боли выделяют дулоксетин.

Немедикаментозные методы терапии

Разработка программы снижения массы тела для пациентов с повышенным ИМТ тела, уменьшение депрессии и беспокойства – ключевые позиции стратегии ведения больных с ОА. Показано, что эффективность изолированных силовых упражнений меньше, чем более всестороннее вмешательство, которые включают аэробные упражнения, коррекцию боли и обучение. В небольшом количестве исследований пред-

полагается, что на восприятие боли может благоприятно воздействовать выполнение упражнений или использование ортезов, даже таких простых, как эластичный наколенник.

Установлено, что регулярная физическая активность и физические упражнения положительно влияют на симптомы, функцию и качество жизни, они являются решающими компонентами ведения пациентов с остеоартрозом. Упражнения должны быть направлены на расширение объема движений, увеличение гибкости, пребывание на свежем воздухе и улучшение работы мышц. Функция мышц может улучшаться не только благодаря силовым, но и за счет функциональных упражнений, улучшающих выносливость мышц

и контроль двигательной активности. Режим ежедневных упражнений, особенно направленных на мышечную силу, должен учитывать локальную патологию суставов и нарушения, такие как изменение оси сустава и недостаточность связочного аппарата (табл. 5).

Анатолий МАРТЫНОВ,
академик РАН.

АНТОН НАУМОВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Аркадий ВЁРТКИН,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.**

Список экспертов

А.И.Мартынов (терапевт; академик РАН, президент РНМОТ, Москва), **Л.И.Алексеева** (ревматолог; НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой РАН, Москва), **И.С.Дыдыкина** (ревматолог; НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой РАН, Москва), **Н.В.Чичасова** (ревматолог; Институт профессионального образования Первого московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова), **А.В.Наумов** (терапевт; Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва), **А.Л.Вёрткин** (терапевт; МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва), **Е.А.Прохорович** (терапевт; МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва), **В.Б.Мычка** (кардиолог; МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва), **Л.В.Меньшикова** (ревматолог, врач общей практики; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования), **М.В.Путилина** (невролог; Российской национальной исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова), **В.В.Бадокин** (ревматолог; Российская медицинская академия последипломного образования, Москва), **Н.А.Третьякова** (терапевт, кардиолог; Амурская государственная медицинская академия), **Р.Г.Камалова** (ревматолог; Республиканская клиническая больница им. Г.Г.Куватова, Уфа), **М.В.Погребная** (терапевт, ревматолог; Амурская ГМА), **Р.И.Стрюк** (терапевт, кардиолог; МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва), **Е.Ю.Майчук** (терапевт, кардиолог; МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва), **Г.Ф.Фатхуллина** (ревматолог; РКБ им. Г.Г.Куватова, Уфа), **О.А.Кичерова** (невролог; Тюменская государственная медицинская академия), **Л.И.Рейхерт** (невролог; Тюменская ГМА), **Л.М.Валишина** (ревматолог; РКБ им. Г.Г.Куватова, Уфа), **Л.Н.Елисеева** (терапевт, ревматолог, кардиолог; Кубанский государственный медицинский университет), **Э.Г.Муталова** (терапевт, ревматолог; Башкирский государственный медицинский университет), **С.Е.Мисоедова** (терапевт, ревматолог, кардиолог; Ивановская государственная медицинская академия), **Л.К.Пешехонова** (ревматолог; Воронежская государственная медицинская академия), **П.С.Пухтинская** (терапевт, врач общей практики, ревматолог; Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург), **Р.А.Салеев** (невролог; Уральский ГМУ, Екатеринбург), **О.В.Теплякова** (терапевт, ревматолог; Уральский ГМУ, Екатеринбург), **Л.В.Трибунцева** (невролог, врач общей практики; Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко), **Е.М.Филиппченко** (терапевт, кардиолог, врач общей практики; Кубанский ГМУ), **Л.Ю.Широкова** (ревматолог; Ярославский государственный медицинский университет), **Е.В.Борисова** (хирург; ОАО «Доктор-А»), **И.Б.Виноградова** (ревматолог; Ульяновский государственный университет, Ульяновская областная клиническая больница), **А.И.Дубиков** (ревматолог; Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток), **В.Н.Исакова** (ревматолог; Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск), **П.П.Калинский** (невролог; Тихоокеанский ГМУ, Владивосток), **Э.Н.Оттева** (ревматолог; краевая клиническая больница № 1, Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск), **Т.А.Щербаносова** (невролог; ИПКСЗ, Хабаровск), **Г.Р.Еникеева** (ревматолог; ГКБ № 13, Уфа), **М.З.Насыров** (травматолог-ортопед, реабилитолог; Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А.Илизарова), **Л.А.Левашёва** (ревматолог; Тихоокеанский ГМУ, Владивосток), **И.Ф.Кроткова** (терапевт; РМАПО, Москва), **О.А.Никитинская** (ревматолог; НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой РАН, Москва), **И.В.Кирпичёв** (травматолог-ортопед; Ивановская ГМА), **Е.П.Шарапова** (ревматолог; НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой РАН, Москва), **А.С.Карабаева** (ревматолог; поликлиника Федеральной таможенной службы, Москва), **С.Г.Аникин** (ревматолог; НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой РАН, Москва), **Е.Ю.Эбзеева** (терапевт; РМАПО, Москва), **Р.М.Балабанова** (ревматолог; НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой РАН, Москва), **О.Г.Маркова** (ревматолог; Якутская городская клиническая больница), **Т.Ю.Большакова** (ревматолог; Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого), **Н.В.Кулакова** (терапевт, кардиолог; Тихоокеанский ГМУ, Владивосток), **А.А.Синенко** (ревматолог; Тихоокеанский ГМУ, Владивосток), **М.Ф.Марковская** (ревматолог; Республиканская больница им. Г.Я.Ремишевской, Абакан), **М.П.Петрова** (терапевт; Красноярский ГМУ им.

В.Ф.Войно-Ясенецкого), **Г.А.Пальшин** (травматолог-ортопед; Северо-Восточный федеральный университет им. М.К.Аммосова, Якутск), **В.В.Шабалин** (ревматолог; Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого), **И.В.Марусина** (ревматолог; Городская больница, Кострома), **Т.А.Короткова** (ревматолог; НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой РАН, Москва), **Н.А.Верещагин** (травматолог-ортопед; Нижегородская государственная медицинская академия), **О.В.Симонова** (терапевт, ревматолог; Кировская государственная медицинская академия), **Е.В.Соловьёва** (терапевт, кардиолог, ревматолог; Нижегородская ГМА), **Т.А.Раскина** (ревматолог; Кемеровская государственная медицинская академия), **И.А.Грибачёва** (невролог; Новосибирский государственный медицинский университет), **Н.В.Иванова** (терапевт, клинический фармаколог; Псковский государственный университет), **Е.В.Крюкова** (ревматолог; Вологодская областная клиническая больница), **И.В.Плесовская** (ревматолог; филиал Кировской ГМА в Республике Коми, Сыктывкар), **Л.В.Титова** (ревматолог; Северный государственный медицинский университет, Архангельск), **Б.В.Заводовский** (ревматолог; НИИ клинической и экспериментальной ревматологии, Волгоград), **О.Н.Аношенкова** (ревматолог; медицинский центр «Максимум Здоровья», Томск), **Т.И.Батудаева** (ревматолог; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Улан-Удэ), **Ю.В.Бочкарёва** (терапевт; Пензенский институт усовершенствования врачей), **Е.И.Бусалаева** (терапевт; Институт усовершенствования врачей Минздрава Чувашской Республики), **Т.Л.Визило** (невролог; Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей), **Е.Д.Голованова** (терапевт-геронтолог; Смоленская государственная медицинская академия), **М.Г.Жестикова** (невролог; НГИУВ), **А.В.Затеев** (терапевт-ревматолог; Алтайский государственный медицинский университет), **П.Р.Камчатнов** (невролог; РНИМУ им. Н.И.Пирогова), **Г.В.Клочкова** (ревматолог; Сургутская городская больница № 4), **С.В.Колбасников** (врач общей практики, ревматолог, кардиолог; Тверская государственная медицинская академия), **Н.Н.Кораблёва** (травматолог-ортопед; РМАПО, Москва), **Д.И.Ляхин** (ревматолог; Липецкая областная клиническая больница), **М.Ф.Осипенко** (терапевт; Новосибирский ГМУ), **В.С.Петров** (терапевт, ревматолог; Рязанский государственный медицинский университет), **А.А.Попов** (терапевт, ревматолог, гастроэнтеролог; Уральский ГМУ, Екатеринбург), **С.Ю.Романова** (ревматолог; ОКБ № 1), **В.Н.Сороцкая** (ревматолог; Тульский государственный университет), **Э.Ф.Хазеева** (ревматолог; РКБ им. Г.Г.Куватова, Уфа), **И.Г.Хрипунова** (ревматолог; Ставропольский государственный медицинский университет), **М.И.Шупина** (терапевт, ревматолог; Омская государственная медицинская академия), **Т.Н.Янковая** (врач общей практики; Смоленская ГМА), **С.А.Лапшина** (терапия, ревматология, кардиология; Казанский государственный медицинский университет), **А.И.Мирончева** (ревматолог; ГКБ № 1, Оренбург), **И.А.Осетрова** (невролог; Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»), **Г.В.Шавкута** (врач общей практики; Ростовский государственный медицинский университет), **А.Е.Барулин** (невролог, Волгоградский государственный медицинский университет), **О.Б.Несмеянова** (ревматолог; Челябинская областная клиническая больница), **А.О.Исаканова** (терапевт, ревматолог; ГКБ № 1, Челябинск), **Е.И.Копилов** (ревматолог; Ивановская областная клиническая больница), **Е.В.Зонова** (ревматолог; Новосибирский ГМУ), **Ф.Ф.Гашилова** (невролог; МСЧ № 2, Томск), **Ю.В.Лалов** (невролог-нейрохирург; Омская государственная медицинская академия), **Е.В.Зонова** (ревматолог; Новосибирский ГМУ), **О.Б.Несмеянова** (ревматолог; Челябинская областная клиническая больница), **Н.М.Никитина** (ревматолог; Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского), **А.П.Ребров** (терапевт; Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского), **Ф.Ф.Гашилова** (невролог; МСЧ № 2, Томск), **Ю.В.Лалов** (невролог-нейрохирург; Омская государственная медицинская академия), **А.Е.Барулин** (невролог; Волгоградский ГМУ), **О.Б.Несмеянова** (ревматолог; Челябинская ОКБ), **А.О.Исаканова** (ревматолог; ГКБ № 1, Челябинск), **Е.И.Копилов** (ревматолог; Ивановская ОКБ), **Г.В.Шавкута** (терапевт, Ростовский ГМУ), **Л.А.Князева** (терапевт; Курский ГМУ), **Е.А.Логачёва** (невролог; Курский ГМУ).

Исследования

Хлебни IQ, малыш!

Кормление грудью повышает интеллект ребёнка



Учёные представили одно из крупнейших исследований на тему грудного вскармливания. Дети, которых в младенчестве вскармливали грудным молоком, во взрослом возрасте демонстрируют более высокие результаты тестов на IQ и большие успехи на профессиональном поприще, сообщили бразильские учёные.

Мать есть мать

В рамках длительного исследования учёные наблюдали за 3,5 тыс. детей. Доктор Бернардо Лёсса Орта из Федерального университета Пелотас в Бразилии подчёркивает, что учёные впервые наблюдали за представителями самых разных социальных слоёв, а не только состоятельных и образованных людей.

Безусловно, существует множество факторов, оказывающих влияние на IQ ребёнка, однако исследователи попытались исключить основные – образование матери, доход семьи и вес при рождении. Эксперты говорят, что, хотя результаты исследования нельзя считать подводящими

окончательный итог, они тем не менее свидетельствуют о пользе грудного вскармливания в течение 6 первых месяцев жизни.

Меньше инфекций и хорошие оценки

Большинство детей, участвовавших в исследовании, независимо от их социального слоя, находились на грудном вскармливании: некоторые меньше месяца, другие больше года. Те, кого кормили грудью дольше, демонстрировали более высокие оценки при измерении уровня интеллекта во взрослом возрасте. Кроме того, при грудном вскармливании повышается вероятность высокой зарплаты и более активного обучения в будущем.

Доктор Орта считает, что грудное молоко даёт такие преимущества, потому что это хороший источник насыщенных жирных кислот, необходимых для развития мозга.

Кевин Фентон из Национальной службы здравоохранения Великобритании подтверждает, что есть веские доказательства преимуществ грудного вскармливания

для здоровья детей – оно снижает количество респираторных и желудочно-кишечных инфекций в младенчестве.

«Рекомендации Национальной службы здравоохранения остаются прежними: грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни положительно влияет на здоровье детей. Мы признаём, однако, что не все матери выбирают или имеют возможность заниматься грудным вскармливанием, и в таком случае единственной альтернативой становятся молочные смеси», – объясняет он.

Доктор Колин Мичи, председатель Королевского колледжа педиатрии и детского здоровья, говорит: «Существует много исследований о связи между грудным вскармливанием и IQ, но с течением времени некоторые результаты подвергались сомнению».

«Это исследование тем не менее учитывает ряд других факторов, включая достижения в образовании и доходах к 30 годам, и это, наряду с большой выборкой, делает его очень весомым», – объясняет он.

Онкология

Ежегодно свыше полумиллиона американцев умирают от онкологических заболеваний. В США объявлено о новой общественной кампании, в ходе которой звёзды кино, спорта и музыки, общественные активисты собирают подписи под петицией к конгрессу с требованием выделить финансовые средства на медицинские исследования.

самой богатой стране мира на борьбу с раком нашлись необходимые средства. Секвестр бюджета и инфляция нанесли ощутимый урон финансированию медицинских исследований.

Движение «Один градус» добивается от законодателей выделения 6 млрд долл. в ближайшие 2 года для нужд Национальных институтов здравоохранения, в том числе 1 млрд – Национально-

Пирс Броснан: «Не сдавайтесь!»

«Мы все находимся в одном градусе – в одном шаге – от большого рака», – лозунг новой общественной кампании, собирающей подписи под петицией в конгресс. Здесь имена умерших и выживших, а также тех, кто сейчас сражается со смертельным недугом. Среди прочих – роспись легенды мирового баскетбола Карима Абдул-Джаббара. Знаменитый в прошлом центровый, победивший с помощью медиков редкую форму лейкемии, прибыл на Капитолийский холм в звёздной компании участников движения «Один градус».

Карим Абдул-Джаббар, рекордсмен НБА: «За последние годы медицинские исследования открыли нам новые лекарства и новые пути избавления от рака. Если мы не добьёмся нужного финансирования этих работ, многие жизни будут потеряны, будет потеряно время. Я надеюсь, наш приход сюда убедит законодателей найти деньги. Все мы хотим окончательной победы над раком, она невозможна без помощи конгресса».

Рак перестал быть смертным приговором, процент победивших эту болезнь в США за 30 лет вырос с 49 до 68. И тем не менее в этом году по прогнозам медиков от раковых заболеваний погибнет почти 590 тыс. американцев. Почти половина мужчин и треть женщин находятся в зоне риска.

Несмотря на впечатляющие достижения медицины, в США каждую минуту кто-то умирает от рака. Цель новой кампании, объединившей звёзд спорта, кино, музыки, ведущих врачей, общественные организации: чтобы в

му институту исследования рака. Начиная с 2003 г. инфляция съела почти четверть федеральных ассигнований на поиск лекарств от рака. Как заявил лауреат Нобелевской премии, директор Института исследования рака Харольд Вармус, учёные стоят в одном шаге от прорыва – победы над страшным заболеванием, но средств, в том числе правительственных грантов, не хватает. Законодатели обещают поддержку новому движению.

Для ирландского актёра Пирса Броснана, исполнителя роли агента 007 Джеймса Бонда, участие в движении «Один градус» – личный долг. Его первая жена – актриса Кассандра Харрис, также снявшаяся в одном из фильмов «бондианы», вместе с Роджером Муром, умерла в 43 года. От этой же болезни – рака яичников – в 41 год умерла приёмная дочь звёзды – Шарлотта Броснан. Призыв актёра ко всем, у кого обнаружили рак, к их родным и близким: «Не сдавайтесь, обращайтесь к лидерам своих стран, как мы обращаемся в данном случае к конгрессу. На интернет-сайте проекта «Один градус» семьи, близкие могут высказаться и потребовать действий от политиков: законодателей и правительства. Рак – это ужасное разрушительное беспощадное заболевание. Я испытал это на себе, на своей семье. Вы можете почувствовать себя в какой-то момент беспомощными. Наше движение даёт вам возможность потребовать необходимого финансирования для борьбы с раком. Для этого мы сегодня пришли сюда – найти деньги и найти лекарства. Не сдавайтесь!»

Лаборатории

Психиатр профессор канадского Университета Британской Колумбии Делрой Польюс изучает тёмную сторону человеческой психики. Главная его задача – ответить на вопрос, которым задаются многие: почему некоторые люди получают удовольствие от жестокости? А это не только психопаты и убийцы, но и школьники-драчуны, интернет-тролли и даже уважаемые, казалось бы, члены общества, к примеру, политики и полицейские.

Бойся нарциссов

Изначально внимание Польюса привлекли нарциссы – люди эгоистичные и тщеславные, способные наброситься на другого человека, чтобы не потерять лицо. Затем, чуть более 10 лет назад, его аспирант Кевин Уильямс предложил проверить, не связаны ли эти эгоцентрические черты с двумя другими неприятными характеристиками – маккиавеллизмом (склонность к хладнокровным манипуляциям) и психопатией (жестокой бесчувственностью и невосприимчивостью к чувствам окружающих). Вместе они выяснили, что эти три свойства характера в целом не зависят друг от друга, но иногда встречаются в одном

Жукомолка Польюса

Почему не все добры к окружающим?

человеке, формируя так называемую «тёмную тройку».

И всё же Делрой Польюс занимается преимущественно повседневыми проявлениями зла, а не случаями из области криминалистики или психиатрии, поэтому исследуемые им черты на первый взгляд совершенно не очевидны. Например, те из респондентов, чьи анкеты демонстрируют их склонность к нарциссизму, часто пытаются пустить пыль в глаза – это одна из стратегий, позволяющая им потешить собственное самолюбие.

Первые результаты, полученные Польюсом в результате исследования тёмных сторон человеческой психики, заинтересовали многих и вызвали ряд вопросов. Например, является ли человек злым от рождения?

Учёные сравнили однояйцовых и разнаяйцовых близнецов и пришли к мнению, что генетический компонент и нарциссизма, и психопатии довольно велик, а вот маккиавеллизм скорее раз-

вивается под влиянием среды – манипуляциям можно научиться от других.

Какова бы ни была наша наследственность, она не снимает с нас ответственности за наши поступки. «Не думаю, что человек рождается с генами психопата и с этим ничего нельзя сделать», – считает Минна Лионс из Ливерпульского университета.

Популярность антигероев массовой культуры – Джеймса Бонда, или Джордана Белфорта (фильм «Волк с Уолл-стрит») – говорит нам о том, что «тёмные личности» обладают сексуальной привлекательностью.

Рождённый злым

Если бы вам представилась возможность отправить безвредных жуков в кофемолку, вам бы это доставило удовольствие? А если бы у жуков были имена, и вы бы слышали, как хрустят их панцири? «Жукомолка» позволила Польюсу и коллегам проверить их теорию

на практике. На самом деле, жуки в кофемолке не попадали на лезвия, но участники эксперимента об этом не знали, а машина издавала звуки, имитирующие хруст жучиных панцирей.

Некоторые из испытуемых отказались от этого задания, другие, напротив, выполняли его с удовольствием. «Они не только хотели причинять жукам вред, они просили ещё, – говорит Польюс. – Другие же считали задание настолько отвратительным, что даже не хотели оставаться в этом помещении». Что важно, любители перемалывать жуков показали высокие результаты в тесте на садистские наклонности.

Рационального человека, пожалуй, не должна как-то особенно беспокоить судьба жуков. Но группа учёных придумала ещё один опыт – компьютерную игру, в которой участники могли «наказать» соперника громким звуком в наушниках. Это было необязательно, испытуемым, наоборот, даже приходилось выполнять

утомительные задания, чтобы заслужить право применить это наказание. Но, к удивлению Польюса, бытовые садисты охотно за это брались: «Мы наблюдали не только желание, но и мотивацию, стремление приложить дополнительные усилия, чтобы получить возможность причинить другим людям вред».

Эту жестокость никак не провоцировали, она не приносила никакой личной выгоды – некоторые испытуемые делали это просто для удовольствия.

Исследованиями Польюса заинтересовались полиция и военные, которые хотели бы объединить с учёным усилия и попытаться найти объяснение тому, почему некоторые люди злоупотребляют властью. «Есть подозрение, что такие индивиды сознательно выбирают работу, на которой они получают возможность делать другим больно», – поясняет учёный. Если это действительно так, то дальнейшие исследования могут помочь выявлять таких кандидатов на этапе приёма на работу.

Подготовил Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам
The Lancet, Global Health,
The Wall Street Journal, Nature.

«Первые проявления этой болезни незаметны и слабы, а развивается она медленно – пациенту лишь изредка удаётся припомнить, когда же именно она началась, – так писал в 1817 г. английский учёный Джеймс Паркинсон, наблюдая 6 первых своих пациентов. – К числу заметных симптомов относятся лёгкая слабость с дрожью либо вялостью в отдельных членах; иногда эти проявления затрагивают голову, но чаще они поражают кисти рук и сами руки. Указанные симптомы постепенно усиливаются и преобладают в изначально поражённых частях тела. Через некоторое время болезненное влияние распространяется и на другие части».

А потом наблюдения дополнились такими замечаниями: «Спустя несколько месяцев пациенты теряют прямую осанку... По мере развития заболевания им становится всё труднее ходить. Им не удаётся поднимать ноги на должную высоту или же достигать желаемой проворности, поэтому, чтобы избежать падений, они передвигаются с большой осторожностью. Так пациенты становятся неуверенными в себе; состояние это прискорбно ухудшается изо дня в день».

– Таким образом, – отмечает научный сотрудник Научного центра неврологии кандидат медицинских наук Екатерина Федотова, – почти 200 лет назад были определены три из четырёх основных симптомов заболевания: тремор, брадикинезия, неустойчивость и ригидность.

– Болезнь Паркинсона, – говорит она, – это медленно прогрессирующее хроническое неврологическое заболевание, характерное для людей старшего возраста. Оно относится к дегенеративным заболеваниям экстрапиримидной моторной системы и вызвано прогрессирующим разрушением и гибелью нейронов, вырабатывающих нейромедиатор дофамин, прежде всего в чёрной субстанции, а также и в других отделах центральной нервной системы. Недостаточная выработка дофамина ведёт к активизирующему влиянию базальных ганглиев на кору головного мозга.

От папирусов до наших дней

«Эссе о дрожательном параличе» Паркинсона стало отправной точкой в изучении болезни, известной ещё в Древнем мире. В египетском папирусе XII столетия до н.э. есть строчки, позволяющие предполагать, что у одного из фараонов наблюдались характерные симптомы. Люди с патологическим тремором описаны и в Библии, и в текстах Аюрведы. Знаменитый древнеримский врач Гален во II столетии н.э., по всей видимости, изучал именно болезнь Паркинсона – больно уж похожи все симптомы.

Похожий тремор описан и в одном из блокнотов Леонардо да Винчи в начале XVI века.

Затем в XVII столетии голландский врач и анатом Франциск Сильвий отметил отличие тремора покоя от других видов дрожания, немец Иероним Гобий выделил симптомы характерной для паркинсонизма походки, а знаменитый шотландский хирург Джон Хантер дал подробное описание больного паркинсонизмом.

К сожалению, работа самого Паркинсона оставалась незамеченной в течение четырёх десятков лет после её опубликования. И только благодаря проведённому в 1868–1881 гг. исследованиям неврологов У.Говерса, С.Вильсона,

В.Эрба и Ж.Шарко эта болезнь не только была научно обоснована, но и получила название в честь её «первооткрывателя».

После определения болезни Паркинсона как самостоятельного заболевания возник вопрос о том, поражение каких структур приводит к его симптомам. Французский невролог Эдуард Бриссо в конце XIX столетия предположил, что за развитие заболевания ответственны субталамическое ядро и ножки мозга (отдел среднего мозга).

В 1912 г. Фредерик Леви обнаружил специфические клеточные включения в клетках ствола мозга, характерные для болезни

менем усовершенствовались.

Долгое время основными методами терапии было применение антихолинергических препаратов и хирургическое разрушение базальных ядер, затем стали использовать стимуляцию глубинных структур мозга электрическими импульсами.

Настоящим прорывом стало исследование греко-американского учёного Джорджа Константина Котзиаса, посвящённое сокращению симптомов болезни Паркинсона при применении леводопы. После его публикации в 1986 г. этот препарат стал считаться стандартом лечения и остаётся таковым и сегодня.

чаще, чем женщины. Существенных расовых различий в структуре заболеваемости не выявлено.

Этиология болезни Паркинсона пока окончательно не выяснена. Факторами риска считаются старение, генетическая предрасположенность, воздействие окружающей среды (пестициды, гербициды, соли тяжёлых металлов), хроническая цереброваскулярная недостаточность или употребление лекарств, вызывающих побочные эффекты.

Старение – процесс естественный, однако с помощью позитронно-эмиссионной томографии доказано, что темпы дегенерации нейронов чёрной

возможность обслуживать себя самостоятельно через 8 лет от начала заболевания, а через 10 лет становятся прикованными к постели. У пациентов, принимающих препарат, этот срок отодвигается на 5 лет.

Отмечено, что при относительно раннем развитии быстрее всего прогрессируют симптомы нарушения двигательной активности, а у людей 70 лет и старше на первый план выходят психические расстройства.

Адекватная терапия замедляет развитие ряда симптомов, ведущих к потере трудоспособности больных (мышечной ригидности, гипокинезии, постуральной

История патологии

Тюльпаны в дрожащих руках...

Суровые реалии болезни Паркинсона



неустойчивости и др.). Однако через 10 лет с момента начала заболевания трудоспособность неизбежно снижается, а затем и необратимо утрачивается, что зачастую приводит к инвалидности.

Данный недуг поражает людей самых разных социальных групп и профессий. Она была у многих известных людей, таких, как Папа Римский Иоанн Павел II (если выстроить «цепочку» из его фотографий с 1993 по 2005 г., можно увидеть, как менялся его облик); Мао Цзэдун, Ясир Арафат, Франсиско Франко, Сальвадор Дали, Андрей Вознесенский, Михаил Ульянов и др.

30-летнему американско-канадскому актёру Майклу Джей Фоксу этот диагноз поставили в 1991 г. После этого он создал общественную организацию «Фонд Майкла Джей Фокса», которая помогает пациентам и спонсирует исследования по изучению проблемы.

В ходе опроса, проведённого среди людей в возрасте от 39 до 77 лет, ухаживающих за пациентами с болезнью Паркинсона, оказалось: 25% считают, что это негативно повлияло на их брак; а у 65% значительно ухудшилось качество их жизни – личной и социальной. Это и вынужденный досрочный выход на пенсию, больничные и отпуска, неполный рабочий день в связи с уходом за больным.

Согласно данным исследования, проведённого Национальным фондом по борьбе с болезнью Паркинсона среди людей, ухаживающих за такими пациентами, уровень переутомления связан с тяжестью и продолжительностью заболевания.

Болезнь Паркинсона является прогрессирующим неврологическим нарушением, которое поражает примерно 6,3 млн людей в год, что делает его вторым по распространённости дегенеративным неврологическим заболеванием во всём мире.

Между тем в 1980 г. один из голландских садоводов назвал в честь Джеймса Паркинсона сорт тюльпанов, который с тех пор стал широко использоваться в качестве символа заболевания. Он словно призывает сострадать и помогать тем, кого мучит дрожательный паралич...

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Вылечить невозможно. Лечить необходимо

– Современная медицина пока не может излечить заболевание или замедлить его прогрессирование, однако существующие методы консервативного и оперативного лечения позволяют значительно облегчить его симптомы и таким образом улучшить качество жизни больных, – замечает Екатерина Федотова.

Это тем более важно, если учесть, что болезнь Паркинсона является наиболее частым нейродегенеративным заболеванием после болезни Альцгеймера и встречается повсеместно. Её частота колеблется от 60 до 140 человек на 100 тыс. населения, при этом число больных значительно увеличивается среди представителей старшей возрастной группы.

Удельный вес людей в возрастной группе старше 60 лет составляет 1%, а старше 85 лет – от 2,6 до 4%. Чаще всего первые симптомы заболевания появляются в 55–60 лет. Однако в ряде случаев заболевание может развиваться и в возрасте до 40 (болезнь Паркинсона с ранним началом) или до 20 лет (ювенильная форма заболевания).

Мужчины болеют несколько

субстанции при болезни Паркинсона намного выше, чем при нормальном процессе.

Около 15% людей имеют семейный анамнез данного заболевания. Однако гены, ответственные за развитие болезни Паркинсона, не идентифицированы.

По словам Екатерины Федотовой, диагностика в большинстве случаев не вызывает затруднений. Достаточно обнаружить у пациента гипокинезию плюс хотя бы ещё один из симптомов: тремор покоя, ригидность, постуральные нарушения.

На начальных этапах, когда проявления заболевания не выражены либо выражены слабо, правильной диагностике может способствовать выявление постуральных рефлексов (рефлексов положения). Здесь важно исключить состояния и процессы, имеющие схожие с паркинсонизмом симптомы, характерные для ряда других заболеваний.

Сострадание и помощь

К сожалению, у данной болезни прогноз условно неблагоприятный: она неуклонно прогрессирует. Наиболее быстро развиваются симптомы нарушения движений. Больные, не получающие лечения, в среднем теряют

Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ:
«Медицинская газета» — надёжный
партнёр в защите прав и интересов
медицинских работников.



50075 — подписной индекс на 1 месяц
32289 — на второе полугодие 2015 г.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.
 Редакционная коллегия: Ю. БЛИЕВ, В. ЕВЛАНОВА, В. ЗАЙЦЕВА,
 А. ИВАНОВ, В. КЛЫШНИКОВ, Т. КОЗЛОВ, Д. НАНЕИШВИЛИ,
 А. ПАПЫРИН, Г. ПАПЫРИНА, В. САДКОВСКИЙ
 (зам. главного редактора — ответственный секретарь),
 И. СТЕПАНОВА, К. ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии — Г. ПАПЫРИНА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
 Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98.
 Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
 Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru
 (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
 «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
 ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225,
 БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ЗАО «ПК «ЭКСТРА М»
 143405 Московская область
 Красногорский район, г. Красногорск,
 автодорога «Балтия», 23 км,
 владение 1, дом 1.

Заказ № 15-03-00475
 Тираж 31 168 экз.
 Распространяется
 по подписке в России
 и других странах СНГ.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845;
 ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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