



ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 14 апреля 2008 года № 192-рп



«Необходимо принять решения по совершенствованию системы медицинского страхования. Пора, наконец, наполнить новым содержанием эффективное действие страховых механизмов в стране. Это может произойти лишь в том случае, если страховые медицинские организации возьмут на себя реальную ответственность за те страховые риски, которые они обязаны гарантировать: и за возникновение заболевания гражданина, и за качество его медицинского обслуживания. Пока – и медики это могут подтвердить – люди по-прежнему идут с претензиями к главврачу или к местной власти. И далеко не всегда понимают, зачем им нужны страховые компании и полисы. Для большинства людей полисы – это просто бумажки, оторванные от системы охраны здоровья. Нужно эту ситуацию переломить, нужно заставить страховые организации строго выполнять закон и работать на благо пациента.

Права россиян на выбор врача, медучреждения и самой страховой компании должны стать реально действующими. Если нужно внести изменения в законодательство, давайте их внесем. Ждать больше нельзя. Нужно развивать и механизмы самоответственности граждан за их собственное здоровье и за разумное пользование таким общественным благом, как система здравоохранения».

*Президент России Д.А. Медведев,
из выступления во время осмотра новой городской больницы города Клин (Московская область),
14 июля 2008 года*

Специализированный информационно-аналитический журнал
«ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
№ 1 (6), 2009

Наблюдательный совет:

Председатель —
Заместитель Председателя Комитета ГД РФ по охране здоровья
Колесников С.И.

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главный государственный санитарный врач Российской Федерации, академик РАМН, Заслуженный врач РФ
Г.Г. Онищенко

Первый заместитель мэра Москвы в Правительстве Москвы, руководитель Комплекса социальной сферы
Л.И. Швецова

Член Общественной палаты Российской Федерации, президент Лиги здоровья нации, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН
Л.А. Бокерия

Первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья Государственной Думы Российской Федерации, Заслуженный врач РФ
А.М. Чухраев

Заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике, член Комиссии Совета Федерации по информационной политике, Заслуженный врач РФ
П.М. Беркс

Заместитель председателя Правительства Московской области
С.Н. Кошман

Депутат Московской городской Думы, председатель комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья
Л.В. Стебенкова

Редакционный совет:

Сопредседатель — главный редактор журнала, Президент Ассоциации Заслуженных врачей Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ
В.Н. Лазарев

Сопредседатель — президент Российской академии медицинских наук, академик РАН и РАМН, профессор
М.И. Давыдов

Члены совета:

Руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ
А.П. Сельцовский

Руководитель управления Роспотребнадзора по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве, Заслуженный врач РФ
Н.Н. Филатов

Исполнительный директор МГФОМС, академик РАМН
А.В. Решетников

Директор Центрального НИИ туберкулеза РАМН, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ
В.В. Ерохин

Директор Московского НИИ онкологии им. А.П. Герцена, академик РАМН, профессор, Заслуженный врач РФ
В.И. Чиссов

Директор Московского научно-практического центра оториноларингологии Правительства Москвы, доктор медицинских наук, профессор
А.И. Крюков

Заведующий кафедрой биологии РГМУ, академик РАМН, профессор
В.Н. Ярыгин

Заведующий кафедрой детской оториноларингологии РГМУ, член-корреспондент РАМН, профессор, Заслуженный деятель науки РФ
М.Р. Богомильский

Ректор Ивановской государственной медицинской академии, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор
Р.Р. Шиляев

Заместитель директора ГУ НКЭМ СО РАМН по научной и лечебной работе, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ
А.И. Пальцев

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охраны культурного наследия. Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-26289 от 16.11.2006

Руководитель проекта, шеф-редактор
С.Е. Осипов

Заместитель шеф-редактора
А.Л. Рылов

Дизайн, верстка
В.В. Лютов

Фотохудожник
Е.А. Макарин

Корректор
Н.В. Козлова

На первой странице обложки:

Председатель Комитета ГД РФ по охране здоровья, Заслуженный врач РФ
О.Г. Борзова

Учредители: МРОО «Ассоциация Заслуженных врачей Российской Федерации»; ООО «Издательский дом «Медицинская литература»

Тираж 4 000 (общий тираж 14 000) экз.
Отпечатано: ООО «Принт Сервис Групп»

Подписано в печать

Адрес редакции:
Москва, пл. Журавлёва, д. 2, стр. 2

Телефон редакции: 220-26-58

Распространяется бесплатно

Использование опубликованных материалов без письменного разрешения редакции запрещается

Мнение авторов может не совпадать с мнением редакции

За точность фактов и достоверность информации ответственность несут авторы

Адресное распространение — руководителям медицинских учреждений

Вся рекламная информация проходит Экспертный совет Ассоциации Заслуженных врачей РФ

СОДЕРЖАНИЕ

Официально

Опыт Заслуженных врачей
— в медицинскую практику 4

Здоровый образ жизни
россиян — важнейшая забота
законодателей 6

Здоровый образ жизни нации:
проблемы и перспективы 8

Положительный опыт

Опыт, достойный подражания 14

Трибуна

Асептический некроз
головки бедренной кости 16

Метаболический кризис,
который всегда с тобой 18

«Сиротские» лекарства
не оставить без пригляда! 22

Регион

Московская модель
диспансеризации 24

Высокотехнологичная медицинская
помощь — для здоровья москвичей 28

Старая гвардия российской
педиатрии 32

Онкологическая ситуация как
общесоциальная проблема
регионов России 36

Магнитогорск 40

История здравоохранения

История одной трансплантации 42

Врач мертвых, ставший врачом
живых 46

Юридическая страничка

Страхование медицинских
работников и риска их
профессиональной ошибки 48

Новости

50

Выставки, конференции

52

Симпозиум

Электромагнитная терапия как
резерв для улучшения здоровья
нации 54

Уважаемые читатели!

В этом номере нашего журнала вы познакомитесь с материалами, в которых медицинские специалисты, заслуженные врачи РФ рассказывают о работе возглавляемых ими учреждений, о последних клинических и научных разработках.

Среди этих специалистов Александр Григорьевич Чучалин — врач, ученый и общественный деятель с мировым именем, профессор, академик РАМН, главный терапевт Минздравсоцразвития России, директор НИИ пульмонологии РАМН;

Андрей Владимирович Важенин — профессор, член-корреспондент РАМН, главный врач Челябинского областного онкологического диспансера;

Евгений Егорович Волков — кандидат медицинских наук, главный врач московского специализированного лечебного центра «Медицинский центр ХуанДи».

Все эти специалисты в своей работе нацелены на расширение и углубление научного поиска, повышение качества медицинской помощи населению.

Хотелось бы отметить, что за 2008 год редакция значительно расширила территорию распространения издания, состоялось важное для нас событие — вышла в свет газета «Здоровье и здоровый образ жизни», являющаяся официальным печатным органом Ассоциации Заслуженных врачей Российской Федерации наряду с нашим журналом. Газета адресована широкому слою населения, пропагандирует здоровый образ жизни и распространяется бесплатно. Для нас это очень важный шаг. Наше сотрудничество в этой области с Комитетом Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья, многими государственными и общественными организациями, в частности Министерством здравоохранения и социального развития России, Росздравнадзором, Роспотребнадзором, департаментами и министерствами Правительств Москвы и Московской области, Потребительским обществом «АРГО», возымело свои результаты — мы выпустили первый номер газеты. Огромное спасибо всем, кто принял участие в её подготовке, и лично руководителям вышеупомянутых организаций. Несмотря на занятость решением вопросов государственной и общественной значимости, они смогли найти время и изыскали возможность принять участие в подготовке издания. Это говорит о том, что, к нашей с вами радости, мы имеем ещё одно доказательство того, что люди, которые возглавляют вышеуказанные ведомства и организации, действительно душой болеют за дело и находятся на своих местах.

Надеемся, что газета сможет удовлетворить интересы читателей и внести свой вклад в дело пропаганды здоровья и здорового образа жизни.

Мы продолжаем получать много писем от врачей из разных регионов России. Особенно радует гражданская позиция, изложенная в этих письмах, пожелание сделать всё возможное для того, чтобы здравоохранение России и в 2009 году, несмотря на финансовый кризис, не остановилось в своем развитии.

Шеф-редактор

С.Е. Осипов



ОПЫТ ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧЕЙ — В МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ

Прошло несколько месяцев со дня выхода предыдущего номера нашего журнала. За этот период времени удалось закрепить положительную динамику развития и создать новый фундамент деятельности Ассоциации.

Почти одновременно с данным номером журнала вышел в свет первый номер газеты «Здоровье и здоровый образ жизни».

Во-первых, издание Вестника признано многими коллегами как успешный независимый проект. Именно поэтому нами повторно получен грант Президента России на 2009 год. Это дает гарантию выхода издания в то непростое время, каким является период экономического кризиса. Для Ассоциации Вестник является эффективным средством коммуникации и продвижения успешного практического опыта членов нашей организации в медицинском сообществе.

Во-вторых, почти одновременно с данным номером журнала вышел в свет первый номер газеты «Здоровье и здоровый образ жизни». Тираж издания составил 200 000 экземпляров, распространение на первом этапе предполагается в московском регионе (Москва, Московская область) через поликлинические учреждения, бесплатно, с перспективой распространения в дальнейшем на всей территории страны. Таким образом, охватывается целевая аудитория, что позволит в кратчайшие сроки сделать издание гарантированно доступным. В самом названии заложена тематика издания. Конечно, врачи не могут оставаться безучастными к неуправляемому процессу популистского толка от всевозможных лжецелителей, охватившему некоторые средства массовой информации и негативно воздействующему на сознание людей. Чего только не встретишь в телевизионных и печатных СМИ: колдуны и заговоры, целители всех мастей и на любой вкус, отвары и снадобья, кардинально решающие все проблемы здоровья, — вот далеко не полный перечень чудо-методов и средств лечения. Такая навязываемая населению реклама, увы, делает свое дело. Под влиянием подобной псевдоинформации больной идет к лжецелителям, а не к врачу, упускается драгоценное время для своевременного оказания врачебной помощи, последствия часто бывают уже непоправимы. А средства массо-

вой информации продолжают преподносить пародию на лечение как настоящую панацею. Нужно признать, что победа на информационном поле пока остается не на стороне врачей, а значит, все больше людей теряют свое здоровье. В такой ситуации появление газеты нашей Ассоциации своевременно и актуально. Уверены, что издание газеты «Здоровье и здоровый образ жизни» будет профессионально информировать и, главное, формировать ответственное отношение людей в вопросах собственного здоровья. Таким образом, наряду с изданием журнала, направленное на медицинское сообщество, появляется возможность создать газету, предназначенную для широких слоев населения, и тем самым эффективно продвигать в общество объективную информацию по медицинским вопросам.

Признавая необходимость издания газеты, проект получил поддержку Председателя Комитета ГД РФ по охране здоровья, Председателя Наблюдательного Совета Ассоциации — О.Г. Борзовой и других руководителей государственных учреждений на всех уровнях власти.

Использование одних экономических рычагов для реформ недостаточно. Профессионалам известно, что в медицине дважды два — не всегда четыре... Только гармоничное сочетание глубоких знаний медицины, экономики, психологии и других наук может быть основой эффективной системы отечественного здравоохранения.

На состоявшейся рабочей встрече руководства Ассоциации и Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ от Ольги Георгиевны Борзовой поступило предложение в адрес Ассоциации принять активное участие в работе Комитета ГД РФ по охране здоровья, в том числе по вопросам формирования и деятельности трех постоянно действующих комиссий Комитета: «По формированию здорового образа жизни» (что является наиболее актуальным в контексте подготовки материалов издаваемой газеты), «Образованию» и «Борьбе с табакокурением».



Встреча в Комитете Государственной Думы РФ по охране здоровья:

Генеральный директор Ассоциации Заслуженных врачей РФ Л.В. Архипенко,

Президент Ассоциации Заслуженных врачей РФ В.Н. Лазарев,

Вице-президент Ассоциации Заслуженных врачей РФ Г.В. Коконин,

Председатель Комитета ГД РФ по охране здоровья О.Г. Борзова,

Вице-президент Ассоциации Заслуженных врачей РФ С.Е. Осипов,

Заместитель Председателя Комитета ГД РФ по охране здоровья С.И. Колесников

Также было отмечено, что огромный опыт Заслуженных врачей России должен быть использован в полной мере в создании эффективной модели отечественного здравоохранения.

Уже сейчас можно констатировать, что усилия руководства Ассоциации по созданию независимой общественной организации, выражающей мнение элитной группы врачей, не оказались напрасными. Впервые за последние годы на государственном уровне при создании эффективной модели отечественного здравоохранения будет реально учитываться опыт членов Ассоциации — заслуженных врачей страны. Необходимо отметить, что такому развитию событий во многом способствовало и понимание важности вопроса нынешних руководителей государственных институтов власти, и многолетние призывы об-

щественных деятелей и медицинских организаций о необходимости привлечения к участию в процессе реформирования отечественного здравоохранения высокопрофессиональных медицинских работников, объединённых в независимые общественные организации.

Использование одних экономических рычагов для реформ недостаточно. Профессионалам известно, что в медицине дважды два — не всегда четыре... Только гармоничное сочетание глубоких знаний медицины, экономики, психологии и других наук может быть основой эффективной системы отечественного здравоохранения.

Новый этап развития Ассоциации даёт возможность непосредственного участия в реформировании российского здравоохранения.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ РОССИЯН — ВАЖНЕЙШАЯ ЗАБОТА ЗАКОНОДАТЕЛЕЙ



В 2008 году Комитет Государственной Думы по охране здоровья уделял в своей работе большое внимание двум взаимосвязанным проблемам отечественного здравоохранения: законодательным аспектам формирования здорового образа жизни и подготовке медицинских кадров. В 2009 году эти направления деятельности законодателей будут продолжены как первоочередные. Рассказывает Председатель Комитета, Заслуженный врач РФ Ольга Георгиевна БОРЗОВА.

Комитет по охране здоровья при подготовке парламентских слушаний на тему «Законодательные аспекты формирования здорового образа жизни» увидел огромную заинтересованность не только медицинской общественности, институтов гражданского общества, ученых, но практически всех субъектов Российской Федерации. Общество волнуют не только причины, но и пути решения демографической проблемы.

Сегодня почти 3 миллиона россиян страдают алкоголизмом. Особую тревогу вызывает раннее приобщение к алкоголю молодежи, рост пивного алкоголизма среди подростков, злоупотребление алкоголем женщин. Преждевременная смертность от предотвратимых причин во многих случаях связана с употреблением крепких алкогольных напитков. Законодательные аспекты снижения смертности от предотвратимых причин мы обсуждали отдельно на парламентских слушаниях 27 октября 2008 года. В 2009 году эта работа продолжается.

По экспертным оценкам, более 3 млн. россиян потребляют наркотики, из них большая часть — это молодые люди в возрасте до 30 лет.

Россия занимает одно из первых мест в мире по табакокурению. В стране курят около 70% мужчин и более 30% женщин. Среди работающих молодых людей в возрасте 25–34 лет эта цифра составляет 80%. Значительными темпами увеличивается доля курильщиков среди детей, подростков и женщин. Средний возраст начала курения приближается к 8 годам.

Стабильно растёт заболеваемость населения, связанная с нарушением питания. Большая часть наших граждан приобретает продукты питания в консервированном и замороженном виде, с продлёнными сро-

ками хранения, в результате чего снижается пищевая ценность продуктов.

Свой вклад в проблему вносит и низкая физическая активность: в стране 85% населения не занимаются физкультурой, распространённость гиподинамии среди школьников достигла 80%.

По данным Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость и смертность населения в основном связаны с хроническими неинфекционными заболеваниями. ВОЗ выделяет семь ведущих факторов риска в нарушении здоровья: повышенное артериальное давление, табак, алкоголь, увеличенное содержание холестерина в крови, избыточная масса тела, недостаточное потребление фруктов и овощей, мало-подвижный образ жизни.

Европейский опыт свидетельствует о значительной эффективности профилактических программ, направленных на минимизацию воздействия факторов риска. В Ирландии, например, снижение смертности от ишемической болезни сердца у лиц 25–84 лет за 1985–2000 годы на 50% объясняется уменьшением факторов риска здоровья. Международный опыт подсказывает, что службы здравоохранения должны быть ориентированы на профилактику, комплексный подход и межведомственное взаимодействие.

Вопросы формирования здорового образа жизни нашли отражение в Концепции демографической политики до 2025 года, проекте Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, а также в проекте Государственной программы развития здравоохранения на среднесрочную перспективу до 2012 года, в федеральном бюджете РФ на 2009–2011 годы.

В рамках реализации стратегического направления охраны здоровья населения предусмотрено решение следующих приоритетных задач. Во-первых, речь идет о формировании здорового образа жизни и повышении ответственности населения за собственное здоровье, а значит, и о создании нормативной правовой и законодательной базы по формированию здорового образа жизни. Очень важны также меры по усилению профилактики профессиональных заболеваний; созданию условий для роста мотиваций и информированности населения о здоровом образе жизни. Неустанный внимание должно уделяться также разработке и реализации национальных программ по профилактике алкоголизма и табакокурения; развитию школьной медицины, обеспечению качества питания учащихся и санитарных норм школьных помещений; формированию целевых научных программ по разработке и внедрению новых технологий по профилактике и здоровому образу жизни; расширению сети физкультурно-оздоровительных комплексов за счет средств бюджета и внебюджетных источников.

В первый раз в проекте федерального бюджета на 2009–2011 годы выделены целевые средства – 2,5 миллиарда рублей – на формирование здорового образа жизни, снижение потребления алкоголя и табака. Несомненно, что в дальнейшем мы будем настаивать на увеличении финансирования формирования здорового образа жизни у наших граждан, однако мы приветствуем уже сам факт появления такого направления.

В связи с тем, что формирование здорового образа жизни становится одним из приоритетных направлений государственной социальной политики, для эффективной борьбы с табакокурением, алкоголизмом, наркоманией в существующее законодательство будут внесены изменения.

Среди важнейших направлений работы Комитета в 2009 году по-прежнему останется участие в рассмотрении целого ряда законопроектов о технических регламентах, имеющих непосредственное отношение к жизни и здоровью: о питьевой воде и питьевом водоснабжении; о безалкогольной продукции, природных минеральных и столовых водах; о кондитерской продукции; о маркировке пищевых продуктов для потребителей и других.

В период весенней сессии 2008 года была начата реализация проекта партии «Единая Россия» – «Чистая вода». Партия «Единая Россия» разработала также проект «Здоровое сердце». Цель проекта – увеличение продолжительности жизни и снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Реализация проекта началась со строительства и оснащения отделений сердечно-сосудистой хирургии в 12 субъектах Российской Федерации.

Депутаты Комитета Государственной Думы по охране здоровья, члены фракции «Единая Россия», проанализировав поступившие в ходе парламентских слушаний предложения, вышли с инициативой подготовки проекта партии «Единая Россия» – «Формирование здорового образа жизни».

Поскольку основная роль в пропаганде и медицинском обеспечении здорового образа жизни принадлежит специалистам здравоохранения, Комитет Государственной Думы по охране здоровья постоянно в своей работе уделяет проблеме законодательных аспектов подготовки и переподготовки кадров в сфере здравоохранения.

Такая позиция вполне оправдана потому, что кадровая ситуация в здравоохранении России и в 2009 году останется достаточно напряженной. Ежегодно численность работающих врачей уменьшается на 0,1–0,2%, среднего медперсонала – до 1 %. Имеет место несоответствие общей численности медицинских работников и структуры кадров необходимым объемам деятельности, задачам и направлениям модернизации отрасли. Субъекты Российской Федерации, в которых планируется создать сеть центров высоких медицинских технологий и перинатальных центров, испытывают недостаток квалифицированных кадров, в том числе специалистов в сфере управления. Трудно заполняются вакансии медицинских работников на селе, где обеспеченность врачами почти в 5 раз, а медицинскими сестрами в 2 раза ниже, чем в городе.

Медицинские и фармацевтические работники должны непрерывно повышать свою квалификацию. Это важнейшее условие их профессиональной деятельности. Ежегодно на циклах специализации и усовершенствования проходят обучение свыше 190 тысяч врачей и провизоров и более 300 тысяч специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

В законе «О федеральном бюджете на 2009 г. и на плановый период 2010 и 2011 гг.» на подготовку и переподготовку кадров в сфере здравоохранения в федеральных образовательных учреждениях Минздравсоцразвития России на 2009 год выделено более 19 миллиардов рублей. На дополнительную подготовку врачей общей практики, участковых терапевтов и педиатров на 2009 год предусмотрено 300 миллионов рублей.

В последние годы разработан ряд предложений и дополнений в законодательство Российской Федерации, внесены изменения в нормативную базу образования. Однако еще остаются нерешенными многие вопросы.

Требуется повысить качество послевузовского образования путем создания системы непрерывного образования, а также усиления эффективности циклов повышения квалификации и переподготовки медицинских работников всех уровней и категорий. Повышение профессионального уровня работников здравоохранения в системе дополнительного профессионального образования должно также основываться на совершенствовании государственных образовательных стандартов, сертификации и аттестации специалистов. По каждой специальности должны быть определены объемы необходимых знаний и практических навыков, использование которых позволит обеспечить внедрение современных медицинских технологий в лечебно-диагностический процесс.

С учетом изменившейся законодательной базы и требований времени необходимо внести изменения в ряд нормативных правовых актов, регламентирующих подготовку медицинских и фармацевтических кадров, порядок их допуска к работе по специальности. Отмечу, что такая работа ведется в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ.

Без решения кадровых проблем в здравоохранении нам не удастся эффективно решить задачу повышения доступности и качества медицинской помощи населению России, а значит, и добиться формирования здорового образа жизни наших соотечественников.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ НАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Фото ИТАР-ТАСС



Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации Татьяна Алексеевна Голикова выступила с докладом на Президиуме Совета по приоритетным национальным проектам и демографическому развитию при Президенте России. Татьяна Алексеевна проанализировала ситуацию, связанную с формированием здорового образа жизни нации, и представила программу деятельности возглавляемого ей Министерства в этом направлении. Предлагаем вниманию читателей основные положения доклада.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

1. Основные причины смертности и заболеваемости

В настоящее время среди населения Российской Федерации зарегистрировано около 220 млн. различных заболеваний, основные из которых: болезни органов дыхания (23,6%), болезни системы кровообращения (13,6%), органы пищеварения (7,3%) и новообразования (2,4%).

По данным Всемирной организации здравоохранения, в Российской Федерации лидирующие факторы риска смертности и заболеваемости – это высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, курение и алкоголь.

Кроме того, выявлена следующая взаимосвязь смертности с основными факторами риска (вклад в общую смертность): табак – 17,1%, несбалансированное питание (недостаток фруктов и овощей) – 12,9%, избыточный вес – 12,5%, алкоголь – 11,9%.

2. Вредные привычки. Алкоголизм

В последние годы распространённость злоупотребления алкоголем остается стабильно высокой. Согласно данным Росстата, потребление утённого алкоголя на душу населения в стране выросло с 5,38 литров абсолютного алкоголя в 1990 году до 10,1 литра в 2007 году, или в 1,8 раза. Однако, по экспертным оценкам, реальное душевое потребление алкоголя

с учетом нелегального оборота спиртосодержащей продукции в России составляет около 18 л. Эксперты Всемирной организации здравоохранения считают, что если потребление чистого алкоголя на душу населения превышает 8 литров в год, то это уже опасно для здоровья населения. Установлено, что каждый добавочный литр сверх определённого ВОЗ предела уносит 11 месяцев жизни у мужчин и 4 месяца у женщин. По данным НИИ наркологии Минздравсоцразвития России, в 2006 году наркологическими диспансерами зарегистрировано 2,3 млн. больных алкоголизмом и алкогольными психозами, что составило 1618,7 больных на каждые 100 тысяч населения. Кроме того, под профилактическим наблюдением находилось свыше 500 тысяч человек, злоупотребляющих алкоголем.

3. Вредные привычки. Табакокурение

В России курят около 50% человек. При этом темп роста курящих в нашей стране один из самых высоких в мире: в последние три года количество сигарет, выкуриваемых в стране, увеличивается на 2–5% в год, число курильщиков ежегодно возрастает на 1,5–2%, включая женщин и подростков. По исследованиям ВОЗ, в 2003 году распространённость табакокурения среди подростков 13–15 лет составляла 33,4% (среди мальчиков – 40,6%, среди девочек – 29,8%). По экспертным оценкам, в настоящее время

Россия находится на 4 месте в мире по распространённости табакокурения среди подростков.

4. Несбалансированная структура питания населения России

Большие риски здоровью населения несёт неправильное и несбалансированное питание. В питании россиян выявлено несоответствие между энергетической ценностью рациона и энергозатратами, избыточный уровень потребления жиров и недостаточное потребление витаминов, минеральных веществ и биологически активных компонентов пищи. Особенно острой проблемой является дефицит ряда витаминов, в частности витамина С (у 60–70%), железа (20–40%), кальция (40–60%), йода (до 70%), фолиевой кислоты (до 70–80%).

Пример: Дефицит витаминов у беременных женщин ведет к нарушению роста, развития ребенка, врожденным уродствам, рождению недоношенных и маловесных детей, число которых достигает 5% от общего числа новорожденных.

5. Отношение россиян к здоровью и демографические последствия этого

Здоровье в России не является общественной и персональной ценностью. Россияне не склонны думать о здоровье как о собственном ресурсе и капитале, не склонны заботиться о своём здоровье. Согласно опросам ВЦИОМ, проведённым в 2006 году, более трети россиян вообще не заботятся о своём здоровье, а среди тех, кто говорит о том, что заботится о нём, — заботится о нём пассивно. Этот фактор во многом является ключевым для динамики смертности и заболеваемости. Это можно наглядно проследить при сравнении с другими странами. В Европе в группу, где ожидаемая продолжительность жизни мужчин более чем на 10 лет различается с женской, кроме России входит ещё 5 стран.

6. Организация и содержание здравоохранения в глобальном эпидемиологическом переходе

Успехи стран Европы, по мнению демографов, обусловлены реализацией нового этапа эпидемиологического перехода и соответствующей этому этапу организацией здравоохранения, заботой о здоровье людей в целом. При этом нужно отметить, что некоторые страны, такие как Израиль, Япония, Германия, уже вступили в третий этап данного перехода.

Для справки: глобальный эпидемиологический переход — это комплекс мер и соответствующих научных разработок, начатых в XX столетии, позволивший резко увеличить продолжительность жизни людей. Каждый этап эпидемиологического перехода характеризуется своими лидерами перемен, комплексом заболеваний, с которыми происходит борьба, и соответствующими технологиями охраны здоровья. Основная единица измерения — ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ. Первый эпидемпереход — в среднем до 60-х гг. XX века — увеличение продолжительности жизни в среднем до 65 лет; второй

— до конца XX века — увеличение продолжительности жизни до 75–80 лет; третий — начиная с конца XX века — устойчивый выход за границы продолжительности жизни в 75 лет.

Россия только начала, в том числе благодаря нацпроекту «Здоровье», организовывать свою систему здравоохранения по принципам второго этапа эпидемиологического перехода: мы начали ускоренное наращивание высокотехнологичной медицинской помощи, специальных программ по «дорожной травме», сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям, развитию Службы крови. Однако, чтобы выйти на полноценную реализацию второго этапа эпидемиологического перехода и совершить новый скачок в увеличении продолжительности жизни и состояния здоровья людей, нам ещё нужно многое сделать.

1. Сделать каждого гражданина активным участником сохранения его собственного здоровья, формируя ответственное отношение к своему здоровью, доступность знаний о состоянии своего здоровья и знаний о мерах по его укреплению и предотвращению заболеваний.

2. Способствовать развитию необходимых для ведения здорового образа жизни инфраструктур.

3. Исправить сложившийся в России перекоп в сторону дорогостоящих видов медицинской помощи, которые оказывают незначительное влияние на здоровье популяции в целом. Усилить массовые профилактические мероприятия и расширить диспансеризацию населения, что в итоге приведёт к улучшению здоровья населения, увеличению продолжительности жизни и к более эффективному использованию финансовых средств на здравоохранение.

Пример: Для лечения онкологического заболевания 1–2 стадий, выявленного в результате скрининга в рамках мероприятий по диспансеризации, требуется от 40 до 250 тысяч рублей на полный курс лечения. Для лечения того же заболевания в запущенной 3–4 стадии требуется от 320 тысяч до 1 миллиона рублей. При этом лечение на ранних стадиях в разы увеличивает выживаемость.

4. Внести изменения в законодательство, направленные на ограничение употребления алкоголя и табакокурения.

5. Начать формирование программ по культуре здорового питания населения.

Всё это в целом и составляет содержание программ по формированию здорового образа жизни.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

7. Факторы, влияющие на здоровый образ жизни

Основными факторами, определяющими здоровый образ жизни, являются:

- отсутствие вредных привычек (злоупотребление алкоголем и табакокурение);
- полноценное и сбалансированное питание;
- физическая активность;

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ



Рис. 1. Основные причины смертности в России

- регулярное прохождение профилактики и медицинских осмотров;
- культура обучения и труда;
- состояние окружающей среды.

Программа по формированию здорового образа жизни может быть реализована только при активном участии самих граждан. А это означает, что в первую очередь мы должны сформировать у граждан ответственность за своё здоровье, способность к участию в контроле за собственным здоровьем, реализации персональных программ по его укреплению, дисциплинированному лечению. Для этого к программе по формированию здорового образа жизни должны быть привлечены специалисты, обладающие необходимыми знаниями о здоровье и способные передать их человеку: врачи-педиатры, врачи первичного звена, отвечающие за профилактику, узкопрофильные врачи (кардиологи, онкологи, пульмонологи, гастроэнтерологи и т.д.), диетологи, специалисты по лечебной физкультуре, специалисты по охране и культуре труда, работники сферы физкультуры и спорта, работники сферы образования.

В настоящее время большинство этих специалистов сосредоточено под ведомством Минздравсоцразвития России. Но потребуются также привлечение специалистов, подведомственных другим Министерством, главным образом Министерству образования и науки и Министерству спорта, туризма и молодежной политики.

8. Европейский опыт

Наиболее трудными в исполнении и достижении позитивных результатов являются кампании по

борьбе с вредными привычками: злоупотреблением алкоголя и табакокурением. Эти кампании требуют регулярных и активных программ и такого же регулярного финансирования. Так, во Франции на проведение мероприятий по борьбе с табакокурением тратится (в пересчёте на доллар США) 0,6\$ в год на человека, в Италии – 0,25\$, в Германии – 0,02\$.

9. Задачи Программы

Формирование ценности здоровья, ответственного отношения к собственному здоровью, здоровью членов семьи, ближайшего социального окружения и общества в целом.

Создание портала по формированию здорового образа жизни, а также открытие «горячей» телефонной линии.

Поддержка региональных и корпоративных инициатив, направленных на формирование здорового образа жизни развитие инфраструктур, позволяющих реализовать отдельные аспекты и формы здорового образа жизни

Основными инфраструктурами являются: здравоохранение (особенно в части профилактической и реабилитационной медицины), образование, корпоративная культура, питание, организация физкультуры и досуга.

Разработка модели и показателей индивидуального и общественного здоровья, проектирование и запуск системы мониторинга основных показателей здорового образа жизни.

Подготовка и проведение изменений в законодательстве, стимулирующих здоровый образ жизни.



10. Основные направления коммуникационной программы

Кампания по формированию приоритетов здорового образа жизни населения России будет состоять из нескольких этапов, активная фаза рассчитана на несколько лет реализации. Задача первого года – запуск новой государственной программы, привлечение внимания общественности, бизнес-сообщества. В качестве приоритетных направлений на 2009 год в рамках программы Минздравсоцразвития России определяет начало кампаний против табакокурения, злоупотребления алкоголем и профилактику факто-

11. Программы федеральных коммуникационных кампаний

По итогам научных и социологических исследований сформирован следующий план коммуникационных кампаний:

- имиджевая кампания «Здоровая Россия»;
- кампании против курения;
- кампании против злоупотребления алкоголем;
- «детский брэндинг»;
- кампания по профилактике здоровья, ориентированная на активных, работающих граждан.

На основе анализа зарубежного опыта по пропаганде здорового образа жизни считается своевременным

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ В РОССИИ

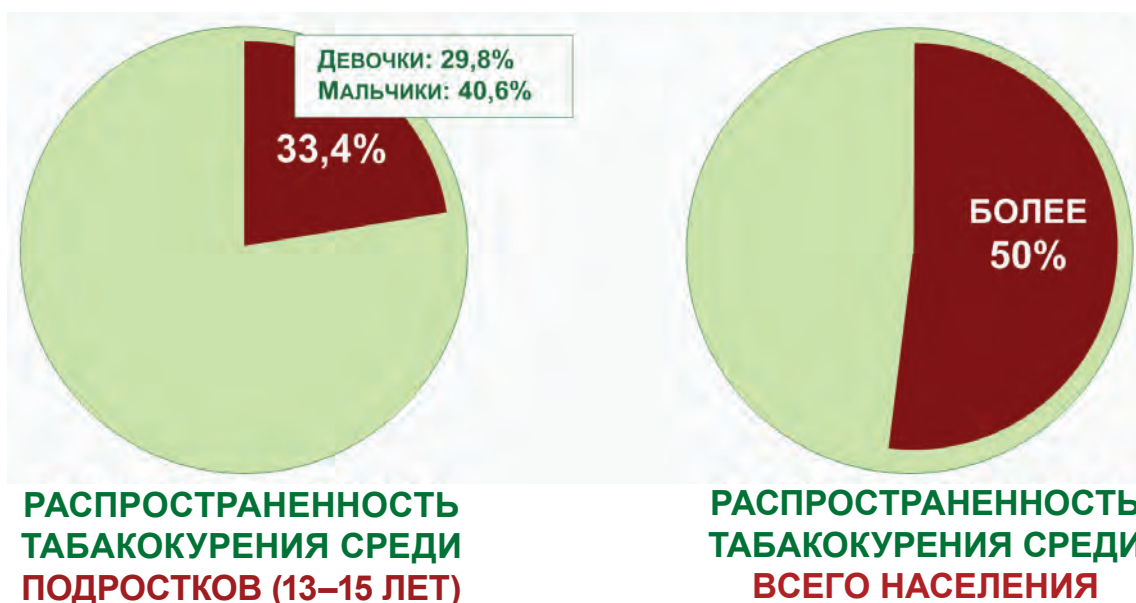


Рис. 2. Распространённость табакокурения в России (по данным ВОЗ)

разработка и запуск в 2009 году цикла телевизионных программ на федеральном канале. Задача программ – показать негативное воздействие нездорового образа жизни на человеческий организм и тело, а также возможность предотвращения преждевременного старения или смерти на примере конкретного человека.

12. Региональные и корпоративные программы

Формирование здорового образа жизни невозможно без поддержки и расширения совместных проектов с бизнес-сообществом и общественными организациями. В связи с этим будет проводиться:

- разработка профессиональных и образовательных стандартов для специальностей, связанных с формированием здорового образа жизни;
- проведение конкурса региональных и корпоративных проектов в сфере формирования здорового образа жизни;
- разработка и реализация совместных программ с общественными организациями (РСПП, Опора России и т.п.);
- каталогизация и анализ опыта существующих в России сообществ, связанных с формированием здорового образа жизни.

13. Развитие системы профилактики

В настоящее время в мировой медицинской практике признано, что одним из прогрессивных подходов к решению проблем, связанных с лечением социально-значимых заболеваний, является организация системы профилактики.

Важным компонентом развития профилактического звена здравоохранения является создание сети центров здоровья, кабинетов профилактики и кабинетов здорового ребенка. Сейчас функцию санитарно-гигиенического воспитания и образования осуществляют специалисты поликлиник. Кабинеты здорового ребенка и кабинеты профилактики входят в структуру амбулаторно-поликлинических учреждений.

Вместе с тем следует признать, что профилактическое звено до настоящего времени, несмотря на принятые нормативные правовые акты, не представляет из себя единую систему. Недостаточно внимания уделяется организации и проведению мероприятий по первичной и вторичной профилактике социально-значимых заболеваний и укреплению здоровья населения.

В настоящее время назрела необходимость создания системы медицинской профилактики.

В рамках реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни планируется развитие кабинетов профилактики, кабинетов здоровья ребенка, которые будут располагаться во всех учреждениях здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований. Важным элементом системы станут центры здоровья в ряде учреждений, многие из которых могут быть созданы на базе действующих центров медицинской профилактики и, в том числе, будут обеспечивать функцию методологического обеспечения и переподготовки кадров. В центре здоровья предоставляется совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов, направленная на повышение уровня их знаний, информированности



и практических навыков, приверженности к лечению заболеваний, соблюдению рекомендаций врача для повышения качества жизни, продления жизни, сохранения и восстановления трудоспособности и активного долголетия.

Пример: Придя в центр здоровья, человек сможет оценить состояние своего здоровья, например: содержание никотина в крови, холестерина, степень ожирения. Специалист поможет составить индивидуальную программу оздоровления. Также центр здоровья предоставит некоторые инфраструктуры для ведения здорового образа жизни: залы лечебной физкультуры, «школы здоровья» по различным группам заболевания и т.д. А врачи кабинетов профилактики будут следить за результативностью прохождения индивидуальных программ оздоровления.

В рамках реализации мероприятий планируется оснащение центров здоровья за счет средств федерального бюджета. Перечень необходимого оборудования и инвентаря разрабатывается и утверждается Минздравсоцразвития России.

Профильные федеральные учреждения здравоохранения обеспечивают организационно-методическое сопровождение, являются головными учреждениями, осуществляющими координацию всех уровней.

14. Результаты реализации Программы в 2009 году

Для того чтобы зафиксировать результаты программы в первый год реализации, мы фиксируем следующие показатели.

1. Число медицинских работников, прошедших обучение по профилактическим мероприятиям (не менее 15 %).

2. Количество лиц, обратившихся:

– в кабинеты медицинской профилактики (не менее 10% от взрослого населения субъекта Российской Федерации);

– кабинеты здорового ребенка (не менее 90 % детей до года, не менее 40 % детей дошкольного возраста и не менее 20 % детей школьного возраста и подростков);

– центры здоровья (не менее 5 % населения обслуживаемого региона).

3. Число посещений портала (не менее 3000 обращений в день).

4. Число звонков на «горячую линию» (не менее 300 в день).

При этом мы понимаем, что реальные результаты, отображенные в интегрированном показателе здорового образа жизни (или индекс здоровья), можно будет зафиксировать через 2–3 года реализации программы.

Для этого министерство уже начало разработку модели и показателей индивидуального и общественного здоровья с учетом следующих факторов: ожидаемая продолжительность жизни, инвалидность, хронические заболевания, количество дней, проведенных на больничном, результаты диспансеризации, курение и употребление алкоголя, а также разработку информационной базы по мониторингу этих показателей.

ОПЫТ, ДОСТОЙНЫЙ ПОДРАЖАНИЯ

Проблема присутствия на рынке товаров для здоровья фальсифицированной продукции — очень важная тема, ведь за ней стоят не только финансовые растраты, а еще и опасность потерять здоровье в результате её применения. Отличить данную продукцию от настоящей в большинстве случаев практически нереально, увы, настолько высокое техническое оснащение у фальсификаторов.

Истины ради отметим, что дистрибьюторы могут поставлять в аптеки недоброкачественную продукцию, даже и не зная об этом, лазеек существует множество. Меньше всего проблем возникает с крупнейшими дистрибьюторами и аптечными сетями. Им есть что терять, они всегда на виду, но и у них нет гарантий.

О причинах этих явлений можно говорить долго. Надо сказать, что основной контроль в стране возложен на ряд государственных структур, и эффективность этой работы заметно увеличилась. Здесь нужно понять, вопрос о защите рынка от фальсификата может быть решен только при активном участии всего общества — так, как это делают в странах с развитой экономикой.

Там значительное место, как в формировании всего рынка, так и его контроля, отводится независимым общественным организациям, объединяющим профессионалов. Плюс более совершенное законодательство, более эффективные меры наказания виновных, социально более активное население... Вместе всё даёт хороший результат.

К сожалению, слишком часто мы слышим о недостатках и различных негативных явлениях нашей жизни, это даже входит у нас в привычку, вызывает фатализм в восприятии действительности. И нечасто мы сталкиваемся с положительными примерами, когда в тех же условиях существует и успешно развивается организация, приносящая людям добро.

Потребительское общество «АРГО» — организация, о которой мы расскажем в этой статье, без сомнения относится к таковым. В феврале 2008 года руководство Ассоциации Заслуженных врачей России встретилось с Президентом Потребительского общества «АРГО» Андреем Борисовичем Красильниковым.

Об этой встрече мы уже писали в одном из номеров нашего журнала, упоминали о ней также и в нашей газете «Здоровье и здоровый образ жизни». Кажется бы, та встреча была рядовой, в череде «рабочих



моментов» как Ассоциации, так и Потребительского общества. Однако на ней было заложено зерно взаимного, значительного интереса к проводимой организациями работе. Встреча возымела продолжение, и информация, полученная в ходе первого и последующих контактов с АРГО, внесла значительную коррективу в представление и понимание в целом ситуации на рынке товаров для здоровья, подходах к решению вопросов о защите потребителя от фальсифицированной продукции, да и о самом представлении о развитии отечественных потребительских обществ в целом. Надеемся, что опыт АРГО будет подхвачен и приумножен многими дистрибьюторами. В этом году компании исполнится тринадцать лет. Все эти годы численность сотрудников неуклонно возрастала и сегодня составляет около полумиллиона человек.

Внимание нашей Ассоциации, объединяющей Заслуженных врачей России, в первую очередь привлёк опыт создания системы контроля качества продукции АРГО. Дело в том, что потребительское общество не является производителем продукции, оно лишь её отбирает для своих потребителей. Чем она



качественнее, тем всем выгоднее. На сегодняшний день в системе АРГО реализуется более пятисот наименований продукции, а из них около 90% — товары для здоровья. Отбирает продукцию по качеству экспертный совет компании. И нам особенно приятно отметить, что более десяти лет его возглавляет член Центрального совета нашей Ассоциации, Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, Заслуженный деятель науки и образования А.И. Пальцев.

По сути, Александру Ивановичу вместе с коллегами удалось создать независимый орган определения качества и эффективности товаров для здоровья, что выгодно отличает компанию в данном сегменте рынка на всей территории страны.

Конечно, за этим стоит огромный практический и научный опыт, ответственность всех членов экспертного совета, в состав которого входят, наряду с заслуженными врачами России, доктора и кандидаты медицинских наук, ученые различных областей знаний. Для повышения образованности своих сотрудников в компании вот уже несколько лет функционирует «Академия АРГО», основу преподавателей которой составляют члены Экспертного совета под руководством А.И. Пальцева. Такой ответственный подход в организации собственной деятельности способствует повышению уровня обслуживания и удовлетворенности потребительского спроса своих сотрудников и клиентов. Потребительское общество АРГО само не является изготовителем продукции. Это обеспечивает объективность в подборе продукции для потреби-

телей. Долгосрочное сотрудничество Потребительского общества с производителями продукции и обратная связь с конечными потребителями являются определяющими факторами сохранения в ассортименте только качественной продукции. В АРГО практически исключена возможность проникновения фальсификата. Все вышеперечисленное является основой для результативной работы сотрудников потребительского общества.

Деятельность Потребительского общества «АРГО» и её руководителя — А.Б. Красильникова — отмечена многими высокими наградами, но самая главная для всех нас награда — здоровье сотен тысяч и миллионов наших граждан!

Сегодня мы сделали серьезный шаг и в стратегии развития нашей Ассоциации. Выбор партнера в части реализации значимых проектов для нас всегда был нелегким, ведь мы ориентировались в нем прежде всего на порядочность бизнеса и прерогативу заботы о здоровье граждан.

Необходимо отметить, что Президент Потребительского общества «АРГО» совместно с рядом организаций, в числе которых Ассоциация Заслуженных врачей России, выступили с инициативой о создании Общероссийского движения «За сбережение российского народа». Мы верим, что добрые дела, направленные на улучшение демографической ситуации в стране, повышение качества жизни и защиту здоровья граждан, получают мощный толчок.

Заниматься благим делом должно быть доступно каждому!

Асептический некроз головки бедренной кости

По заявлению Всемирной ассоциации здравоохранения, асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) сегодня выступает одной из наиболее серьезных угроз здоровью человека. Большинство врачей главным способом лечения этого недуга называют тотальное эндопротезирование. К сожалению, опыт, накопленный десятилетиями, показывает, что больше половины пациентов впоследствии нуждаются в повторной операции.

На наши вопросы отвечает специалист, использующий уникальный опыт китайской традиционной медицины в лечении этого заболевания. Эффективность последнего стала прорывом в лечении АНГБК. Рассказывает кандидат медицинских наук, Заслуженный врач РФ, главный врач Московского специализированного центра по лечению АНГБК «Медицинский центр ХуанДи»

Евгений Егорович ВОЛКОВ.

– Евгений Егорович, как вы считаете, почему именно вопрос лечения АНГБК сегодня так часто поднимается на дискуссиях в медицинских научных кругах?

– Асептический некроз головки бедренной кости – это тяжелое дегенеративно-дистрофическое заболевание тазобедренного сустава вследствие нарушения структуры костной ткани, микроциркуляции и жировой дистрофии костного мозга. До последнего десятилетия прошлого века вопросы лечения АНГБК довольно часто обсуждались в зарубежной и отечественной литературе. Сегодня интерес к АНГБК действительно значительно возрос, что объясняется целым рядом причин, главная из которых – увеличение числа заболеваний. Причём если раньше эта патология считалась «болезнью стареющего челове-



Чрезвычайный и Полномочный Посол Российской Федерации в Китае Игорь Алексеевич Рогачёв (ныне Член Совета Федерации Федерального Собрания РФ); Директор Пекинской специализированной клиники по лечению асептического некроза, профессор KeQin Huang; кандидат медицинских наук, Заслуженный врач РФ, главный врач Московского специализированного центра по лечению АНГБК «Медицинский центр ХуанДи» Евгений Егорович Волков.

ства», то сегодня она стремительно молодеет. АНГБК приносит инвалидность десяткам тысяч россиян трудоспособного возраста.

Достаточно сказать, что в нашей стране ежегодно проводится более 10 тысяч операций по эндопротезированию в связи с АНГБК. А затем примерно половине пациентов через определённое время требуется повторная операция! Традиционные же методы консервативного лечения в лучшем случае облегчают боль, но разрушение костной ткани не останавливают...

Словом, потребовалось систематизировать исследования этого опаснейшего недуга, и сегодня о нем уже известно немало.

– Евгений Егорович, давайте вернемся к вопросу лечения АНГБК. Понятно, что эндопротезирование чревато для пациента повторными операциями в будущем. А как обстоит дело с методами консервативной терапии?

– К сожалению, могу констатировать тот факт, что лечение, проводимое антибиотиками, стероидными и нестероидными противовоспалительными и обезбо-

ливающими средствами, цитостатиками, как правило, не дает положительных результатов при заболевании суставов дегенеративно-дистрофического характера. Местное использование средств, улучшающих метаболизм, также не решает проблему.

– Значит, все же – к хирургу?

– Вовсе нет. Существует и альтернативный метод лечения, основанный на уникальном опыте китайской традиционной медицины. Российские пациенты такое лечение могут получить в Московском специализированном центре по лечению АНГБК.

Лечение АНГБК в нашем центре сочетает европейский подход к диагностике заболевания и методы китайской традиционной медицины, совмещающей в себе многокомпонентные лекарственные препараты и высокотехнологичное оборудование, что позволяет добиваться позитивных результатов без операционного вмешательства и без болезненных процедур.

За два с половиной года работы в медицинском центре прошли лечение 60 пациентов. Стойкое улучшение самочувствия и физической активности, регресс зоны асептического некроза и восполнение растущей трабекулярной тканью очагов поражения было подтверждено у 55 больных, то есть у 90% наших пациентов. Думаю, цифры говорят сами за себя!

– Перед тем, как начать лечение, Вы проводите дополнительные обследования или достаточно диагностических данных, полученных в клинике, где раньше наблюдался пациент?

– Перед началом лечения необходимо обязательно пройти обследования в нашем центре. Более того, мы разработали такой алгоритм выявления АНГБК на самых ранних стадиях заболевания, который, мы надеемся, будет востребован терапевтами и травматологами для массовых диспансерных осмотров населения.

Из клинических проявлений мы прежде всего оцениваем следующие признаки:

- боли в области тазобедренного сустава, паховой области с иррадиацией в крестец и коленный сустав, немотивированные боли в коленном суставе;
- ограничение движений в тазобедренном суставе;
- признаки мышечной атрофии.

Наличие указанных клинических признаков является основанием для проведения специальных методов обследования наших пациентов. Это обзорная рентгенография обоих тазобедренных суставов, магниторезонансная томография, статическая и динамическая сцинтиграфия головки бедренной кости (ГБК) и скелета, рентгеновская денситометрия головки бедренной кости и ноу-хау нашего центра – обработка рентгеновских снимков в программе «Analiser +». Все это позволяет определить структуру костной ткани, провести количественную оценку изменений трабекулярной ткани, выявить некротические зоны.

В случае необходимости мы проводим также лабораторную оценку эндокринного статуса показателей минерального, углеводного и жирового обменов.

– Евгений Егорович, какой научный подход лежит в основе лечения, которое получают Ваши пациенты?

– С позиции традиционной китайской медицины и концепции энергетических каналов, жизнедеятельность человеческого организма осуществляется благодаря циркуляции энергии. Энергетические каналы объединяют органы, кости скелета, сухожилия, кожу и другие системы и ткани. Поэтому, воздействуя на соответствующие акупунктурные точки, можно активизировать защитные силы организма, восстановить функции внутренних органов и жизненной энергии, укрепить кости и сухожилия, улучшить питание тазобедренных суставов, ускорив, таким образом, регенерацию пораженной асептическим некрозом головки бедренной кости.

В основе применяемого нами лечения лежит метод, разработанный и внедренный директором Пекинской специализированной клиники по лечению асептического некроза, профессором KeQin Huang. Метод профессора KeQin Huang, отмеченный множеством национальных и международных наград, первое мировое признание получил на международной медицинской выставке «Эврика-96» в Брюсселе. После нашего знакомства на этой выставке мой учитель и я начали кропотливую многолетнюю работу по продвижению новой методики по лечению АНГБК в России.

На первом этапе внедрения метода в нашей стране оценка результатов лечения проводилась на базе клинического госпиталя.

В дальнейшем, основываясь на 10-летнем опыте сотрудничества и совместного лечения пациентов, страдающих АНГБК в России, в июле 2006 года и был открыт Московский специализированный центр по лечению асептического некроза головки бедренной кости «Медицинский центр ХуанДи». В ходе апробации методики в России для более успешного её внедрения мы провели целый ряд исследований и научных опытов, а также административные действия.

Мы зарегистрировали в России терапевтический прибор для лечения АНГБК, «переложили» фармакопеи состава лекарственных препаратов, применяемых в Китае на европейский стандарт, разработали фармацевтические статьи и подготовили документы для последующих испытаний и официальной регистрации препаратов в России в качестве разрешённых для лечения АНГБК.

Сейчас можно с уверенностью сказать, что методика профессора KeQin Huang адаптирована к условиям лечения АНГБК в России, зарекомендовала себя столь же эффективно, как и в Китае, что является примером внедрения передовых медицинских технологий.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что пациенты, проходящие курс лечения как в Пекинской, так и Московской специализированных клиниках, на себе ощущают воплощённый в жизнь принцип новой методики лечения «Без боли, без вреда, без операции, эффективно!». Придерживаясь этого принципа, подготовленный врач выбирает наиболее эффективный способ лечения пациента, думая не о сиюминутном результате, а о будущем пациента и его здоровье.

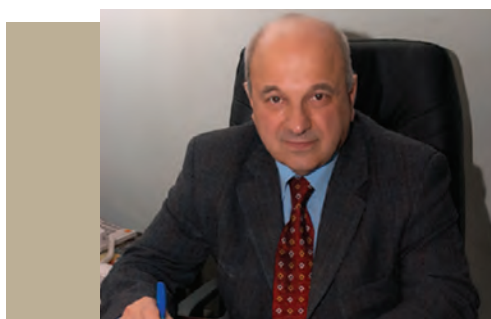
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ КРИЗИС, КОТОРЫЙ ВСЕГДА С ТОБОЙ

*Здоровью миллионов людей на планете в XXI веке все сильнее угрожает «метаболический кризис» в их организме, развивающийся из-за того, что вместе со снижением потребностей в энергии для нашего тела мы стали меньше есть, а значит, и недополучать с пищей многие компоненты, жизненно необходимые для обмена веществ. Чтобы успешнее бороться с этим кризисом, необходима постановка точного медицинского диагноза, причём не только для отдельного больного, но и целых групп населения, поскольку распространение этого кризиса приобрело характер настоящей эпидемии. О том, как решается эта задача, рассказывает академик РАМН, директор НИИ питания РАМН, Заслуженный деятель науки, **Виктор Александрович ТУТЕЛЬЯН.***

Кусок хлеба насущного является... одной из самых важных проблем жизни, источником страдания, иногда удовлетворения; в руках врача — могучим средством лечения, в руках людей несведущих — причиной заболеваний.

Иван Петрович Павлов, Нобелевская речь, 1904 г.

Расплатой человека за блага цивилизации, которые нам дал XX век, стала разбалансированность питания. Мы стали тратить разительно меньше энергии. Если ещё в 1960-х годах энергозатраты советского мужчины составляли 3200 ккал, женщины — 2500–2800, то сейчас соответственно — 2000–2200 и 1800 ккал. Такое резкое снижение энергозатрат сопровождается уменьшением потребности в энергии, а значит, и в пище. В то же время почти не изменились ни наши потребности в жизненно важных пищевых веществах, в частности в микронутриентах (витаминах, микроэлементах и других незаменимых соединениях), ни пищевая плотность рациона, т.е. насыщенность его таковыми. Образовавшиеся «ножницы» и являются причиной того «метаболического кри-



зиса», из-за которого человек уже не может с рационом из обычных продуктов получить микронутриенты в необходимых количествах. Иными словами, условиями образа жизни современного человека запрограммирована нехватка этих жизненно необходимых для нашего здоровья веществ, а значит, и наступление алиментарно зависимых и иных болезней.

Напомню, в первую шестёрку таких недугов входят: атеросклероз, гипертония, ожирение, сахарный диабет, остеопороз и подагра.

Чтобы выйти из этого кризиса, предложены многие пути. Интенсивнее двигаться, тратить больше энергии, а значит, и больше есть. Использовать биологически активные добавки к пище и генетически модифицированные продукты, в которых присутствуют микронутриенты в больших количествах, чем в обычных пищевых продуктах (например, «золотой рис», полученный с помощью генетической модификации, вопреки законам природы, несет в своих зернах витамин А), и т.д. И тем не менее с каждым годом зависимость здоровья человека от снижающегося количества микронутриентов в его рационе увеличивается и обостряется.

Правительства развитых стран настолько озабочены этой проблемой, что повсюду действуют программы здорового питания населения. Важнейшей целью такой программы в России является устранение дефицита макро- и микронутриентов, причём не только для отдельных пациентов, но и для всего населения страны: детей, взрослых, работающих, пенсионеров, больных и т.д. Для решения этой огромной задачи в свою очередь необходимы обследования питания сотен тысяч россиян на основе стандартного интегрального показателя, которым является пищевой статус. Он складывается из изучения суточного потребления пищи и обеспеченности организма энергией, пищевыми и биологически активными веществами.

Но как изучать этот показатель, если одних только микронутриентов сегодня известно более сотни, не говоря уже о необходимости применения множества физиологических и биохимических тестов — ведь речь идет о целостной оценке всего обмена веществ организма?

Понятно, что тут нужна некая стандартная многоступенчатая методика оценки, где проблемы своего здоровья начинал бы решать сам пациент, получая диетологические рекомендации после ответов на вопросы компьютерной программы, а завершалась бы процедура, при необходимости, сложнейшими обследованиями в научных центрах здорового питания.

До последнего времени такая методология оценок пищевого статуса отсутствовала. В то же время её разработка мне представляется ключевой задачей диетологии, без решения которой борьба с болезнями недостаточного питания для больших групп населения невозможна.

Итак, отважусь нарушить традицию, согласно которой наиболее увлекательной темой для сообщения о научных достижениях обычно становятся открытия. Я же расскажу как о важнейшем итоге работы всего нашего института о создании нового диагностического метода. Высокая научная емкость в нем сочетается с возможностью стандартного использования для многих пациентов. Разработанные в нашем институте алгоритмы оценки пищевого статуса сейчас находятся на утверждении в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ. Этим системам дано название «Нутритест» и «Нутрикорт».

На начальном этапе оценки состояния питания человека используется система «Нутритест-1». Здесь пациент самостоятельно или вместе с врачом (возможно и участковым терапевтом) работает с компьютерной программой, которая включает несколько десятков тестов-вопросов. Чтобы ответить на них, требуется не более получаса. Вариант этой программы вскоре будет помещён в Интернете для всеобщего пользования.

Перечень вопросов составлен таким образом, чтобы получить как можно более подробную информацию о поступлении пищи за последние 24 часа, пищевых предпочтениях и переносимости отдельных продуктов, симптомах, характерных для дефицита или избытка отдельных пищевых и биологически активных веществ, витаминов и т.д. Лечащий врач может дополнительно внести в этот опросник данные последних медицинских обследований пациента. Программа позволяет выявить симптомы, которые могут быть связаны с дефицитом тех или иных пищевых веществ, ставит диетологический диагноз и выдаёт рекомендации, обобщённые в коррекционной программе «Нутрикорт-1».



Второй и третий этапы реализации этих систем могут быть пройдены только вместе с врачом-диетологом. Здесь можно поставить более точный диагноз алиментарных расстройств, чем при начальном тестировании, и выявить заболевания, например гипоталамо-гипофизарный синдром, которые сами по себе являются причиной таких нарушений. Кстати, эта тяжёлая болезнь, весьма распространённая в США, и вызывает гораздо чаще, чем злоупотребления высококалорийной, однообразной пищей, чрезмерную тучность значительного числа американцев.

На второй стадии, в дополнение к сбору диетanamнеза, предполагается использование и других методов обследования, которые мы выбрали как минимальный набор наиболее эффективных инструментальных тестов.

Это прежде всего общая оценка состава тела по критериям статуса питания. Применяются стандартные антропометрические методы, включающие измерение массы тела, роста, окружности талии, бедер (так мы устанавливаем мужской или женский тип жирового отложения), толщины подкожно-жировых складок. Незаменимым на этой стадии нутритестирования мы считаем применение биоимпедансометрии (измеряется биоэлектрическое сопротивление тела) и остеоденситометрии, основанной на прямом измерении физической плотности различных его тканей. Два последних метода помогают, как бы заглянув внутрь нашего тела, обнаружить нарушения обмена веществ, судя по макроанатомическим измене-



ниям внутренних органов, скажем, жировое перерождение мышечных, печёночных и других тканей.

Из современных способов изучения энергетических процессов организма мы включили в «Нутритест-2» оценку потребления энергии человеческим телом (прямую и непрямую калориметрию) и обратных реакций — пищевого термогенеза, т.е. активации обмена веществ в ответ на приём пищи. Кстати, именно этот показатель позволяет выявить гипоталамические нарушения как причину развития ожирения, поскольку в результате подобных сбоев эндокринной регуляции, теплопродукция после приёма пищи оказывается ниже нормы. На основе нутритестов второй стадии пациент получает более сложную и развёрнутую программу коррекции, называемую «Нутрикор-2».

Если второй этап тестирования пациент может пройти на уровне диетологического центра или специализированных отделений в составе некоторых больниц, то третий я бы назвал нашей разработкой, обращённой в будущее. Сегодня же она может быть

внедрена, кроме нашего института, лишь в нескольких научно-медицинских учреждениях и наиболее оснащённых диетологических центрах.

Создавая «Нутритест-3», мы поставили перед собой достаточно амбициозную задачу. Скомпоновать такой набор биохимических показателей пищевого статуса, изучив которые можно было бы выявить алиментарно зависимые нарушения функции отдельных органов и систем. Здесь я имею в виду доклинические формы нарушения питания и обеспеченности организма пищевыми веществами и энергией, ещё не проявляющиеся явными внешними, визуально осязаемыми симптомами.

В жизни же это выглядит весьма впечатляюще. Мы действительно можем сегодня, обследовав на первый взгляд вполне здорового человека, даже стройного и питающегося безо всяких излишеств, определить самое начало алиментарно-зависимого заболевания. Понятно, что на этой стадии победить недуг гораздо легче, чем в то время, когда уже проявят-

ся нарушения функции отдельных органов и систем.

«Нутритест-3» предполагает определение в сыворотке крови до 40 незаменимых нутриентов, включая 12 витаминов, микроэлементы, важнейшие ферменты, гормоны, метаболиты. Теоретически 2-й и 3-й этапы можно провести и в диетологическом центре обычного уровня оснащённости. Однако пациенту тогда придётся «добирать анализы» в других медицинских лабораториях. Но в этом случае «Нутритест-3» теряет свой смысл стандартной технологии. Ведь гарантировать одинаково высокое качество сразу многих обследований в разных лабораториях едва ли возможно даже для одного пациента. А стандартность медицинской технологии подразумевает, что качество тестов будет неизменно сохраняться для всего потока обследуемых. Добиться этого можно только с использованием так называемых приборов многофакторного биохимического анализа, относящихся к последнему поколению, которыми в РФ пока обеспечены лишь немногие научные и клинические центры, в том числе наш институт.

Однако надеюсь, что в будущем доступность этих медицинских роботов вырастет, и тогда «Нутритест-3» сможет быть встроен в такую систему диагностики пищевого статуса, которая получит широкое применение.

В целом нам удалось решить ту задачу, которую мы ставили перед собой, когда разрабатывали третью стадию тестирования как способ выявления алиментарных предзаболеваний. Но отдача от применения столь сложного комплексного метода оказалась более широкой. В рамках «Нутрикора-3» мы советуем пациенту, как он должен изменить уровень и профиль потребления всего спектра макро- и микронутриентов, включая витамины, микроэлементы, биологически активные вещества. Кроме того, только после этого теста мы можем предупредить испытуемого о риске развития любого алиментарно-зависимого заболевания из всего их спектра, тогда как начальный и второй этапы обследований, как правило, применимы для профилактики лишь первой шестёрки из них.

Считаю важной и ту пользу, которую эта новая стандартизованная система изучения пищевого статуса принесла самой науке о питании. В нашем институте сейчас разрабатывается концепция «пищи будущего» для больных наиболее распространёнными в XXI веке недугами. Такое питание будет включать специализированные пищевые продукты, например: продукты функционального питания, биологически активные добавки к пище, продукты диетического и лечебного питания, в которые включены компоненты естественного происхождения, позволяющие в существенной степени «оживлять» обменные процессы, функцию внутренних органов и систем и тем самым снижать риск развития многих распространённых и опасных заболеваний. Более того, в клинических условиях это позволяет для лечения больного использовать меньшие дозы лекарственных средств, применять их в более короткие периоды. Это тоже чрезвычайно важно во всех отношениях.

Конкретный пример. В нашей клинике мы установили, что под влиянием диеты, содержащей флавоноиды (кверцетин, кемферол, рутин и др., а их традиционные источники – цитрусовые, томаты, лук), применение лекарств против гипертонии и ишемической болезни сердца можно снизить без ущерба для здоровья более чем в два раза.

Это достаточно важное утверждение. Оно не может быть введено в сферу доказательной медицины без подтверждения при обследовании тысяч пациентов разных возрастов, профессий и т.д. Представьте, какой образует объем обследований! Мы попросту захлебнулись бы в нем, не владея стандартной методикой.

Оценка популяционного риска алиментарно-зависимых заболеваний по профилю потребления основных пищевых продуктов – другое важное направление нашей работы, выполняемое по заданию Правительства РФ, с которым мы бы не справились без стандартизированных тестов. Обследовав примерно 30 000 россиян с разным уровнем благосостояния, мы установили, что риск развития таких болезней достигает крайне опасной для здоровья черты, когда доходы ниже прожиточного минимума на 34–35%. При доходах в 50% от прожиточного минимума риск алиментарно-зависимых заболеваний отмечается уже по всем видам пищевых продуктов, включая даже хлебопродукты и картофель. Иначе говоря, наступают признаки голода. И лишь при доходах выше пяти прожиточных минимумов риск таких



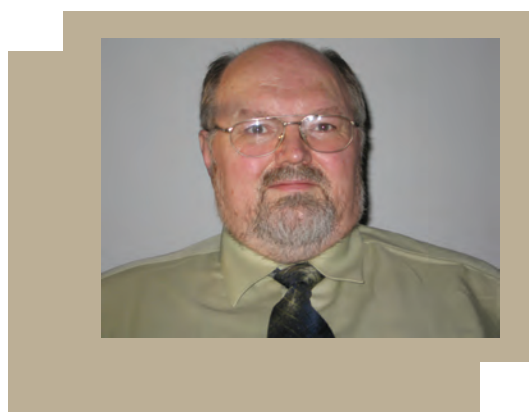
заболеваний отсутствует по всему спектру пищевых продуктов, в том числе и по самым «проблемным» для России – овощам, фруктам, рыбе.

Итак, надеемся, что созданная нами стандартная медицинская технология для изучения пищевого статуса человека поможет ему преодолеть «метаболический кризис», и питаться таким образом, чтобы, продолжая получать удовольствие от еды, он одновременно избегал бы множества опасных и распространённых болезней, в основе которых лежат нарушения питания.

«Сиротские» лекарства не оставить без пригляда!

*В прошлом году Форумный Комитет РАМН, курирующий так называемые редкоприменяемые медицинские технологии, создал «Профессиональную службу по редким и дорогостоящим заболеваниям». Она объединила врачей, представителей гражданского общества, менеджеров здравоохранения. В 2009 году служба продолжает следить за реализацией проекта по семи заболеваниям. В связи с усугублением кризиса и сокращением бюджетных статей, такая работа становится особенно важной. Крайняя озабоченность координатора службы и руководителя Форумного комитета РАМН, профессора **Павла Андреевича ВОРОБЬЕВА** вполне понятна: ведь и в «тучные» предкризисные годы снабжение больных жизненно необходимыми им «сиротскими лекарствами» осуществлялось не лучшим образом...*

Лекарственное обеспечение по семи редким дорогостоящим лекарствам по состоянию на начало 2009 года предназначено примерно для пятидесяти тысяч российских граждан. Речь идет об амбулаторном снабжении семнадцатью лекарствами (в основном импортными и инновационными) пациентов с болезнью Гоше, гипопизарным нанизмом, муковисцидозом, рассеянным склерозом, различными видами гемофилии, гемобластомами (миеломная болезнь, хронический лимфолейкоз, лимфосаркома), больных после трансплантации органов и тканей. Есть и другие группы больных и лекарств, которые необходимо финансировать как редкие. Однако до настоящего времени они не включены в программу госфинансирования и больные продолжают умирать без лечения.



Лишь немногие из мероприятий по обеспечению этих пациентов «сиротскими» (иначе говоря, редкими и дорогими) лекарствами осуществляются эффективно. В 2007 году были созданы по каждой из перечисленных болезней стандарты медицинской помощи с определением средней дозы препарата для расчетов потребности в нем. В то же время до сих пор протоколы ведения пациентов утверждены лишь для двух из семи нозологий. Спрашивается, как же тогда лечить?

Между тем некоторые особенности государственной помощи российским больным с редкими заболеваниями иначе, чем парадоксальными, не назовёшь! Как известно, посттрансплантационным больным необходимо постоянно получать иммуносупрессивные препараты, причём обязательно под контролем уровня этих ЛС в крови. Без этих сложных и дорогих процедур пациенты могут погибнуть в результате отторжения трансплантата.

Казалось бы, материальное и организационное обеспечение здесь должно на себя взять государство. Но оно от этого устранилось. Хотя и не запретило все операции по пересадке органов, что должно было бы сделать в такой ситуации! К счастью, трансплантационным пациентам помогли компании — производители препаратов. Они сами создали базы данных пациентов, закупили и поставили в Россию пятнадцать аппаратов для определения концентрации иммуносупрессоров в крови, обучили специалистов, регулярно поставляют бесплатные реактивы.

Аналогичная ситуация и с производителем гематоонкологического препарата Гливек. Каждое повторное его назначение пациенту осуществляется на основании цитогенетических исследований крови. Они проводятся на особом оборудовании и специально обученным персоналом. Фирма-производитель

Гливека закупила 16 аппаратов для этих исследований, взяла на себя все остальные трудности.

Россия тратит немало средств на программу семи болезней: около 1 млрд евро было выделено на 2008 год. Не меньшая сумма запланирована и на 2009-й, хотя её величина, увы, заметно уменьшилась из-за падения курса рубля. Тем не менее это примерно 16 670 евро в год на одного больного.

Вспомним и то, что объём закупок большинства «сиротских лекарств» в прошлые годы увеличивался. Например, по данным Всероссийского общества гемофилии, за весь 2006 г. было приобретено 231 млн МЕ фактора VIII, а уже в 1-й половине 2008 г. — 206 млн. Словом, и объём велик, и динамика хорошая.

Но как же это отразилось на больных? В 26% регионов РФ в прошлом году больные были вынуждены, наоборот, снизить принимаемые дозы лекарств — факторов свёртывания крови по причине дефицита импортных препаратов, которые в это время пылились где-то по складам уже на российской земле! В 30% регионов дозы остались без изменения. И лишь в 44% регионов они были увеличены.

Нет утверждённых региональными органами здравоохранения и к тому же открытых для экспертов списков пациентов на получение ЛС в рамках федерального бюджета. В 2008 году многие региональные органы управления здравоохранением не смогли защитить свои заявки. Причина в том, что они не знали точно общего числа больных, получаемых ими доз препаратов, не представляли соответствия заявки реальному числу нуждающихся пациентов. В результате препаратов не хватило, и их дозы некоторым больным врачи начали занижать в разы.

Пациентам могут отказать в выписке редкого лекарства всего-навсего из-за отсутствия новой формы рецепта, переустановки компьютерной программы в поликлинике. Или потому, что больной не успел переоформить свою инвалидность. По всей России врачам не хватает квалификации в области диагностики и лечения редких болезней.

Пациенты получают препараты, финансируемые из разных источников: федеральной программы ДЛО, региональных дотационных проектов, программы семи нозологий и т.д. Также и по этой причине в 2008 году часто возникали перебои с поставками ЛС, их неоправданные замены.

Итак, на пороге 2009 года можно выделить два блока проблем с редкими заболеваниями.

На федеральном уровне не хватает качественно подготовленных нормативно-правовых документов,



регламентирующих всю логистику доведения лекарств до пациента. Из-за этого во многих случаях она и оказывается «оборванной» на этапе доставки лекарств в регион. Далеко не все болезни и лекарства, меняющие радикально судьбу пациента, включены в программы финансирования.

Недостаточно участия видных специалистов в реализации программы. Ничего не делается для образования и пациентов, и врачей первичного звена. На всех уровнях отсутствует действенный публичный контроль за реализацией программы. Недостаточно активны общественные объединения больных.

На уровнях субъектов Федерации, поликлиники, аптеки недоработок не меньше. Некоторые региональные медицинские власти не понимают задачи, поставленные проектом семи болезней. Недопустимо низкой остается квалификация врачей в области современной терапии. Цепочка «врач — больной — аптека — врач» на чисто лишена обратных связей. Общим же недостатком остаётся отсутствие мотивации в решениях поставленных задач. И до тех пор, пока это не изменится, странноватое название «сиротские» так и будет относиться не только к редким дорогостоящим лекарствам, но и к самой проблеме обеспечения ими наших соотечественников.

Московская модель диспансеризации

При проведении массовых профилактических осмотров населения, отечественное здравоохранение столкнулось с отсутствием эффективной и отвечающей вызовам современности модели диспансеризации. Вот почему идея модернизации подобных осмотров давно витает в воздухе. О том, как эти реформы осуществляются в столице, рассказывает главный терапевт Департамента здравоохранения города Москвы, директор ЦНИИ гастроэнтерологии РАМН, президент Научного общества гастроэнтерологов России, профессор

Леонид Борисович ЛАЗЕБНИК

Методология проведения массовых осмотров, то есть диспансеризации населения, была разработана первым наркомом здравоохранения Н.А. Семашко еще в 1922 году и с тех пор не менялась. Медицинские осмотры населения проводятся с помощью бригад врачей, эффективность работы которых, как и в советское время, оставляет желать лучшего.

В течение 2008 года, в рамках реализации ПНП «Здоровье», продолжились диспансерные обследования всех работников бюджетной сферы от 35 до 55 лет. А это порядка 4 млн. человек. Из средств ФОМС на проведение подобной работы только на первом этапе выделено 2,0 млрд. рублей, причём из расчёта примерно 500 рублей на человека. Одновременно, Минздравсоцразвития России увеличивает объём врачебной бригады за счёт включения в нее эндокринолога, кардиолога, фтизиатра, онколога, ортопед-травматолога. Даже по самым скромным подсчётам для этого придётся задействовать двойной штат врачей страны. Понятно, что провести качественную диспансеризацию по подобной методике вряд ли возможно.

В то же время роль диспансеризации как незаменимого направления современной медицины настолько очевидна, что не нуждается в обсуждении.

В 1998 году приказом Комитета (ныне Департамент) здравоохранения города Москвы, была принята программа «Целевая диспансеризация населения». Усилиями московских врачей и сотрудников служб городского управления началась реформа диспансеризации в столичном регионе.

Московская программа не только не противоречит федеральной, но и, целиком сохранив её основные



принципы, продвинулась дальше неё. Ведь мы охватываем превентивным лечением не только сотрудников бюджетных организаций и детей и подростков, но и многие другие социальные и возрастные группы москвичей.

Подчеркну, что позитивных результатов, о которых свидетельствует уже восьмилетний опыт московской диспансеризации, удалось добиться также и за счёт благоприятной экономической ситуации в столице, где на нужды здравоохранения тратится 10% годового бюджета, и активной поддержки Юрия Михайловича Лужкова и начальника Департамента здравоохранения города Москвы, Заслуженного врача РФ, профессора Андрея Петровича Сельцовского.

Вместо бригады специалистов советского образца, просеивающей пациентов, фактически, на весь массив заболеваний, в нашей модели первичный скрининг проводит работник первичного медицинского звена.

Профилактические осмотры москвичей ведутся на основе семи подпрограмм. Подобный набор мы сформировали после аналитической работы, позволившей выявить контингент наиболее угрожаемых в социальном или биологическом отношении жителей нашего мегаполиса. Затем Департамент здравоохранения предоставил план реформ Правительству Москвы, где он и был утвержден для реализации в 1998 году.

Подпрограммы, по которым мы работаем, относятся к детскому и подростковому населению, а также к лицам взрослого возраста. У последних выявляются сердечно-сосудистые заболевания (руководить этим направлением Департамента поручено мне), туберкулёз, заболевания молочных желез, шейки матки и простаты. Как ближайшая перспектива намечена диспансеризация студентов. На мой взгляд, было бы целесообразным также начать профосмотры для выявления начальных стадий рака желудка. Однако окончательное решение этого вопроса будет зависеть от Департамента здравоохранения.

Целью диспансеризации детей и подростков является, кроме превентивного лечения, также оценка готовности мальчиков к службе в армии, а девочек – к материнству. Ежегодно осматриваются практиче-



ски все (по разным годам не менее 97%) молодые москвичи до 21-летнего возраста. Картина, которая здесь открывается, выглядит крайне тревожно. В прошлом году здоровыми признаны лишь 30% из 350 тысяч подростков и 36% из почти 1,5 миллиона детей.

У подростков чаще всего встречаются нарушения пищеварительной и сердечно-сосудистой системы. Все заметней проявляется наступление астмы, возможно, в связи с ростом курения у молодых людей. Наиболее распространённые заболевания детей относятся к зрению и опорно-двигательному аппарату. По итогам диспансеризации ставятся на диспансерный учет почти четверть детей и подростков и почти стольким же по выявленным заболеваниям назначается лечение.

Если обратиться теперь к подпрограммам диспансеризации взрослого населения, то на первом месте по неблагоприятию стоят заболевания предстательной железы у мужчин. В прошлом году из четверти миллиона москвичей, прошедших профосмотр, патология выявлена у 47%. Внутри же этой группы рак был обнаружен всего у 0,8% больных, зато доброкачественная гиперплазия – у 31,8%, хронический простатит – у 19%. Особую тревогу вызывает то, что именно к этим осмотрам москвичи-мужчины и относятся с наибольшим пренебрежением, судя по тому, что их проходят менее 10% тех, кому показана подобная диспансеризация.

То же, к сожалению, можно сказать и об отношении женщин к целевой диспансеризации по выявлению

заболеваний шейки матки и молочных желез. В первом случае патология выявляется примерно у 10% женщин, во втором – у 37%. Частота обнаружения рака в обоих случаях составляет примерно 0,03–0,05%.

Ежегодные флюорографические обследования, которые прошли уже более 3 миллионов человек с целью выявления туберкулёза, показали, что ситуация с этой болезнью в Москве относительно благополучная. Туберкулёз обнаруживался за последние годы в среднем примерно у 0,02% обследованных.

На примере подпрограммы по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний хотел бы рассказать подробнее, как работает московская модель диспансеризации.

При каждой районной поликлинике Москвы сейчас действует, причём в две смены по рабочим дням, а по субботам – до середины дня, кабинет доврачебного контроля (КДК). Всего же их в Москве 239. Каждый КДК обслуживается медсестрой и оснащен экспресс-анализаторами глюкозы и холестерина, весами, ростометром, тонометром, компьютером и рядом других инструментов. В 2006–2008 годах проходило уже второе за 8 лет обновление подобного инструментария.

После измерения различных показателей данные вносятся в компьютер и распечатываются с указанием всех выявленных нарушений и обозначением факторов риска для конкретных заболеваний. Медсестра проводит также первичный сбор анамнеза, охватывающего общее состояние пациента. Поэтому, хотя это и не входит в нашу основную задачу, при реали-

зации подпрограммы «сердечно-сосудистые заболевания» ежегодно выявляются также заболевания органов пищеварения, дыхания, мочеполовой системы, по которым пациенты ставятся на диспансерный учет или назначается лечение.

Благодаря компьютерной информационной сети, к которой подключён каждый КДК, нам удалось не только создать в первичном звене здравоохранения эффективную модель выявления заболеваний на ранних стадиях, но и многоуровневую (от КДК до Департамента здравоохранения) систему мониторинга здоровья населения. Она стала незаменимой для принятия решений в социально-экономической сфере.

Эта информационная система помогает обеспечить постоянный контроль за ходом диспансеризации. Таким образом, текущие результаты реализации нашей подпрограммы, обсуждаемые на еженедельной планёрке с участием руководителей окружных и районных терапевтических служб, благодаря компьютеру мы видим, как говорится, по горячим следам. И если оказывается, что какие-то КДК не работают, потому что заболели медсестры и никто не удосужился их заменить; а в других кабинетах не проводятся анализы, потому что сломались приборы — меры принимаем незамедлительно.

Кроме мониторинга работы КДК, мы постоянно следим за информационной составляющей, то есть как часто выступают по местному телевидению и в средствах массовой информации врачи, участвующие в диспансеризации, оснащены ли поликлиники плакатами и прочими наглядными материалами.

За последние три года заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями в Москве стабилизировалась. Наметились тенденции к снижению уже не только в случае с острым инфарктом миокарда, где



положительная динамика наблюдается с 1998–1999 годов. Например, летальность по причине заболеваний органов кровообращения (исключая инфаркт и цереброваскулярные болезни) составляла в 1993–1994 годах 11,3%. Зато в 2003–2006 годах — соответственно 8,3 ; 7,9 ; 7,6 и 7,6%.

Летальность от цереброваскулярных болезней на «пике» 1994 года составляла 21,2%. За три же последних года она снизилась до 16,2; 15,5 и 15,7%.

Если говорить об общей смертности от болезней системы кровообращения, то несколько снизилась и она. Непрерывно снижается и продолжительность среднестатистического случая временной нетрудоспособности по этим заболеваниям.

Мне возразят, что вклад здесь внесли экономические и социальные факторы. Но обращаю внимание на



два показателя, в своей противоположной динамике образующие на графике как бы ножницы. На фоне роста числа посещающих КДК (всего 300 тысяч в 2001 году, а после 2006 года — уже ежегодно свыше миллиона пациентов), количество первично выявленных случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы непрерывно сокращается. Если в 1998 году артериальная гипертония обнаружилась у 27% среди всех, кто впервые обращался в КДК, то в прошлом году это происходило более чем в два раза реже. Это указывает на то, что московская модель диспансеризации оказалась достаточно эффективной. И хотя значительного сокращения заболеваемости здесь пока не произошло, однако всё больше пациентов начинают следить за своим артериальным давлением и поддерживать его в нормальных пределах с помощью гипотензивных препаратов.

Тем не менее борьба с этим опаснейшим заболеванием могла бы стать эффективнее, если бы москвичи более серьёзно относились к своему здоровью. 34% больных, которым назначены гипотензивные препараты, вообще не лечатся, а 31% — лишь частично соблюдают рекомендации и нерегулярно принимают препараты. Из той же группы, которая не лечится вообще, причины отказа оказались немотивированными для 31%.

Отсюда становится очевидным то, насколько важной составляющей всей работы по диспансеризации населения является повышение медицинской грамотности наших соотечественников, пропаганда здорового образа жизни. При дальнейшем осуществлении московской модели профилактических осмотров мы планируем значительно усилить это направление работы.

Высокотехнологичная медицинская помощь — для здоровья москвичей

Необходимость развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в городских лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) продиктована постоянно возрастающими потребностями населения Москвы. Учреждениями столичного Департамента здравоохранения за прошедшие годы был накоплен значительный опыт оказания высокотехнологичной медицинской помощи жителям города. Результаты, достигнутые так же и в 2008 году, безусловно, заслуживают высокой оценки и благодарности москвичей.

ЛПУ столицы являются клиническими базами для более 160 кафедр вузов Москвы.

В настоящее время в 50 городских стационарах оказывается более 60 видов высокотехнологичной медицинской помощи. На протяжении последних лет Департаментом здравоохранения активно реализуется задача расширения объемов подобной помощи путём централизованной закупки дорогостоящих расходных материалов (эндопротезы, стенты для кардиологических больных, электрокардиостимуляторы), а также оснащением лечебных учреждений современным высокоэффективным лечебно-диагностическим оборудованием и целенаправленной подготовкой медицинских кадров.

Так за прошедший год на закупку расходных материалов для оказания дорогостоящих видов медицинской помощи в подведомственных учреждениях департаментом было выделено свыше 800 млн. руб., из них на закупку кардиостимуляторов — 208 млн. руб., эндопротезов и стабилизирующих устройств — 89,7 млн. руб., расходных материалов для кардиохирургии — 376,4 млн. руб., расходных материалов для ангиохирургии — 71 млн. руб., расходных материалов для нейрохирургии — 16,1 млн. руб., расходных материалов для экстракорпоральной коррекции гемостаза — 95,4 млн. руб.

Были оснащены современным высокоэффективным оборудованием: ангиографами — ГКБ № 7 и 81, компьютерным томографом — ГКБ № 7, магнитно-резонансным томографом — ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, ангиографом — научно-практический центр

интервенционной кардиоангиологии, ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, компьютерным томографом — ГКБ № 81.

В настоящее время в городе Москве стационарная онкологическая служба представлена 3 федеральными медицинскими учреждениями (РОНЦ им. Н.Н. Блохина, МНИОИ им. П.А. Герцена, РНЦ рентгенодиагностики) и сетью специализированных лечебных учреждений и отделений многопрофильных больниц Департамента здравоохранения (ОКД № 1, МГОб № 62, ГКБ № 33, 40, 57, 24, 1, ГКБ им. С.П. Боткина).

Общее число онкологических и радиологических коек в системе лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы составило 2 140, из них онкологических коек 1 705 (в том числе химиотерапевтических — 300), радиологических — 435.

В 2008 году в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы активно разрабатывались и внедрялись высокотехнологичные методы лечения онкологических больных. Были внедрены современные методики органосохраняющих операций при ранних стадиях рака молочной железы, что позволило снизить инвалидизацию у этой группы больных. Подобные операции проведены 1 090 больным, более 70 % из них вернулись к трудовой деятельности. Используется методика одномоментной маммопластики молочной железы после полного её удаления, в том числе и с применением микрохирургической техники (более пяти-сот операций). Накоплен большой опыт в выполнении органосохраняющих операций (высокие ампутации шейки матки) при раке шейки матки in situ и I стадии. У 265 женщин наступила беременность, у 93 женщин из них беременность завершилась родами. Матери и дети здоровы.

В специализированных отделениях столичных ЛПУ разработаны и постоянно используются одномоментные реконструктивно-восстановительные операции при раке прямой кишки. Осуществлены инновационные операции с применением лапароскопической техники с использованием отечественных линейных степлеров и формированием межкишечных анастомозов более чем у тысячи больных.

При обнаружении злокачественных опухолей опорно-двигательного аппарата выполняются высокотехнологичные методики лечения с использованием аллопластики и эндопротезирования суставов. При раке мочевого пузыря проводятся радикальные операции в объёме цистэктомии с различными видами пластики органа.

Принципиально изменился подход к хирургическому лечению рака легкого. Больным раком легкого I, II стадий, кроме стандартных операций, в объеме лобэктомий, билобэктомий или пневмонэктомий, выполняется широкая лимфодиссекция с удалением трахеобронхиальных, паратрахеальных, ретрокардинальных лимфоузлов средостения, что позволило повысить 5-летнюю выживаемость при I стадии с 62 до 72 %; при II стадии — с 45 до 50 %.

В последние годы была внедрена, а с 2008-го стала стандартной при радикальных операциях по поводу рака желудка лимфаденэктомия — D2 (удаление лимфоузлов чревного ствола и его ветвей). В результате в 2 раза (с 60 до 30 %) снизилось число местных рецидивов. Разработана оригинальная методика хирургического лечения при опухолях билеопанкреатодуоденальной зоны с сохранением желудка и привратника, что улучшает качество жизни оперированных больных.

Итак, в 2008 году в лечебно-профилактических учреждениях города Москвы выполнялись (и в 2009 году эта практика, безусловно, продолжится) практически все основные хирургические вмешательства, принятые в мировой онкологической практике, включая расширенные, комбинированные, реконструктивно-пластические и органосохранные операции.

В онкологическую практику внедрена новая методика — фотодинамическая терапия опухолей, которая проведена более 2 000 больных с лечебным эффектом более чем у 80 % пациентов. Разработаны и внедрены новые высокоэффективные схемы химио-гормонотерапии, позволяющей добиться лечебного эффекта у 60–80 % больных. Включение этих схем в методику многокомпонентного комплексного лечения позволило добиться увеличения продолжительности жизни больных и вернуть их к трудовой и социальной активности.

Неуклонный рост количества больных с нейрохирургическими заболеваниями и травмами обуславливает важность и необходимость совершенствования медицинской помощи этой категории пациентов.

В настоящее время в системе столичных медучреждений развернуто более 900 нейрохирургических коек в НИИСП им. Н. В. Склифосовского, больницы им. С.П. Боткина, ГКБ № 1, 7, 15, 19, 20, 33, 36, 67, 68, ГКБ № 12 и ГВБ № 2. Квалифицированными врачебными кадрами отделения укомплектованы в среднем на 96%.

В последние годы внедряются высокие технологии в диагностику и лечение нейрохирургических больных: спиральная компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс, однофотонная эмиссионная томография. К числу новых хирургических технологий относится безрамная навигационная система, позволяющая минимизировать операционную травму, используя минимально инвазивные хирургические технологии при геморрагических инсультах, опухолях мозга, артериовенозных мальформациях и других заболеваниях.

Внедрены современные технологии при лечении нейрохирургических больных — использование микрохирургического инструментария, видеоэндоскопии, навигации. В 2008 году у больных с заболеваниями и повреждениями позвоночника широко при-



менялись стабилизирующие системы, что позволило улучшить исходы заболевания, уменьшить сроки лечения.

Дальнейшее развитие нейрохирургической службы Департамента здравоохранения позволит увеличить количество операций по поводу аневризм до 450 — 500 в год, по поводу геморрагического инсульта — до 350, по поводу позвоночно-спинальной патологии порядка 750–800.

Высокотехнологичная кардиологическая служба лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения представлена НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, НПЦ интервенционной кардиологии, ГКБ им. С.П. Боткина, ГКБ № 4, 7, 15, 23, 81.

В НПЦ интервенционной кардиологии проводится реваскуляризация миокарда при ИБС, баллонная ангиопластика сосудов сердца и стентирование, реконструктивные операции и ангиопластика на периферических артериях. За 2008 год в Центре было выполнено около 3000 диагностических и 2260 различных лечебных вмешательств. Этими методами в настоящее время владеют также специалисты НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, ГКБ им. С.П. Боткина, ГКБ № 15, 23.

Операции с установкой электрокардиостимуляторов (ЭКС) проводятся специалистами ГКБ № 4, 15, 81, НПЦ интервенционной кардиологии. За 2008 год в этих ЛПУ проводилось до 2500 операций по установке ЭКС.

Селективная коронарография и левая вентрикулография выполняется в НПЦ интервенционной кардиологии, ГКБ № 7, 15, 23, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, ГКБ им. С.П. Боткина. За 2008 год данными учреждениями было выполнено около 6000 исследований.

ранского оказывается высококвалифицированная специализированная помощь пострадавшим с термическими поражениями и ингаляционной травмой верхних дыхательных путей, пересадка аутофибробластов и аутотрансплантация кожи.

Высокотехнологичная медицинская помощь дет-



Ангиопластика и стентирование сосудов сердца выполняется в НПЦ интервенционной кардиологии, ГКБ им. С.П. Боткина, ГКБ № 7, 15, 23, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Суммарно данными учреждениями в 2008 году было выполнено более 4000 процедур.

В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского продолжает развиваться экстренная ангиографическая диагностика и рентгено-эндоскопическая лечебная помощь больным при неотложных состояниях, широко применяются рентгенохирургические вмешательства. С целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии проводится имплантация «кава-фильтров» в нижнюю полую вену. В Институте ежегодно выполняется до 3500 ангиографических исследований и эндоваскулярных хирургических вмешательств.

Всего за 2008 год в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы в области кардиологии и кардиохирургии было выполнено свыше 21 тысячи высокотехнологичных диагностических исследований и лечебных вмешательств.

В городском ожоговом центре НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, ГКБ № 36, ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского

оказываются в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, ДГКБ им. Св. Владимира, ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского, Тушинской ДГКБ, Морозовской ДГКБ, Измайловской ДГКБ, НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития челюстно-лицевой области.

В Морозовской детской городской клинической больнице проводится лечение детей с нейроонкологическими заболеваниями. Практически всем детям проводятся операции удаления опухоли головного мозга с применением микронейрохирургических технологий, с последующим проведением химиотерапии и катamnестического наблюдения до 18 лет. За год в данных отделениях получают медицинскую помощь в среднем около 900 детей. Также в больнице работает гематологическое отделение, где проводится интенсивная терапия и трансплантация костного мозга, а также применяется программная интенсивная полихимиотерапия.

В Измайловской ДГКБ имеется единственное гематологическое отделение в Москве для оказания круглосуточной амбулаторной и стационарной помощи детям, страдающим гемофилией, где на учете состоит 359 детей, из них 133 пациента с гемо-

филией «А», 26 с гемофилией «В» и 146 с болезнью Виллебранда. Одновременно в больнице применяются альтернативные методы лечения детей с тромбоцитопенической пурпурой, а детям с тяжёлой формой течения указанной патологии, резистентным к консервативной терапии, проводится

дромальными и несиндромальными краниосиностозами, при этом применяется новый метод – одномоментная реконструкция мозгового и лицевого черепа и устранение деформации.

В 2008 году в московских ЛПУ, оказывающим медицинскую помощь детскому населению, было



оперативное лечение лапароскопическим способом – спленэктомии.

Единственным учреждением, оказывающим помощь детям с ожогами в городе Москве, является ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского. Ежегодно в реанимационном отделении для лечения детей с ожогами (30% площади тела) III–IV степени и развитием ожоговой болезни поступает 165–180 детей.

Кардиохирургическая помощь детям оказывается в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова. Также в больнице проводится гемодиализное лечение детей с хронической почечной недостаточностью.

На базе ДГКБ им. Св. Владимира оказывается медицинская помощь детям с зубными и скелетными аномалиями лицевой области, при травмах и опухолях, врожденных уродствах лицевого скелета. Хирургический уровень оказания медицинской помощи в отделении больницы позволяет отказаться от практики направления на лечение детей с челюстно-лицевой патологией за рубеж.

В НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития челюстно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы проводится хирургическое лечение детей и подростков с син-

дромальными и несиндромальными краниосиностозами, при этом применяется новый метод – одномоментная реконструкция мозгового и лицевого черепа и устранение деформации.

В 2008 году в московских ЛПУ, оказывающим медицинскую помощь детскому населению, было пролечено и более 16 тысяч иногородних детей, которые получили в основном высокотехнологичную медицинскую помощь.

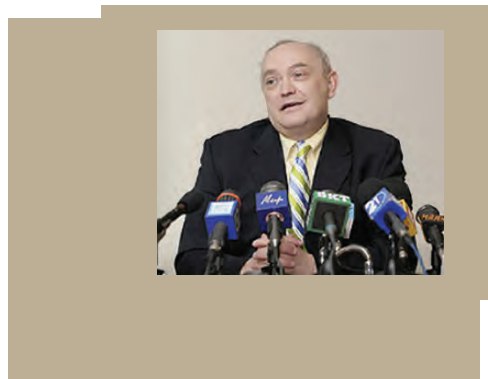
Необходимо также отметить, что внедрение высокотехнологичных методов совсем не обязательно сочетается с понятием «дорогостоящих методов».

Так, внедрение новых технологий в кардиохирургии в конечном итоге позволило резко сократить проведение операций на «открытом сердце» с применением АИК, к сокращению пребывания больного в стационаре, уменьшению инвалидизации, а главное – снижению показателя летальности.

Широкое внедрение высокотехнологичных видов медицинской помощи в практику работы городского здравоохранения в 2008 году позволило добиться стабильно хороших результатов деятельности городских стационаров. Медицинские специалисты Москвы сделают все от них зависящее, чтобы в нынешнем году добиться еще более высокой отдачи от внедрения инновационных лечебных и диагностических технологий на благо жителей столицы нашей Родины, но также и тех россиян, которые получают направления на лечение и обследование в ЛПУ Москвы.

СТАРАЯ ГВАРДИЯ РОССИЙСКОЙ ПЕДИАТРИИ

Оценивая здоровье молодых россиян, сегодня часто говорят о «потерянном поколении». К 18 годам треть подростков России имеют хронические заболевания. По данным же военкоматов, эта цифра вырастает даже до 50%. Складывается впечатление, что ситуация катастрофическая. А на самом деле? Отвечает главный педиатр Москвы, профессор, член-корреспондент РАМН, директор Федерального Научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии
Александр Григорьевич РУМЯНЦЕВ.



Рассмотрим динамику за последние десятилетия пяти основных показателей детского здоровья. Это младенческая (0–1 год) и детская смертность (1–18 лет), заболеваемость острыми и хроническими заболеваниями, наконец, инвалидизация.

В возрасте 1 года хронические заболевания имеют 3,5% детей нашей страны. Однако к 18 годам этот показатель увеличивается до 32%. Цифра достаточно грозная! Тем не менее, будучи усредненным для всех 30 млн детей России в возрасте 1–18 лет, этот показатель уже не так велик – 15%.

Из всех хронических заболеваний детей в Москве стабильно лидируют те, что относятся к дыхательной, костно-мышечной системе, органам зрения и желудочно-кишечному тракту. Такая же картина наблюдается и в других крупных городах России, где основной вредоносный фактор – загрязнение атмосферы. Однако в сельской местности и малых городах на первое место (по причине некачественного питания) выходят болезни желудочно-кишечного тракта.

В целом по России ситуация с хроническими заболеваниями детей достаточно стабильная, каждая группа находится под контролем. Об ухудшении здоровья нации с каждым последующим поколением говорить неверно. И чем более успешно экономическое развитие региона, тем заметнее там положительная динамика. В то же время в экономически неблагополучных регионах ситуация действительно крайне тревожная.

В Москве за последние 10 лет, в которые попали и наихудшие по своей социальной картине «последефолтовские» годы, общая хроническая заболеваемость детей до 18 лет уменьшилась примерно на

5%. Внутри же четверки лидеров каждая из групп хронических патологий сократилась по своей распространенности от 12 до 17%.

Но как мы выглядим по этому показателю на мировом фоне, ответить крайне сложно. Фундамент всей работы по охране здоровья детей в России – это ежегодные профилактические осмотры с последующим более тщательным наблюдением больных детей и их лечением. На профилактику тратится до 70% времени всей работы среднестатистического педиатра РФ. Диспансерной работой охвачено 95% детей России.

Такого нет нигде в мире! Но кроме того, что эта мощнейшая сеть улавливает огромное число случаев детских заболеваний, которые в других странах остаются незамеченными до тех пор, пока во взрослом возрасте они не заставят пациента обратиться к врачу, в России сложились и необычные механизмы оплаты труда педиатра участкового звена, на плечи которого и ложится вся профилактическая работа. В страховой системе нашей медицины она оплачивается лишь тогда, когда выставляются диагнозы. Вот почему в случаях, когда есть небольшое отклонение здоровья и ребенка можно отнести либо к группе риска, либо к группе заболевших, педиатр обычно решает диагноз установить.

Ситуация с острыми заболеваниями сложнее. Она во многом зависит от прививок. Кстати, все 7 детских прививок, которые были в СССР, в РФ сохранены. Затем сначала в Москве, а по её примеру и в РФ, прибавилось еще две, от краснухи и гепатита В. С января же 2009 года в Москве календарь прививок расширен еще на 4 группы заболеваний: гепатит А, ветряная оспа, пневмококковая инфекция, а также вызванная гемофильной палочкой. А еще с начала нынешнего года в Москве и области начаты прививки девочек от папилломовирусной инфекции. И в конце 2008 года Союз педиатров России внес рекомендации в Правительство РФ по подобному же расширению прививок по всем регионам.

В Москве уже для 1 из 1,8 млн. детей проводились еще и бесплатные прививки от гриппа.

Однако в целом по стране картина с острой и хронической заболеваемостью сходная. Налицо медленная, но неуклонная тенденция к улучшению.

Но уже предвижу упрек в этаким лукавстве. Будто автор пытается убедить читателя, что поскольку диспансеризация — вещь очень хорошая и ведётся всё активнее, то неизбежно картина детского здоровья в России будет выглядеть тем хуже, чем лучше эта диспансеризация будет воплощаться в жизнь. Спрашивать же за это с врачей нельзя, а нужно только радоваться...

Ничего подобного я не хотел сказать! Ведь мало того, что уже по обоим показателям заболеваемости наша работа приносит положительный результат, есть еще и два других показателя, бесспорно имеющих объективный характер: младенческая и детская смертность.

Сразу хотел бы опровергнуть модное сегодня высказывание, будто демографический кризис в России возник из-за того, что у нас «рождаемость как в Европе, а смертность как в Нигерии». На самом деле главной причиной низкой продолжительности жизни в беднейших странах мира является как раз высочайшая младенческая и детская смертность. А вот в России два этих показателя сегодня уже не хуже, чем, допустим, среди новых членов ЕС, а по Москве они приближаются к цифрам США и даже «старых европейцев».

Младенческая смертность в СССР, а затем и в РФ непрерывно снижалась всю вторую половину XX века. Вот как с 1960 по 2000 год она выглядела через каждый 10-летний интервал: 36, 23, 22, 17, 15 смертей на каждые 1000 рождений. В июле 2007 года эта цифра впервые опустилась в целом по РФ ниже 10, а по Москве — ниже 5. В Нью-Йорке и ряде других мегаполисов подобный показатель близок к отметке 5.

Подобным же образом выглядит динамика детской смертности и инвалидизации. И опять-таки Московский регион опережает всю страну. Например, в 2006–2008 годы на 1,8 млн. детей в Москве происходило не более 300–400 детских смертей. Этот показатель не хуже, чем в других мегаполисах развитых стран.

Важно подчеркнуть, что социальные условия «эпохи перемен», особенно начиная с конца 1980-х годов, нанесли сильнейший удар по детскому здоровью. Приведу лишь один пример. В нашей стране травматизм (очень часто по причине нетрезвых ассоциальных родителей) вносит вдвое более высокий вклад в младенческую смертность, чем в странах ЕС. А в детскую смертность — вклад выше в три и более раз, поскольку здесь вместе с нерадивостью родителей начинают играть роль и пьянство подростков, высокая частота ДТП, беспризорность и другие факторы неблагоустроенного государства.

Тем не менее педиатрическая служба России выдержала этот удар! Чего, к сожалению, не ска-

жешь о «взрослом» здравоохранении. Например, в рекордном 1965 году советские мужчины жили почти столько же, сколько американцы — 64,3 года. Хуже всего дело обстоит в 1994–1995 годы — 55–57 лет. И только к концу 2006 года удалось едва-едва перевалить 60-летний рубеж. Педиатрическая же служба не знала столь явного провала.

Подобная разница в результативности «взрослого» и детского здравоохранения в значительной степени возникла из-за того, что в первом случае механизм профилактической помощи развалился вместе с распадом СССР и только сейчас с трудом восстанавливается.

Зато в педиатрической службе диспансеризация как основной метод профилактики заболеваний не только выстояла, но и подвергалась постоянному усовершенствованию.

Я хотел бы доказать, что это действительно так, на примере Москвы. Вместе с 1,8 млн. московских детей, здесь лечатся 1,2 млн. молодых жителей области. Поскольку всего в России сейчас около 30 млн. детей (то есть граждан в возрасте до 18 лет), то столица России, где медицинские услуги получают 10% детей страны, вполне заслуживает названия «город детства».

Итак, к бригаде из 8 специалистов, проводящей профосмотры ещё во времена СССР, в РФ добавился гинеколог и андролог-уролог. Последнему предстоит огромная работа, поскольку бесплодными оказываются до 10% молодых москвичей. Первый обязательный контроль за здоровьем будущего гражданина РФ начинается ещё в утробе матери — два родовых её осмотра; затем на первом году жизни российский малыш проходит 32 (!) осмотра; и далее в возрасте 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17 лет. То есть всего за детский период своей жизни каждый россиянин 44 раза проверяется педиатрами. А с 2008 года Москва перешла на ежегодный осмотр всех детей, начиная с 8 лет.

Для лечения детей в СССР была разработана жесткая схема стандартов медицинской помощи. Им обучали на всех педиатрических факультетах. Эти стандарты в РФ постоянно обновляются с учетом развития новых медицинских технологий. Усовершенствуется и система мониторинга детского здоровья, благодаря которой органы здравоохранения каждый год имеют достоверные данные о его динамике.

В 2007–2008 годы в Москве начал вводиться «Паспорт здоровья ребенка».

Это принципиально новый медико-социальный документ, обеспечивающий взаимодействие врачей, педагогов и психологов с семьей ребенка в деле укрепления здоровья детей. Теперь родители, которые по ныне действующей Конституции отвечают за здоровье своего питомца, смогут тщательнее заниматься его лечением и профилактикой недугов.

В 2009 году уже подготовлен первый образец электронного паспорта здоровья. Вводится и компьютерная информационная сеть, куда будут вно-

ситься данные профосмотра. Таким образом, начнёт осуществляться тотальная персонифицированная диспансеризация детей. Она будет незаменимой для принятия решений в социально-экономической сфере.

Паспорт ребенка и информационная сеть окажут помощь и военно-медицинским комиссиям при военкоматах, с которой педиатрическая служба взаимодействует с 1997 года. Военные смогут лучше прогнозировать, сколько призывников окажутся годными к армейской службе. Нечестным юношам теперь будет очень сложно уклониться от службы. Ведь 20%-ная разница между данными педиатрической службы (30%) и военкоматов (50%) о том, сколько подростков больны хроническими заболеваниями, подозрительно близка к тем данным (то есть примерно 20% от общего числа призывников), которые эксперты МВД приводят об «уклонистах» от армии по купленным медицинским документам.

В 2003–2005 годах столица выделила 2 млрд. рублей на реализацию межведомственной программы «Здоровье детей города Москвы». Её разрабатывали 8 департаментов Правительства нашего города и ряд научно-медицинских институтов. В рамках этой программы во всех начальных и средних образовательных учреждениях московского региона начали действовать «Школы здоровья». Это тематические уроки, брошюры, развлекательные программы с включением полезной медицинской информации, консультации специалистов не только для детей, но и родителей, фильмы, конкурсы и многое другое. А в 2006–2008 годах Правительство Москвы и Департамент здравоохранения провели техническое перевооружение родильных домов, детских больниц и поликлиник.

Три острейшие проблемы мешают сегодня развитию педиатрической службы в России. Кадровая проблема основная. В Москве служба укомплектована только на 70%. В регионах ситуация еще сложнее. Мы не можем из-за этого выполнить, например, еще советскую норму, согласно которой в каждой школе на 1000 детей должен работать педиатр. С заполнением ставок школьных психологов-наркологов дело продвигается тоже крайне медленно. Основной контингент детских врачей приближается к пенсионному возрасту. Наилучший выход пока наша, видимо, Москва. На средства городского бюджета здесь открыт педиатрический факультет при РГМУ им. Н.В. Пирогова. Абитуриенты подписывают договор, согласно которому они учатся бесплатно, затем распределяются только в московский регион, причем все молодые врачи идут работать в поликлиники.

Вторая проблема – современные медицинские технологии. Подлинная революция происходит сегодня с их использованием в гематологии и онкологии, где все новые болезни становятся излечимыми, а в случаях все еще неизлечимых нозологий жизнь пациентов в западных странах удается продлить в среднем до 5–7 лет. В России же, увы, этот пока-

затель в два с лишним раза меньше. И все-таки, например, в московской Морозовской больнице в 1991 году выживали лишь 7% детей с гематоонкологическими заболеваниями, а в минувшем году – 70%. Если же говорить не об опухолевых болезнях, то достаточно сказать, что ежегодно более чем 500 детей с врожденными пороками сердца проводятся в Москве бесплатные операции стоимостью каждая от 20 тыс. евро. Тем не менее прогресс в развитии новых лечебных технологий в западном мире идет столь стремительно, что и эти российские примеры уже выглядят как рутинные показатели.

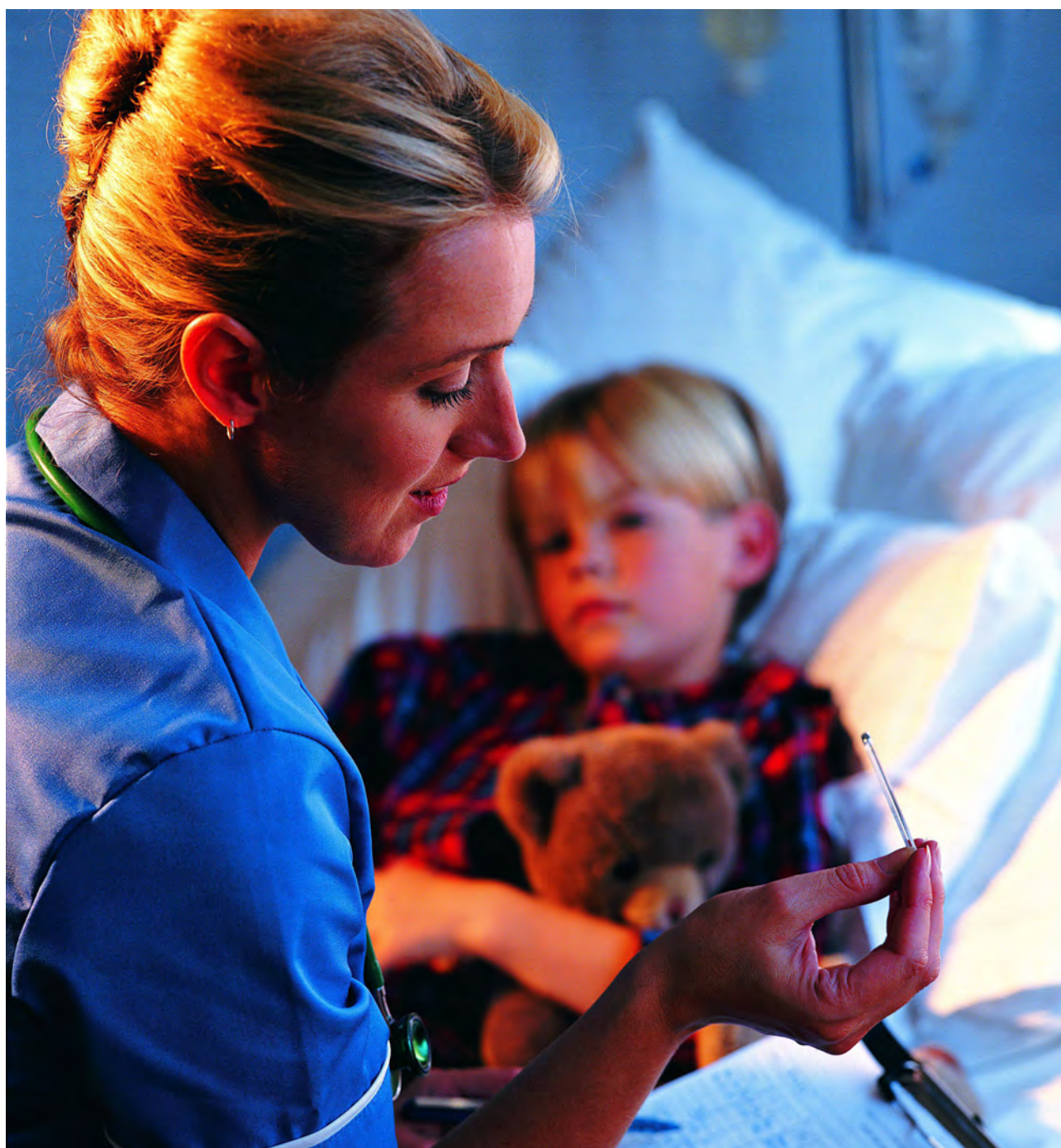
В Москве в 2008 году только началось строительство первого в России специализированного центра высокотехнологичной медицинской помощи детям – Федерального научно-клинического центра детской онкологии, иммунологии, гематологии. Когда же подобныхстроек дождутся пациенты детских неврологов, кардиологов, пульмонологов – пока неизвестно...

Третья проблема – законодательная. Союз педиатров России уже передал в Государственную Думу проекты нескольких законов. Во-первых, тот, где будут по-новому сформулированы правила страхования ответственности врача. Согласно этому закону врач должен будет получать индивидуальную лицензию, тогда как до сих пор существовала только коллективная лицензия, охватывающая всех сотрудников ЛПУ. Будет предусмотрена также индивидуальная, соответствующим образом застрахованная ответственность врача за его профессиональную деятельность. Предполагается также, что врач в первичном звене должен будет заключать договора об обслуживании с семьями. И только если он сможет собрать пакет таких договоров определенного объема, то есть окажется востребованным его пациентами как знающий, чуткий доктор, он сможет заключить договор с работодателем – страховой компанией.

Если такие законы будут приняты, то возрастёт ответственность детского врача за его работу. Включится и начнёт влиять на зарплату педиатра такой критерий, как оценка качества его труда со стороны родителей его пациентов. Если заработает и механизм страхования ответственности врача, то станет возможно разрешать в суде споры между врачом и пациентом, как это принято в развитых странах.

Крайне необходимым я считаю также скорейшее принятие закона об охране здоровья ребенка. В нашем законодательстве по этому вопросу до сих пор существует множество пробелов. Не определены пути лекарственного обеспечения детей, их гарантии на высокотехнологичные виды помощи. Не прописаны права ребенка как личности, поэтому насилие над ребенком часто остается безнаказанным.

Из-за изъянов в законодательстве вся педиатрическая служба сейчас находится в неустойчивом состоянии. У подобных ЛПУ часто меняются федеральные и муниципальные хозяева, источники



финансирования, нормативно-правовые документы и др.

Напоследок хотел бы подчеркнуть, что кроме профилактической работы, которая была сохранена, есть еще одна важная причина того, что российская педиатрическая служба выстояла в тяжелейшие годы реформ и сегодня продолжает развиваться. Я говорю о нравственной закалке старой гвардии детских врачей России.

Однако сегодня прочность этой «старой гвардии» на исходе по причине приближения ветеранов к пенсионному возрасту. Чем больше появляется на западе новых медицинских технологий и чем разительнее там ускоряется путь от открытия в медицинской

науке до его превращения в инновацию и тиражирования в общедоступном здравоохранении, тем заметнее становится некоторая бюрократическая неповоротливость нашего здравоохранения.

В то же время в российской системе охраны детского здоровья сложились проверенные эффективные механизмы. Уверен и в том, что среди молодых врачей сегодня найдётся немало тех, кто желает посвятить себя педиатрии.

Слово остается за государством: окажет ли оно достойную финансовую, правовую и кадровую поддержку отечественной «детской» медицине? Это самые надёжные и добрые инвестиции в будущее нашей страны.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ КАК ОБЩЕСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА РЕГИОНОВ РОССИИ



Основными направлениями борьбы с опухолевыми заболеваниями в современном мире являются ранняя диагностика рака за счет проведения организационных мероприятий и повышение эффективности лечения.

О том, как эти проблемы решаются в Челябинской области рассказывает Заслуженный врач РФ, главный врач областного онкологического диспансера, заведующий кафедрой онкологии и радиологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования (УГМАДО), член-корреспондент РАМН, профессор
Андрей Владимирович Важенин.

В подготовке статьи также приняли участие:

Шепелев Виктор Алексеевич – министр здравоохранения Челябинской области;

Москвичева Марина Геннадьевна – первый заместитель министра здравоохранения Челябинской области;

Доможирова Алла Сергеевна – заместитель главного врача ГАПУ Челябинский областной клинический онкологический диспансер, к.м.н.

В любой стране онкологические заболевания относятся к группе «социально-значимых», поскольку они затрагивают значительный пласт трудоспособного населения, а также в силу высокой смертности и инвалидизации пациентов.

На первом году жизни с момента установления онкологического диагноза в РФ умирает около 30% пациентов. Из года в год на первых позициях по частоте выявления находятся рак легких, кожи, желудка, молочной железы. Подобная тенденция отмечается в РФ повсеместно. Эти локализации (кроме рака кожи) одновременно составляют более 60% в структуре смертности населения от злокачественных новообразований, являясь к тому же опухолевыми заболеваниями, для выявления которых на начальных стадиях достаточно простого осмотра. Как правило, не требуется привлечения врача-специалиста, чтобы заподозрить опухоль в молочной железе, на коже, а по данным флюорографического снимка – в легком.

В то же время на профилактических осмотрах за последние десять лет злокачественные новообразования выявляются не более чем в 11%! Это указывает на недопустимо низкую онкологическую настороженность пациентов и врачей. Длительные хождения по специалистам и отсутствие стандартизованных подходов на догоспитальном этапе увеличивают запущенность онкологических заболеваний.



Здание Челябинского областного онкологического диспансера

Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями в Челябинской области (подобная картина наблюдается и в целом по Уральскому федеральному округу) ежегодно превышает общероссийский показатель на 20–25%. За последние полвека заболеваемость в регионе выросла более чем в 8,5 раза. Ежегодный прирост этого показателя обгоняет среднероссийский темп примерно в 2 раза. В 2007 году регион занимал первое место по заболеваемости в УрФО и седьмое – в РФ. Ежегодно в Челябинской области злокачественными новообразованиями заболевают более 13,5 тысяч человек и умирают более 8 тысяч. Весомый вклад в потери трудоспособного населения вносит инвалидизация от онкологических заболеваний, что составляет около 16% и превышает российский показатель в 1,5 раза. Почти 50% пациентов приходят на первый приём к онкологу с распространёнными стадиями заболевания, и половина из них уже имеют отдалённые метастазы и 50% этих пациентов имеют рак визуальных локализаций.

Хотя среднеобластной уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями находится на седьмом месте в РФ, в Челябинской области имеют свои территории с гораздо более высокими показателями, которые приближаются по значению к первым местам в России. Это города с развитой горнодобывающей и химической промышленностью: Южно-Уральск, Коркино, Копейск и др. Здесь часто-

та онкологической патологии составляет около 500 случаев на 100 тысяч населения (2007 г.).

Наиболее важные меры, которые должны быть приняты в ответ на подобную ситуацию, — это внедрение комплекса профилактических технологий — социальная реклама, направленная на обращение к официальной медицине и раннюю диагностику новообразований; эффективная организация онкологической службы, повышение уровня онкологической настороженности врачей общей практики, использование высоких технологий и стандартизация лечения. Каждая из этих мер представляется нам незаменимой и одинаково значимой. Поэтому ранжировать их по степени важности и первоочередности, по-видимому, нецелесообразно.

Все это мы начали осуществлять в Челябинской области с 2005 года. Сегодня мы уже можем с уверенностью говорить об эффективности подобной системы мероприятий. Мы считаем, что успехи были достигнуты прежде всего благодаря применению комплекса мер. В то же время весь предыдущий опыт показывает, что локальные меры (повышение образования врачей общей сети, социальная реклама или даже качественный онкоскрининг) не могут существенно изменить ситуацию. Только три уровня одновременного воздействия: на население, врача общей практики, квалифицированного онколога — могут дать положительный результат. Если же упустить хотя бы одно звено — разрушится вся цепочка!

В течение 2005–2008 годов онкологической службой Челябинской области для средств массовой информации были подготовлены и запущены блоки так называемой «социальной рекламы». Особое внимание людей мы обращали на то, что нужно постоянно следить за возможным появлением первых, визуальных признаков рака, а также за развитием иных ранних симптомов онкологического заболевания. Учитывая высокую активность в нашей области лиц, занимающихся лженаукой, мы стремились разоблачить в принципе «целительство» в области онкологии, убедить наших земляков обращаться только к официальной медицине, доказать им, что в большинстве подобных случаев единственный их шанс сохранить жизнь зависит от ранней диагностики опухолевого заболевания.

За три последних года в области были открыты 121 онкологических смотровых кабинетов, в которых было обследовано более 800 тысяч населения. Дало ли это какой-то результат? На наш взгляд, мера оказалась эффективной.

В 2007 году всего в области было выявлено 13,8 тысяч вновь заболевших раком, из них 48% с начальными стадиями и около 50% — с распространёнными стадиями заболевания — III и IV. В то же время за все предыдущие годы, то есть до открытия сети смотровых кабинетов, доля больных с начальными стадиями никогда не поднималась выше 40%, часто та же выявления рака запущенных стадий никогда не опускалась ниже 30%. В итоге было обнаружено дополнительно более 1500 случаев именно «ранне-

го» рака, что значительно повысило эффективность лечения таких больных.

В районах Челябинской области с наиболее высоким уровнем заболеваемости была приведена в действие программа онкоскрининга, реализованная под эгидой национального проекта «Здоровье». Она стартовала в 2005 году. За 2005–2008 годы было проанкетировано около 600 тысяч человек. Удалось выявить около 27 тысяч случаев, подозрительных на злокачественные новообразования. Этим пациентам рекомендовалось незамедлительное более детальное обследование. Программа оказалась экономически выгодной. Выявление каждого подозрительного случая обходится государству в среднем около 300 рублей, тогда как лечение пациентов с запущенными злокачественными процессами – около 45–50 тысяч рублей. В 2006 году проведение скрининга на 10–15% увеличило число ранних выявлений рака в сельской местности Челябинской области по сравнению с предыдущими годами. В 2008 году анкетирование по программе онкоскрининга проводилось в городах – Челябинске и Магнитогорске.

Согласно инициативе сотрудников Челябинского областного клинического онкологического диспансера (ЧОКОД), поддержанной региональным Министерством здравоохранения, начали осуществляться выплаты за раннюю диагностику рака. Основанием для этого стал приказ МЗ и ФОМС ЧО «Финансовое стимулирование врачей первичного звена за выявление ранних форм рака» (№162/734 – 2006 года), который из года в год редактируется и улучшается в соответствии с пожеланиями медицинских работников. В текущем 2008 году уже было выплачено более 1700 тысяч рублей за выявление раннего рака, из расчёта 1500 рублей в качестве единовременного премиального вознаграждения.

Следующей точкой приложения профилактической онкологии в плане ранней диагностики опухолевых заболеваний является повышение уровня знаний врачей первичного звена. Начальным этапом стало анкетирование медицинских работников с целью определения их ориентации в сложившейся онкологической ситуации. Разработанная схема была впервые отработана в Аргаяшском районе Челябинской области в 2005 году. Оказалось, что информация о ситуации с заболеваемостью онкологическими болезнями является недоступной для 78,6% опрошенных врачей и 81,4% средних медработников. 46,7 % врачей и 44,4 % средних медработников согласились с необходимостью усовершенствования их знаний в области ранней диагностики злокачественных новообразований.

Кафедрой онкологии УГМАДО был разработан курс лекций для врачей неонкологических специальностей, включающий в себя разъяснения базовых понятий онкологии и организационно-методических моментов по ранней диагностике злокачественных новообразований основных локализаций. Однодневные семинары проводились с августа 2005 года по май 2007 года в 35 территориях Челябинской обла-

сти. Подобные семинары посетили 1401 слушатель, среди них – 1265 врачей различных специальностей.

Современная онкология немыслима без высокотехнологичных методик лечения и диагностики. Наряду с успешным внедрением профилактических технологий, онкологическая служба региона сегодня располагает уникальными отделениями и центрами, созданными на базе ЧОКОД, что также является залогом успешного лечения пациентов с раком. У больных есть возможность лечиться не только во всех профильных отделениях, но и в уникальных, среди



прочих, российских ЛПУ (например, в отделении офтальмоонкологии ЧОКОД).

В партнерстве с военно-промышленным комплексом был создан Уральский центр нейтронной терапии для лечения радиорезистентных и рецидивных опухолей. С 1999 года здесь прошли лечение более 800 онкологических пациентов. В 2004 году в диспансере закончены успешные испытания первого

отечественного компьютерного томографа РКТ-01, созданного совместно с Федеральным ядерным центром (город Снежинск). В марте 2007 года началось создание Центра позитронно-эмиссионной томографии для ультратонкой ранней диагностики опухолей (запуск в эксплуатацию планируется в ноябре 2008 года). Таким образом, Челябинская область входит в пятерку «ядерных» городов, имеющих на вооружении медицины высокие военные технологии: четвертый в РФ нейтронный центр, четвертый позитронно-эмиссионный томограф и единственный пока отечественный компьютерный томограф.



Сегодня в диспансере работают центры онкоангио- и пластической хирургии, фотодинамической терапии и паллиативной медицины, термолучевой терапии злокачественных образований, где с успехом выполняются восстановительные операции после обширных вмешательств. Используется также новейшая разработка радиологии – системная лучевая терапия при множественных метастазах в

кости. В 2006 году Челябинский областной онкологический диспансер приобрел статус клинической базы Российского научного центра рентгенорадиологии.

Работая в условиях высокой информатизации, чрезвычайно важно выбирать и использовать отработанные, доступные, стандартизованные подходы к ведению онкологических пациентов. Челябинские онкологи сегодня пользуются уже третьим переработанным изданием «Стандартов лечения злокачественных новообразований» (2000, 2002, 2005 гг.). Все они были созданы сотрудниками ЧООД. Подобные стандарты призваны обеспечить необходимый оптимум качественной помощи онкологическому пациенту, упростить выбор адекватного метода лечения в зависимости от клинической ситуации и создать ситуацию экономической выгоды.

Попытаемся оценить результаты, полученные благодаря тому комплексу противоонкологических мер, который осуществлялся в Челябинской области в 2005–2007 годах.

По итогам социальной рекламы, проводимой через телерадиовещательные каналы и на страницах газет, количество активных обращений пациентов за консультацией онколога на конец 2008 года возросло до 6300 в год (в 2000 году всего было 2625). В 2006 году по сравнению с предыдущими годами снизилась доля выявления при первичном обращении III стадии (до 22,5%) и увеличилась доля I–II стадий (до 48,6%). В 2007 году, впервые за все годы статистического учета онкологических больных в Челябинской области, летальность на первом году после выявления рака впервые была отмечена на уровне 31,4%!

Скрининговое анкетирование позволило в короткие сроки получить весомую информацию о состоянии здоровья значительного контингента лиц. Проведение программы онкоскрининга медперсоналом первичного звена анкетным методом оказалось более эффективным и малобюджетным мероприятием, нежели организация выездных консультаций (профосмотров) бригадами онкологов ЧООД, что практиковалось ранее. Поэтому планируется тиражирование программы онкоскрининга и в других районах Челябинской области.

В настоящее время на учете в ЧООД состоит 72 тысячи человек с злокачественными новообразованиями. Половина (50,9%) пациентов из этого числа живут пять и более лет после специального лечения.

Итак, усилия по улучшению онкологической ситуации в области были не напрасными. Несмотря на лидирующие позиции по заболеваемости злокачественными новообразованиями (7-е место), Челябинская область сегодня находится на 21-м месте по смертности от онкологических заболеваний, тогда как в 1990 году регион занимал 14-е место по заболеваемости и 7-е по смертности. Эти факты указывают на правильность выбранного пути, по которому идет развитие онкологической службы Челябинской области.

Магнитогорск

Генеральный директор Ассоциации
Заслуженных врачей РФ
Л.В. Архипенко

Любой юбилей всегда событие в жизни человека, часто коллектива, иногда города, редко страны. Мне посчастливилось побывать на юбилее, к которому применимо все вышесказанное.

В середине октября в Магнитогорске прошло празднование двадцатилетия Магнитогорского городского благотворительного общественного фонда «Металлург».

Приглашение посетить МГБФ «Металлург» поступило к нам около полугода назад.

Поездка была запланирована таким образом, чтобы наряду с торжественными мероприятиями была возможность увидеть все объекты фонда, познакомиться с организацией работы в каждом его отделении, убедиться, как на практике на протяжении стольких лет деятельность Фонда служит добру и милосердию.

Сама дата говорит о многом, а если еще добавить, что поражает все: от организации дела до грандиозного масштаба деятельности, — то уникальность фонда становится очевидной. Известно, что успех любого масштабного дела зависит от идеи, заложенной при его создании, поддержки людей, разделяющих эти идеи, и способности руководителей и коллектива эти идеи реализовать на практике. Вся история деятельности Фонда «Металлург» заслуживает самого пристального внимания и изучения. Удивление и гордость за незнакомых прежде мне людей, которые посвятили свою жизнь трудному, но благородному делу благотворительности, сопровождали меня во время пребывания в Магнитогорске. Постараюсь, по возможности, передать свои наблюдения и знания о деятельности Фонда более полно.

В истории последних двух десятилетий нашей страны бескомпромиссное служение милосердию само по себе вызывает искреннее уважение. Как часто водится, гораздо легче и выгоднее прикрываться вывеской благотворительности, чем реально делать какие-то шаги в этом направлении. Фонд, как нетрудно подсчитать, был организован в самый разгар «перестройки». Основные трудности тогда были еще впереди. В первые годы становления закладывалась основа деятельности, намечалась стратегия развития, подбирались кадры. Первую проверку на прочность фонд прошёл в лихие девяностые, когда взял на себя заботу об особенно обездоленной части населения, о тех, кто уже не мог обеспечить свое существование — пожилых людях. Удалось проявить заботу в отношении каждого нуждающегося. Вопросы решались быстро и по необходимости безотлагательно. Материальная помощь, лечение, по возможности трудоустройство, значительные скидки на медикаменты и продукты питания. Масштаб помощи был так велик, что в городе за фондом закрепилась добрая слава, многие вопросы в городе на любом уровне решались с обязательным участием Фонда. Практически все политические решения, проводимые с участием Фонда, обеспечивали позитивный итог.

Наблюдалось тесное позитивное взаимодействие, города, Комбината, Фонда. И теперь, когда разруха девяностых позади, фонд «Металлург» сохранил и многократно приумножил масштаб своей деятельности. Сохранилась серьезная поддержка Комбината, выстроена собственная инфраструктура, сохранены проверенные временем кадры, что позволяет уверенно смотреть в будущее. Медицинский центр, магазины продуктов и промышленных товаров, дом быта, аптеки, дом социального найма, кафе — все эти объекты Фонда отличаются особой домашней обстановкой, где уважение, доброта и забота о ветеранах исходят от каждого работника.

Практически все продукты, медикаменты и товары ветераны приобретают по закупочным ценам, скидки на них составляют 20–25%. Тот же подход отличает работу дома социального найма, где все продумано до мелочей. Медицинское обслуживание, прачечная, клуб по интересам и даже молельная комната с предоставлением жителям дома всех церковных обрядов и служб.

Особое внимание было уделено работе медицинского центра. Своих посетителей он обслуживает в режиме дневного стационара. Наряду с высоким уровнем врачебного обслуживания, начиная от полной диспансеризации до лечения на современном

медицинском оборудовании, ежедневно проходят лекции о здоровом образе жизни, о вкусной и здоровой пище, действует массажный кабинет, комната для отдыха. Все обслуживание, как и оказание лекарственной помощи, предоставляется бесплатно. В случаях, когда необходимо лечение в стационарном режиме, пациенты направляются в больницы медико-санитарной части ОАО «ММК», где уровень медицинского обслуживания с полным основанием можно охарактеризовать как уровень самых высоких стандартов. Создавала и бессменно руководит огромным хозяйством Заслуженный врач России, доктор медицинских наук, профессор М.В. Шеметова. В год на функционирование социальных программ Комбината выделяется более миллиарда рублей. Конечно, это масштаб. Но где еще у нас в стране коммерческая структура выделяет на социальные нужды такие средства? Оказывается, такой ответственный подход в решение социальных вопросов градообразующего Комбината давно и не раз, по словам его руководства, окупился. Вся деятельность всех вышеперечисленных объектов характеризуют прежде всего высокие нравственность и профессионализм руководства Фонда. Организация дела в некоторых аспектах является инновационной в социальной сфере страны.

Необходимо особо подчеркнуть, что на протяжении всех двадцати лет самую активную поддержку в реализации программ Фонда оказывает ОАО «ММК», председатель Совета директоров В.Ф. Рашников, который возглавляет Попечительский совет фонда «Металлург». Он совместно с Председателем правления Фонда В.И. Шамаковым и директором Фонда В.А. Владимирцевым составляют костяк руководства, который определяют всю политику деятельности Фонда. Нравственные устремления руководства Фонда поддержаны грамотной организацией труда, высоким профессиональным уровнем сотрудников Фонда. Их конструктивная работа отражается в реальных делах, которые не прикрыты пустыми словами, а видны на практике. Сегодня пожертвования на выполнение медицинских и социальных программ Фонда, помимо ОАО «ММК», поступают от большинства крупных и средних промышленных предприятий и организаций города.

Необходимо отметить, у Фонда существует ряд собственных программ, среди которых комплексная программа «Забота», заключающаяся в социальной поддержке пенсионеров и других малообеспеченных категорий граждан. Программа охватывает более 34 тысячи человек и включает 26 направлений оказания материальной помощи, основные из них: ежемесячная материальная помощь пенсионерам ОАО ММК, его дочерним предприятиям и учреждениям, ежеквартальная материальная помощь пенсионерам бюджетных организаций (здравоохранение, народное образование, культура и спорт), материальная помощь в виде бесплатных путевок в санатории, дома отдыха, в медицинский центр Фонда, материальная помощь для проведения дорогостоящих опе-

раций и лечения (установка кардиостимуляторов, эндопротезирование, направление в клиники микрохирургии глаза), адресная материальная помощь малообеспеченным категориям граждан, попавшим в трудную жизненную ситуацию, социальная поддержка инвалидов труда и профессиональных заболеваний, выделение средств реабилитации инвалидам.

Реализуется благотворительная программа «Дети Южного Урала», охватывающая около 12 тыс. детей. Действие программы направлено на поддержку детских учреждений социальной сферы, образования, здравоохранения, культуры и спорта, организацию досуга, праздничных и культурно-массовых мероприятий в микрорайонах города, оказание материальной помощи семьям с детьми, оказавшимися в сложной жизненной ситуации. В 2005–2007 годах на реализацию программы израсходовано 310,7 миллиона рублей.

Программа «Охрана материнства и детства», целями и задачами которой являются: стимулирование рождаемости, социальная и материальная поддержка материнства и детства, формирование здорового общества, укрепление семьи и пропаганда здорового образа жизни, оказание консультативной помощи по вопросам планирования семьи и репродуктивного здоровья. В год программа охватывает более 4000 человек. За 2005–2007 годы на реализацию программы израсходовано 67,5 миллиона рублей.

Программа «Одаренные дети Магнитки» охватывает около 3000 человек. В рамках программы осуществлялась материальная поддержка городских турниров, конкурсов и олимпиад, оказывалась материальная и благотворительная помощь одаренным детям и детским коллективам для поездки на различные конкурсы и фестивали. Для организации кружков художественной самодеятельности оказывалась благотворительная помощь учреждениям культуры города. В 2005–2007 годах на реализацию программы израсходовано 15,7 миллиона рублей. С января 2008 года в МГБОФ «Металлург» вступила в силу Программа «Поддержка многодетных семей». Участвовать в Программе имеют право многодетные семьи, в которых совокупный доход на одного члена этой семьи не превышает стоимости потребительской корзины.

Фонд, Комбинат и город. Как мы уже заметили, эти слова применительно к Магнитогорску являются практически синонимами. Какой он, город Магнитогорск? Прежде всего хочется отметить, что чистота его улиц может являться примером многим туристическим центрам нашей страны, и конечно приветливые люди. Ноу-хау современного Магнитогорска — это эксклюзивный, социально ориентированный подход к его жителям.

Поздравляем всех жителей Магнитогорска, всех работников Магнитогорского городского благотворительного общественного фонда «Металлург» с прекрасным праздником — двадцатилетним юбилеем!

ИСТОРИЯ ОДНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

В ночь с 31 июля на 1 августа 2006 года во 2-й Городской больнице Санкт-Петербурга успешно провели первую в России операцию по пересадке легкого человеку.

Между тем в мире подобных вмешательств уже сделано более 25 000 и каждый год осуществляется около 1500 новых.

На что же надеяться тысячам российских пациентов, жизнь которых могла бы спасти такая операция?

Операция посвящалась памяти незаслуженно забытого советского хирурга Владимира Петровича Демихова (1916–1998).

Выдающийся экспериментатор, основоположник мировой трансплантологии, Демихов первым выполнил следующие операции на животных. 1937 год — пересадка искусственного, а в 1946-м — уже живого сердца в грудную полость. 1946 год — трансплантация сердечно-легочного комплекса. 1947-й — пересадка изолированного легкого, причём собака прожила больше месяца. 1948 год — трансплантация печени. 1951 год — еще одна пересадка сердца, на этот раз без искусственного кровообращения. Наконец, ставшая легендой хирургии, операция по пересадке второй головы собаке в 1954 году.

В 1960 году вышла книга Демихова «Пересадка жизненно важных органов в эксперименте» — первая в мире монография по трансплантологии. Книга была переиздана в Нью-Йорке, Берлине, Мадриде и долгое время была единственным руководством в этой области. Кристиан Барнард, первый хирург, пересадивший сердце от человека человеку, дважды приезжал в лабораторию Демихова в 1960–1963 годах и считал его своим учителем.

Владимир Петрович умер в бедности, малоизвестным в широких кругах врачом...

Но еще в последний год его жизни группа российских врачей решила необычным образом почтить его беспримерный вклад в мировую медицину. Начала создаваться программа, итогом которой стала как раз та операция с участием человека, которую в опытах на животных готовил Демихов — пересадка легкого. Программу разрабатывали на базе медицинского факультета СПбГУ. Её вдохновителем и руководителем был главный терапевт Минздравсоцразви-



Академик РАМН, Заслуженный врач России, Александр Григорьевич Чучалин

тия, директор НИИ пульмонологии РАМН, академик РАМН, Заслуженный врач России, Александр Григорьевич Чучалин.

Финансирование мероприятия было целиком осуществлено на спонсорские средства. Увы, и в 2008 году федеральной программы по трансплантациям легких в России так и не появилось, в отличие в нескольких странах Евросоюза, США («лист ожидания» для пациентов, которым показана трансплантация, там выполняется на 30%, пока это лучшее мировое достижение!) и Канады, где это направление, признаваемое важнейшим в современной медицине, развивается главным образом за счет госбюджетов.

Но в чем его важность и значимость?

Смертность от болезней дыхательной системы в мире непрерывно растёт из-за того, что особенно в крупных городах все более загрязненной становится атмосфера, из-за распространения курения, наконец, из-за развития антибиотикорезистентности микроорганизмов. Рак легких в России и других странах устойчиво держит первое место как причина смертности среди онкологических заболеваний. Смертность от пневмонии за последние пять лет в России выросла в 3,2 раза, также растёт заболеваемость астмой и туберкулезом.

Однако особую озабоченность врачей вызывают те несколько заболеваний легких, которые также встречаются все чаще, но где, в отличие от вышеперечисленных недугов, не существует другой возможность спасти жизнь пациента или даже продлить её

сколько-то существенно, кроме пересадки легких.

Наиболее частая причина для подобных вмешательств — это эмфизема.

На её долю приходится почти 60% всех операций в мире по трансплантации одного легкого, более 30% — обоих легких, и 9% — комплекса сердца — легкое. Эмфизема (от лат. *emphysao* — «вдуть», «раздуть») сопровождается перерастяжением этого органа и затруднённым выдохом. Все это обусловлено потерей эластичности легочной ткани и нарушением её архитектоники. Разрушающиеся альвеолы замещают соединительнотканые мешочки, а в случае особо тяжёлой формы — буллезной эмфиземы — все легкое превращается в скопление таких фиброзных «пузырей».

Наиболее агрессивными факторами риска, провоцирующими развитие эмфиземы, кроме длительного курения, являются профессиональные вредности, инфекционные заболевания дыхательных путей и длительный приём определённых лекарств (стероидные гормональные препараты и др.).

Мучительная одышка, не отпускающее ни на миг чувство удушья превращают жизнь такого больного в сущий кошмар. Наталья Борисовна Смирнова, 52-летний врач одной из московских поликлиник, которой по причине буллезной эмфиземы, и была сделана первая в РФ трансплантация легких, последние месяцы перед операцией могла передвигаться по квартире только в дыхательной маске, подсоединённой к кислородному баллону.

Эмфизема относится к группе заболеваний, называемых ХОБЛ (хронические обструктивные болезни легких). Только в РФ от ХОБЛ страдает 15% населения, то есть около 10 млн. человек. Общим признаком этих заболеваний является сужение просвета мелких бронхов (бронхообструкция), хроническое течение с периодами обострения и ремиссии и необратимое наступление терминальной стадии — дыхательной недостаточности.

Кроме эмфиземы, ХОБЛ включает хронический бронхит, астму, еще несколько менее известных болезней и, наконец, муковисцидоз. Это самое распространённое на земле наследственное заболевание и является второй по частоте причиной для пересадки легких. Вероятно, именно эта болезнь и станет поводом для второй по счету трансплантации этого органа в России.

Носителем гена муковисцидоза (т.е. ранее нормального гена, повреждённого мутацией) является каждый 25-й европеец.

При этом заболевании нарушается деятельность всех желез, выделяющих продукт своей деятельности не внутрь организма, а наружу (потовые, слёзные, слюнные, слизистый бронхов и пищеварительного тракта). Тем не менее 96% больных муковисцидозом погибают именно от легочной патологии и в возрасте, в среднем, 26 лет. Из-за резкого увеличения вязкости мокроты развивается хронический гнойный бронхит, который и вызывает раннюю смерть. В отличие от эмфиземы, где чаще пересаживают

лишь одно легкое, при муковисцидозе обычно требуется пересадка их обоих; или еще одна весьма необычная и трогательная операция. Больному ребенку отец и мать отдают по одной доле своего легкого.

Помимо эмфиземы и муковисцидоза, вместе составляющих около 70% показаний для трансплантации легких, она остается единственным способом спасти жизнь больных ещё с несколькими более редкими патологиями, среди которых и легочная гипертензия. Эта болезнь и является наиболее частым показанием для самой сложной из трансплантаций, освоенных в XXI веке, — пересадке всего сердечно-легочного комплекса.

К началу 1980-х годов было проведено около 40 неудачных пересадок легкого. Большинство пациентов умирало от отторжения пересаженного органа или инфекционных осложнений. Эру успешных легочных трансплантаций открыло лишь появление нового иммуносупрессивного препарата циклоспорина А.

Первую в мире успешную одностороннюю пересадку легкого в 1983 году произвела группа хирургов из Торонто под руководством Джозела Купера, а двустороннюю — они же и через три года. На сегодня смертность на операционном столе при такой операции уже не превышает 20%. Годичная выживаемость составляет 71%, а выживаемость пять и более лет — 45%. Таким образом, успешность этой операции уже сопоставима с той, которой характеризуется отдалённая статистика кардиотрансплантаций.

В мире есть несколько виртуозов, у которых не было ни одного случая смерти пациента на операционном столе, например профессор Страсбургского университета Жильбер Масар. На его счету уже более 400 пересадок легких! Именно его пригласил в Санкт-Петербург академик Чучалин, для того чтобы он вместе с Петром Яблонским, главным хирургом Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, оперировал Н.Б. Смирнову. Еще одним видным российским хирургом, участвующим в операции, был академик РАМН, профессор Юрий Левашов, директор Института пульмонологии Санкт-Петербурга.

У французского хирурга Жильбера Масара необычная связь с Россией. Во время Второй мировой войны его дед попал в немецкий плен и был освобожден советскими солдатами. Он считал, что его внук должен как-то отблагодарить за это русских, и в частности завещал, чтобы тот выучил наш язык. Масар несколько раз приезжал в Россию и действительно по-русски читал лекции по торакальной хирургии нашим врачам. С академиком Чучалиным Масар был знаком еще задолго до операции.

Всего же для проведения этой операции Александр Григорьевич лично отобрал в Москве и Петербурге 45 специалистов. Каждого из них он проверял сам. Кандидатуры некоторых отклонил, считая психологическую совместимость и умение трудиться в одной команде не менее важным, чем профессиональные качества. Кроме хирургов, в бригаду входили лечащий врач, невролог, бронхолог, морфолог, анестезиолог, специалисты по лабораторной диагностике и ряду

других медицинских дисциплин, а также юрист, который провёл сложнейшие согласования с Минздравсоцразвития, Минюстом, МЧС, РАМН и несколькими другими организациями. Многие из участников бригады специально для операции стажировались в европейских трансплантационных центрах.

По мнению Чучалина, главным условием успеха той пересадки была именно слаженная работа всего его «оркестра». Сам же Александр Григорьевич, перед тем как стать «дирижёром», выполнил еще и работу «композитора», то есть руководил написанием около двадцати различных протоколов операции.

По мнению Чучалина, главным условием успеха той пересадки была именно слаженная работа всего его «оркестра»

В них были детально описаны все этапы. Реанимационное пособие донору, то есть подготовка его тела к изъятию легких после констатации смерти мозга. Затем ход операции, далее — особенности ведения больной на первый день после пересадки, через неделю, месяц и так далее.

И как подобает настоящему дирижёру, Чучалин нес главную ответственность за исход операции. На одной из пресс-конференций он признался, что добился разрешения на пересадку легкого на свой страх и риск. В Минздравсоцразвития её считали преждевременной и предупредили, что, по образному выражению самого же Александра Григорьевича, он «расстанется со всеми погонами», если операция завершится так же, как в 1993–1995 годах в петербургском НИИ пульмонологии. После трансплантаций легких тогда погибли, прожив месяц с небольшим, несколько пациентов. С тех пор новых попыток в России не предпринималось...

Окончательное решение о том, где оперировать, приняли в конце июля 2006 года. Тогда же из 80 кандидатов была выбрана Смирнова. За три месяца до этого в добавление к буллезной эмфиземе у неё случился пневмоторакс, иначе говоря, разрыв легочной ткани с выходом воздуха в плевральную полость. Началась терминальная стадия легочной недостаточности.

Пока Смирнову готовили к операции, с большим трудом искали донора. По ряду причин им мог стать лишь пациент, скончавшийся в больничных условиях от инсульта, к тому же имеющий легкие определённого размера, не заражённые инфекцией.

Вечером 31 июля в одной из больниц у 49-летнего мужчины произошёл тяжелейший инсульт. Смерть мозга была подтверждена в соответствии с российскими и мировыми юридическими нормами на основании так называемого «теста на стоп-контраст». Ангиографическое исследование мозга доказало прекращение циркуляции крови по его сосудам.

После официальной регистрации факта гибели донора у команды академика Чучалина было всего 330 минут, чтобы успеть изъять легкие и пересадить их Наталье Борисовне. Они были заполнены консервирующим раствором, специальными приёмами обескровлены и после этого извлечены из тела мужчины.

К этому времени для Смирновой уже был выполнен весь подготовительный этап хирургического вмешательства, то есть под общим наркозом раскрыта грудная клетка. Все было готово для пересадки.

Аппарат искусственного кровообращения не использовался, как и другие сложные приборы. Единственное, из Франции доставили лабораторный аппарат, собирающий конденсат выдыхаемого воздуха и проводящий экспресс-анализы для оценки дыхательных функций. Сначала удалили правое легкое и на его место пришили легкое донора, затем левое. Операция длилась три часа.

Уже за это время пациентка дважды находилась в критическом состоянии. Однако еще более опасные осложнения наступили на второй и пятый послеоперационные дни.

В одном из бронхов образовалась слизистая пробка. В легком с нормальной иннервацией она вызвала бы кашлевой рефлекс и была бы вытолкнута. Однако нервная регуляция пересаженного легкого еще только восстанавливалась. Возникла угроза закупорки нескольких долей легкого. Срочно сделали бронхоскопию, отыскали и удалили пробку. А вскоре развилась опаснейшая грибковая инфекция легких, на борьбу с которой ушло несколько дней.

Александр Григорьевич до сих пор с волнением вспоминает то время:

— Каждый день начинался с того, что мы обращались к коллегам в разных странах мира. Мы запрашивали мир, и мир нам подсказывал. Коллеги из Америки, Австрии, Франции. Все это было очень важно и нужно. Потом, уже недели через две, зарубежные коллеги мне говорили: «Александр, не волнуйтесь, кризис миновал!». Но тревога все равно оставалась.

Из всех органов, легкие являются наиболее сложными для трансплантации потому, что они напрямую сообщаются с внешней средой. Из-за этого опасность развития инфекции в неокрепших после пересадки легких настолько велика, что становится даже более частой причиной смерти таких пациентов, чем криз отторжения.

Другой опасностью, которая им угрожает, является отек легкого. Иначе говоря, быстрое выпотевание жидкости в альвеолярные мешочки и наступающая смерть от удушья.

Поэтому добиться многолетнего выживания человека с «чужими легкими» стало возможным лишь в последние годы, когда вдобавок к мощным иммуносупрессивным препаратам появились новые представители противовоспалительных, антигрибковых, гормональных и прочих лекарств, которые, при их комбинированном использовании, только и смогли положить на лопатки троичу главных «убийц» таких пациентов:

легочную инфекцию – отторжение – отёк.

Достаточно сказать, что в первые дни после операции Наталья Борисовна получала более 20 различных препаратов. Стоимость же одного дня такого лечения доходила до 10 тыс. евро и главным образом за счёт лекарственной составляющей. Общая же стоимость всей операции приближалась к 200 тыс. евро. Большая часть этой суммы была получена лекарствами. Их безвозмездно предоставили фирмы «Яманучи-Астеллас», «Новартис», «Хофман-Ла Рош», «Замбон», «Глаксо».

А еще Наталья Борисовна будет вечно благодарна Президенту ОАО «Российские железные дороги» Владимиру Якунину, предоставившему личный вагон, которым перевезли из Москвы погибающую женщину. Значительные суммы на закупку лекарств внес также сам Александр Григорьевич и руководитель медиахолдинга «Газпром» Николай Сенкевич, некогда бывший врачом-пульмонологом.

В зарубежных клиниках стоимость подобной операции как «поставленной на поток» уже гораздо ниже, составляет около 70 тыс. евро. Поскольку по законам ЕС, иностранцам там можно пересаживать только костный мозг, то те как минимум два десятка заявлений на трансплантации легких, которые ежегодно подписывает Чучалин для состоятельных россиян, обращены в основном для Канады и США.

Уже после операции Наталья Борисовна рассказывала:

– Мне было страшно... Я сама врач, и всё понимала, знала статистику. А она была не в мою пользу. Меня интересовал прогноз. Врачи считали бы успехом, если б я прожила и три месяца после операции, но я не хотела пройти семь кругов ада ради этих трех месяцев. Я хотела прожить хотя бы еще пять лет. На принятие решения мне дали три дня. Я сказала детям: «Вы должны решить». Они поддержали меня. Тогда я согласилась на операцию. Как-то сразу стало легче. Мне главное было проснуться. Для себя я решила, если проснусь – все будет хорошо. Так и случилось!

На шестой день после операции она первый раз поднялась с койки, вышла из палаты, а чтобы идти дальше, ей нужно было подняться на три ступени.

Она испуганно остановилась: «Я, наверное, не смогу...» Раньше для нее это было непреодолимое препятствие.

– Нет, сможете, – сказал врач.

И когда она поднялась на эти три ступени, причём без малейших признаков удушья, она вдруг начала безудержно смеяться.

Сейчас, когда минуло полтора года после её выписки из больницы, Наталья Борисовна уже намерена вернуться к работе.

Что же касается второй в России подобной операции, то она снова готовится под руководством академика Чучалина. Но теперь в Москве, в Российском научном центре хирургии им. акад. Петровского. Учитывая опыт первой операции, совершенствуются протоколы по борьбе с грибовыми поражениями и защите

от микробной инфекции.

Кроме недостаточной государственной поддержки, существует и более сложное препятствие не только для легочных, но и остальных трансплантаций в России.

Для констатации смерти мозга необходимо ангиографическое исследование, о котором уже шла речь. В нашей же стране сделать его можно лишь в немногих клиниках.

– Читая однажды лекцию в аудитории, – говорит А.Г. Чучалин, – где присутствовало более двухсот врачей и среди них много реаниматологов, я попытался поднять руку тех, кто хотя бы раз поставил диагноз смерти мозга по установленным правилам. Не поднялась ни одна рука... Поэтому проблема нехватки донорских органов для трансплантаций стоит сегодня в России необычайно остро. В частности, из-за этого отечественная трансплантология едва способна вооружить практическое здравоохранение приёмами возвращения к жизни тяжелейших больных, становящимися на западе уже рутинными и все более доступными для населения.

А если снова вспомнить Владимира Петровича Демикова, то не лучше ли в этом контексте использовать другое слово – «для человека»?

«Я стремился в своих экспериментах сделать все для человека»

В.П. Демиков

«Я стремился в своих экспериментах сделать всё для человека» – эта фраза великого хирурга высечена на его памятнике, установленном на Ваганьковском кладбище в Москве.

Подняв в послевоенные годы уровень советской хирургической науки на высочайший мировой уровень, Владимир Петрович, конечно, мечтал о том, что плодами его достижений в трансплантологии когда-то воспользуются миллионы его соотечественников и что достигнутое им первенство будет сохранено и приумножено в России.

К сожалению, пока это не сбылось...

Неслучайно поэтому Александр Григорьевич Чучалин подчёркивает, что и первая российская операция по пересадке легких, и те, которые обязательно последуют за ней, есть возвращение Демикову некоего морального долга со стороны наших врачей-современников.

И ещё, как бы завет, обращённый в будущее и окрылённый надеждой на то, что и в России появятся условия для того, чтобы талант отечественных врачей принёс больше пользы своему народу в области высоких медицинских технологий, сложнейшая из которых в начале XXI века и есть трансплантация легких.

Записал А.А. Рылов

Врач мёртвых, ставший врачом живых

В 2008 году ученые и врачи России вспоминали, что исполнилось сорок лет со дня кончины выдающегося советского патолога, Ипполита Васильевича Давыдовского, а в 2007 году патологоанатомы России отметили 120-летие со дня его рождения.

С его именем связано развитие теоретических основ мировой медицинской науки.

А ещё — одна из самых блестящих и убедительных побед над смертью, которые одерживала медицина.



Ипполит Васильевич родился в 1887 году в городке Данилове Ярославской области. В 1910 году он окончил медицинский факультет Императорского Московского университета (ИМУ) и стал земским врачом. Через два года он уже сотрудник кафедры патологической анатомии ИМУ, и вскоре занял место прозектора в Яузской больнице (ныне Московская городская клиническая больница № 23), которая на всю жизнь стала, как он говорил, его «вторым домом».

Первую мировую войну И.В. Давыдовский прошёл в должности военврача. В прифронтовом госпитале он возглавил лабораторию по изучению сыпного тифа. Во время Гражданской войны Ипполит Васильевич написал монографию, посвящённую этой болезни. Уже в мирное время, в 1921 году, И.В. Давыдовский защитил докторскую диссертацию на тему «Патологическая анатомия и патология сыпного тифа», где обобщил результаты своей большой работы. Врач обнаружил ряд изменений в тканях, в частности поражения сосудов мозга, возникших в результате сыпнотифозной инфекции. Итак, уже в те годы он стал одним из первых исследователей, которые изучали патологический процесс как многоуровневую систему нарушений, затрагивающую самые разные ткани.

В начале 1920-х годов Ипполит Васильевич вернулся в МГУ и работал там преподавателем и прозектором. А с 1930 года он стал заведующим кафедрой Второго Московского медицинского института, которой руководил до конца своих дней.

И.В. Давыдовский всю жизнь так и оставался беспартийным. Не участвовал в работе советских и партийных органов, никогда не выслуживался, целиком отдавая себя науке, образованию врачей, организа-

ции здравоохранения. Тем не менее ещё в 1918 году руководители советского здравоохранения заметили деятельного, целеустремлённого доктора.

В 1918 году под руководством одного из основоположников отечественной патологической анатомии Алексея Ивановича Абрикосова была образована прозекторская комиссия Московского отдела здравоохранения. В её состав ввели И.В. Давыдовского. Уже через 3 года он стал её начальником. По поручению первого наркома здравоохранения Н.А. Семашко, Ипполит Васильевич участвовал и в создании общегосударственной прозекторской (позже называвшейся патологоанатомической) службы СССР.

Что же сделал И.В. Давыдовский, благодаря чему его считают «отцом-основателем» и идейным руководителем этой службы, которая, по признанию крупнейших зарубежных патологов, до последних десятилетий XX века являлась одной из лучших в мире?

В 1920–1940-х годах Ипполит Васильевич заложил такие принципы её работы, которые остались основополагающими в её деятельности и в современном Российском государстве. В 1926–1929 годы по его инициативе стало обязательным во всех больницах СССР сличение клинического и патологоанатомического диагноза, а также микроскопическое исследование всех материалов, удаляемых при операциях хирургами, и использование единой формы прозекторского отчёта о вскрытии.

Кстати сказать, Ипполит Васильевич любил биопсийное дело также, как предан своему искусству настоящий артист. Давыдовский был, возможно, одним из лучших биопсистов XX века (ему присылали наиболее сложные для оценки биопсии не только из СССР, но и из других стран) и являлся беспощадным

борцом с «диагнозами на ходу», как он называл некачественную работу патологоанатома.

— Однажды он неожиданно пришёл к нам в секционную, — вспоминал один из его учеников, — и провёл, как сейчас модно говорить, типа мастер-класса по вскрытию. По ходу последнего он рассказывал нам, студентам, отчего мог умереть этот больной. Впечатление осталось очень сильным. Прежде всего от яркой личности и интеллекта. Что еще запомнилось от такого близкого общения с мастером. Невысокого роста, плотного телосложения и, конечно, его уже морщинистое, но выразительное лицо, умные, но уставшие глаза, большие и сильные руки, особенно кисти. Они были... красивые в движениях, лишённые всякой суёты. Такие крупные и выразительные кисти я встречал только у некоторых талантливых хирургов.

9 декабря 1930 года по инициативе И.В. Давыдовского в Яузской больнице прошла первая в СССР клинико-анатомическая конференция, которых затем за свою жизнь он провёл более шестисот!

Конференции эти сыграли и продолжают играть незаменимую роль в воспитании клинического мышления российского врача. Подобные конференции, которые так мудро, умело, тактично, и никогда не «прокурорски» проводил Ипполит Васильевич, остаются образцом и сегодня, являясь обязательной формой работы лечебных учреждений РФ.

В 1925 году Давыдовский впервые провёл лекционный курс патологической анатомии для студентов не по органопатическому, а по нозологическому принципу.

Организаторская деятельность Ипполита Васильевича всегда сочеталась с научной. Его идеи часто опережали уровень развития науки, однако подтверждались в последующих исследованиях. В частности, прогнозируемое им более сорока лет назад развитие клеточной биологии в современных условиях привело к возникновению новой отрасли знаний — молекулярной патологии человека.

В годы Великой Отечественной войны Давыдовский, назначенный главным патологоанатомом эвакогоспиталей Наркомздрава СССР и избранный академиком АМН, провёл воистину гигантскую работу по изучению огнестрельной раны человека и создал теория раневого процесса. Занимаясь проблемой сепсиса еще в довоенные годы, ученый теперь продолжил свои труды, разработав учение о гнойно-резорбтивной лихорадке как осложнении ран. Увлечённый идеями Н.И. Пирогова, Ипполит Васильевич углубил учение о раневом процессе, а также о нагноении как фазе регенерации раны и её биологическом очищении в противовес господствующему в те годы чисто микроскопическому подходу.

На основании всех этих научных трудов и при непосредственном участии Давыдовского была создана единая военно-полевая хирургическая доктрина. Благодаря её применению в практике советских госпиталей, многие тысячи красноармейцев выжили и вернулись в строй, чтобы снова воевать с немцами.

Необходимо отметить и поразительный полемический талант Ипполита Васильевича. Ярко, жестко, но с юмором и сарказмом он проявлялся на публичных диспутах, при обсуждении проблем медицины, биологии и особенно связанных с ними философских вопросов.

Ипполит Васильевич был удостоен: Ленинской премии (1964) за монографию «Общая патология человека» и ряд других фундаментальных работ; звания Героя Социалистического труда (1957), избран вице-президентом АМН, получил несколько орденов и медалей.

Осознавая значение демографических сдвигов в СССР, ученый занялся проблемой старения. Организовал на базе Института морфологии человека АМН СССР лабораторию патологии старости. Руководил ею до 1965 года и написал монографию «Геронтология». Последние годы он уделял внимание и исследованиям атеросклероза, рассматривая его как явление биологическое, свойственное возрасту.

До конца своей жизни — ученый скоропостижно умер от инсульта в 1968 году — Ипполит Васильевич продолжал трудиться. И работа на кафедре шла своим чередом. Обсуждали предлагаемые к защите диссертации. Проводили опыты, конференции, доклады, иногда и партсобрания, на которых ему приходилось бывать, но не как члену КПСС, а в роли руководителя коллектива. Ипполит Васильевич проводил в течение года несколько показательных вскрытий. И, конечно, были неофициальные собрания, посвящённые защищённым диссертациям. И.В. Давыдовский, которого специфика его работы отнюдь не превратила в угрюмого и суеверного человека, всегда приветствовал на таких вечерах танцы под радиолу, песни, смех.

Один из его учеников вспоминал, как на таком празднике Ипполит Васильевич с ласковой улыбкой упрекнул молодого патолога, не слишком ли он мрачен, не слишком ли много курит?

— А мы, бывало, прочтём курс лекций, — вспомнил академик, — а потом день и ночь все танцуем и танцуем...

— Но как же так?! — возмутится какой-нибудь моралист. — Танцуем! Поём! Веселимся! А ведь в подвалах этого же здания, в холодильных шкафах...

Но как раз Ипполит Васильевич Давыдовский имел полное право веселиться и даже танцевать во время своего досуга. Ведь он был победителем! Он выиграл битву со смертью, заставив её, благодаря своим выдающимся открытиям во имя человеческого здоровья, «служить живому», как то и было начертано на стенах средневековых анатомических театров: «Здесь смерть служит живому!»

Редакция журнала выражает глубокую признательность главному специалисту-эксперту патологоанатому Минздрава России, профессору, Заслуженному врачу России Олегу Дмитриевичу Мишнёву, оказавшему бесценную помощь в подготовке материала.

Страхование медицинских работников и риска их профессиональной ошибки



В настоящей статье речь пойдет о страховании — о страховании как жизни и здоровья медицинских работников, так и риска их профессиональной ошибки.

*Кандидат юридических наук,
адвокат, компания «Барцевский
и Партнеры»
Константин Александрович Рыбалов*

Для начала определимся с понятиями и адаптируем их применительно к сфере здравоохранения. Страхование представляет собой отношения по защите интересов работников здравоохранения, а также учреждений здравоохранения при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками (юридическими лицами, получившими лицензию на осуществление страховой деятельности) из уплаченных страховых взносов, а также за счет иных средств страховщиков. Существует два вида страхования: обязательное и добровольное. Договоры добровольного страхования могут заключаться вне зависимости от наличия или отсутствия договора обязательного страхования. Случаи обязательного страхования предусматриваются законом.

Применительно к сфере здравоохранения предусмотрено обязательное страхование жизни и здоровья медицинских работников в случае, если их деятельность связана с угрозой причинения вреда указанным объектам (статья 64 Основ Российской Федерации по охране здоровья граждан). Перечень должностей, занятие которых связано с угро-

зой жизни и здоровью, утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2006 года № 191. Размер и порядок обязательного страхования определяется органами власти соответствующего уровня. Если речь идет о федеральных учреждениях здравоохранения, то таким органом является Правительство Российской Федерации, если о региональных, то утверждают размер и порядок обязательного страхования государственные органы субъекта Российской Федерации, если же учреждения здравоохранения муниципальные, то определение указанных вопросов возлагается на органы местного самоуправления.

Итак, что касается страхования жизни и здоровья медицинских работников, то мы видим предусмотренную законодателем обязанность по обязательному страхованию жизни и здоровья, возложенную на вышеупомянутые органы власти. Что же до риска профессиональной ошибки медицинских работников, то обязательного его страхования законодатель не предусматривает. Хотя предоставляет право медицинским работникам на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен

вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей (статья 63 Основ Российской Федерации по охране здоровья граждан).

По сути своей, страхование риска профессиональной ошибки — это страхование ответственности за причинение вреда третьим лицам, регламентированное статьёй 931 Гражданского кодекса Российской Федерации.

По сути своей, страхование риска профессиональной ошибки — это страхование ответственности за причинение вреда третьим лицам, регламентированное статьёй 931 Гражданского кодекса Российской Федерации.

А значит, застраховать возможный риск причинения вреда в ходе профессиональной деятельности медицинского работника может как он сам, так и иное лицо, то есть медицинское учреждение. В связи с тем, что нормы об обязательном страховании риска профессиональной ошибки медицинских работников отсутствуют, то сектор медицинских работников, осуществляющих свою деятельность в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, практически выпадает из сферы рассматриваемых отношений. Выпадает он из-за того, что указанные учреждения не берут на себя ответственность по страхованию риска профессиональной ошибки своих медицинских работников, а сами работники договоры такого страхования не заключают, зачастую в силу незнания о возможности и порядке заключения таковых. Поэтому в настоящее время риск профессиональной ошибки медицинских работников страхуется только частными медицинскими учреждениями. То есть лишь небольшая часть работников медицины защищена от неблагоприятных имущественных последствий (необходимости удовлетворения исковых требований пациента), наступающих в случае профессиональной ошибки, не связанной с небрежным или халатным выполнением своих обязанностей.

Однако существующую ситуацию можно исправить и увеличить количество защищённых медицинских работников. Видится как минимум три варианта решения проблемы. Для реализации двух из них достаточно действий самих медицинских работников, для воплощения в жизнь третьего необходимо вмешательство государства. Вмешательство государства заключается в закреплении на законодательном уровне обязательного страхования риска профессиональной ошибки медицинских работников. Этот вариант наиболее сложный. Следующий способ решения проблемы — это заключение дого-

вора страхования ответственности за причинения вреда (страхования риска профессиональной ошибки) самим медицинским работником. Порядок заключения договора добровольного страхования урегулирован главой 48 Гражданского кодекса Российской Федерации. И ещё один вариант, который представляется наиболее эффективным, — это создание обществ взаимного страхования самими медицинскими работниками.

В соответствии с законодательством (с Гражданским кодексом Российской Федерации, федеральным законом «О взаимном страховании») допускается создание обществ взаимного страхования, объектом страхования которых будут имущественные интересы членов общества, связанные с обязанностью возместить причинённый другим лицам вред. То есть в рассматриваемом нами случае интересы связаны с обязанностью возместить вред пациенту, причинённый профессиональной ошибкой медицинского работника.

Общество представляет собой некоммерческую организацию, единственная цель которого защищать своих членов при наступлении страховых случаев. Членство в обществе требует внесения страховых взносов, сумма которых определяется самим же обществом. Очевидно, что сумма страховых взносов несопоставимо мала по сравнению с суммой, которую придётся выплатить пациенту в случае удовлетворения его исковых требований.

В соответствии с законодательством (Гражданский кодекс Российской Федерации, федеральный закон «О взаимном страховании») допускается создание обществ взаимного страхования, объектом страхования которых будут имущественные интересы членов общества, связанные с обязанностью возместить причинённый другим лицам вред. То есть в рассматриваемом нами случае интересы связаны с обязанностью возместить вред пациенту, причинённый профессиональной ошибкой медицинского работника.

Все, что нужно для реализации предложенных вариантов (за исключением того, который требует государственного вмешательства), — это активная жизненная позиция медицинских работников, желание быть защищённым и действия самих работников, которые возможны и реальны в рамках ныне действующего законодательства.

ПРЕДУПРЕЖДЁН — ЗНАЧИТ ВООРУЖЕН

В Москве прошёл семинар для врачей-радиологов «Теория и практика диагностической визуализации: методология подхода», посвящённый применению новейших радиологических методов точной диагностики заболеваний на ранних стадиях. Объёмный взгляд на проблематику представили лучшие российские и зарубежные специалисты.

Точная диагностика, основанная на использовании новейших радиологических методов с применением контрастирующих веществ — основной фактор, обеспечивающий эффективную терапию большинства тяжёлых заболеваний. При этом представление об эффективности лечения может выходить за пределы традиционного понимания.

С одной стороны, использование методов точной диагностики позволяет выявлять патологии на ранних стадиях, что дает врачу возможность максимально быстро подобрать схему терапии с минимальными дозировками и побочными эффектами, с другой стороны, позволяет избежать неправильной постановки диагноза, что экономит средства пациента и государственного бюджета. И с этой точки зрения проблема точной диагностики перестаёт быть исключительно медицинской и переходит в разряд фармако-экономических.

Цель интерактивного семинара — представить практикующим врачам-радиологам уникальные возможности точной диагностики в полном объёме. Мероприятие организовано в формате интерактивной школы, когда в ходе разбора проблемных ситуаций, возникающих при осуществлении мониторинга состояния пациента, каждый участник мог задать инте-

ресующие его вопросы признанным специалистам в области радиологии и получить на них квалифицированный ответ. В качестве спикеров на семинаре выступили ведущие зарубежные и российские специалисты, в частности профессора Клиники Университета Эссена Михаэль Форстинг (Michael Forsting) и Томас Лауэнштейн (Thomas C. Lauenstein); профессор И.Н. Пронин из НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко и А.Б. Лукьянченко, Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН.

В своем докладе Михаэль Форстинг обратил внимание собравшихся на то, что радиологические исследования не дешёвы, но их эффективность позволяет за счет постановки более точного диагноза существенно сократить затраты на лечение в комплексе. Приведённые докладчиком цифры говорят сами за себя. При стоимости одного обследования методом компьютерной томографии в 350\$, стоимость химиотерапии при не уточнённом диагнозе может достигать сотен тысяч, а каждые 100\$, потраченных на визуализацию диагностических данных, сокращают время госпитализации больных в неврологических отделениях клиник Европы в среднем на 6 часов.

Данные исследований убедительно свидетельствуют о том, что при необходимости выявления опухолевых образований в головном мозге современные методы диагностической визуализации позволяют установить наличие патологии тогда, когда другие способы обследования не имеют диагностической ценности. Факты эффективности использования новейших диагностических методов были наглядно подтверждены

приведёнными на семинаре клиническими случаями, где другие методы диагностики были недостаточно информативными, и только лишь использование новейших методов диагностики позволило избежать диагностических ошибок, а следовательно, и ненужных затрат на лечение.

«Существует много противоречивых данных в отношении стоимости использования современных средств диагностики и их эффективности, но дорогостоящие процедуры могут оказаться не дорогими с точки зрения конечных терапевтических целей, — подытожил свое выступление немецкий профессор Форстинг. — В терапии определение стадии заболевания крайне важно. Этот процесс стоит дорого вначале, но сохраняет деньги впоследствии, а главное — даёт возможность лечащему врачу сделать обоснованный выбор способа терапии заболевания».

Подобный семинар уже второй, проводимый при поддержке фармацевтической компании Bayer Schering Pharma. Живое общение с разбором конкретных клинических случаев и возможностью задать интересующие спорные вопросы коллегам на семинаре специалистов. Такого рода встречи предоставляют практикующим врачам уникальную возможность набраться опыта в постановках сложных диагнозов, ведь представленные в докладах примеры были выбраны не случайно, это наиболее проблемные для диагностики случаи. «Диагностические методики постоянно совершенствуются, появляются новые виды контрастирующих веществ, которые позволяют выявлять малейшие изменения в тканях и органах, а значит, вовремя использовать профилактические и радикальные лечебные методики, — отметил руководитель диагностического отдела Российского Научного центра рентгенологии профессор П.М. Котляров.

— Я получил огромное удовольствие от сегодняшнего семинара, так как мои догадки нашли практическое подтверждение в данных, приводимых немецкими коллегами».

Компания Bayer Schering Pharma планирует проведение серии региональных интерактивных семинаров в крупных городах России, на которых практикующим врачам будет представлена возможность ознакомиться с особенностями применения новейших методик диагностики с использованием контрастирующих веществ.

БУРЫЕ ЛИПОЦИТЫ СПАСУТ МИР ОТ ОЖИРЕНИЯ?

В XXI веке ожирение превращается для развитых стран в подлинную эпидемию, причём все больше случаев, когда ни диета, ни физическая активность не помогают пациентам. Особую опасность ожирение представляет потому, что провоцирует начало диабета, атеросклероза, гипертонии и многих других болезней.

Американская исследовательница Ю-Хуа-Тсенг (Yu-Hua Tseng) из Диабетического центра Джослина (Joslin Diabetes Center) при медицинском факультете Гарвардского университета сделала открытие, на основании которого могут быть созданы принципиально новые лекарства против ожирения.

В опытах на мышах Ю-Хуа-Тсенг и её коллеги выяснили следующее. Тот же белок, а именно ростовой фактор костей («bone-producing protein BMP-7», будем называть его далее БМП-7), что стимулирует рост костной ткани, может воздействовать и на жировые клетки.

Эта молекула заставляет эмбриональные клетки — предшественники жировых клеток дозревать в зрелые липоциты. Но очень важно то, что незрелые липоциты превращаются под влиянием БМП-7 в так называемые бурые, а не белые липоциты. В детском организме бурых липоцитов гораздо больше, чем белых. А вот у взрослых наблюдается обратная картина.

Но, хотя большинство бурых липоцитов с возрастом исчезает, определённый запас их незрелых, эмбриональных предшественников в нашем теле сохраняется до глубокой старости. Их-то и пробуждает к дифференцировке в полноценных работников нашего организма БМП-7.

Белый липоцит для жировых молекул является хранилищем такого рода, откуда подобные вещества «отпускаются» как бы неохотно, лишь при интенсивных физических нагрузках или сильном голоде. Бурые же липоциты на этом поприще являются гораздо более отзывчивыми, мобильными хранителями жировых молекул. Из-за этого жиры не задерживаются в них, а быстро расходуются для энергообразования. Поэтому то в детстве и юности человек не столь подвержен риску ожирения даже в случае чрезмерного питания. Зато в зрелые годы, если не хочешь превратиться в толстяка, приходится контролировать поступающие с пищей калории.

Итак, с помощью БМП-7 Ю-Хуа-Тсенг смогла подобрать «ключик» к бурым липоцитам, стимулирующий их дозревание, а значит, и превращающий их в работоспособные клетки. К сожалению, из

её открытия ещё не следует, что уже вскоре будут созданы таблетки, после приёма которых человек, страдающий ожирением, сможет, омоложив популяцию жировых клеток своего тела, быстро сбросить лишний вес. Американские ученые доставляли БМП-7 в жировые клетки мышей достаточно сложным методом генетической инженерии. Тем не менее эффект от введения уже наномолярных доз этого ростового фактора был, что называется, безотказным. Поэтому налицо предпосылки для начала новой серии экспериментов, имеющих уже предклиническую направленность.

Опыт исследования других ростовых факторов, в частности тех, что стимулируют образование отростков у нервных клеток или капилляров в мышечной ткани (понятна огромная важность таких работ для лечения нервных болезней или инфаркта), позволяет предсказать, что скоро удастся найти более простой способ доставки к липоцитам белка БМП-7, а затем и подтвердить эффективность этой молекулы при лечении больных животных, например ожиревших мышей.

Однако велика вероятность того, что Ю-Хуа-Тсенг встретится с общей и непреодолимой пока проблемой предклинических испытаний всего семейства ростовых факторов. На животных моделях они действуют отлично. А вот на человека почему-то действуют гораздо слабее...

Тем не менее эксперты прогнозируют, что в 2010-х годах белковые факторы роста и дифференцировки клеток уже начнут поступать в арсенал формирующегося сегодня нового направления — молекулярной медицины. И кто знает, может, первым среди них как раз и окажется лекарство против ожирения, созданное благодаря открытию гарвардских биологов.

Информация



17–20 марта 2009

Москва, МВЦ "Крокус Экспо"

Второй международный медицинский Форум/выставка

«Индустрия Здоровья»

Контакт: МВЦ "Крокус Экспо" Тел./факс: (495) 727-25-28, 983-06-70

24 – 27 марта 2009

Беларусь, Минск

XVI Международная специализированная выставка

«Здравоохранение Беларуси' 2009»

Контакт: ЗАО "Техника и коммуникации" Тел.: +375 17 306-06-06; факс: +375 17 203-33-86

30 марта – 3 апреля 2009

Москва, НЦ АГиП

5-я юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция и тематическая экспозиция

«Амбулаторно-поликлиническая практика – платформа женского здоровья»

Контакт: ЗАО «МЕДИ Экспо» Тел./факс: (495) 938-9211, 661-3513

2–3 апреля 2009

Москва, Здание Правительства Москвы

Седьмая научно-практическая конференция

«Внутрибольничные инфекции в стационарах различного профиля, профилактика, лечение осложнений»

Контакт: ИнфоМедФарм Диалог Тел./факс: (495) 797-6292

4–5 апреля 2008

Италия, Флоренция

Флорентийский медицинский конгресс «Восток – Запад.

Последние достижения в клинических исследованиях лекарственных средств – от клинических исследований к клинической практике»

Контакт: *Foundation Romualdo Del Bianco* Тел.: + 39 055 216066; факс: + 39 055 283260

5 – 8 апреля 2009

Москва, КВЦ «Сокольники»

Международный Медицинский Форум – 2009

Rehatech–2009.

Rehamed–2009.

Medproject–2009

Контакт: Тел.: +7 (495) 982–50–69; +7 (495) 982–50–69

6 – 10 апреля 2009

Москва, РАГС

XVI Российский национальный конгресс

«Человек и лекарство»

Контакт: Оргкомитет Тел./факс: (495) 267–5004, 261–2209

14 – 16 апреля 2009

Екатеринбург

Межрегиональная специализированная выставка

«Медицина и Здоровье. Фармация 2009»

Контакт: ЭкспоГрад Тел.: (343) 379–04 29, факс: (343) 379–04 28

21 – 22 апреля 2009

Москва, РАГС

Всероссийская конференция

с международным участием

«Эндопротезирование крупных суставов»

Контакт: МОО «Человек и его здоровье» Тел.: (812) 541–8893, 542–3591, 542–7291

21 – 24 апреля 2009

Санкт–Петербург

Научно–практическая конференция

«Поленовские чтения»

Контакт: МОО «Человек и его здоровье» Тел.: (812) 541–8893, 542–3591, 542–7291

28–30 апреля 2009

Москва, Здание Мэрии Москвы

Российский конгресс

«Медицина urgentных состояний»

Контакт: ЭКСПО ПРЕСС Тел.: (495) 617–36–79 / 43 Факс: (495) 745–39–62

11–12 мая 2009

Москва, Здание Мэрии Москвы

Российский конгресс

«Управление качеством медицинской помощи и системы непрерывного образования медицинских работников»

Контакт: ЭКСПО ПРЕСС Тел./факс: (495) 745–39–62/63

ЭЛЕКТРОМАГНИТНАЯ ТЕРАПИЯ КАК РЕЗЕРВ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

Несомненно, широкое внедрение электромагнитной терапии в медицинскую практику, включение ее в стандарты лечения заболеваний будет способствовать улучшению здоровья россиян и повышению качества жизни больного человека. А значит, можно избежать применения или снизить дозы лекарств, которые из-за экономического кризиса начали расти в цене.

Состояние здоровья населения России становится вопросом национальной безопасности, что находит отражение в содержании многих национальных программ, ориентированных в том числе на развитие инновационных технологий, создание центров высокотехнологичной медицинской помощи, разработку стандартов лечения заболеваний, необходимость которых не вызывает сомнений. Однако стандарты оказания медицинской помощи, оплачиваемые страховыми компаниями, в основном ориентированы на среднестатистического больного.

Основополагающие принципы отечественной медицинской школы — индивидуальный подход и профилактическое направление медицины — зачастую в настоящее время больше провозглашаются только на бумаге. В подготовке врача основное внимание уделяется вопросам фармакотерапии, что затем находит отражение в его работе. Недостаточное внимание уделяется возможностям применения различных физических факторов, в частности электромагнитных полей. В медицинской практике они находят свое место только в физиотерапевтических отделениях, в которых используются в основном энергетические или тепловые эффекты. Большинство врачей практически не знакомо с инфор-

*Кандидат медицинских наук
А.Л. Рылов*

мационной составляющей действия низкоинтенсивных магнитных полей, напряженность которых сравнима с геомагнитным полем. Между тем именно при таких интенсивностях открываются широкие возможности применения переменных магнитных полей в различных областях медицины, в том числе профилактической, индивидуально ориентированной с минимальными возможными неблагоприятными последствиями.

Применение электромагнитной терапии имеет уже более чем полувековую историю и связано с именами выдающихся врачей и ученых: Р. Фолль, Ф. Моррель, Э. Раше, Ф. Вернер, Ф. Крамер, Пауль-Шмидт, Райф, В. Людвиг, Х. Кларк, Ю.В. Готовский, А.В. Самохин и многими другими. В нашей стране существует законодательная база для ее применения, регулярно проводятся циклы тематического усовершенствования в лицензированных образовательных учреждениях.

Опираясь на опыт предшественников, отечественные специалисты под руководством биофизика Сергея Петровича Коноплева создали новое устройство, работа которого основана на методе низкочастотной электромагнитной терапии (НЭТ).

В ходе исследований было выяснено, что импульсы, воздействующие на системы организма, можно донести до нужного органа не только контактно, с помощью игл или слабого электрического тока, но и дистанционно, посредством электромагнитного поля, диапазон которого от 0,1 до 100 Гц.

Терапия основана на резонансных явлениях: электромагнитное поле проникает в организм, вызывает резонанс в нужном органе, чем и достигается лечебный эффект. Если «эха» нет — поле прошло мимо, эффект не получен. В любом случае слабое воздействие не заставляет органы работать в непривычном для них режиме. А ведь это очень важно! Соблюден основной постулат медицины — «Не навреди».

Уважаемые читатели!

«Вестник Ассоциации Заслуженных врачей Российской Федерации», имея множество различных форм распространения, видит основной задачей адресное, бесплатное распространение всем руководителям медицинских учреждений России. Мы публикуем перечень профильных учреждений, куда должна осуществляться доставка журнала на территории Москвы. Если по каким-то причинам Вам, руководителю медицинской организации, расположенной на территории Москвы, не был доставлен журнал, убедительная просьба связаться с редакцией и проинформировать нас об этом факте.

Мы обязательно постараемся исправить ситуацию!

Распространение

Москва 925 учреждений:

Больницы ведомственные 32

Больницы гинекологические государственные 4

Больницы гинекологические частные 7

Больницы городские 47

Больницы детские городские 9

Больницы инфекционные городские и детские 8

Больницы психиатрические и наркологические 21

Больницы офтальмологические 12

Противотуберкулезные больничные учреждения 5

Госпитали 4

Диспансеры врачебно-физкультурные 9

Диспансеры кардиологические 2

Диспансеры кожно-венерологические 25

Диспансеры наркологические 15

Диспансеры онкологические 4

Диспансеры психоневрологические 23

Диспансеры противотуберкулезные 16

Эндокринологический диспансер 1

Женские консультации 17

Диспансеры маммологические 4

Медико-санитарные части 25

Научно-исследовательские

и научно-практические учреждения 12

Поликлиники восстановительного лечения 6

Поликлиники городские 219

Поликлиники детские городские 152

Центры медицинские 20

Родильные дома 31

Поликлиники ведомственные 105

Клиники 31