

МЕДИЦИНА

Петербурга

№9 (338)
Июнь '2011

ИЗДАЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

**Медицинская Ассоциация
Санкт-Петербурга
поздравляет читателей
с профессиональным
праздником!**

**ВРАЧИ ХОТЯТ,
ЧТОБЫ ИХ УСЛЫШАЛИ!**

СТР. 2,3...

ОХРАНА ТРУДА «КРЕПЧАЕТ»

СТР. 3...

**НАЙДЕНО ЛЕКАРСТВО
ОТ СЛЕПОТЫ**

СТР. 5...



БалтМедикал
медицинское оборудование



*С Днем медицинского работника!
Желаем вам крепкого здоровья,
счастья, радости и успехов!*

МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ
КОМПЛЕКСНЫЕ ПОСТАВКИ МЕДИЦИНСКОГО, ЛАБОРАТОРНОГО
ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ. СЕРВИС

ООО «Балт Медикал»
192019, Санкт-Петербург,
ул. Седова, д.12, оф. 323, 326
info@baltmedical.ru

Тел.: (812) 644-44-01,
644-44-03, 326-29-42
Факс: (812) 644-44-02

(812) 644-44-01

WWW.BALTMEDICAL.RU



*Ленинградская
кинофабрика*

**ЦЕНТР
ТЕХНИЧЕСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ
И РЕМОНТА**

- все виды ремонта и обслуживания мед. аппаратуры;
- сбор и переработка серебросодержащих кинофоторентгенматериалов;
- проверка контрольно-эксплуатационных параметров всех видов рентгеновской техники, в т. ч. КТ; дозиметрический контроль;
- все виды электротехнических измерений и электромонтажных работ;
- освидетельствование сосудов под давлением.

info@lenkinofabrika.com т/ф 321-6307

www.lenkinofabrika.com т/ф 321-6308

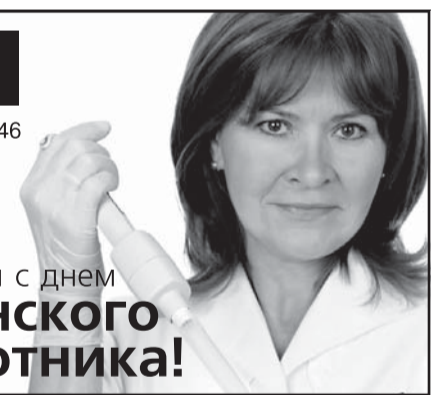
НАШ АДРЕС:

195197, Калининский район,
Минеральная ул., 13, литер Ч

**ОЛЬВЕКС
ДИАГНОСТИКУМ**

(812) 412-8380, 412-6546
www.olvex.ru

Поздравляем с днем
**Медицинского
работника!**



«Идеальный путь к качественной диагностике!»



МОЧЕВЫЕ
СТАНЦИИ

МОЧЕВЫЕ
АНАЛИЗАТОРЫ

КОРВЭЙ
www.corway.ru

ООО «Корвэй»
197110 Санкт-Петербург
ул. Большая Зеленина д.8
тел./факс (812)380-92-07, 380-92-03

ВЛАСТИ ДОЛЖНЫ УСЛЫШАТЬ МНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА

С 25 по 27 мая в нашем городе проходил IV Петербургский медицинский форум, посвященный решению наиболее важных практических вопросов, связанных с деятельностью частных и государственных клиник. В нем принимали участие руководители медицинских учреждений разных форм собственности со всей России, ведущие эксперты, политики, представители профильных министерств и ФАС, а также ассоциаций.

Основатель и директор Форума **Сергей Ануфриев** уверен, что его мероприятие способствует консолидации медицинского сообщества. — Мы собираемся, чтобы формулировать и вносить предложения в органы законодательной и исполнительной власти по проектам законов, в том числе и основополагающего закона об охране здоровья российских граждан. Крайне важно, чтобы мнение медицинского сообщества, тех, кто видит пациента каждый день, услышали создатели законов, — говорит он.

По словам президента Национальной медицинской палаты, директора московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии **Леонида Рошалья**, Форум набирает силы, становится все более весомым, его решения должны будут сыграть важную роль в развитии российской медицины — как государственной, так и частной.

Начальник управления контроля социальной сферы и торговли ФАС России **Тимофей Нижегородцев** заметил, что в отличие от фармацевтического сообщества, имеющего достаточное количество мероприятий, где можно обсудить различные проблемы, российские медики такими возможностями обделены. Одной из немногих площадок, где ставятся серьезные вопросы и выносятся конструктивные предложения, к которым прислушиваются государственные органы, он считает Петербургский форум. Представитель ФАС признался, что приезжает сюда, чтобы понять, что творится в здравоохранении. «Основная наша задача здесь — слушать и смотреть. Нам, как органу надзора, нужно понять, почему создаются барьеры на рынке, и сделать так, чтобы правила на там были честными. И Форум помогает нам ориентироваться в ситуации».

По словам одного из организаторов Форума, президента НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник» **Сергея Мисюлина**, подписанный 4 мая ФЗ №99 «О лицензировании отдельных видов деятельности», создавался с учетом решений предыдущих Петербургских форумов. — Мы внесли много предложений в отношении существующего порядка лицензирования, сказал он, кроме того, на 1-м форуме много говорили о необходимости допуска в программу ОМС частных медицинских компаний, и это уже реализовано в новом законе об ОМС.

Зачем нужны медицинские ассоциации?

Участники форума критиковали бездействие многочисленных медицинских ассоциаций. В частности, начальник отдела по работе с гражданами ТФОМС СПб **Геннадий Лопатенков**, выступавший на Форуме, назвал драматическим вопрос о Неучастии ассоци-



Пресс-конференция. Слева направо: С.С.Мисюлин, Я.А.Накатис, Л.М.Рошаль, Т.В.Нижегородцев, С.А.Ануфриев.

аций в государственной политике.

— 15 лет назад им было дано право на это, в частности, право паритетного участия в работе тарифной комиссии, но им так никто и не воспользовался. Никогда не видел, чтобы хоть один из руководителей ассоциации, а в Петербурге их 4, высказался по поводу низких тарифов, все с ними «дружно соглашались» — посетовал представитель ТФОМС.

Причину пассивности этих общественных организаций г-н Лопатенков видит в том, что их руководителями, как правило, являются главные врачи, которые, по его мнению, никогда не будут отстаивать права медицинских работников в целом, а лишь будут заботиться о сотрудниках своего ЛПУ. — Активно работать в ассоциации означает вступать в постоянные конфликты с властью, а это не в интересах главврача — он держится за свою должность и знает, что при желании его можно уволить за пару дней, — сказал Г.Лопатенков и добавил, что, к примеру, в США ассоциациями не могут руководить главврачи — только врачи общей практики. Кроме того, именно ассоциации должны заниматься профессиональной подготовкой своих членов, контролировать, защищать их и, при необходимости, лишать права работать по специальности, но наши ассоциации этим заниматься не хотят. Последние годы мы ориентируемся на западное здравоохранение, где государство воспринимает критику снизу, от общественных организаций. Но от наших медицинских ассоциаций критики — ноль. Они безмолвствуют. Хотя надо признать, что и государство вечно избегает общения с ними.

Вице-президент НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник» **Сергей Лазарев** тоже высказал сожаление по поводу того, что надежды на то, что ассоциации будут играть важную роль в здравоохранении, не оправдались. И добавил, что система здравоохранения Н.А.Семашко, к которой, по

мнению многих, мы возвращаемся, это — строгая вертикаль, при которой головы отсекают вниз, а деньги даются сверху. — Но кому даются, если голов уже нет? — грустно пошутил он.

Президент НП «Национальная медицинская палата» **Леонид Рошаль** заявил, что медицинское сообщество должно быть более активным, не бояться ничего, писать Президенту и премьер-министру напрямую. — Пока не будет сильного давления со стороны общественности, мы ничего не сделаем, — сказал он. «Каждый должен уметь топтать ногами, почему мы такие аморфные?» — спросил он зал во время своего выступления и посетовал, что наши медицинские ассоциации ни за что не отвечают, в то время как они, а не министерство должны заниматься профессиональной деятельностью медработников.

Леонид Михайлович также отметил, что доктора, по сути, беззащитны перед российскими законами. На Западе 80% жалоб решаются на досудебном уровне. У нас все только через суд. Здесь должны играть роль общественные организации — они должны защищать своих!

Затем он остановился на том, что важного сделала его организация за неполный год существования, и призвал все российские медицинские ассоциации вступить в нее. — Мы ни на кого не оглядываемся, хотим работать, а не болтать, — констатировал он.

«Министром здравоохранения должен быть врач»...

Помимо этого, Леонид Михайлович вновь подверг критике российское здравоохранение, его организаторов и их реформы. — Сегодняшней критической ситуацией недовольны все: пациенты, медицинское сообщество, президент и премьер-министр, — сказал он, — нынешней медицинской системе и министру здравоохранения в частности можно поста-

вить только «тройку». Л.М.Рошаль заявил, что здравоохранением должен управлять врач, но в то же время признался, что не хотел бы быть министром, ему нравится его работа действующего хирурга.

Г-н Рошаль подчеркнул, что законы, которые принимаются в сфере здравоохранения, должны быть не теоретическими, а проверенными на практике, их нужно тщательно обсуждать с общественностью, а этого не происходит. Проекты законов, особенно об охране здоровья, должен прочесть и обсудить каждый. «Пока никакой охраны в этом проекте нет!», — сказал он и признался, что не понимает многого, что насаждает сегодня наше министерство. — Министерство обмануло Путина, сказав, что существует концепция развития здравоохранения, заявил доктор Рошаль, но её нет! Есть только проект. Настоящей концепция станет лишь тогда, когда общественность её обсудит и примет. А у нас свои замечания и предложения пишут счетная, общественная палаты, антимонопольная служба, а наше мнение во внимание не принимается, хотя только я написал 200 страниц по поводу этой концепции.

— Уже принятые законы о лекарственном обеспечении, новых формах учреждений, ОМС несовершенны и непонятны, — считает Л.Рошаль, — в них много недосказанности. Например, не приведет ли одноканальное финансирование к тому, что вся медицина станет платной?

Выступающий назвал введение новой системы оплаты труда авантюрой и заявил, что нельзя ломать всю страну через бедро.

— В свое время Путин придумал правильную программу «Здоровье», стал повышать зарплату медикам, начав с участковых, затем этот процесс остановился. Но если ничего не делать в этом отношении — поликлиники лопнут, — добавил г-н Рошаль.

Известный доктор считает квоты, особенно для детей, позо-

ром России, поясняя, что они должны покрывать все потребности. Они нужны только для того, чтобы распределять направления, дабы не было анархии.

Леонид Михайлович остановился также на необходимости саморегуляции профессиональной деятельности. Очень важно, когда организация работает по одинаковым стандартам, но не клинко-экономическим. Она должна работать по своим протоколам и сама себя контролировать.

На вопрос журналистов, не затоптали ли его после известного выступления на заседании Госдумы, где он обидел Минздравсоцразвития, главный детский доктор ответил: «Рошалья затоптать невозможно».

На Форуме Леонид Рошаль наградили званием человека года петербургского медицинского форума, вручив знак «За гражданскую позицию». — Никакие правительственные награды, — признался Леонид Михайлович, — не идут в сравнение с признанием коллег...

Министр не должен учить, как лечить

На пресс-конференции главный специалист оториноларинголог Минздравсоцразвития РФ, главный врач Клинической больницы №122 им. Л.Г.Соколова **Яков Накатис** назвал многие высказывания Леонида Рошалья популистскими. — Г-н Рошаль — прекрасный врач, сильный специалист, но организатор — нулевой, — сказал Я.Накатис, — он не понимает процессов, происходящих в стране, в здравоохранении и в экономике. Он руководит не федеральным, а московским институтом, и в свое время получал от своего друга — московского мэра — любое оборудование и финансирование. Л.Рошаль никогда ничего не зарабатывал, никогда экономически не обосновывал приобретение оборудования и не знает, как это делается. Его мнение, что «деньги должны идти за пациентом», это подтверждает. Деньги должны идти впереди пациента, к чему как раз и стремился прекрасный специалист и экономист М.Зурабов. И сегодня для этого есть возможности. Пример этому — решение проблемы с глухими детьми. Клиническая больница №122 получила финансирование от государства на осуществлении помощи этим детям. В прошлом году государство выделило на покупку слуховых аппаратов (стоимостью около 1 млн руб.), их установку, а также первую реабилитацию 1 млрд 200 млн руб. На этот и следующий год выделено по 1 млрд 710 млн руб. Таким образом проблема глухих детей будет решена. Кстати, в Петербурге было 27 таких детей, за помощь им заплатил город.

Кроме того, как руководитель успешного федерального учреждения, охраняющего здоровье работников атомной промышлен-

ности, атомного судостроения и т.д., Яков Накатис уверен вопреки мнению г-на Рошала, что врачу нельзя руководить профильным министерством, как, впрочем, и медицинским учреждением. — Руководство здравоохранением — это экономика. Руководитель, министр или главный врач, не должен создавать стандарты, для этого у него есть помощники-профессионалы, он только должен доставать деньги, правильно распределять их, включая правильную оплату труда, правильные закупки, соответствующие цене и т.д., — сказал г-н Накатис и добавил, что деньги на здравоохранение есть, проблема лишь в их распределении.

Среди основных болезней российского здравоохранения Я.А.Накатис назвал образование, особенно сестринское, которое, по его мнению, является нулевым, как и последипломное врачебное, тем более по сравнению с зарубежными странами. Отсутствует и система обучения главных врачей, начмедов и т.д. — Мы все самоучки, — с сожалением констатировал профессор.

Он остановился и на проблемах городского здравоохранения: «Обратите внимание, на Форуме нет главных врачей городских ЛПУ. Они боятся сюда приходить, потому что у них нет собственного мнения. Они не могут руководить своим ЛПУ так, как считают нужным, вынуждены руководить так, как им говорят, а говорят не всегда правильно. Поэтому сегодня городское здравоохранение находится в тупиковой ситуации. 80% медицинской помощи — экстренная, это означает, что плановая помощь практически не оказывается по всем направлениям. 1000 холестекстэтомй проводится в экстренном порядке, и 1500 — в плановом. Причем, плановыми городские стационары не занимаются, только частные или ведомственные. При этом федеральные учреждения не пускают в ОМС, а

муниципальные — в высокие технологии, хотя они ими и владеют».

Выступавший на пресс-конференции молодой врач-кардиолог **Иван Хренов**, прославившийся обращением к премьер-министру во время прямой линии с критикой администрации своей поликлиники, сказал, что полностью поддерживает доктора Рошала. Он признался, что после обращения к Путину отношения с медицинским начальством у него обострились. Но, тем не менее, особого давления в своей клинике он не испытывает. «Пока думаю, что еще предпринять для того, чтобы ситуация в здравоохранении менялась в лучшую сторону, — заявил он, — возможно, вступлю в «Единую Россию».

Государственному ЛПУ лицензия не нужна?

Вице-президент НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник» **Сергей Лазарев** остановился в своем докладе на изменениях в лицензировании, связанных с новым законом от 04.05.11. №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», основное достижение которого — упрощение порядка переоформления лицензий.

Докладчик заметил, что лицензия выдается на экономическую деятельность. Это — разрешение государства выполнять ту или иную работу. Если же лицензия выдается государственному медучреждению, её смысл теряется, поскольку госучреждения не участвуют в экономическом обороте. Социализм при капитализме губит систему лицензирования, — считает он.

Новый закон подписан 4 мая и через полгода — 4 ноября — начнет действовать. В течение 3-х месяцев все положения о лицензировании будут изменены. В частности, с 4 ноября лицензия станет бессрочной.

Продлеваться она будет простым заявлением. Лицензируется только деятельность, а не услуги,

а все виды деятельности названы услугами ещё в 1998 году. По закону, получив лицензию на деятельность, учреждение может оказывать любые медицинские услуги и виды этой деятельности. Поэтому, лишь подав заявление, можно будет расширять свою деятельность, внедрять новые услуги, прекращать старые.

При изменении места осуществления деятельности теперь не нужно будет собирать новый пакет документов, достаточно подать заявление и получить приложение с новыми адресами.

— Лицензирование — это не бумажка, а право на ведение деятельности. Бумажка — только подтверждение этого права, — напомнил докладчик.

Пункты Перечня для получения лицензии были обязательны в первоначальном варианте закона, но теперь это положение сопровождается фразой «могут быть включены». И это правильно, считает г-н Лазарев, потому что многие пункты Перечня вызывают сомнения. Такой, например, как наличие у соискателя лицензии и лицензиата работников, заключившим с ним договора. Но заключение трудового договора перед тем, как начать получать прибыль, может привести в долговую яму. Кроме того, это непременно скажется на цене услуги.

Среди новаций принятого закона докладчик назвал требование наличия лицензионного дела, которое должен вести каждый лицензиат, и в котором должно быть все, касающееся лицензирования, вплоть до актов проверки. Лицензионный контроль, по закону, должен проводиться в течение года после выдачи лицензии, а затем — через 3 года. В государственных ЛПУ — не чаще одного раза в год по постановлению правительства.

Сергей Мисюлин напомнил, что вообще-то лицензирование медучреждений с 2013 года должно было быть отменено. — Как известно, В.В.Путин услышал наше мнение

и недавно заявил, что лицензирование в существующем виде себя девальвировало, — сказал он, — но затем многие, среди них Л.М.Рошаль и Г.Э.Улумбекова, стали пугать, что без лицензирования все развалится. Но они, наверное, не представляют себе, что сегодня лицензирование покупается, что органы надзора в регионах не просто коррумпированы, но и заинтересованы в том, чтобы тормозить процесс. Но все же теперь, в политических интересах, решили погодить с отменой лицензирования — сначала посмотреть, как будет идти реформа здравоохранения. Кроме того, с сентября в медвузах будут введены новые обучающие программы, и студенты, которые по ним выучатся, станут врачами к 2017 году. И когда будут выпускаться врачи, которые могут нести ответственность за свою деятельность, начнется их аккредитация. С.Мисюлин также заметил, что островок социализма — бесплатное здравоохранение — не может быть в итоге не сожран акулой капитализма. Кстати, и Г.Я.Лопатенков сказал, что пора перестать врать себе и обществу — нужно работать в реальности, а она такова — рынок и социальное государство несовместимы.

На Форуме, кроме того, были рассмотрены такие вопросы как роль врачебного самоуправления в развитии национальной системы здравоохранения, корпоративное управление и регулирование профессиональной деятельности врачей и др.

Крайне актуальным для участников Форума был доклад заместителя директора по экономическим вопросам ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития РФ, проф. Ф.Н.Кадырова об изменении организационно-правовых форм государственных ЛПУ. С ним мы постараемся познакомить наших читателей в следующем номере «МП».

Виктория ЗАХАРОВА

С Днем медицинского работника!

Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Примите самые искренние и сердечные поздравления с приближающимся профессиональным праздником — Днем медицинского работника!

Труд медиков невозможен без самопожертвования, верности однажды выбранной профессии, взаимопонимания, способности преодолевать все трудности и побеждать. Вы всегда находитесь в эпицентре человеческих бед и страданий, с честью несете свое высокое звание.

Трудности, которые в настоящее время существуют в здравоохранении в период его реформирования, не должны омрачить наш профессиональный праздник. Выполняя свой долг, работники здравоохранения должны получать то, что адекватно их вкладу — справедливую и достойную оплату труда, социальные гарантии, возможность удовлетворения духовных и нравственных потребностей. Поэтому общественная позиция нашего профсоюза в решении постоянно возникающих проблем всегда была и будет принципиальной, так как нас не может не беспокоить судьба отечественного здравоохранения и, прежде всего, судьба работающих в отрасли.

В этот праздничный для нас день, дорогие коллеги, от всего сердца желаю вам крепкого здоровья, счастья, оптимизма, семейного благополучия и уверенности в завтрашнем дне.

Председатель Теркома Профсоюза В.А.ДМИТРИЕВ

НОВОСТИ ТЕРКОМА

СЕМИНАР СЛУЖБ ОХРАНЫ ТРУДА ПРОФСОЮЗНЫХ КОМИТЕТОВ

Выполняя Соглашение с Комитетом здравоохранения, Территориальный комитет профсоюза работников здравоохранения РФ организовал совместный семинар для уполномоченных по охране труда профсоюзных комитетов учреждений здравоохранения, который проходил 26-27 мая в Зеленогорске.

В работе семинара принимала участие ведущий специалист отдела развития учреждений здравоохранения Комитета по здравоохранению Петербурга **И.В.Соломатова**.

Целью семинара были освещение актуальных вопросов по обеспечению безопасности труда и соблюдения трудового законодательства по охране труда. На семинаре были освещены итоги прошлого года по несчастным случаям и профессиональной заболеваемости. Затраты Комитета по здравоохранению города на охрану труда в 2010 году составили 385 млн руб. (в 2009 году — 214 млн руб.). Некоторое увеличение числа несчастных случаев в регионе было обусловлено снежной зимой. Источниками финансирования мероприятий, обеспечивающих безопасность труда, являются средства от предоставления платных услуг учреждением здравоохранения, целевые средства и средства Фонда

социального страхования.

Что касается последнего источника финансирования, то на семинаре слушателям было сообщено о том, что Минздравсоцразвития РФ подготовило проект Федерального закона «О внесении изменений в статьи 17 и 22 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Законопроектом предлагается внести изменения в Федеральный закон от 24.07.1998 №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», обязывающий страхователей для решения страховщиком вопроса установления надбавок и скидок к страховому тарифу предоставлять сведения о результатах аттестации рабочих мест по условиям труда, проведенных периодических и предварительных медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

Также законопроектом предусматривается, что размер скидки или надбавки к страховому тарифу рассчитывается по итогам работы страхователя за три года (в настоящее время для расчета используется лишь предыдущий год) и устанавливается

страхователю с учетом состояния охраны труда, включая результаты аттестации рабочих мест по условиям труда и периодических медицинских осмотров. При этом скидка не предоставляется при наступлении страхового случая со смертельным исходом.

Указанные меры направлены на повышение эффективности системы социального страхования и экономическое стимулирование работодателей к соблюдению требований охраны труда.

Значительная часть семинара была посвящена проведению аттестации рабочих мест по условиям труда. На конец 2010 года из 61553 рабочих мест в ЛПУ Петербурга были аттестованы только 18057. В связи с тем, что по результатам аттестации работнику будут устанавливаться соответствующие льготы за опасные условия труда, этот вопрос приобретает особую актуальность. Тем более что новый приказ Минздравсоцразвития от 1 сентября 2011 года вводит новый, более жесткий порядок проведения аттестации. На семинаре была особо подчеркнута возможность до указанного срока провести аттестацию рабочих мест по действующим правилам, ведь результаты аттестации действуют в течение 5 лет.

На семинаре были рассмотрены основные замечания, наиболее

часто встречающиеся при проверках работы служб охраны труда: в ряде случаев отсутствуют положения по организации работы таких служб, инструктажи работников проводятся с нарушением сроков, инструкции по охране труда для персонала устарели и не соответствуют современным требованиям, журналы по инструктажам не прошиты и не пронумерованы, нет приказов по назначению лиц, отвечающих за прилегающую территорию, за состояние зданий и сооружений, не ведется учет личных карточек по выделению средств индивидуальной защиты и пр. Тем не менее, проверки показали некоторый прогресс в устранении подобного рода замечаний. В таком деле как охрана труда немаловажную роль играют инструктажи работников. Из всех инструктажей только вводный проводится инженерами по охране труда или лицами, уполномоченными на такую работу специальным приказом. Остальные, а это первичный, повторный, внеплановый и целевой, проводятся руководителями структурных подразделений.

На семинаре также поднимались вопросы медицинских осмотров работников с вредными условиями труда, правила эксплуатации объектов повышенного давления, вопросы обеспечения средствами индивиду-

альной защиты, правила хранения типовых управленческих документов, образующихся в процессе деятельности учреждений здравоохранения в области охраны труда, некоторые из которых должны храниться 45-75 лет.

Завершающая часть семинара носила практический характер. Перед участниками выступил председатель Теркома профсоюза **В.А.Дмитриев**. Он рассказал о работе, проводимой Теркомом в отношении положения работников здравоохранения Петербурга, Ленинградской области, федеральных учреждений, о политической ситуации, складывающейся накануне выборов в Государственную Думу и Президента РФ. В выступлениях участников поднимались актуальные вопросы охраны труда, с которыми ежедневно приходится сталкиваться работниками служб охраны труда в учреждениях.

По мнению участников, такие встречи позволяют квалифицированно ставить перед руководителями назревшие вопросы и решать насущные вопросы охраны труда в учреждениях.

технический инспектор ЦК профсоюза по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, Г.Н.МАЛУШКО

1 июня, в День защиты детей в НИИ детской травматологии и ортопедии им. Турнера открылась новая, десятая, операционная. Здесь в основном будут оперировать маленьких пациентов с челюстно-лицевыми травмами.

Открывая новую операционную, вице-губернатор Л.А.Косткина призналась, что она с большим удовольствием приезжает в этот институт, где удивительный, уникальный коллектив и замечательные условия для больных детей.

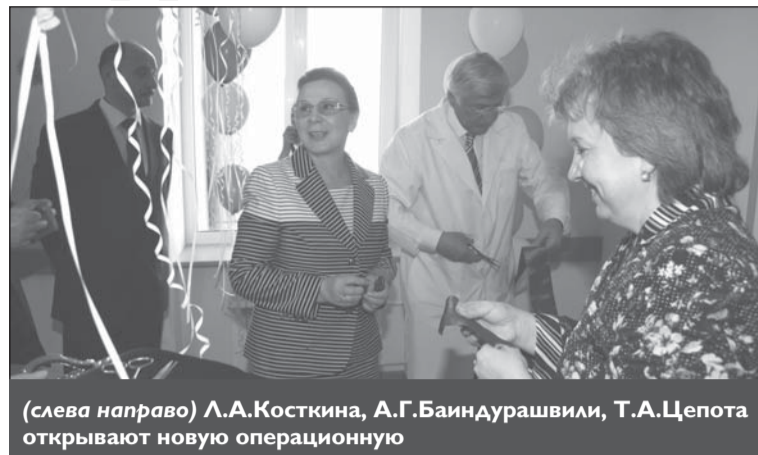
— Огромная заслуга в этом принадлежит директору института А.Г.Баиндурашвили, сказала вице-губернатор, к кому бы он ни обратился за помощью, включая федеральные власти, никто ему не отказывает. Здесь многое сделано за счет бизнес-структур. Но бизнес помогает только тому, у кого есть результаты. Он должен видеть, куда вложены деньги. И в Институте это на самом деле видно. Крайне важно, что здесь не забывают спонсоров — об их помощи детям напоминают многочисленные памятные таблички.

Новая операционная открыта на деньги Сбербанка. Заместитель председателя Северо-Западного банка Сбербанка России Т.А.Цепота заметила, что знает это учреждение с давних пор, когда оно ещё выглядело совершенно ужасно. Сегодня она и её коллеги из Ассоциации банков России гордятся тем, что причастны к чудесному преобразению Института,

БАНКИ ПОМОГАЮТ ДЕТЯМ



Маленькие пациенты дают концерт для гостей



(слева направо) Л.А.Косткина, А.Г.Баиндурашвили, Т.А.Цепота открывают новую операционную

испытывают радость за детишек, которых лечат в прекрасных условиях. — Ради этого стоит работать, — заметила она.

Президент Ассоциации банков Северо-Запада В.В.Джикович отметил, что роль А.Г.Баиндурашвили в возрождении Института трудно переоценить. — Когда он взялся за него, мы не верили, что эти руины можно восстановить. Алексей Георгиевич — наш годами испытанный друг, подкупающий и заражающий всех искренней любовью к своему делу. Я согласен с вице-губернатором, что здесь мы видим, что каждая копейка служит во благо больных детей, поэтому хочется помогать и помогать, тем более что

работы здесь ещё очень много. Надо сказать, что социальная ответственность существует у всех банков, хотя возможности у всех разные. Но у нас даже существует бюллетень, где мы отмечаем, какой банк кому помог. Но вокруг проекта «Турнер» объединились многие банки, и это нас сплотило — общее дело сближает. И хочу подчеркнуть, что наша помощь Институту Турнера — не разовая акция, а большой проект, — сказал он.

В свое время Сбербанк отремонтировал поликлинику, а Банк ВТБ закупил туда роботизированную систему для реабилитации Локмат за 550 тыс. евро. Банк СИАБ в отделении патологии позвоночника построил палаты

интенсивной терапии, полностью оснастил их. Этот же банк закупил оборудование в мастерскую при институте, где производят импланты. Сбербанк по своему проекту «Тепло детям России» остеклил окна старого корпуса. Все хотят помогать больным детям, тем более что результаты этой помощи очевидны.

— Как вы помните, сказал А.Г.Баиндурашвили, В.В.Путин открывал у нас новый оперблок на 9 операционных. Но нам их оказалось мало, поэтому мы обратились в Ассоциацию банков за помощью. Теперь у нас есть ещё одна операционная, самая большая в институте. Сейчас мы наполним её новым

инструментарием и начнем работать. Новая операционная означает, что в этом году мы прооперируем на 300-350 детей больше, а, следовательно, очередь к нам станет меньше. Вообще при правильной организации труда 10 оперблоков нам вполне достаточно.

Теперь мы большие надежды возлагаем на реабилитационный центр, который собираемся строить в Павловске. Его проектная документация его уже готова. Тогда мы сможем помогать гораздо большему количеству больных детей, нуждающихся в операционном лечении.

Виктория ЗАХАРОВА

РАЗМЫШЛЕНИЕ НА ТЕМУ

МЕНЯЮ ПОЛИКЛИНИКУ И СТРАХОВУЮ КОМПАНИЮ!

ИЛИ ПОЛНОЕ КРУШЕНИЕ ИЛЛЮЗИЙ

Как сотрудник Медицинской ассоциации Санкт-Петербурга я имею возможность получать высококвалифицированную медицинскую помощь без проблем и очередей. Но как журналист все время ставлю на себе эксперименты, посещая «на общих основаниях» городские поликлиники, женские консультации, травмпункты и участвуя в различных программах, чтобы иметь возможность рассказать читателям, что у нас, как и почему. Увы, далеко не всегда эти эксперименты заканчиваются в мою пользу. Поэтому я не позволяю участвовать в подобных экспериментах своим родственникам. И тут без популал — я вовлекла в нашу медицину свою дочку...

В субботу вечером у двадцатилетней девушки начались проблемы с ногой — воспалилась ступня. В «травме» нашего района мы уже как-то бывали, больше не хотим, поэтому до понедельника решили обойтись своими силами, все-таки кое-какой опыт уже имеется. Но в понедельник с утра она поплелась в поликлинику (практически босой, т.к. обуться не позволяла дикая боль). К счастью, ей удалось записаться к хирургу по интернету, и, к счастью, хирург эту запись, в отличие от других врачей в данной поликлинике, не проигнорировал. К слову, хирург А.В.Ланговой у нас замечательный — опытный, знающий, внимательный, терпеливый и доброжелательный. Он не раз помогал членам нашей семьи. И у него, представьте, даже есть медсестра! Доктор осмотрел больную ногу, посчитал случай не слишком понятным и дал направление на рентген. По-моему, очень грамотный подход. Но оказалось, что номерок на рентген по направлению врача можно получить только в четверг в 12-00! Напоминаю — был понедельник, нога очень болела, девушка не могла ходить! Когда

больная в четверг назначенному времени приползла за номерком (нога так и не прошла), ей сказали, что номерков было всего 4 (!) и они уже кончились.

Хорошо знакомая с наставлениями начальника отдела по работе с гражданами ТФОМС СПб Г.Я.Лопатенкова, дочь позвонила в свою страховую компанию «РОСНО». Причем, оказалось, что ни по одному из телефонов, указанных на недавно выданном полисе, нельзя решить вопрос о помощи по ОМС! Ей продикували ещё один номер. Дочь объяснила представительнице СМО ситуацию. Дальше следует такой диалог (записанный на диктофон):

Представитель СМО (П.): Врач должен был отвести вас за руку на рентген.

Больная (Б.): Я не могу указывать врачу, что ему делать.

П.: Тогда позвоните начмеду.

Б.: В Территориальном фонде ОМС говорят, что защищать мои интересы, в т.ч. связываться с администрацией, должна страховая компания.

П.: Нет. Вот если начмед откажется вам помочь, тогда вмешаемся мы. Запишите телефон заведующего поликлиническим отделением...

Насколько я помню, по информации ТФОМС, в СМО с жалобами обращается не более трех человек в день...

Дочь позвонила заведующему. Тот — в отпуске. Тот, кто его замещает, отсутствует (3 часа дня!). — Позвоните завтра утром, — советует секретарь.

«Завтра утром» дочка плетется в поликлинику, ведь нога-то болит. Объясняет ситуацию исполняющей обязанности заведующего, та почему-то отправляет её к заведующему хирургическим отделением. Высидев очередь, девушка объясняет все следующему представи-

телю поликлиники. Врач, даже не взглянув на больную ногу, говорит: «Да, к сожалению, у нас на рентген большая очередь. Но попробую вам помочь — вот вам номерок на номерок (для экстренных случаев), приходите в среду»...

Потрясенная дочь, вернувшись домой, сказала: «Мама! Я поняла, почему бабушка наотрез отказывается ходить в поликлинику»...

Эксперимент не удался... Прости меня, доченька!

Раньше, обрисовывая подобные ситуации, я не называла конкретные ЛПУ, поскольку считала, что проблемы у всех общие, что недостатки в ЛПУ — это недостатки системы. Сейчас я знаю, что это не так. Понятно, что поликлиникам сегодня очень трудно. Их финансирование — «тришкин кафтан», директив больше, чем реальной помощи и т.д. Но я постоянно на эту тему разговариваю со знакомыми и родственниками, и знаю, что не во всех поликлиниках такие проблемы с рентгеном... Не во всех номерок на биохимический анализ крови 3 апреля выдают на... 26. Не везде к физиотерапевту нужно записываться, причем только за неделю вперед, хотя физиотерапия нужна, когда человек болеет, а не когда он выздоравливает. Не везде единственный жутчайший (совместный!) туалет, причем только на 4-м этаже. Не везде такие очереди в регистратуру. Может быть, в п/о №53, что на заброшенном в отношении здравоохранения Васильевском острове, к сожалению, просто мало думают о пациентах, многие из которых действительно больны?

Простой пример: когда я хотела сделать прививку от гриппа, мне, естественно, нужно было сначала проконсультироваться с терапевтом. Но я должна была записаться к нему за 2 недели, затем высидеть в очереди с больными людьми... Как раз в это время и эпидемия

подросла... Почему нельзя назначить одного терапевта, который бы осматривал желающих привиться? Например, терапевт кабинета здоровья вполне мог бы это делать!

К счастью, сегодня можно записаться к врачу (увы, не к каждому) по интернету. Но, к сожалению, врач может отказаться принять по этой записи. Муж записался к терапевту на 12-00. В это время выходит «врач» и говорит: «Я больше не принимаю, мне некогда». Муж настоял, чтобы его приняли, а оставшиеся пациенты безропотно со своими номерками ушли записываться еще раз.

Страшно подумать, через что придется проходить больным, немощным и старым людям!!!

Раньше, попадая в подобные ситуации, я возмущалась, сейчас — просто в отчаянии. Что происходит? Мы живем в XXI веке! С высоких трибун озвучиваются колоссальные цифры, которые вкладываются в здравоохранение, в том числе и петербургское. Мы слышим, что в Петербурге закуплено столько-то единиц современных рентген-аппаратов, что диагностические центры ждут-не дождутся пациентов. На деле же оказывается, что мы не можем получить самую элементарную помощь!

Недавно я присутствовала на брифинге по поводу использования стволовых клеток пуповинной крови при трансплантации... Было очень интересно, но, честно признаюсь, хотелось плакать — какая уж тут трансплантация, если даже такие элементарные вещи как рентген нам недоступны!

Виктория ЗАХАРОВА

P.S. А поликлинику наша семья решила поменять. Как и страховую компанию. Вернее, попробовать поменять. Об этом эксперименте я вам тоже расскажу

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

Спасти человека — их жизненное кредо

Уважаемая редакция газеты «Медицина Петербурга»!

Прошу вас напечатать благодарственное письмо работникам отделения портальной гипертензии городской больницы №26 в ближайшем выпуске газеты.

В последнее время состояние отечественного здравоохранения вызывает много нареканий со стороны общества. Это касается коммерциализации, низкой материально-технической базы отрасли, а также качества оказываемых услуг. Не последнее место занимает и такая тема, как нарушение этических норм: пациенты сталкиваются с грубостью, равнодушием, халатностью. Это, к сожалению, есть. Но есть и другое на чем зиждется наша медицина. Об этом и хочу рассказать.

В апреле текущего года я находилась на лечении в отделении портальной гипертензии городской больницы №26, руководителем которым к.м.н., профессор Малик Григорьевич Сафин.

Говорят, театр начинается с вешалки. А с чего начинается хорошая больница? Хорошее отделение? С доброжелательного отношения к больным, с готовности оказать экстренную профессиональную помощь.

Именно так слаженно действует персонал отделения портальной гипертензии. И заслуга в этом в первую очередь **Малика Григорьевича Сафина**, который сумел создать коллектив единомышленников, где каждый медицинский работник знает свое дело и ответственно к нему относится. Здесь нет затишья в выходные и праздничные дни. Здесь так принято. Такое ощущение, что люди работают за идею, работают на результат.

Заведующий отделением портальной гипертензии М.Г.Сафин замечательный хирург, имеющий большой опыт работы, использующий современные прогрессивные методы лечения. Сколько жизней спас этот незаурядный, талантливый человек!!!

Он передает свои знания молодым специалистам, в их числе мой лечащий врач Юрий Феликсович Юхимик — высококвалифицированный хирург, для которого его профессия не ремесло, а сфера приложения знаний, навыков, способностей.

Юрий Феликсович очень внимательный, обаятельный и заботливый врач. После выписки из больницы он продолжает наблюдение и корректирует дальнейшее мое лечение.

Я очень признательна этим людям, которые бесконечно преданы своему делу, честно выполняют свой профессиональный долг и верны клятве Гиппократова.

С уважением и благодарностью,
Светлана Ушкова

ПЕТЕРБУРГСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ — ПРИМЕР ДЛЯ ВСЕЙ РОССИИ

В Петербурге с 30 мая по 3 июня проходил XVII Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи 2011», в котором участвовало более 1600 врачей-офтальмологов со всей России. Мероприятие было направлено на обучение и повышение квалификации российских врачей с целью их активного участия в программе модернизации российского здравоохранения.

Организаторы конгресса: общественная организация Межрегиональная Ассоциация врачей-офтальмологов, кафедра офтальмологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, Комитет по здравоохранению и некоммерческая организация «ГлазМед Интернешнл» (США).

В этом году Конгресс стал и VII съездом Межрегиональной ассоциации врачей-офтальмологов, где было заслушано 75 докладов-лекций по актуальным вопросам офтальмологии, из них 30 были представлены представителями различных университетов США, Франции, Швейцарии, Италии, Греции, Германии и других стран.

По словам главного офтальмолога РФ, директора МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца **В.В.Нероева**, место конгресса было выбрано не случайно — правительство Петербурга лучше всех других понимает проблемы слепых и слабовидящих людей и доказывает это на деле. — То, что делается в Северной столице в этом отношении, является, — сказал он, — эталоном офтальмологической службы, соответствующим требованиям развитых стран.

На пресс-конференции вице-губернатор Петербурга **Л.А.Косткина** сообщила, что за последние 2 года в Петербурге полностью изменилась амбулаторная система офтальмологической службы. Благодаря настойчивости главного офтальмолога Петербурга **Ю.С.Астахова** и поддержке Комитета по здравоохранению города страховые компании выделили 180 млн руб. на переоборудование и переоснащение офтальмологических кабинетов в 37-ми взрослых и 18-ти детских городских поли-

клиниках, а также на переобучение 150 врачей и медсестер этого профиля. Проведены ремонт и переоснащение в Городском офтальмологическом центре на Моховой. Кроме того, Петербург — единственный субъект федерации, правительство которого настояло на том, чтобы развитие городской офтальмологической службы было включено в федеральную Программу модернизации здравоохранения. — Конечно, потеря зрения — не жизненно важный показатель, но на качество жизни оно, несомненно, влияет очень сильно, — отметила вице-губернатор. Главный офтальмолог РФ подтвердил: «Подавляющее большинство слепых считают, что без зрения лучше не жить, и их можно понять, лишь завязав себе глаза хотя бы на полчаса...»

Л.А.Косткина добавила, что в новых, прекрасно оборудованных кабинетах теперь стопроцентная укомплектованность кадрами, и, что немаловажно — молодыми. А главный офтальмолог подтвердил, что оснащение кабинетов производится на высоком, европейском, уровне, и их не стыдно показать зарубежным коллегам.

На пресс-конференции речь шла о прогрессе в лечении **возрастной макулярной дегенерации**, которая, как известно, в большинстве случаев ведет к слепоте и ещё недавно считалась неизлечимым заболеванием. Существовавшие ранее методы позволяли лишь поддерживать зрение, но никак не улучшить его. Но сегодня существует новый препарат **Луцентис**, который, по мнению экспертов, стал настоящим спасением для пациентов с этим заболеванием. Он позволяет не только замедлять прогрессирующее падение зрения, но и

зачастую восстановить остроту зрения. Результаты исследований применения данного препарата показали, что 90% пациентов, получавших его инъекции, сохранили зрение, а 70% пациентов улучшили его настолько, что могут снова читать без очков.

Хотя новый препарат уже 5 лет назад был не только признан, но и зарегистрирован FDA, как уникальное средство для лечения возрастной макулярной дегенерации, а в 2008 году — зарегистрирован и в России, в нашей стране он широко пока применяться не может. Во-первых, он очень дорогой — одна инъекция стоит 50000 руб., а для эффективного лечения требуется, в среднем, 5-6 инъекций. Во-вторых, он не входит в перечень ЖНВЛС Минздравсоцразвития. Но, как сообщила **Л.А.Косткина**, Петербург не стал обращать внимание на эти препятствия — в этом году на закупку препарата для 140 петербуржцев (малоимущих и остро нуждающихся в лечении) из городского бюджета выделено 20 млн руб. — «Хотя за первые три инъекции», — сказала вице-губернатор... Правда, **Ю.Астахов** признался, что просил 40 млн руб. для 300 человек. Но вице-губернатор выразила надежду, что лечение страдающих макулярной дистрофией сетчатки войдет в специальную программу и будет ежегодно оплачиваться из бюджета города в достаточном размере. Чтобы отбор нуждающихся был справедлив, проводить его будет специальная независимая комиссия.

Ю.С.Астахов добавил, что «хорошей статистики» по возрастной макулярной дегенерации сетчатки нет, но предполагается, что на 10 тыс. населения прихо-

дится 15 человек, страдающих этим заболеванием.

Для справки:

По данным ВОЗ, возрастная макулярная дегенерация является одной из наиболее частых причин слепоты и слабовидения у лиц старшей возрастной группы. Это — хроническое дегенеративное нарушение, которым чаще всего страдают люди после 50 лет. По статистике, это заболевание чаще встречается у женщин.

ВМД проявляется необратимым поражением макулярной зоны с прогрессирующим ухудшением центрального зрения. Согласно имеющимся данным, парный глаз поражается не позднее чем через 5 лет после заболевания первого.

В клинической практике выделяют две формы ВМД: «сухую» и «влажную». «Сухая» форма (9 из 10 пациентов с ВМД) прогрессирует в течение многих лет, вызывает глубокую потерю центрального зрения только у 10-15% больных макулодистрофией. «Влажная» форма прогрессирует быстро (недели-месяцы), встречается примерно у 1-2 из 10 пациентов с возрастной макулодистрофией. Именно эта форма заболевания является главной причиной инвалидности по зрению (85-90% пациентов с ВМД).

При дегенеративных нарушениях происходит снижение центрального зрения в результате поражения макулы — наиболее важного отдела сетчатки. На сегодняшний день основной причиной развития этого заболевания принято считать наследственную предрасположенность.

Кроме того, к факторам развития возрастной макулярной дегенерации относятся:

- возраст (после 50 лет);
- генетическую предрасположенность;
- гипертонию и сердечно-сосудистые заболевания;
- курение.

При лечении возрастной макулярной дегенерации целью является предотвращение роста аномальных кровеносных сосудов путем блокирования стимуляторов роста новых сосудов, а также разрушающее воздействие на существующую неоваскулярную сеть с целью прекращения кровотечения. До появления нового препарата добиться этого не представлялось возможным.

Этот препарат был специально разработан для применения в офтальмологии, что обеспечивает его высокую эффективность и безопасность. Этот препарат снижает избыточную стимуляцию ангиогенеза при возрастной макулярной дегенерации, нормализует толщину сетчатки, действует на связь только с активными изоформами фактора роста новых сосудов, обеспечивая патогенетический подход к терапии. Он быстро и полностью проникает во все слои сетчатки, тем самым уменьшает макулярный отек и предотвращает увеличение размера поражения, прогрессию ХНВ и новые кровоизлияния.

Препарат вводится в стекловидное тело в дозе 0,5 мг (0,05 мл). Сначала проводятся 3 последовательные ежемесячные инъекции (фаза «стабилизации»), затем количество инъекций рекомендует врач в зависимости от состояния зрительных функций и степени заболевания (фаза «поддержания»). Интервал между введениями доз составляет, как минимум, 1 месяц.

Виктория ЗАХАРОВА

Россияне тратят на лекарства все больше денег

Рынок лекарств в 2011 году может вырасти на 11-12% в рублевом исчислении. На рост фармрынка в текущем году будут по-прежнему влиять инфляция, увеличение бюджетного финансирования, отсутствие ограничений наценки на лекарства, которые не включены в перечень жизненно необходимых и важнейших ЛС, а также продолжающееся увеличение трат среднестатистического россиянина на медикаменты. Наши граждане по-прежнему больше всего потребляют лекарств от сердечно-сосудистых болезней, болезней органов пищеварения, нервных заболеваний и простуды и тратят на это с каждым годом все больше денег.

К примеру, в 2003 году россиянин в среднем тратил 20-25 долл. на покупку медикаментов, в 2005 — 58 долл., в 2006 году — 70 долл. «Прогресс налицо — сегодня в среднем россиянин тратит на лекарства порядка 80-100 долл. в год, — отмечает эксперт рынка, директор Национальной дистрибьюторской компании **Настасья Иванова**, — этот средний показатель складывается по России в целом, в него попадают и население республик Северного Кавказа, где покупают лекарства вряд ли превышают тысячу рублей в год, и жители Москвы

и Петербурга, которые тратят в 10 раз больше. Однако очевидно, что в стране становится все больше людей, которые могут себе позволить покупать более дорогие и, как правило, более эффективные лекарства. В настоящее время в России 88% пользователей лекарственных препаратов приобретают их на собственные средства».

В то же время в странах Евросоюза расходы на покупку лекарств и медикаментов составляют 200-250 долл. в год на человека. В США в среднем лекарства потребляют на 704 долл., в Японии — 620 долл., в Канаде — на 498 долл., во Франции — на 459 долл., в Германии — на 411 долл.

Вывод очевиден: несмотря на все сложности, возможности российского рынка еще очень велики, а его ёмкость значительна. Потребление лекарств в нашей стране на душу населения в стоимостном выражении значительно ниже, чем в других странах. Правда, **Настасья Иванова** предлагает не забывать о том, что «если сложить хотя бы официальные данные инфляции за восемь лет, мы получим прирост потребления в ценовом выражении уже примерно в 2,5 раза. Технологии не стоят на месте — лекарства меняются в лучшую сторону по качеству и

эффективности, что делает их дороже. Кроме того, потребителей лекарств становится больше из-за известной всем проблемы старения нашего населения».

Эксперт считает, что основные причины роста покупательской способности населения в отношении лекарств — инфляция и увеличение числа пожилых людей.

Похожая ситуация наблюдается и в некоторых странах постсоветского пространства. Например, среднестатистический украинец тратит на лекарства около 58 долл., гражданин Беларуси — 71 долл. Эти показатели являются самыми низкими в Европе. Однако, по сравнению с Казахстаном, где потребление лекарств на душу населения оценивается государственными органами в 27-35 долл. в год, даже такая ситуация выглядит вполне благополучной.

Следует отметить, что согласно недавнему опросу ВЦИОМ, россияне экономят на здоровье — почти каждому пятому гражданину не хватает средств на покупку необходимых лекарств, причем среди тех, кто постоянно употребляет медикаменты, эта доля составляет 30%.

Материал предоставлен проектом Pharm-MedExpert.ru

Соматическое здоровье несовершеннолетних беременных

Здоровью девушек как будущих матерей в последнее время уделяется все большее внимание. На формирование репродуктивного здоровья оказывает влияние целый ряд причин, в том числе и соматические заболевания.

Для анализа частоты соматической патологии юных беременных было осмотрено 220 девушек-подростков в возрасте 15-17 лет. Группа контроля состояла из 112 девушек, обратившихся для подбора средств контрацепции.

Общая соматическая патология выявлена с частотой 1945,5 на 1000 осмотренных в основной группе и 1973,2 на 1000 осмотренных в группе контроля.

В основной группе пациенток на первом месте находятся заболевания системы крови, составляющие 61,3%, в то время как в группе контроля они были обнаружены лишь в 9,8%. Структура патологии разнообразна. 1-е место в основной группе заняли железодефицитные анемии (59,3%). Эти состояния были зарегистрированы уже в ранние сроки беременности (3-4 недели), что свидетельствует об изначально существующем железодефицитном состоянии. На 2-м месте по распространенности находятся такие изменения формулы крови, как лейкоцитоз от $9 \times 10^9 / л$ до $14 \times 10^9 / л$, редко превышающий эти показатели. Повышение СОЭ отмечено в 6,7%, эозинофилия выявлена у 3% пациенток. Заболевания сердечно-сосудистой системы были выявлены в 42,7% случаев, в то время как в группе сравнения они заняли ведущее место — 68,8%. Среди

заболеваний данной системы основную роль играет соматоформная вегетативная дисфункция.

На третьем месте по распространенности в основной группе находятся заболевания мочевыделительной системы. Они выявлены в 26,8% случаев. В этой группе заболеваний у 30,5% девушек зарегистрирован хронический пиелонефрит, в 18,6% — лейкоцитурия (изолированная), в 32,2% — кристаллурия. Заболеваемость мочевыводящей системы в группе контроля была выявлена в том же соотношении — 25%.

Таким образом, беременность у подростков часто возникает на неблагоприятном преморбидном фоне.

Особенностью данной группы явилась высокая частота заболеваний системы крови, сердечно-сосудистой системы в группе контроля была выявлена в том же соотношении — 25%. Таким образом, беременность у подростков часто возникает на неблагоприятном преморбидном фоне. Особенностью данной группы явилась высокая частота заболеваний системы крови, сердечно-сосудистой системы в группе контроля была выявлена в том же соотношении — 25%. Таким образом, беременность у подростков часто возникает на неблагоприятном преморбидном фоне.

По материалам IV Региональной научно-практической конференции «Воронцовские чтения. СПб 2011».

О.В.ПАНОВА, ГОУ ДПО СПб МАПО Росздрава

СТРАНИЧКА ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА — НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

В конце мая в Константиновском дворце прошла научная конференция «Сахарный диабет 2-го типа — новые возможности фармакотерапии», в которой приняли участие более 90 специалистов-эндокринологов. На ней были затронуты такие темы как эпидемиология сахарного диабета в Петербурге, аргументы в пользу раннего начала комбинированной терапии сахарного диабета 2-го типа и другие актуальные вопросы.

Основной темой конференции стали новые подходы к лечению сахарного диабета и, в частности, важнейшие аспекты применения новой группы современных препаратов, действие которых основано на механизме регуляции гомеостаза глюкозы посредством гормонов желудочно-кишечного тракта, называемых *инкретинами*.

В рамках данного мероприятия состоялся пресс-брифинг, в котором приняли участие заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии с курсом эндокринной хирургии РМАПО, проф., д.м.н. Александр Сергеевич Аметов, главный диабетолог Петербурга, заведующая СПб территориальным диабетологическим центром, к.м.н. Ирина Альбертовна Карпова и главный эндокринолог Петербурга, главный терапевт Министерства обороны РФ, начальник кафедры военно-полевой терапии ВМедА им. С.М.Кирова, д.м.н. Юрий Шавкатович Халимов.

Открывая пресс-брифинг, Ю.Ш.Халимов рассказал о том, что, по данным на 2010 год, в мире только по обращаемости число пациентов с сахарным диабетом превысило 250 млн, около 50% из которых находятся в наиболее активном, трудоспособном возрасте — 40–59 лет. Тогда как еще 20 лет назад численность больных сахарным диабетом в мире не превышала 30 млн человек. Учитывая темпы роста распространенности заболевания, эксперты Международной диабетической федерации (IDF) прогнозируют, что к 2025 году количество больных сахарным диабетом увеличится примерно в полтора раза и достигнет 380 млн человек, в основном за счет больных сахарным диабетом 2-го типа. Также, согласно прогнозам ВОЗ, к 2030 году диабет может стать седьмой ведущей причиной смерти в мире. Высокие темпы роста заболеваемости сохраняются и в России. «Российская Федерация входит в пятерку крупнейших стран мира и по населению, и по количеству больных сахарным диабетом. За последние 10 лет численность больных сахарным диабетом по обращаемости выросла в 2 раза и, по данным Государственного регистра, количество пациентов на 1 января 2010 года составило более 3 млн 100 тыс. человек. При этом около 90% случаев приходится на так называемый сахарный диабет 2-го типа», — отметил Юрий Шавкатович.

Между тем, данные контрольно-эпидемиологических исследований, проведенных Эндокринологическим научным центром в период с 2002 по 2009 гг., показали, что реальная численность больных сахарным диабетом выше зарегистрированной в 2–3 раза и составляет около 9 млн человек. «Проблема диабета определяется, прежде всего, тем, что это заболевание существенно сокращает жизнь и опасно тяжелыми осложнениями. Поэтому оно носит не только медицинский, но и социальный характер», — подчеркнул специалист. На сегодняшний день сахарный диабет является единственным хроническим неинфекционным



Слева направо: И.А.Карпова, Ю.Ш.Халимов, А.С.Аметов

заболеванием современности, пандемические темпы роста которого побудили ООН в декабре 2006 г. принять резолюцию, призывающую «создавать национальные программы по предупреждению, лечению и профилактике сахарного диабета и его осложнений и включать их в состав государственных программ по здравоохранению».

Дополняя выступление Ю.Ш.Халимова статистикой по Петербургу, И.А.Карпова отметила, что на начало 2011 года в городе было зарегистрировано 119602 больных сахарным диабетом. «За последние годы, несмотря на то, что распространенность заболевания (число зарегистрированных больных на определенную численность населения) растет, сама заболеваемость (впервые выявленные случаи болезни) остается достаточно стабильной. Это говорит о том, что средняя продолжительность жизни больных увеличилась и стала составлять 70 лет, что близко к среднестатистическому показателю у людей, не страдающих данным заболеванием», — сообщила Ирина Альбертовна.

А.С.Аметов рассказал о механизмах развития сахарного диабета, его последствиях, факторах предрасположенности к заболеванию, мерах профилактики и об особенностях лечения. Самой распространенной формой заболевания, как было указано выше, является диабет 2-го типа: им страдают около 85–90% пациентов. Сахарный диабет 2-го типа — это хроническое заболевание, характеризующееся нарушением механизмов взаимодействия инсулина с клетками за счет того, что рецепторы клеток теряют к нему чувствительность, или нарушением работы поджелудочной железы, приводящее к тому, что железа перестает синтезировать инсулин в нужном количестве.

Опасными последствиями заболевания являются его осложнения в виде нефропатии, ретинопатии, поражения магистральных сосудов сердца, головного мозга, периферических сосудов нижних конечностей. Именно эти осложнения являются причиной высокой инвалидизации и смертности пациентов с сахарным диабетом. Данные крупномасштабных, многолетних исследований (UKPDS, ADOPT) показали, что

среди пациентов с впервые диагностированным сахарным диабетом 2-го типа на момент постановки диагноза те или иные специфические микро- и макрососудистые осложнения имеют 30–50% пациентов. По данным ВОЗ, в большинстве стран диабет стал одной из главных причин преждевременной заболеваемости и смертности, главным образом, в связи с повышенным риском сердечно-сосудистой заболеваемости. Отсутствие информированности о диабете в сочетании с недостаточным доступом к медицинским службам и основным лекарственным средствам также может привести к таким осложнениям как слепота, ампутация конечностей и почечная недостаточность.

Опасность заключается и в том, что, в отличие от диабета первого типа, для второго характерно медленное и бессимптомное развитие заболевания. Так, еще за 5–10 лет до диагностики сахарного диабета 2-го типа у пациента может быть обнаружен «предиабет», характеризующийся нарушением толерантности к глюкозе и/или гипергликемией, а функциональная способность бета-клеток у больных с недавно диагностированным диабетом 2-го типа уже снижена приблизительно на 50%. Важной проблемой является не только снижение количества бета-клеток при диабете 2-го типа, но и установленный учеными факт ускорения этого процесса при применении различных гипогликемических препаратов.

Факторы риска при сахарном диабете можно разделить на две группы: абсолютные и относительные. К группе абсолютного риска относятся факторы, связанные с наследственностью, обуславливающие генетическую предрасположенность к заболеванию. К относительным факторам развития сахарного диабета относятся: ожирение, нарушение обмена веществ, ряд сопутствующих заболеваний и состояний (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, хронический панкреатит, стрессы, невропатии, диабетические расстройства глаз и проблемы зрения, инсульты, инфаркты, варикозное расширение вен, поражения сосудов, нефропатии, отеки, опухоли, нейтропатии, ретинопатии, почеч-

ная недостаточность, эндокринные заболевания, длительный прием глюкокортикостероидов, пожилой возраст, беременность плодом более 4000 г и многие другие заболевания). Среди всех факторов риска наиболее опасными являются наследственные факторы и предрасположенность организма, а также ожирение.

Простые меры по поддержанию здорового образа жизни часто оказываются эффективными для профилактики развития диабета 2-го типа. Согласно рекомендациям ВОЗ, для предупреждения заболевания и его осложнения необходимо:

- иметь нормальную массу тела и поддерживать ее;
- быть физически активным — по меньшей мере, 30 минут регулярной активности умеренной интенсивности в течение большинства дней (для контроля веса необходима дополнительная активность);
- придерживаться здорового питания, потребляя фрукты и овощи от трех до пяти раз в день, и уменьшать потребление сахара и насыщенных жиров;
- воздерживаться от употребления табака, так как курение повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

А.С.Аметов подчеркнул, что поскольку сахарный диабет 2-го типа имеет практически стопроцентную генетическую основу, скоро в применении к заболеванию можно будет говорить о таком направлении как фармакогенетика. «Современные подходы к терапии сахарного диабета направлены, прежде всего, на то, чтобы предотвратить дальнейшее истощение функции поджелудочной железы, а также обеспечить контроль заболевания. Особо стоит отметить новый класс препаратов, называемых инкретинами. С их помощью можно восстановить нормальные функциональные отношения между альфа и бета-клетками, регулируемыми углеводным обменом, а также добиться всестороннего гликемического контроля. Кроме того, изучаются еще и негликемические эффекты препаратов данной группы. Так, прием данных препаратов сопровождается низким риском развития гипокликемий — резкого падения уровня сахара, нейтральным влиянием или

снижением массы тела, из негликемических эффектов — наблюдается снижение уровня холестерина, а также уменьшение зоны инфаркта миокарда», — рассказал Александр Сергеевич.

На пресс-брифинге была затронута история развития сахароснижающей терапии. Главной целью лечения сахарного диабета 2-го типа, как и любого другого заболевания, является продление и сохранение качества жизни пациентов. Залогом успеха в этом является, прежде всего, ранняя диагностика и правильно подобранное и своевременно начатое лечение. Современная история развития и совершенствования сахароснижающей терапии диабета началась с момента выделения инсулина в 1922 г. Однако для диабета 2-го типа революционные открытия начались только в 50-е годы XX века, когда последовательно были синтезированы и внедрены в клиническую практику пероральные препараты сульфонилмочевины и бигуаниды (метформин).

В 2000 году на рынок пришли принципиально новые таблетированные препараты, влияющие на инсулинорезистентность — тиазолидиноны (глитазоны). Таким образом, с этого момента и до 2007 года традиционными пероральными сахароснижающими препаратами для лечения сахарного диабета 2-го типа, действие которых направлено на устранение основных дефектов, лежащих в основе патогенеза, считались следующие группы препаратов:

- препараты, стимулирующие секрецию инсулина (производные сульфонилмочевины, меглитиниды);
- препараты, устраняющие инсулинорезистентность (бигуаниды, тиазолидиноны);
- препараты, блокирующие всасывание глюкозы (ингибиторы альфа-глюкозидазы).

Применение этих лекарственных средств позволяло в течение относительно длительного времени сохранять удовлетворительные показатели контроля гликемии при сахарном диабете 2-го типа, но неизбежно вызывало увеличение частоты развития побочных эффектов, самыми нежелательными из которых были и остаются гипогликемия, увеличение массы тела, кардиотоксические эффекты, что ограничивает применение той или иной группы препаратов.

По результатам исследований UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) и ADOPT (Adult Diabetes Outcome Progression Trial), стало ясно, что ни один из вышеперечисленных препаратов не может остановить прогрессирующее истощение массы и снижения функции бета-клеток поджелудочной железы, что приводит к неизбежной необходимости начала инсулинотерапии спустя 7–10 лет от дебюта диабета.

Все эти обстоятельства заставили ученых продолжить поиски новых возможностей воздействия на причину возникновения и прогрессирование такой болезни, как сахарный диабет 2-го типа. Основные научные исследования были направ-

лены на изучение принципиально нового механизма регуляции гомеостаза глюкозы посредством гормонов желудочно-кишечного тракта, называемых инкретинами, наиболее эффективным из которых с точки зрения сахароснижающего эффекта является глюкагоноподобный пептид-1 (ГПП-1). На действии этого гормона и основан новый подход к лечению больных сахарным диабетом 2-го типа.

В 2007 году был зарегистрирован препарат *ситаглиптин* — первый в принципиально новом классе сахароснижающих средств — ингибиторов ДПП-4, фермента, разрушающего гормоны, играющие основную роль в инсулиновом ответе на прием пищи. Первый препарат этой группы зарекомендовал себя сопоставимым по эффективности с существующими пероральными сахароснижающими препаратами и, при этом, характеризуется лучшим профилем безопасности.

Большинство пациентов с сахарным диабетом 2-го типа нуждаются в комбинации препаратов для дости-

жения компенсации и поддержании нормального уровня гликемии. Этим обусловлено и то, что большее предпочтение для лечения пациентов отдается фиксированной комбинации из двух препаратов с взаимодополняющими механизмами действия в одной таблетке.

В 2011 году на российском рынке появился новый препарат *янумет* (ситаглиптина фосфат/метформина НС), который представляет собой комбинацию двух сахароснижающих препаратов с взаимодополняющими механизмами действия, предназначенную для улучшения контроля гликемии у больных сахарным диабетом 2-го типа.

Это комбинированный препарат, который применяется для улучшения гликемического контроля в дополнение к диете и физическим упражнениям в следующих случаях:

- в качестве стартовой терапии больным сахарным диабетом 2-го типа для улучшения контроля гликемии, если соблюдение диеты и физической нагрузки не позволяет добиться адекватного контроля;

— в комбинации с производными сульфонилмочевины (комбинация трех препаратов) в качестве дополнения к диете и режиму физических нагрузок для улучшения контроля гликемии у больных сахарным диабетом 2-го типа, не достигших адекватного контроля после лечения двумя из этих трех препаратов: метформином, ситаглиптином или производным сульфонилмочевины;

— в комбинации с тиазолидиндионами, когда диета и режим физических нагрузок в сочетании с двумя из трех препаратов (метформин, ситаглиптин или тиазолидиндион) не приводят к адекватному гликемическому контролю;

— в комбинации с инсулином, когда монотерапия инсулином не приводит к адекватному гликемическому контролю.

Ситаглиптина фосфат является активным при пероральном приеме, высоко селективным ингибитором фермента дипептидилпептидазы 4 (ДПП-4), предназначенным для лечения сахарного диабета 2-го типа.

Фармакологические эффекты класса препаратов-ингибиторов ДПП-4 опосредованы активацией инкретиннов. Ингибируя ДПП-4, ситаглиптин повышает концентрацию двух известных активных гормонов семейства инкретиннов: глюкагоно-подобного пептида 1 (ГПП-1) и глюкозо-зависимого инсулинотропного полипептида (ГИП). Инкретины являются частью внутренней физиологической системы регуляции гомеостаза глюкозы. При нормальном или повышенном уровне глюкозы крови ГПП-1 и ГИП способствуют увеличению синтеза и секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы.

Метформина гидрохлорид является гипогликемическим препаратом, повышающим толерантность к глюкозе у больных сахарным диабетом 2-го типа, снижая базальный и постпрандиальный плазменный уровень глюкозы.

В целом, янумет оказывает нейтральное воздействие на массу тела. При его приеме в качестве монотерапии или в комбинации с другими

сахароснижающими препаратами частота развития гипогликемий сравнима с аналогичным показателем при приеме плацебо.

Янумет (ситаглиптин/метформин) выпускается в виде дозировок 50/500 мг, 50/850 мг, 50/1000 мг и рекомендован для 2-х кратного приема. Препарат обычно назначают в режиме 2 раза в день во время еды, с постепенным увеличением дозы, с целью минимизации возможных побочных эффектов со стороны ЖКТ, характерных для метформина.

Широкий спектр показаний, многообразие дозировок, возможность начала как стартовой терапии, так и поддерживающей, открывают большие возможности для эффективного, безопасного и качественного лечения.

Янумет одобрен для применения в более чем 62 странах мира и был выписан более 4 млн пациентам, страдающим сахарным диабетом 2-го типа.

Подготовила
Елена ИГНАТЬЕВА

НУЖНЫ ЛИ МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ?

17 мая в рамках Российского фармацевтического форума Института Адама Смита состоялся пресс-брифинг Ассоциации международных фармацевтических производителей (АИРМ), где были обсуждены наиболее актуальные вопросы развития фармацевтической отрасли, а также представлены последние инициативы АИРМ по борьбе с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ).

Открывая мероприятие, исполнительный директор АИРМ Владимир Шипков сообщил, что миссией их организации является дипломатичное содействие развитию системы здравоохранения в интересах российских пациентов.

Глава российского представительства Ipsen Марина Велданова сказала: «Мы проживаем необычные годы — идет реорганизация нашей активности в связи с тем, что на рынке фармслуг появился самый сильный игрок — наше государство. Сегодня ведется диалог общестественности с государством, чтобы меры, им разрабатываемые, были как можно более эффективны и оптимальны, пошли на пользу обществу. И возможность этого диалога крайне важна, поэтому мы придерживаемся принципа максимальной открытости».

Помимо всего прочего, на брифинге зашла речь о критике, которой постоянно подвергает институт медицинских представителей Начальник управления контроля социальной сферы и торговли ФАС России Тимофей Нижегородцев, считающий, что медпредставителей быть не должно, по крайней мере, в таком виде, как сегодня. Известно, что эта тема является предметом давнего спора между представителем ФАС и г-ном Шипковым.

Исполнительный директор АИРМ сообщил, что фармпроизводители намерены по-прежнему использовать этот институт для продвижения наиболее современных, эффективных и безопасных лекарственных средств для российских пациентов, потому что для этого нет никакой иной возможности.

Глава российского представительства Boehringer Ingelheim Иван Бланарик проинформировал собравшихся, что за рубежом считают контакт врачей и медицинских представителей одним из самых мощных рычагов переноса информации о препаратах. Запрет такого контакта, чего добивается ФАС, усложнит ситуацию. Нужен не запрет, а принятие определенных механизмов для того, чтобы качество этой информа-



Слева направо: И.Бланарик, П.Аганян, В.Шипков, М.Велданова, И.Давидсен

ции соответствовало всем требованиям. Необходимо образование, лицензирование медицинских представителей, которые квалифицированно доносили бы информацию о препаратах. Но в России нет такой проблемы, поскольку здесь подавляющее количество медицинских представителей сами врачи по образованию, у них есть интеллектуальный потенциал для общения на столь сложную тему, как медицинская. Это большой плюс по сравнению с другими странами.

— Просто, считает эксперт, нужно предоставить им специальные площадки, чтобы не было нерегулируемых пространств. Нужно также, чтобы фармкомпания следовали определенным правилам в обеспечении задачи улучшения качества медицинской помощи.

Патрик Аганян, генеральный директор Sanofi-Aventis, председатель Совета Директоров АИРМ заметил: «В любом деле есть плохие и хорошие люди, но я не сторонник деления на черное и белое. Мы не злые силы, которые только и занимаются тем, что подкупают врачей. Это был бы слишком простой взгляд. Что плохого, если компания, потратившая огромные деньги акционеров на производство лекарства, продвигает его? Другое дело, что это должно быть в рамках закона».

Марина Велданова уже 20 лет в фарминдустрии, но прежде была в течение 10 лет практикующим врачом. Она является доктором медицинских наук. Начав фармкарьеру с работы медпредставителем, она стала продактом-менеджером и уже 5 лет — гендиректор фармкомпания.

— У меня в команде более 100 человек, действительно несущих реальную информацию о препаратах. Могу поклясться в этом, сказала она, как и

в том, что мы вступаем в новую эру в связи с разработкой стандартов лечения. Появление на рынке такого понятия как стандарт лечения — это момент колоссальной важности. А информация о препарате — часть разработки стандарта. Я хочу принимать участие в этом. Например, моя компания производит уникальные препараты для лечения опухоли мозга. Она провела огромное количество клинических испытаний по всему миру, владеет всей информацией по этому препарату. Для того, чтобы в России пациент с таким заболеванием лечился этим препаратом правильно, это — мой долг врача, давшего в свое время клятву Гиппократу. Сегодня больного мы лечим оба — и врач, и я — фармпроизводитель. Словом, таблеткой, хирургическим путем. Но кто даст врачу таблетку? Только медпредставитель, обладающий знанием о ней. Это делает пустыми все возможные дискуссии по поводу того, нужны ли медпредставители. В России сегодня всего 40 тыс. представителей, и это — в 3-4 раза меньше, чем в США.

— Возможно, мы слишком эмоционально реагируем на разговоры на эту тему, продолжила Марина Велданова, но это — наш официальный долг. Я не хочу, чтобы мою социальную миссию кто-то мне лимитировал.

Старший вице-президент компании Никомед Групп и президент Nyscomed Russia-CIS Йосейн Давидсен остановился на подготовке кадров для фарм-

промышленности. Он считает, что строительство производства — это только начало, это — инвестиции в «железо», а дальше появляются стандарты лечения. И, возможно, именно медпредставители возьмут на себя функцию обучения современного врача этим стандартам в отношении фармацевцев, чтобы удовлетворялись требования Фармаконадзора.

И одна из главных задач фармкомпаний — обучение нового персонала. Многие заручаются системой обучения свое производство в России, многие участвуют в совместных производствах. Около 10 компаний занимаются локальными инвестициями. Однако мы должны спросить себя, есть ли у нас высококвалифицированный персонал для работы там? Не только медицинские — нам нужны квалифицированные кадры в области страхования, микробиологии и контроля качества. К сожалению, сейчас их не хватает. Мы должны совершенствовать систему обучения в этих областях. И начинать этот процесс сейчас, а не через 5-10 лет. Конечно, нужно организовывать фармацевтические и другие кластеры, но необходимо готовить квалифицированные кадры.

Помимо этого, представитель фармкомпания заметил, что сегодня происходят изменения в доступности препаратов, в ценообразовании, но ключевой момент заключается в том, что каждая упаковка лекарства, которую приобретает российский пациент, должна быть высокого качества. Сейчас это, к сожалению, не так, но есть надежда, что участие инвестиций иностранных компаний привнесет сюда дополнительное качество, и в итоге Россия придет к внедрению стандартов международного качества.

Виктория ЗАХАРОВА



26 мая в Смольном состоялась торжественная церемония вручения премий правительства Петербурга за выдающиеся научные результаты в области науки и техники, а также за выдающиеся достижения в области высшего и среднего профессионального образования.

Награды вручила губернатор Валентина Матвиенко. В церемонии также приняли участие председатель Законодательного собрания Петербурга Вадим Тюльпанов, лауреат Нобелевской премии, вице-президент РАН, председатель президиума СПб научного центра Российской академии наук, сопредседатель Консультативного научного совета Фонда «Сколково» Жорес Алферов и лауреат Нобелевской премии, член Национальной академии наук США и американской Академии искусств и наук, сопредседатель Консультативного научного совета Фонда «Сколково» Роджер Дэвид Корнберг.

Как подчеркнул Валентина Матвиенко, особенностью нынешней церемонии стал и «звездный» состав участников — представителей международного сообщества, входящих в фонд «Сколково». Губернатор отметила, что уже 3 петербургских вуза подписали меморандумы о сотрудничестве с фондом, которые предусматривают создание в Петербурге пилотных площадок для помощи в реализации проекта «Сколково». В свою очередь, фонд поможет петербургской науке в коммерциализации проектов — быстрой экспертизе, поиске партнеров и выходе на международные рынки.

По словам Валентины Матвиенко, город активно создает инфраструктуру для развития инноваций, строит бизнес-инкубаторы и технопарки, выделяет субсидии инновационным предприятиям в сфере малого и среднего бизнеса. «Петербург использует все шансы, чтобы внести свой вклад в модернизацию российской экономики», — сказала губернатор.

Она поблагодарила лауреатов за большой вклад в развитие нашего города и всей российской науки и пожелала им новых успехов и достижений.

Премия имени И.П.Павлова в области физиологии и медицины была вручена члену-корреспонденту РАМН Евгению Владимировичу ШЛЯХТО за разработку и внедрение новых медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

ВЫХОД ИЗ ЛАБИРИНТА НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ ЕСТЬ!

Эксперты отмечают необходимость создания эффективной системы медицинской помощи по отказу от курения и лечению никотиновой зависимости.

25 мая в Петербурге открылся Российский конгресс «Человек и проблемы зависимостей: Междисциплинарные аспекты», проводимый в преддверии Всемирного дня без табака. В ходе пресс-конференции, приуроченной к открытию Конгресса, ведущие российские и международные эксперты, представители правительства СПб подтвердили нацеленность на борьбу с табакокурением и отметили необходимость создания системы медицинской помощи по отказу от курения и лечению никотиновой зависимости.

Несмотря на интенсивную информационную работу о вреде курения и пропаганду здорового образа жизни, по данным Всемирной организации здравоохранения, Россия остается одной из самых курящих стран: в России курят около 44 млн человек в возрасте 15 лет и старше, то есть почти треть взрослого населения страны. В Петербурге курит 42,4% населения города, то есть 61% мужчин и 31,4% женщин.

Власти Петербурга прилагают значительные усилия для решения проблемы распространенности табакокурения в городе. Помимо широкой информационной работы с гражданами, на базе городских поликлиник открыто 22 центра здоровья, где жители города могут получить бесплатную медицинскую помощь по отказу от курения. Кроме того, Законодательное собрание в конце апреля 2011 г. рекомендовало Комитету по здравоохранению совместно с ТФОМС СПб разработать и внедрить медико-экономические стандарты (МЭС) по лечению никотиновой зависимости как в поликлиниках, так и в стационарах, а также создать Школы пациентов по отказу от курения. Кроме того, рекомендуется рассмотреть возможность введения в штатное расписание поликлиник дополнительных должностей узких специалистов: психолога, нарколога, психотерапевта — для ведения больных с никотиновой зависимостью.

Необходимость медицинской помощи курящим людям оче-



видно: несмотря на то, что большинство курильщиков признают пагубное воздействие никотина на организм и хотят бросить курить, только 3% из них могут отказаться от курения самостоятельно. Остальным нужна помощь.

«Общественное мнение склонно винить курильщиков в их зависимости. Курение воспринимается большинством как вредная привычка, отказаться от которой можно усилием воли. Но в реальности никотиновая зависимость по силе равна героиновой, и курение давно было признано ВОЗ и мировым медицинским сообществом рецидивирующим хроническим заболеванием. Существует только один эффективный способ отказа от курения — консультация врача и лечение», — заявила **Эва Краликова**, профессор первого медицинского факультета, Карлов Университет (Прага, Чехия), международный эксперт в области антисмокинг-овых программ.

Мировая практика показывает, что лечение пациентов, страдающих никотиновой зависимостью, в комплексе с другими мерами — запретом на курение в общественных местах, высокой стоимостью табачных изделий, высоким налогообложением табачных компаний, запретом на рекламу табака, информированием населения о последствиях его потребления — может быть очень эффективно в снижении распространенности табакокурения. Благодаря реализации комплекса мер ведущие страны Европы, в числе которых Нидерланды, Великобритания, Германия, Франция, снизили число

потребляемых сигарет. Лидером в борьбе с курением являются Нидерланды, где за 8 лет количество потребляемых сигарет в год на душу населения снизилось на 1514 штук. В этой стране с 2008 года проводится активная кампания в СМИ о вреде курения, увеличены налоги для производителей табака, введены запреты на курение в спортивных заведениях и учреждениях HoReCa, а с 2010 года медицинская помощь курильщикам финансируется за счет государства. Далее идут Швейцария, где годовой показатель потребления сигарет на душу населения снизился на 638 штук, и США — на 442.

Как отметила **Галина Сахарова**, заместитель директора НИИ пульмонологии ФМБА, эксперт ВОЗ, «Россия является одним из лидеров в Восточной Европе по уровню распространенности табакокурения среди молодежи: в возрасте 15-18 лет у нас курят 25% подростков (30% юношей и 18% девушек), в возрасте 19-24 лет курят 50% молодежи (62,1% молодых мужчин и 38% молодых женщин). В России также наиболее высокий уровень курения среди мужского населения — 68% мужчин в возрасте 25-44 года курят. Поэтому необходимо уже сейчас срочно принимать меры по ограничению табакокурения, ориентируясь на лучшие практики, внедренные в других странах. К примеру, в Европейском Союзе повышение стоимости табачной продукции заставило 45% курящих граждан отказаться от курения. Большую роль в этом сыграли рекомендации врачей, а также ограничение

курения в общественных местах. За последние два года 22% жителей Европы бросили курить. Мы должны использовать международный опыт для эффективного снижения потребления табака в России».

В последние годы в России уделяется все больше внимания профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся одной из главных причин смертности в нашей стране. Специалисты сходятся во мнении, что лечение пациентов станет на порядок эффективнее, если будет проходить в комплексе с лечением никотиновой зависимости.

«Табакокурение является важнейшей медико-социальной проблемой в мире и, особенно в нашей стране, приводя ежегодно к 400 тысячам смертей вследствие сердечно-сосудистых, бронхолегочных и онкологических заболеваний, — отметил **Петр Яблонский**, директор ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии», — все эти заболевания требуют дорогостоящего и длительного лечения. Так, затраты на лечение больных только одной патологией — хронической обструктивной болезнью легких — в Петербурге составляют более 180 млн рублей в год. Для успешного оказания помощи в отказе от потребления табака необходимо сочетание фармакологических и поведенческих методик».

Обучение студентов медицинских вузов, то есть будущих врачей, современным подходам к лечению табакокурения также является важной задачей. Как отметил **Юрий Успенский**, проректор по научной работе СПбГМА им. И.И.Мечникова, нужно работать, прежде всего, с молодежью, создавая систему ценностей, направленную на культивирование здорового образа жизни. Уже сегодня мы проводим лекции для учащихся нашей академии, рассказывая о природе и сути никотиновой зависимости и необходимости лечения курящих пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями, ассоциированными с потреблением табака. Только в случае отказа от курения терапия серьезных заболеваний будет более эффективной.

По информации АИРМ

Редакционная коллегия:
председатель
Ю. Н. Коржаев,
главный редактор
М. А. Тайц,
помощник главного редактора
Т. А. Сухощая,
литературный редактор, корректор
В. Ю. Захарова,
технический редактор
И. В. Петров.

Контактный телефон:
555-0650
Учредитель и издатель газеты
Медицинская ассоциация
Санкт-Петербурга

Газета зарегистрирована
Северо-Западным региональным
управлением Государственного
комитета по печати, регистрационный
номер П0727 от 06.11.97.
Тираж контролируется
Северо-Западным РУГК
по печати и соответствует
действительности.

Мнение авторов не всегда
совпадает с мнением редакции.
Мы не имеем возможности
возвращать и рецензировать
рукописи.
При перепечатке или ином
использовании материалов
ссылка на газету обязательна.
За содержание рекламы
и объявлений ответственность несет
рекламодатель.

Адрес редакции:
195257, Санкт-Петербург,
ул. Вавиловых, 14.
E-mail: medpet@mail.ru

Подписано в печать: 09.06.2011
Дата выхода: 10.06.2011

Отпечатано
в ООО «Типографский комплекс
«Девиз» 199178, СПб, В.О., 17-я
линия, д.60, лит. А, ком. 4Н.
Тел. 303-9495
Заказ № ТД-0002041

Тираж 2300 экз.
Цена свободная

телефон
рекламного
отдела
газеты
«Медицина Петербурга»
555-0650

ЭСТОНСКИЕ КОЛЛЕГИ ПОДЕЛИЛИСЬ ОПЫТОМ

20 мая состоялся ознакомительный визит делегации из психиатрических учреждений Эстонии в СПб ГУЗ ГПБ №3 им. И.И.Скворцова-Степанова.

В ходе визита прошли презентации с российской и эстонской стороны, в которых были освещены вопросы организации психиатрической помощи и сестринского процесса, сделан обзор законодательства двух стран в сфере охраны психического здоровья, проведена обзорная экскурсия по больнице. Состоялся обмен мнениями по наиболее актуальным проблемам оказания психиатрической помощи населению.

Гости, в частности, рассказали о крупнейшем психиатрическом стационаре «SEEWALD» г. Таллинна, который обслуживает территорию Северной Эстонии. Строительство больницы началось в 1898 году на

собранные народом деньги. Идея строительства принадлежит графине Элизе фон Сиеверс, землю пожертвовала баронесса Мария Гигарт де Соукантон. Первоначально количество коек — 106, к 1984 году число коек достигло максимума — 1065. После распада СССР и проведенных реформ количество коек было существенно сокращено: в настоящее время их 230 и 5 мест дневного стационара.

Сейчас здесь работают 40 психиатров, 4 детских психиатра, 12 психологов, 2 детских психолога, 2 логопеда, 2 невролога, терапевт, анестезиолог, медицинские сестры, санитарки, 2 социальных работника. Существенно меньше, чем в России, количество пациентов обслуживают врач и медицинская сестра: 10-15 человек. Напомним, что в России в среднем на 1 ставку приходится 25-35 пациентов.

Психиатрическая служба Эстонии входит в систему медицинского страхования. Средняя длительность пребывания на койке составляет 20 койко-дней, при более длительном лечении применяется уменьшенный тариф.

Процедура недобровольной (принудительной) госпитализации аналогична российской. Пациент не может находиться в стационаре недобровольно свыше 48 часов без решения суда, поэтому 3 раза в неделю в психиатрической больнице проходит выездное заседание суда в полном составе. При применении механических мер стеснения используются мягкие браслеты, исключаются проявления агрессии и аутоагрессии.

При декомпенсации сопутствующих психическому расстройству заболеваний и при инфекционной патологии пациенты переводятся в больницы

соответствующего профиля.

В реабилитационной деятельности используются подходы, похожие на российские. Это и трудовая терапия — на кухне, на ферме, в саду, в поле, в ремонтной мастерской, в отделениях. Имеется столярная, сапожная, швейная мастерские. Организованы театральные представления, музыкальные и танцевальные вечера, чтение

литературных произведений. Работает библиотека для пациентов.

Встреча коллег проходила в атмосфере живого интереса, уважения и доверия сторон.

Врачи двух городов выразили желание продолжить дальнейшее сотрудничество, организовать аналогичные встречи по обмену опытом в психиатрических клиниках Эстонии.

ТЕХНО-МЕД®

AGFA Aromat PACsmate Steril

**Поздравляем с днем
медицинского работника!!!**

Цифровые системы для радиологии
Рентгеновская пленка
Медицинские мониторы

Шовные материалы

Б. Сампсониевский пр., д. 60, лит. Н, Санкт-Петербург, 194044, Россия
+7 (812) 333-0331, 542-5490, 542-8861, 542-6343
www.techno-med.ru sales@techno-med.ru