

СОЮЗ ЖЕНЩИН РОССИИ



**Второй Евразийский женский форум
открытая дискуссия**

**«Здоровье женщин всех возрастов.
Золотой век серебряного возраста 50+»**

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

19 сентября 2018 г.



Приветствие Председателя Оргкомитета Форума, Председателя Совета МПА СНГ, Председателя Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации Валентины Матвиенко

Уважаемые друзья и коллеги!

Искренне рада приветствовать вас в Санкт-Петербурге и выражаю глубокую признательность за ваше намерение принять участие в Евразийском женском форуме.

Идея проведения женского форума в России родилась давно. Она неоднократно звучала во время встреч с коллегами из государств – участников Содружества Независимых Государств (СНГ), высказывалась представителями стран других интеграционных объединений – БРИКС, Шанхайской организации сотрудничества, Евразийского экономического союза, играющих все более значимую роль на международной арене. Сегодня Межпарламентская Ассамблея государств – участников СНГ и Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации воплощают эту инициативу в жизнь. С учетом участия в форуме более 700 высоких представителей из 85 стран всех континентов мира он приобретает глобальный масштаб.

Интерес к Евразийскому женскому форуму и его актуальность обусловлены возрастающей ролью женщин во всех областях жизни, открывающимися новыми возможностями их влияния на все сферы

деятельности в современном обществе, включая вопросы мира и международной безопасности.

Цель форума – обсудить вопросы социальной защищенности и устойчивого развития государств, перспективы взаимовыгодного партнерства в условиях углубления интеграционных процессов в мире, расширения участия женщин в экономике, политике, социальной, гуманитарной и культурной областях. Евразийский женский форум призван стать не только площадкой для дискуссий по назревшим проблемам. Уверена, что он послужит укреплению сотрудничества между парламентами, странами и народами. Его участники смогут познакомиться и обменяться мнениями о достижениях женщин в профессиональной, государственной, политической и общественной деятельности, изучить опыт государств в реализации семейной политики, по улучшению положения женщин и детей. И, конечно, полюбоваться красотой Северной столицы России – города Санкт-Петербурга.

Желаю вам успешной работы, плодотворного общения, счастья, благополучия и всего самого доброго!

Валентина Матвиенко



Содержание

<i>Е.Ф. Лахова</i> , председатель Союза женщин России, член Совета Федерации Федерального собрания РФ. Вступительное слово.....	7
<i>А.Л. Мясников</i> , ведущий телевизионной программы «О самом главном», кандидат медицинских наук. Вступительное слово	9
<i>Л.Д. Попович</i> Здоровье женщин 50+. Мировой опыт и уроки для России ..	10
<i>А.Л. Мясников</i> Сердечно-сосудистые заболевания у женщин	19
<i>Н.И. Рожкова</i> Проблемы онкологической заболеваемости	25
<i>М.В. Шестакова</i> Ожирение и сахарный диабет у женщин России.....	32
<i>Г.А. Мельниченко</i> Остеопороз – взгляды, возможности, решения	45
<i>И.З. Гайдукова</i> Заболевания опорно-двигательного аппарата у женщин ...	52
<i>О.А. Карпенко</i> Психическое благополучие женщин старших возрастов.....	61
<i>П.А. Воробьёв</i> Проблемы организации гериатрической помощи	69
Вопросы из зала	77
Резолюция	100



19 сентября в Санкт-Петербурге в рамках стартового дня второго Евразийского женского форума состоялась открытая дискуссия «За здоровье женщин всех возрастов. Золотой век серебряного возраста – 50+». Дискуссия организована по инициативе Союза женщин России при поддержке Министерства здравоохранения РФ. Модераторами выступили Екатерина Филипповна Лахова, председатель Союза женщин России, член Совета Федерации ФС РФ и Александр Леонидович Мясников, известный кардиолог, продолжатель знаменитой российской династии врачей, ведущий телепрограммы «О самом главном».

В дискуссии приняли участие эксперты, руководители медицинских центров, академики РАН, квалифицированные врачи, представители региональных министерств здравоохранения и общественных организаций, в том числе руководители более 30 региональных отделений и членских организаций Союза женщин России.

Дискуссии предшествовала большая подготовительная работа. Тема здоровья женщин была затронута не случайно. Одним из главных направлений Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017–2022 годы является «Создание условий для сохранения здоровья женщин всех возрастов». Данное направление предусматривает решение задачи по повышению доступности и

качества оказания медицинской помощи, разработке мер по предотвращению преждевременного старения, профилактике инфекционных заболеваний и программ лечения от алкоголизма и наркомании.

Ведущие специалисты в сфере медицины выступили с докладами по вопросам, связанным с эндокринологическими, психологическими проблемами женщин старших возрастов, методами профилактики и лечения сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, заболеваний опорно-двигательного аппарата. Были затронуты такие темы, как проблемы организации гериатрической помощи и мировой и российский опыт в области реализации программ по сохранению здоровья женщин старше 50 лет.

Представители общественных организаций также приняли активное участие в дискуссии, обсуждали меры по повышению мотивации к ведению здорового образа жизни, совершенствованию программ профилактических осмотров и оказания специализированной медицинской помощи женщинам, по развитию системы охраны репродуктивного здоровья, просвещению населения.

Участники единогласно пришли к выводу о необходимости укрепления взаимодействия всех заинтересованных сторон для решения проблем, поднятых в ходе дискуссии.

На основе конкретных предложений были выработаны рекомендации для их обсуждения на Координационном совете по реализации Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017–2022 годы.

Открытая дискуссия «За здоровье женщин всех возрастов. Золотой век серебряного возраста – 50+», состоявшаяся в рамках второго Евразийского женского форума, стала площадкой обмена мнениями и позитивным опытом для организаторов здравоохранения, профессионалов-медиков и представителей гражданского общества по проблемам совершенствования, повышения доступности и качества оказания медицинской помощи, профилактики и расширения участия некоммерческого сектора в реализации задач социального развития страны.

**Вступительное слово председателя Союза женщин России,
члена Совета Федерации Федерального собрания РФ Е.Ф.
Лаховой**



Уважаемые коллеги, друзья!

Рада приветствовать вас и выразить благодарность всем участникам нашей открытой дискуссии – ученым, медикам, представителям системы здравоохранения и социальной защиты, гражданского общества, приехавших из регионов России и проявивших интерес и внимание к столь актуальной теме.

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

Хотела бы также напомнить, что в России принята еще одна стратегия — Стратегия действий в интересах граждан старшего возраста. Этими документами мы и руководствуемся в работе со старшим поколением.

Реализация данных Стратегий требует слаженных действий федерального центра, регионов и гражданского общества, тесного врачебного взаимодействия и социальных служб. Наша площадка призвана содействовать консолидации сил государственных структур, медицинского сообщества по профилактике различных заболеваний и оздоровлению женщин при активном участии гражданского общества.

Известно, что во многих странах мира существует понятие "успешное старение", которое включает в себя не только физическое здоровье, но и социальное здоровье, духовный мир, внешний облик. С сожалением должна отметить, что у нас все еще существует такое явление как дискриминация по

возрасту, при устройстве людей пожилого возраста на работу, неуважительное отношение к пожилым в медицинских, социальных учреждениях, в семье.

Женщины, достигающие возраста 50+, должны понимать, что старение — не завершение жизни и что старость тоже может быть перспективной, плодотворной, созидательной и счастливой.

Несомненно, с возрастом количество болезней возрастает. Однако, не следует забывать, что наличие букета болезней с годами зависит и от того, как человек относится к своему здоровью, ведет ли он здоровый образ жизни.

К решению этих проблем необходимо активно привлекать гражданское общество. У Союза женщин России есть в этой области наработанные позитивные практики, которые реализуют наши региональные отделения.

В рамках долгосрочной программы, которую мы сегодня называем «Сохранение здоровья женщин всех возрастов» Советы женщин в регионах уже ни одно десятилетие реализуют следующие социально значимые проекты: «За здоровое, активное, творческое долголетие», «Университеты третьего возраста», «Пожилые помогают пожилым», «Молодые помогают пожилым», «Территория здорового образа жизни», «Забота в каждый дом» (организация оказания бесплатной медицинской консультативной помощи жителям отдаленных сельских поселений).

Владимир Владимирович Путин во время обращения в марте 2018 года к Федеральному собранию заявил: «Сегодня мы обязаны поставить перед собой цель принципиально нового уровня — к концу следующего десятилетия Россия должна уверенно войти в клуб стран «80 плюс». Задача непростая, и накладывает на всех нас большую ответственность.

Мы пригласили на нашу открытую дискуссию ученых, авторитетных медиков ведущих лечебных учреждений России. Они сделают сообщения и выскажут свое компетентное мнение, касающееся вопросов и проблемных зон здоровья женщин 50+ возрастов.

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

Вступительное слово ведущего телевизионной программы «О самом главном», кандидат медицинских наук А.Л. Мясников



Когда дело касается медицины, сложно приукрасить существующую ситуацию, потому что все происходит на наших глазах: мы все ходим в больницы, поликлиники, как и все наши мамы, папы, дети и другие родственники, так что мы в общем можем видеть истинное положение дел.

За последние 10 лет, состояние медицины в России меняется в лучшую сторону: некоторые области развиваются стремительно, а некоторые не очень. Создается впечатление, что существуют некие «скрытые» сферы. И именно о них пойдет речь, ведь можно сколько угодно говорить про успехи в кардиологии, о снижении смертности, достижении европейского уровня здравоохранения, но стоит обратить внимание на некоторые другие области медицины – и обнаруживается, что мы словно застряли в каменном веке. И это нужно обсуждать, но не для того чтобы «поплакаться», а для того, чтобы поставить правильные вопросы, найти варианты решений. Не даром говорят: «вода камень точит».

Стоит отметить, что если 10 лет назад мы сталкивались с полным непониманием этих проблем, то сегодня происходит их осознание и принятие как простыми гражданами, так и, что немаловажно, официальными лицами.

В свете вышесказанного, возможно, становится понятно, почему начнем мы с вопросов экономики, ведь медицина – это не только то, как лечит врач.

На самом деле во всем мире один из важнейших критериев успеха здравоохранения и вообще его развития – это соотношение цены и качества. Например, в России, финансирование здравоохранения меньше, чем в других развитых странах. Но мне кажется, что даже при увеличении финансирования, денег нам все равно будет не хватать, потому что происходит их бездумная и бессмысленная растрата. Сколько воды ни наливавай в стакан, если он дырявый, его не наполнить. Вероятно, даже закрой мы все «дыры», имеющихся средств нам может не хватить, но, во всяком случае, все будет по-другому, значительно лучше.

Л.Д. Попович

*директор Института экономики здравоохранения ВШЭ,
кандидат биологических наук*

**Здоровье женщин 50+
Мировой опыт и уроки для России**



Во всем мире разработано колоссальное количество программ здорового старения. Существует достаточно понимаемая система отношений всех институтов гражданского общества, ведомств на разных этапах развития жизненного цикла, в разных периодах потери трудоспособности, и разные службы должны выполнять разные цели. Но их основная задача – это фокусирование программ на самых главных проблемах.

Мы сейчас рассматриваем только небольшое количество тех программ, которые есть в самых разных странах. Их действительно много, и все они фокусируются точно на проблемах женщин и мужчин старших возрастов. При этом существуют системы индикации, системы рейтингования.

1	Sweden	46.2	43.7	2.5
2	Denmark	42.4	38.4	4.0
3	Netherlands	43.1	37.0	6.2
4	UK	41.7	38.1	3.6
5	Finland	38.4	39.4	1.0
6	Ireland	40.3	36.9	3.3
7	France	36.9	34.8	2.1
8	Luxembourg	39.2	32.5	6.6
9	Germany	37.7	33.3	4.4
10	Estonia	33.6	35.4	1.8
11	Czech Rep	37.4	31.8	5.6
12	Cyprus	38.0	30.6	7.4
13	Austria	36.7	31.7	5.0
14	Italy	36.8	31.6	5.2
	EU28 avg.	36.0	32.2	3.8
15	Belgium	35.7	31.9	3.8
16	Portugal	36.1	31.4	4.7
17	Spain	34.1	31.3	2.8
18	Croatia	34.5	29.1	5.4
19	Latvia	30.8	32.0	1.2
20	Lithuania	32.9	30.7	2.2
21	Malta	35.7	27.1	8.6
22	Bulgaria	31.4	28.6	2.8
23	Slovenia	31.9	27.9	4.0
24	Romania	31.8	27.7	4.1
25	Slovakia	30.5	26.8	3.7
26	Hungary	29.9	27.1	2.9
27	Poland	30.0	26.5	3.5
28	Greece	29.8	25.5	4.3

Рисунок 1 Рейтинг региональных и гендерных различий реализации программ активного старения в ЕС. Слева мужчины, справа женщины

Как видно из Рисунка 1 успехи в достижении программ здорового старения у мужчин, как правило, выше, чем у женщин.

Для измерения уровня здорового долголетия введен индекс активного старения. На Рисунке 2 представлен рейтинг стран в зависимости от этого индекса. Страны, которые показывают наилучшие достижения по реализации программ здорового старения – это Скандинавские страны (от 39.0 до 44.9), Великобритания (39.7), Ирландия (38.6).

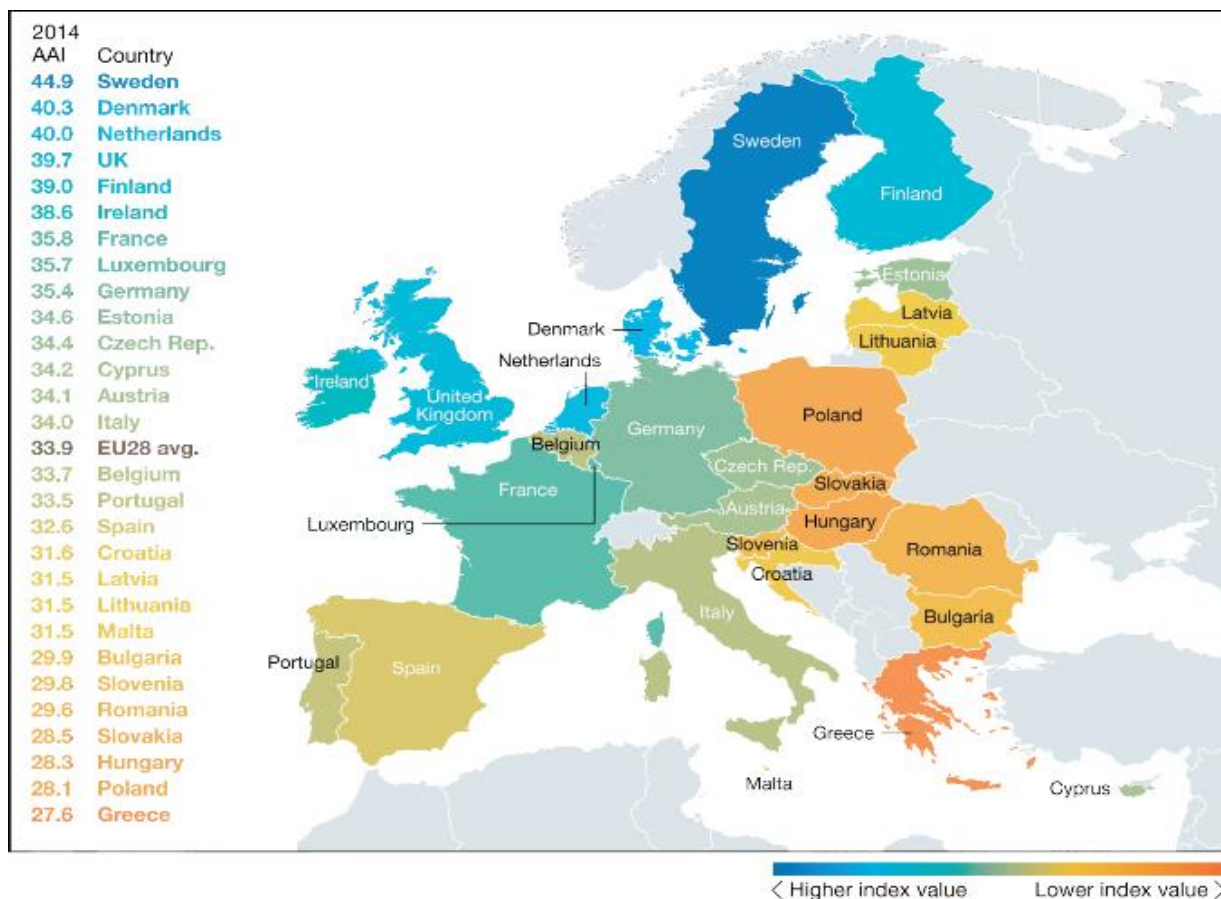


Рисунок 2 Лидеры и аутсайдеры в 28 странах ЕС по показателям индекса активного старения, где AAI - индекс активного старения.

Европа очень серьезно относится к программам здорового старения. Но что понимается под активным здоровым старением? Это целый комплекс показателей, в числе которых: уровень занятости в зависимости от возраста, социализация (участие в различной социальной активности), независимость жизни, физическое благополучие, и условия, которые предоставляет общество для реализации интеллектуального и социального потенциала (Рисунок 3).



ЗАНЯТОСТЬ

- Уровень занятости в возрасте 55-59
- Уровень занятости в возрасте 60-64
- Уровень занятости в возрасте 65-69
- Уровень занятости в возрасте 70-74

СОЦИАЛЬНОЕ УЧАСТИЕ

- Добровольческая активность
- Уход за детьми и внуками
- Уход за более старшими людьми
- Политическая активность

НЕЗАВИСИМОСТЬ ЖИЗНИ

- Физические упражнения
- Доступ к медицинской помощи
- Независимое проживание
- Финансовая безопасность
- Физическая безопасность
- Возможность постоянного образования

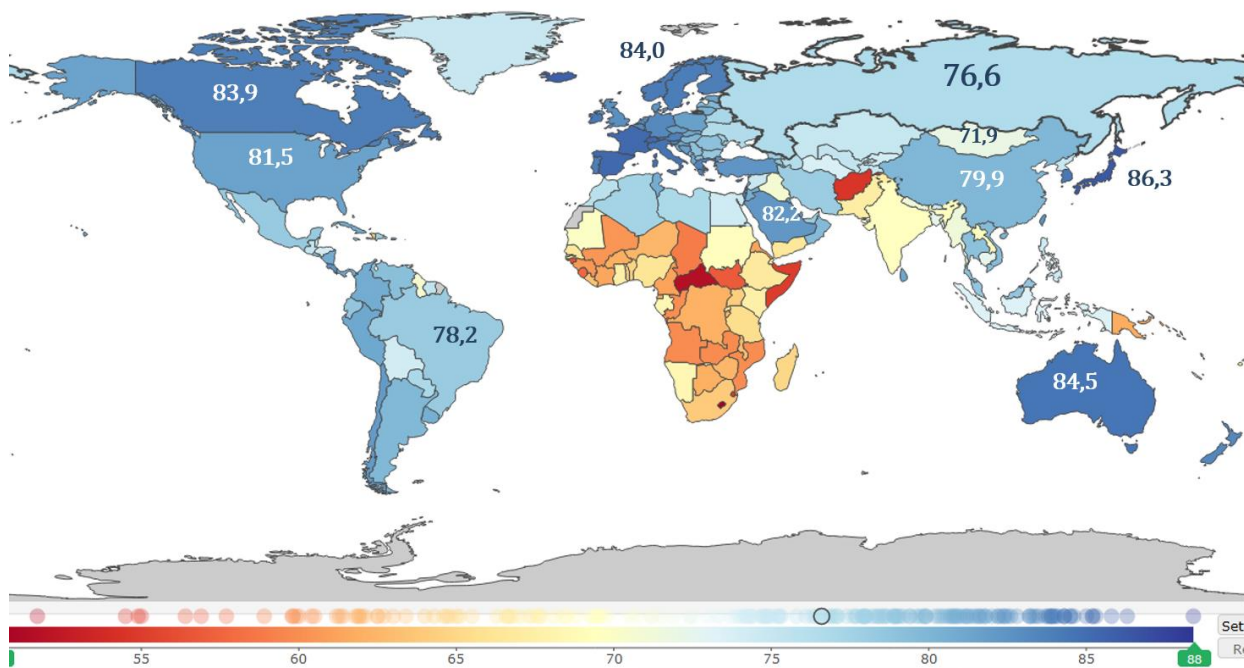
УСЛОВИЯ АКТИВНОГО СТАРЕНИЯ

- Оставшаяся ОПЖ в возрасте 55 лет
- Доля HALE в возрасте 55 лет
- Ментальное благополучие
- Пользование ИКТ
- Социальная вовлеченность
- Образовательные достижения

P

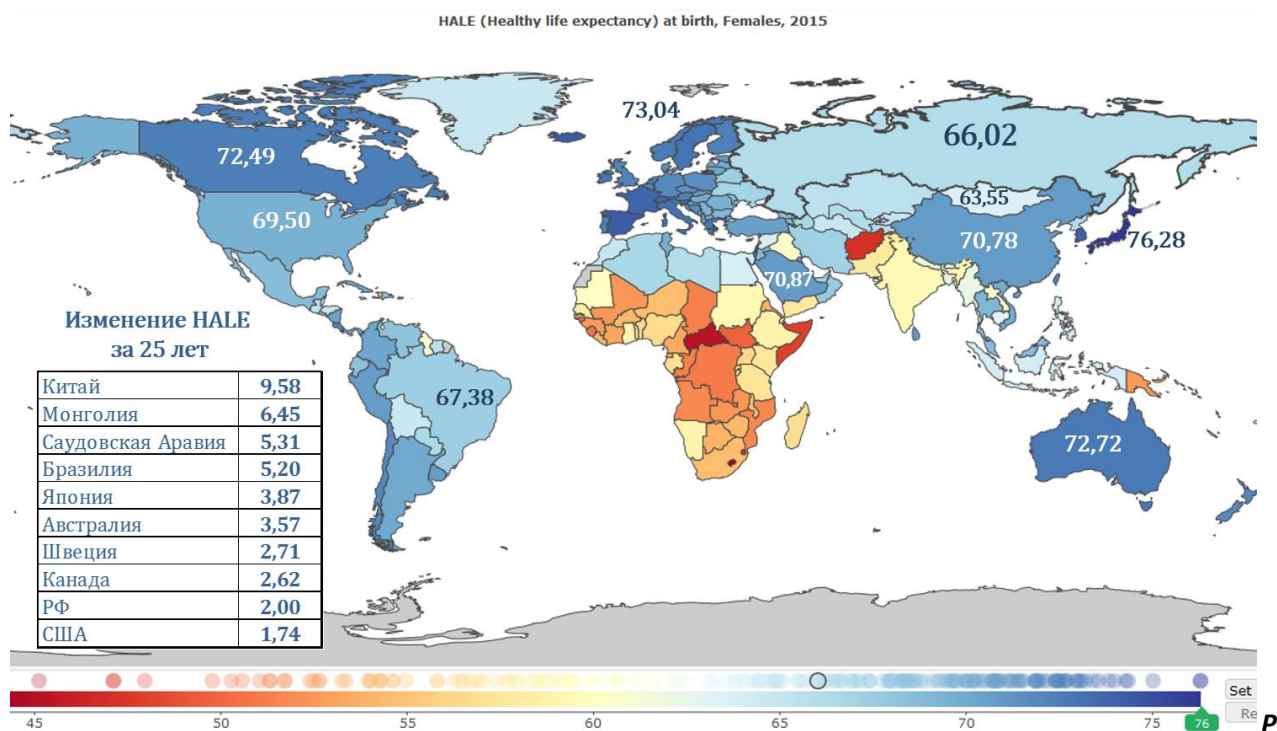
исунок 3 Показатели активного старения

Life expectancy at birth, Females, 2015



P

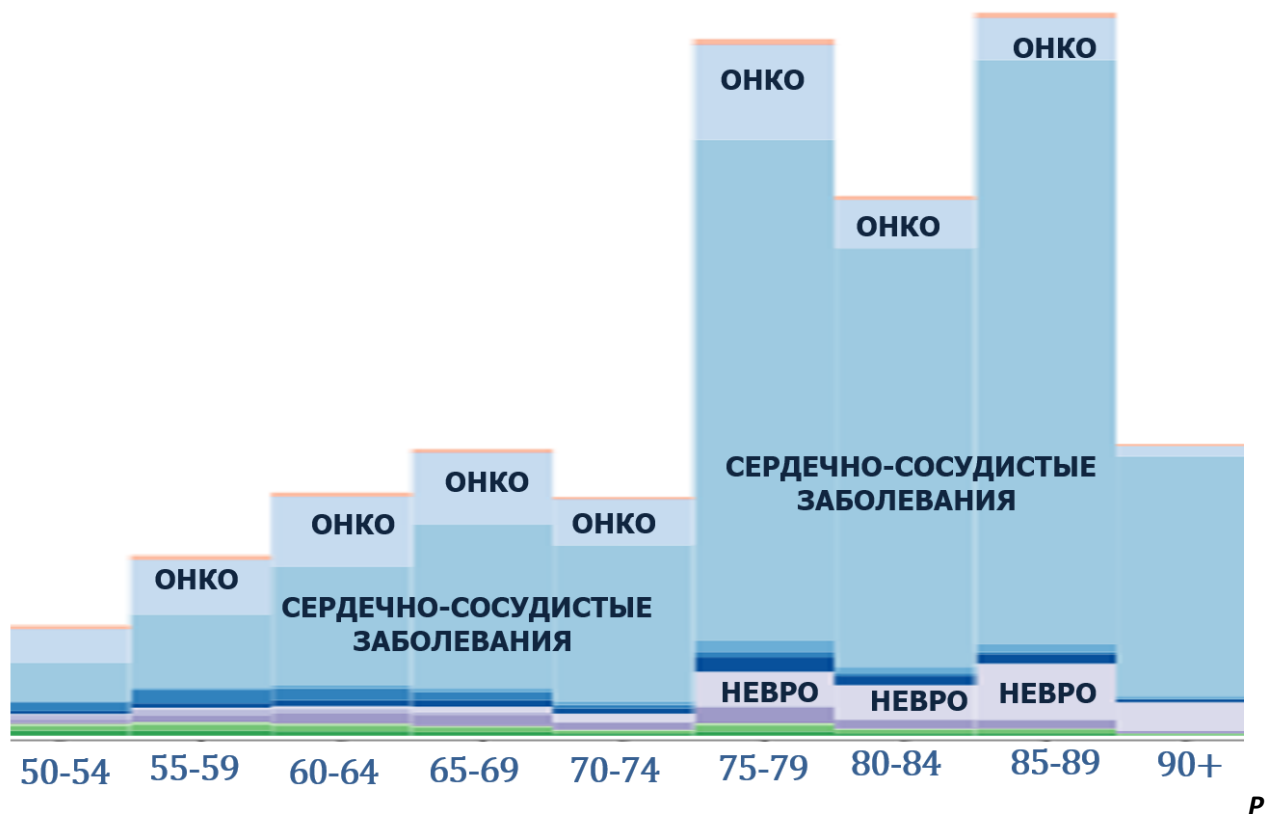
исунок 4 Ожидаемая продолжительность жизни



исунок 5 Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

Теперь рассмотрим ожидаемую продолжительность жизни (Рисунок 4). Что касается России, ожидаемая продолжительность жизни при рождении у женщин выглядит достойно – 76 лет. Но ожидаемая продолжительность здоровой жизни (Рисунок 5) у россиян более чем на 10 лет меньше. И это означает, что в стране наблюдается очень высокий уровень страданий. При этом мы индексируем ожидаемую продолжительность здоровой жизни как цель Указа Президента РФ. Но за 25 лет в России, в отличие от других стран, ожидаемая продолжительность здоровой жизни выросла всего лишь на два года. По целевым показателям она должна вырасти на пять лет за ближайшие шесть – десять лет.

Таким образом перед нами стоит очень сложная задача. Решать ее нужно привлекая внимание к основным фокусным проблемам. На Рисунке 6 представлены основные причины смерти женщин разных возрастов.



исунок 6 Основные причины смерти женщин разных возрастов

Лидирующие позиции занимают онкологические и сердечно-сосудистые заболевания, стоит отметить, что эти показатели увеличиваются в зависимости от возраста. Но в течение жизни женщины испытывают боль и страдания зачастую совсем по другим причинам. И здесь на первый план выходят болезни опорно-двигательной системы, диабет, психоневрологические проблемы, сердечно-сосудистые заболевания, травмы и отравления и, в меньшей степени, чем у мужчин, падения.

Эти проблемы являются специфическими для женщин в этих возрастах. И значение их для выживания и здоровья женщин крайне велико.

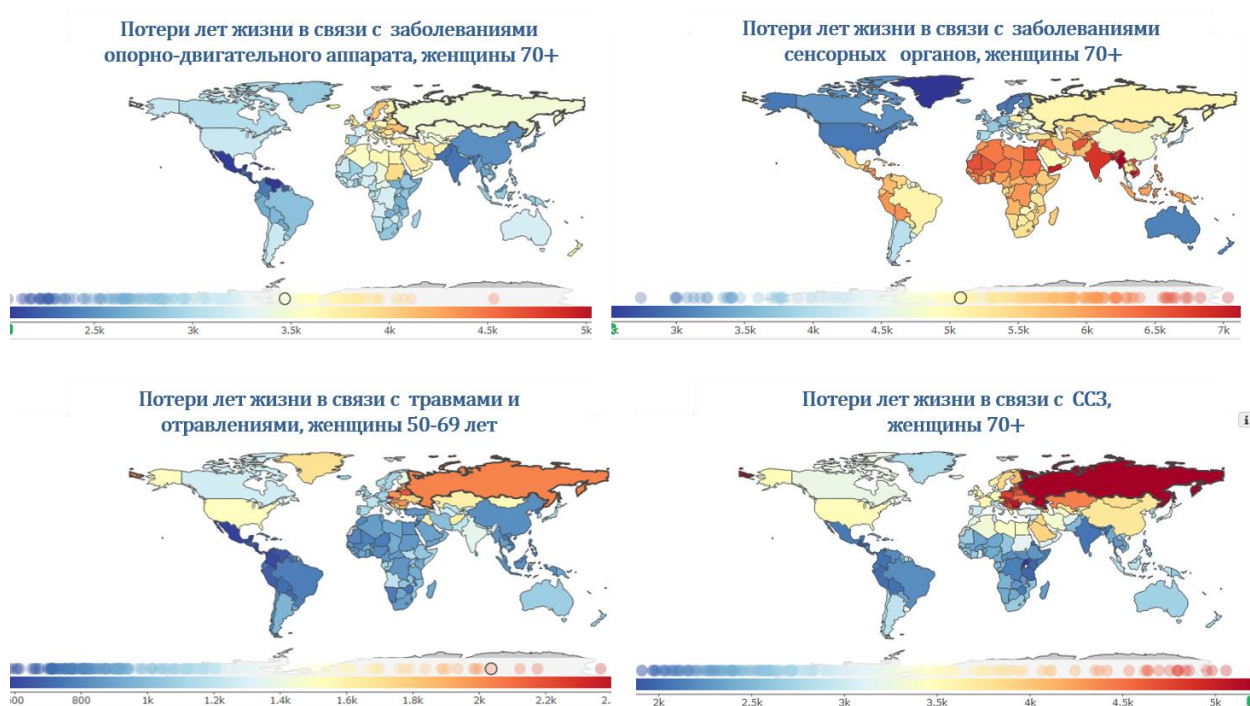


Рисунок 7 Потери лет жизни в связи с различными заболеваниями

На Рисунке 7 представлены потери лет жизни в связи с этими заболеваниями среди женщин в разных странах, где синий цвет – низкий уровень потерь, красный – высокий. Обратите внимание, как меняются показатели потери лет жизни, как нарастают они у женщин в связи с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сенсорных органов, травм и отравлений. Потери лет жизни в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации одни из самых высоких в мире. Это очень тревожная ситуация для нашей страны.



Еще более тревожным нам представляется тот факт, что проявление заболевания женщин трудоспособного возраста и приближающегося к пенсионному отличаются от того, что происходит у мужчин.

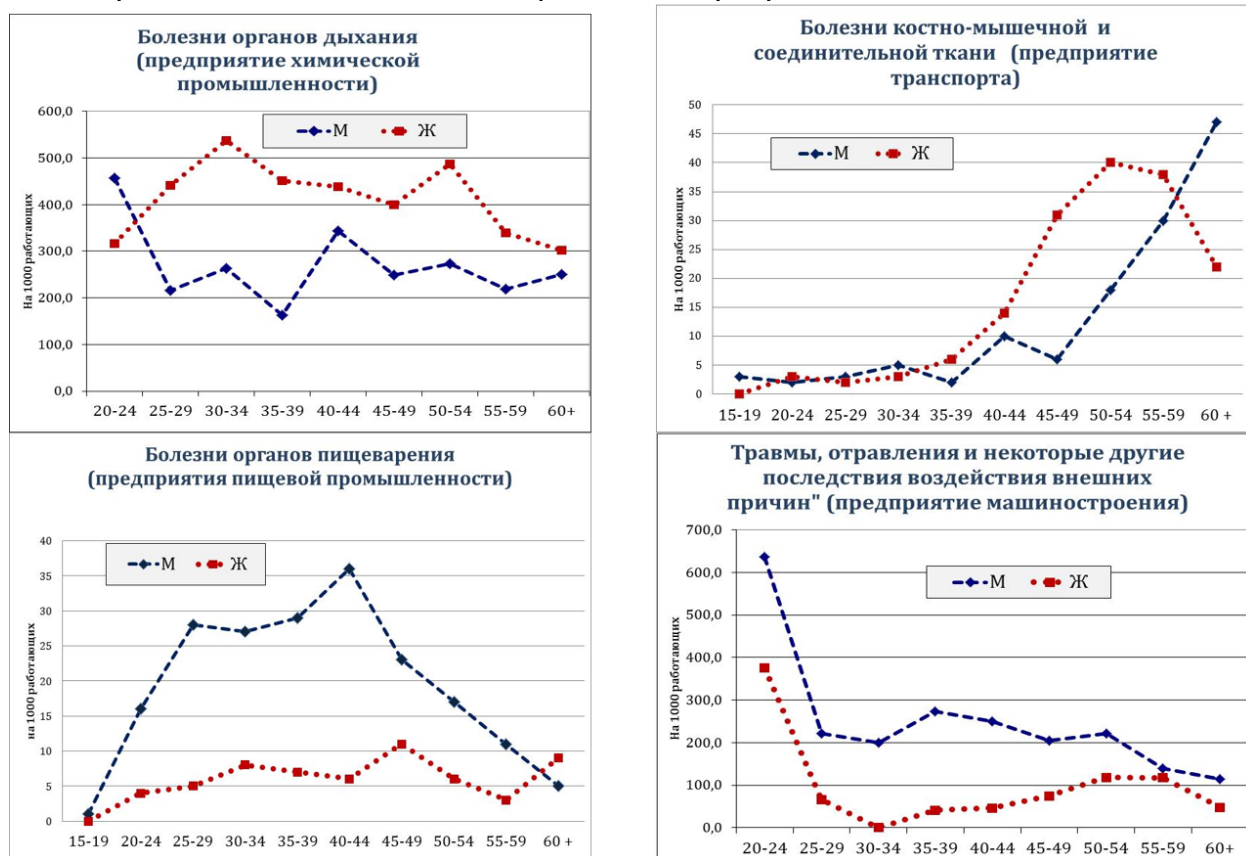


Рисунок 8 Половозрастные различия заболеваемости работников предприятий в разных отраслях

На Рисунке 8 представлены уникальные данные о половозрастных различиях заболеваемости работников предприятий в разных отраслях. Женщины болеют больше, женщины болеют по-другому, у женщин своя собственная картина страдания и заболевания. При этом доступность медицинской помощи для женщин в целом значительно меньше с точки зрения экономической доступности.

И это подводит нас к не менее важной проблеме разницы уровня зарплат мужчин и женщин. На Рисунке 9 представлен уровень заработной платы разных категорий работников. Как вы видите, женщины в целом получают меньше, чем мужчины. Причем какую бы должность женщины ни занимали, это соотношение остается таким же несправедливым. Это говорит о том, что, даже выходя в платный сектор системы здравоохранения, женщины не могут получить такую же помощь,

как мужчины, даже если они готовы будут за нее заплатить.



Рисунок 9 Половозрастные различия в финансовой обеспеченности

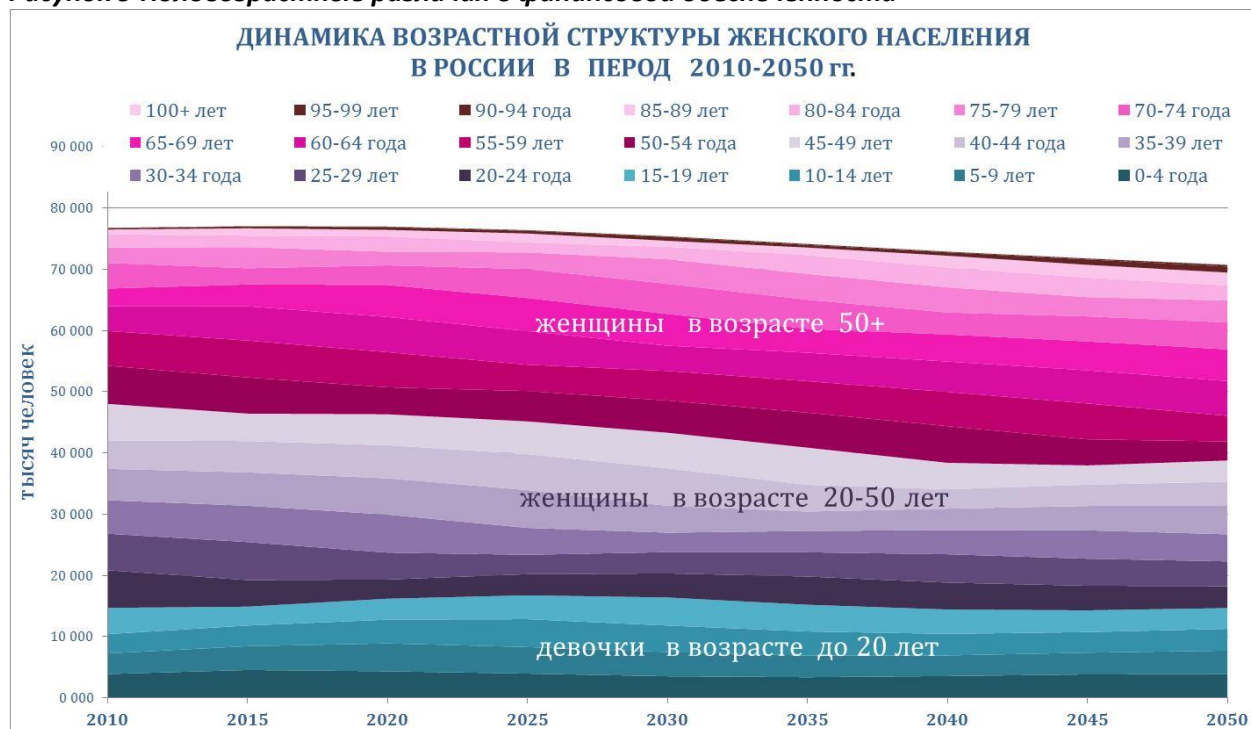


Рисунок 10 Демографический прогноз ООН

Почему так важно обращать внимание на специфические особенности женской популяции? Согласно прогнозу роста количества женщин, старше 50 лет

женщины (Рисунок 10) этого возраста будут составлять до 47% женской популяции. Это говорит о том, что для нашей страны жизненно необходимо, чтобы стратеги экономики, здравоохранения и социальной сферы обратили свое внимание на специфические проблемы здоровья женщин. Женщины 50+ болеют по-другому, живут по-другому и страдают не так, как мужчины или женщины других возрастов.

Поэтому, говоря о задачах стратегии и плана действий по созданию системы здорового старения женщин старше 50 лет в России, необходимо предпринимать действия по профилактике заболеваний и факторов риска именно этой популяции женщин. Необходимо сконцентрировать усилия на повышении качества и социальной справедливости медико-социальных услуг для женщин, на обеспечении здорового старения и на формировании целевых программ по охране здоровья с учетом возрастных особенностей. А для этого необходимо очень четко понимать, в чем заключаются эти проблемы и уметь правильно формировать программы по их решению. Постоянный международный обмен опытом, использование тех наработок, которые уже существуют в многочисленных программах, – это основа для формирования эффективной программы, целевой программы сохранения здоровья женщин старше 50 лет.

А.Л. Мясников

ведущий телевизионной программы

«О самом главном»,

кандидат медицинских наук

Сердечно-сосудистые заболевания у женщин



Ни для кого не секрет, что с возрастом снижается работоспособность организма человека. Достаточно быстро, приблизительно после 20 лет, начинают стареть железы внутренней секреции. Но старение - это продолжительный процесс, его эффект мы замечаем далеко не сразу. Единственная железа внутренней

секреции, работа которой останавливается одновременно – это яичники. В среднем в 50 лет они перестают функционировать, и у женщины начинается другая жизнь. Мужчины стареют постепенно, этот процесс происходит практически незаметно. У женщин все иначе. Для них природа достаточно четко разделила на "до" и "после".

Если "до" половые гормоны защищают женщину от болезней, то "после", она вынуждена мобилизовать свои собственные усилия, для того чтобы оставаться активной и здоровой. Раньше мы говорили о заместительной гормональной терапии, правда в России она была не особенно распространена, но мы всегда ориентировались в этом вопросе на Запад. Их женщины казались молодыми, с горящими глазами и розовой кожей. Однако, розовой коже мы завидовали не так долго, вскоре было проведено обширное исследование, показавшее, что заместительная гормональная терапия вызывает резкое увеличение заболеваемости раком груди. На этом эпоха подобной терапии закончилась, так как врачи не могли предугадать её последствий.



Тогда из экзаменационных листов американских студентов-медиков убрали все вопросы по заместительной гормональной терапии, потому что на них не было ответа даже у ведущих специалистов. Сейчас врачи сходятся в одном: если женщина испытывает приливы, бессонницу, раздражительность первые годы, ей может быть назначена заместительная гормональную терапию, но на срок не более пяти лет. Для защиты же от заболеваний, как-то: остеопороз, атеросклероз и так далее, заместительная гормональная терапии не подойдет, так как для этого требуется минимум десятилетний прием.

Итак, женщины остались один на один с природой. Что же им остается?

Когда я был молодым интерном, я пошел в институт кардиологии имени моего дедушки, как раз в отделение химической болезни сердца. И там не было ни одной женской койки. На тот момент в стационаре было около 50 пациентов, все мужчины. Я спросил: "А где женщины?" Ответом мне было: "А они не болеют". Не знаю, почему женщины не болели тогда, но сегодня, к сожалению, после наступления менопаузы они сталкиваются с проблемами сердца чаще, и болеют сильнее, чем мужчины.

Для начала обоснуем проблему. Говоря о причинах смертности, 56% всех наших сограждан умирает от сердечных заболеваний.



Рисунок 11 Причины смертности населения РФ

На Рисунке 11 представлены данные о причинах смерти мужчин и женщин в России, исходя из которых можно отметить, что женщины намного чаще болеют заболеваниями сердца.



Рисунок 12 *Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в мире*

На Рисунке 12 представлены данные о смертности от сердечно-сосудистых заболеваний во всем мире. 30% всех смертей в мире произошло из-за проблем с сердцем, и из них 1/3 – именно женщины.

Среди женщин, достигших возраста 50 лет весьма широко распространена проблема избыточной массы тела. Причем она может быть совсем небольшой. Чтобы определить наличие избыточной массы, можно рассчитать индекс массы тела. Для этого нужно вес, разделить на рост в метрах в квадрате, и показатель должен быть меньше 25, что редко встречается у женщин указанного возраста.

В результате получается, что нашим отражением в зеркале мы довольны, а индекс свидетельствует об избыточной массе тела. Даже небольшое превышение индекса многократно увеличивает риски диабета, онкологических заболеваний, и, конечно, сердечно-сосудистых заболеваний.

Итак, вес – это первое, на что мы должны обратить внимание. И тут нет разницы между мужчинами и женщинами, потому что и тем и другим трудно следить за весом. Женщинам, конечно, труднее из-за гормональной перестройки. До менопаузы эстрогены вырабатывались яичниками, а сейчас их в какой-то степени вырабатывает жировая ткань. Жир – это не сало, жир – это активный эндокринный орган, и его функция на данный момент не до конца изучена, поэтому если мы рассмотрим проблемы снижения веса, лептина, грелины и так далее, половина этих биологически активных веществ вырабатывается в жировой ткани.

Во-вторых, для снижения проблем со здоровьем необходимо отказаться от курения. Возможно, для женщин эта проблема менее актуальна, чем для мужчин, однако 15% всех женщин в нашей стране все же курят.



Абсолютное большинство наших сограждан боятся заболеть онкологическим заболеванием, но при этом забывают, что 40% всех онкологических заболеваний – это последствия курения сигарет, 20% – избыточный вес, 10% – гиподинамия, 17% – инфекционные заболевания. Мы живем в страхе перед онкологическими заболеваниями, но при этом не предпринимаем попыток для их предотвращения.

Также одна из основных проблем, ведущих к сердечно-сосудистым заболеваниям – это, конечно, физическая неактивность. Я, например, всегда говорю, что самый главный враг здоровья – это диван. Сидение на диване – это наиболее опасное времяпрепровождение. И в этом со мной согласны многие коллеги. Есть реальные исследования, подтверждающие, что это очень серьезный фактор риска. Поэтому я всегда говорю: двигайтесь. Нужно оставаться активными.

Что отличает людей разного возраста? Я жму штангу, боксирую, путешествую, у меня пока нет физических ограничений, и я надеюсь умереть стоя, но я замечаю за

собой, что желания что-то делать все меньше. Это-то и плохо, у нас должно быть желание. Пока оно есть, мы живы. Надо иметь желание жить, надо не жалеть себя бедную (или себя бедного). Для меня, вообще, самое главное – это любовь к себе.

Мы все (и женщины, и мужчины) подходим к определенному возрасту с хроническими болезнями. Как мы знаем по статистике, к 2030 году доля граждан старше 65 лет составит 25%, из них половина имеет хронические болезни и принимает лекарства, но принимает их нерегулярно и неправильно.

Я считаю, что реклама лекарственных препаратов в средствах массовой информации – это позор для страны. Из всех рекламируемых препаратов, на мой взгляд не более 5%, которые можно принимать, но только по назначению врача.

Препараты нужно применять регулярно. В Америке врачи лишь изредка сталкиваются с гипертоническими кризами, это единичные случаи. У нас в больницах каждый день поступает 40–50 человек с кризом. И связано это с тем, что они либо принимают лекарства не в той дозе, либо не те лекарства и не ту комбинацию, либо не принимают лекарства вовсе.

Мы идем по пути строительства федеральных центров, у нас действительно проводятся уникальные операции. Но дело в том, что не каждому нужна замена сердца и легких или какая-то уникальная операция. Ситуация же с рядовыми заболеваниями остается запущенной. До пересадки сердца, еще нужно дожить – не сломать себе шейку бедра от остеопороза, не пропустить рак груди, обратиться в поликлинику, где пациента внимательно и адекватно выслушают, и осмотрят, а не бездумно отправят, скажем, на УЗИ, где потом обнаружат камни в почках, проблемы с щитовидкой и ещё десяток заболеваний, которых попросту нет. Это и вызывает рост индекса страдания. Нам нужна выработка общей стратегии. Проще всего посмотрев на пациента, отправить его на одно обследование, второе, третье, а потом долго впустую лечить. На самом деле, как говорил Жванецкий, может быть, не надо было водку трогать.

Н.И. Рожкова

*руководитель Национального центра онкологии
репродуктивных органов МНИОИ им. П.А. Герцена, доктор
медицинских наук, профессор*



Проблемы онкологической заболеваемости

В Послании Президента РФ была поставлена задача увеличить продолжительность жизни наших граждан до 80 лет и более. В этой связи как никогда актуально высказывание Дмитрия Ивановича Менделеева. Он говорил, что высшая цель политики любого государства – в создании условий для размножения людского. И согласно расчетам Менделеева к настоящему времени население России должно составлять 280 миллионов жителей, но фактический показатель на сегодняшний момент вдвое меньше.

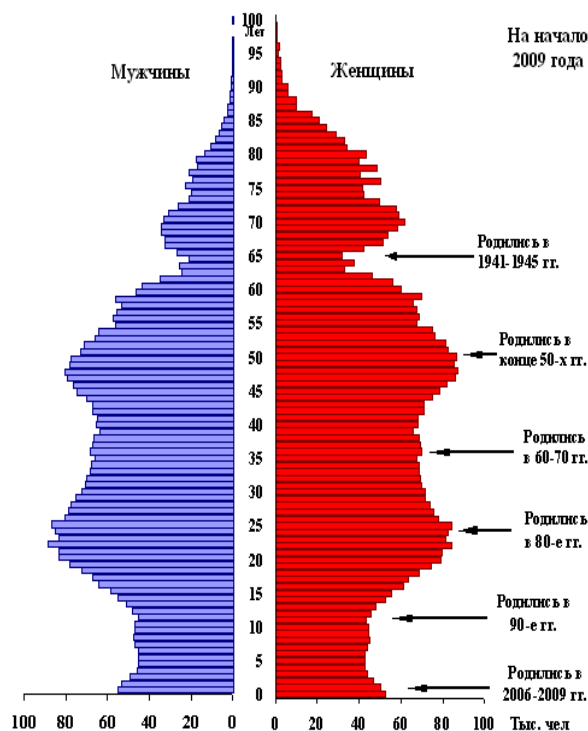


Рисунок 13 Половозрастная структура населения РФ

Существует множество факторов, которые оказывают отрицательное влияние на показатель рождаемости. Среди них: постарение населения, социальные ямы - войны, кризисы, особенно в 90-е годы, и, конечно, рост заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний. За последние 10 лет онкологическая

заболеваемость выросла приблизительно на 20%, а число общее заболевших – почти на 40%.

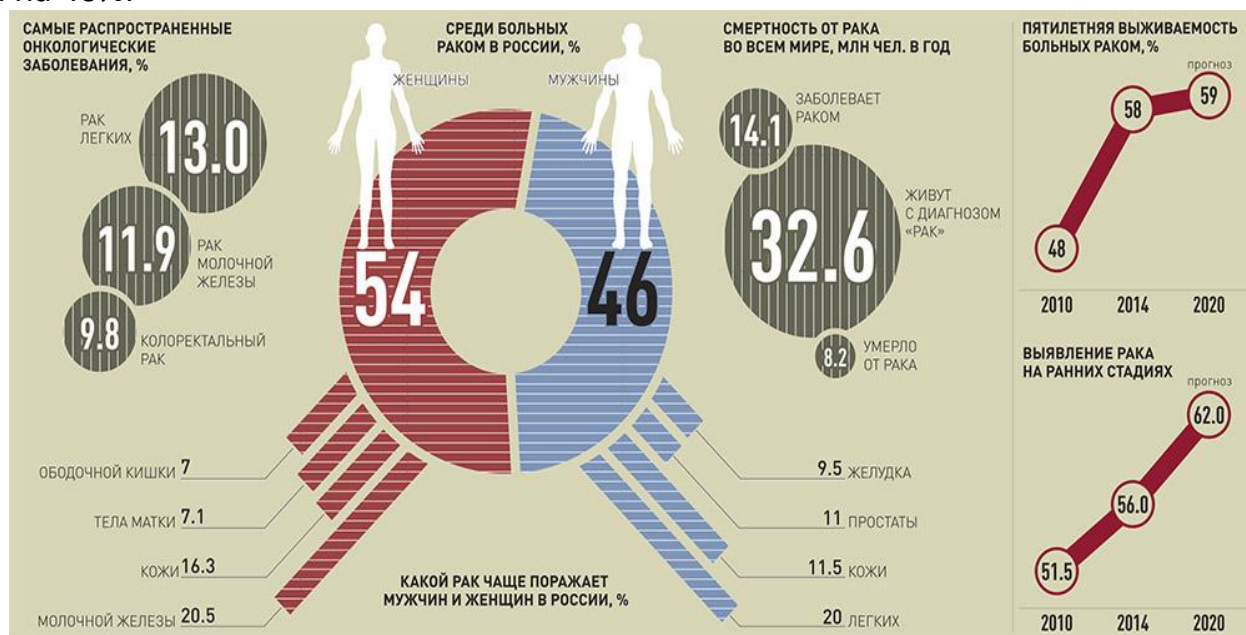


Рисунок 14 Структура и тенденции онкозаболеваемости в России и мире

В России и в мире чаще с онкологическими заболеваниями сталкиваются женщины, наиболее частое заболевание – это рак молочной железы. У мужчин наиболее частое заболевание – рак легкого (Рисунок 14). Если сравнить заболеваемость в России и странах Евросоюза, то у мужчин в странах Евросоюза на первом месте рак простаты, а легкого – на втором. Что касается рака молочной железы, то во всех странах мирового сообщества рак молочной железы стоит на первом месте среди злокачественных новообразований у женщин. Если посмотреть структуру заболеваемости злокачественными новообразованиями женщин в целом (Рисунок 15), обнаружим, что 40% – это опухоли репродуктивных органов. Поэтому В Послании Президента РФ ФС СФ РФ от 01.03.18 прозвучала озабоченность проблемой онкологических заболеваний в России и поставлена цель - создание национальной программы по развитию онкологической службы. Растущая заболеваемость раком – это не только медицинская, но и социальная проблема. В мире ежегодно выявляется более 1,7 миллиона новых случаев рака. Особую обеспокоенность вызывает омоложение рака. За последние 10 лет заболеваемость женщин в возрасте от 14 до 44 лет выросла на 54%. Ежедневно 47 детей лишаются

матерей, каждые 30 минут заболевает раком одна женщина, умирает одна заболевшая каждый час, а число доброкачественных заболеваний в 30 раз выше.

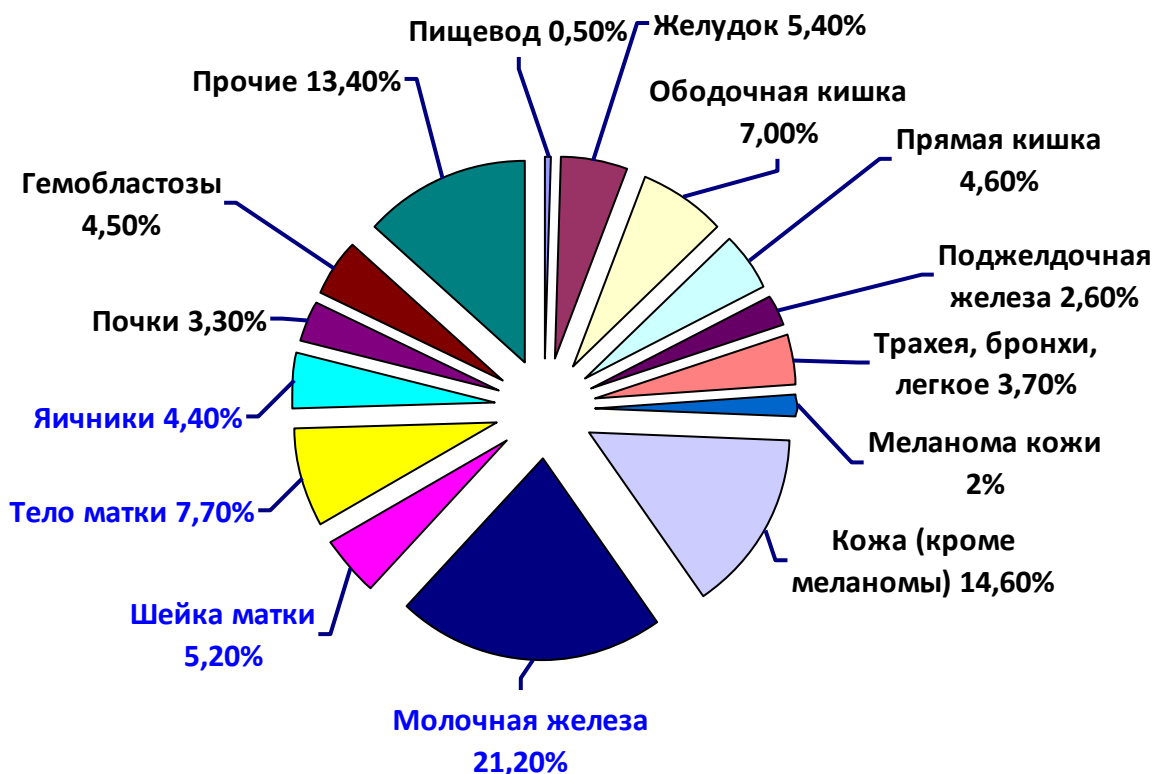


Рисунок 15 Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями женщин

В России до внедрения маммографии, около 30–40 лет назад, при клиническом обследовании число ошибок при распознавании рака достигало почти 40%. Больные в первой и второй стадии выявлялись в 13% случаев, 50% заболевших погибали в первые 5 лет после операции, более 40% женщин становились инвалидами.

Что же сделано к настоящему времени для женщин? Согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 марта 2006 г. № 154 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы», внедрен маммографический скрининг. Он снижает смертность от рака на 50% у постоянно наблюдающихся по сравнению с «неорганизованным» населением. Это данные учреждений, где регулярно проводится диспансеризация. Почему рентгеновская маммография? Потому что это

«золотой» стандарт», который выявляет все известные варианты не прощупываемого рака, включая рак, проявляющийся микрокальцинатами размером 50 микрон.

Локализация ЗНО	I ст.	II ст.	III ст.	IV ст.
Шейка матки	93	78	55	34
Тело матки	86	75	57	33
Яичник	87	71	47	26
Молочная железа	94	86	53	35

Рисунок 16 показатель 5-летней выживаемости больных с ЗНО репродуктивных органов (по данным Государственного ракового регистра (%)) 2016г.)

Благодаря внедрению рентгеновской маммографии пятилетняя выживаемость значительно увеличилась (Рисунок 16), однако, при четвертой стадии заболевания остается достаточно низкой. Какие главные составляющие решения этой проблемы? В первую очередь это согласованная междисциплинарная нормативная документация. Сейчас нормативные документы пишутся для врачей разных специальностей по-разному. Необходимо единообразие, чтобы врачи разных специальностей правильно обследовали женщину, и следовали правильному диагностическому маршруту.

Также важна техническая оснащенность. На сегодняшний день невозможно обойтись без цифровых технологий. Далее – непрерывная междисциплинарная подготовка кадров. Каждые три-четыре месяца появляются новые методики, данные, технологии. Специалисты не успевают даже выпускать книги, чтобы описывать их. К счастью, сейчас проводится множество конференций, форумов, конгрессов, где собираются врачи разных специальностей и делятся опытом.

Существует такая проблема как мультидисциплинарность – термин для обозначения ситуации, когда врачи разных специальностей занимаются, например, молочной железой. Это осложняет решение с нормативной документацией. Согласно последнему приказу по диспансеризации, маммографию должны проходить женщины с 39 лет. Несмотря на возможности маммографии, сохраняются сложности диагностики, они связаны с многоликостью проявления рака. Он очень коварен, выглядит очень по-разному: это может быть и узел, это могут быть тяжи или кальцинаты размером 50 микрон. Поэтому для диагностики используется целый комплекс разных методов: рентгеновская маммография, УЗИ, МРТ, КТ, сцинтиграфия и так далее. В целом система обследования молочных желез строится в зависимости от возраста женщины.



Почему старше 39 лет? Молодые женщины, несмотря на рост заболеваемости, все-таки болеют значительно реже. На одну 30-летнюю женщину с онкологическим заболеванием приходится 2500 здоровых. В возрасте 50 лет соотношение уже 1 к 50, в возрасте 80 - 1 к 10. Поэтому для женщин старшего возраста обязательна рентгеновская маммография, которая выявляет все известные варианты рака, а

молодым женщинам, с учетом не такой высокой частотности заболевания и плотной железистой ткани, показано анкетирование, то есть сбор факторов риска.

Существуют методы изучения факторов риска – это электрофизиологические методы, такие как радиотермометрия, основанная на изменении температуры патологических тканей, электроимпедансная томомаммография, основанная на изменении электропроводимости тканей. Благодаря этим методам можно обнаружить предрасположенность к заболеваниям и начать профилактику. Важно, что это не методы диагностики, это методы отбора в группу риска. Это не маммография, таким образом нельзя проводить диагностику, но можно определить есть патологические изменения или нет. Если они есть, независимо от возраста, пациентка должна быть обязательно направлена на рентгеновскую маммографию, которая позволяет обследовать структуру молочной железы, и на ультразвук, который эффективнее при плотной железистой ткани.

Для женщин старше 39 лет может быть использована пленочная маммография. Сейчас в стране открыты 3 тыс. маммографических кабинетов. Это немало, и из них 80% отечественного производства, имеющие международные сертификаты качества, 30% работает в цифровом формате. Сейчас Минпромторгом создана программа по цифровизации всех маммографических кабинетов. Специальная цифровая кассета – уникальная отечественная разработка - позволяет перевести любой пленочный аппарат в цифровой формат, благодаря чему может быть создан банк данных, архивирование, единые консультативные центры. Это то, к чему мы должны стремиться.

Для повышения эффективности диагностики продолжают разрабатываться новые методы, особый интерес представляют гибридные или фьюжн-технологии, которые строятся на суммировании разных изображений. Суммация изображений дает возможность выявлять еще более мелкие детали, повышает эффективность стационарзамещающих технологий, которые выполняются в амбулаторных условиях, они снижают потребности в хирургических секторальных резекциях до 70% – это склерозирование кисты в амбулаторных условиях, исследование млечных

протоколов при секрети, это различные виды биопсий, в том числе такие, что дают возможность провести не только клеточное цитологическое исследование, но и гистологические, и иммуно-гистохимические, то есть определить маркеры, определяющие биологическую характеристику опухоли.

Успехи диагностики привели к бурному развитию органосберегающего лечения – онкопластическая хирургия, таргетная и лекарственная терапия, прецизионно высокодозная лучевая терапия. В целом это привело к позитивным результатам: рак в первой и второй стадии стал выявляться в 70,4% случаев, 40 лет назад этот показатель составлял всего 13%. Впервые стандартизированный показатель смертности снизился на 14,8%, (только за последний год показатель улучшился на 2%). Летальность на первом году жизни снизилась на 28%, выявляемость рака молочной железы при профилактических осмотрах увеличилась до 42,2% (за год на 9%). Наша цель – увеличить этот показатель до 90%. И таким образом снизить риск роста заболеваемости и как следствие смертности.



Для борьбы с заболеваемостью необходима профилактика. Это борьба с факторами риска и лечение доброкачественных заболеваний. В США существует

стандарт, согласно которому мастопатия не требует лечения. Однако Министерство здравоохранения нашей страны категорически не согласно с этой позицией. Более того недавно вышел стандарт, согласно которому мастопатию напротив необходимо лечить, особенно некоторые ее формы, так как на генетическом уровне клетки начинают перерождаться в злокачественные. И, разумеется, третичная профилактика - помощь женщинам, уже перенесшим заболевания раком.

Нельзя забывать и о подготовке кадров, системе непрерывного образования. Специалистам и педагогам нужно всегда быть готовым к новым технологиям.

И возможно одна из наиболее важных задач - это информирование населения. Сейчас в этом направлении ведется активнейшая работа. Эту инициативу поддерживают и сами граждане: создаются фонды, волонтерские движения, пациентские встречи. Ежемесячно мы организуем подобные встречи.

Дорогу к долголетию прокладывает наша активная работа по снижению смертности, онкологической заболеваемости и сохранению репродуктивного здоровья.

М.В. Шестакова

*заместитель директора по научной работе
Национального медицинского исследовательского центра
эндокринологии, директор Института диабета,
Заведующая кафедрой диетологии и диабетологии,
академик РАН, профессор, доктор медицинских наук*

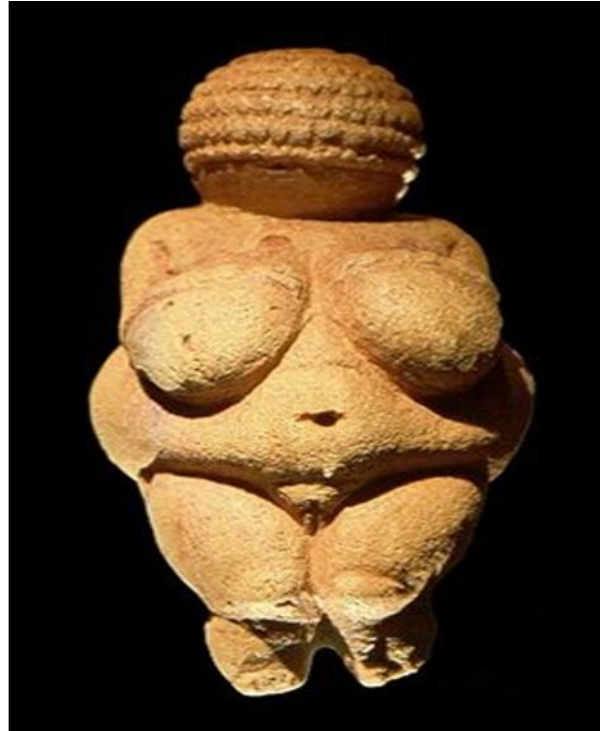


Ожирение и сахарный диабет у женщин России

Насколько страшен сахарный диабет, и всегда ли ожирение считалось плохим прогностическим фактором? Вспомним эпоху первобытного человека.



*Вестоницкая Венера
Около 27 тыс. лет до н.э.*



*Венера Из Виллендорфа
Около 23 тыс. лет до н.э.*

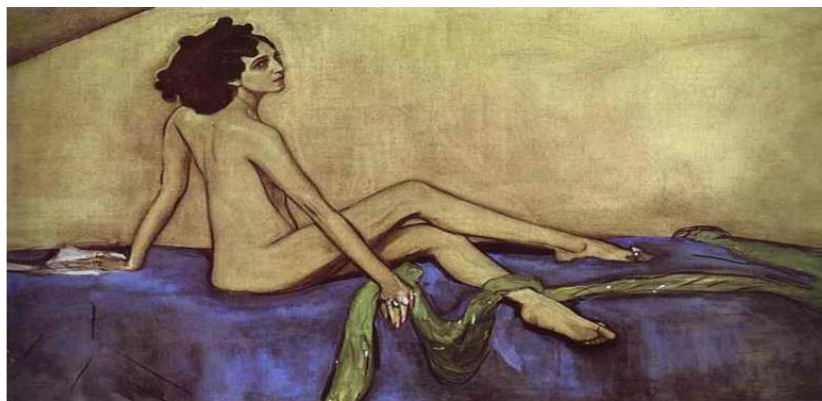
Рисунок 17 Первобытные представления о женской красоте

На Рисунке 17 изображены две статуэтки Венеры, изображавшие образец идеальной женщины, созданные более 25 тыс. лет назад. Они обладают очень пышными формами, так как представляют символ плодородия, благополучия, изобилия. Но почему то, что считалось символом здоровья тогда, вызывает ужас у современных врачей? Ответ в том, что древние люди недолго жили. Подобное ожирение не успевало нанести никакого вреда человеку, в данном случае женщине, потому что ее век был недолог.

В XX веке мы можем заметить изменения в сознании общества. В искусстве мы сталкиваемся с расхождением вкусов у разных художников. На Рисунке 18 представлены «Русская Венера» Б. Кустодиева и «Портрет Иды Рубинштейн» В. Серова. Совершенно разные формы.



«Русская Венера»,
Б. Кустодиев 1925-26 гг



Портрет Иды Рубинштейн,
В. Серов, 1910 г.

Рисунок 18 Представления о женской красоте в XX веке

Что же такое на самом деле с позиции врачей, а не художников, ожирение? Это бич современности, потому что ожирение влечет за собой множество негативных последствий (Рисунок 19). Это не только диабет, это сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт, инсульт, гипертония, для женщин – бесплодие, синдром поликистозных яичников, онкология, депрессии, болезни печени, остеопороз и так далее.





Рисунок 19 Болезни, ассоциированные ожирением

Данная проблема остается весьма актуальной для Российской Федерации. Эндокринологический научный центр совместно с Международной диабетической федерацией в России с 2013 по 2015 годы провели исследование, основной задачей которого было выявление ранее не диагностированного диабета. Помимо прочего во время исследования определялась масса тела пациентов. В исследовании приняли участие 26620 человек.

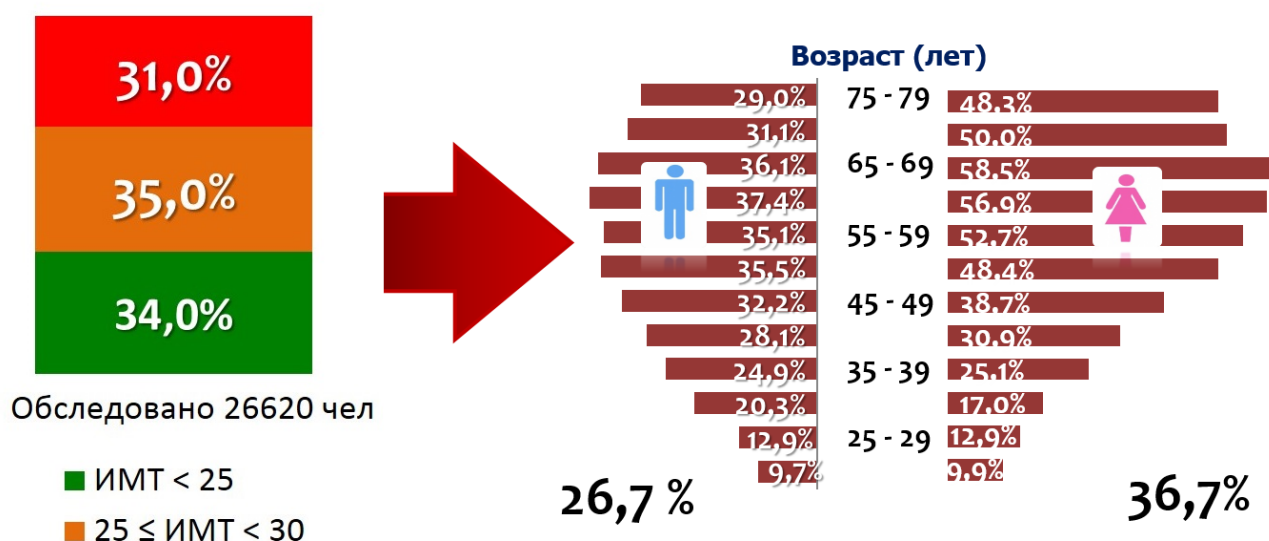
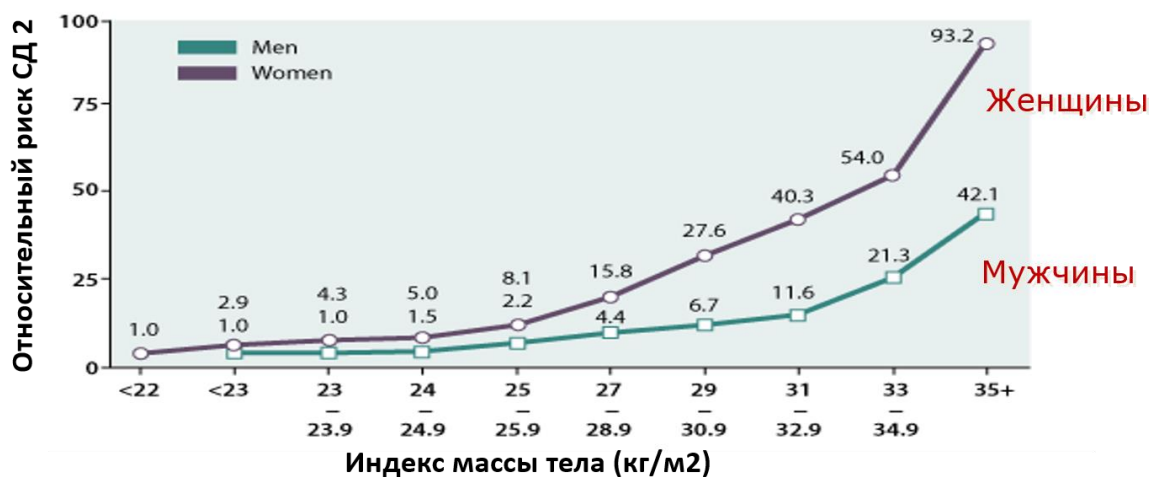


Рисунок 20 Избыток веса и ожирения в России: эпидемиологическое исследование ФГБУ ЭНЦ

По данным исследования 34% пациентов имеют нормальную массу тела, 35% имеют избыток массы тела и в 31% случаев было выявлено ожирение. На диаграмме (Рисунок 20 (справа)) представлено возрастное распределение случаев ожирения из числа пациентов. Обратим внимание на возраст «50+». В этом возрасте ожирение наблюдается более чем у 52% женщин, ближе к 60 годам эта цифра неумолимо стремиться к 60%. Несколько более положительные результаты обнаруживаются у мужчин в этом возрасте (от 35% к 37%). Однако, показатели ожирения в нашей страны остаются достаточно высокими.

Проблема ожирения не ограничивается эстетическим неприятием окружающих. Это наименьшая из проблем. Настоящую опасность представляет тот факт, что жир начинает откладываться во внутренних органах: печени, сердце, мышцах, почках и поджелудочной железе. Существует теория, что причиной сахарного диабета является ожирение поджелудочной железы, которая не может нормально функционировать и секретировать инсулин.

ОЖИРЕНИЕ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ



Увеличение ИМТ на 1 единицу (2.7 - 3.6 кг) повышает риск СД 2 на 12 %
Ford et al. Amer J Epidemiol 146:214,1997

Chan JM et al. Diabetes Care 1994; 17: 961-9;
 Colditz G et al. Ann Intern Med 1995; 122: 481-6

Рисунок 21 Взаимосвязь ожирения и сахарного диабета

По мере роста массы тела (особенно у женщин) растет риск развития сахарного диабета (Рисунок 21). Так у женщин при морбидном ожирении риск

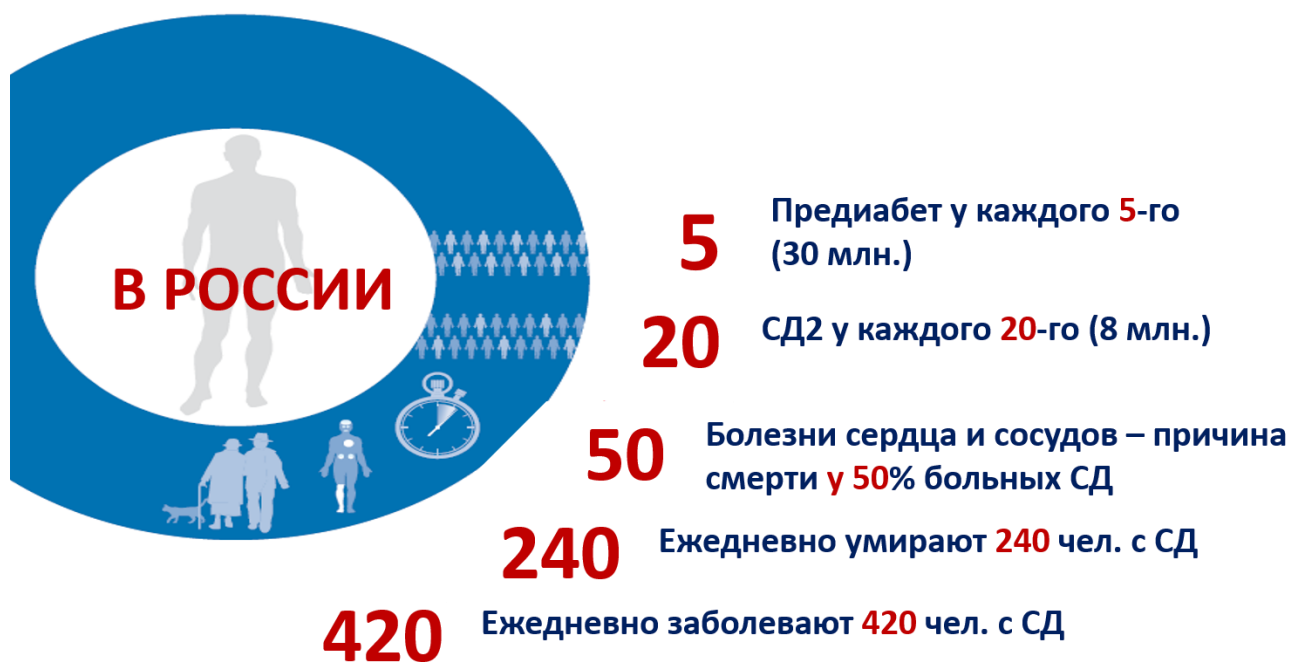
заболевания диабетом возрастает более чем в 90 раз, это гораздо больше, чем у мужчин.



Рисунок 22 Статистика последствий развития диабета по данным Международной Федерации диабета

На Рисунке 22 представлена статистика последствий развития диабета, разработанная Международной Федерацией диабета. Обратите внимание, что риск развития сердечно-сосудистых заболеваний возрастает в 4 раза. Каждые шесть секунд от сахарного диабета в мире умирает один человек.

Основываясь на данных российского регистра, нами была составлена подобная статистика для России (Рисунок 23).



Федеральный регистр СД. Дедов ИИ, Шестакова МВ, Викулова ОК. Сахарный диабет. 2017;20(1):13-41

Рисунок 23 Статистика последствий развития диабета. Ситуация в России

В результате обнаруживаем предиабет у каждого пятого, диабет - у каждого 20-го, болезни сердца и сосудов – у 50% граждан, которые болеют диабетом, 240 человек ежедневно умирают, имея сахарный диабет, и 420 ежедневно заболевают, поэтому можно представить масштаб распространения заболевания в нашей стране.

Люди часто склонны считать, что за их проблемы со здоровьем ответственны некие независимые от них факторы. Однако, социально-экономическая ситуация влияет на здоровье человека лишь на 20%, состояние системы здравоохранения на 10%, генетическая предрасположенность на 30%. Оставшиеся 40% зависят исключительно от индивидуального образа жизни человека, его питания, активности, вредных привычек.

**«Пищевая пирамида»
в соответствии с
рекомендациями ВОЗ**

«Русская пищевая пирамида»

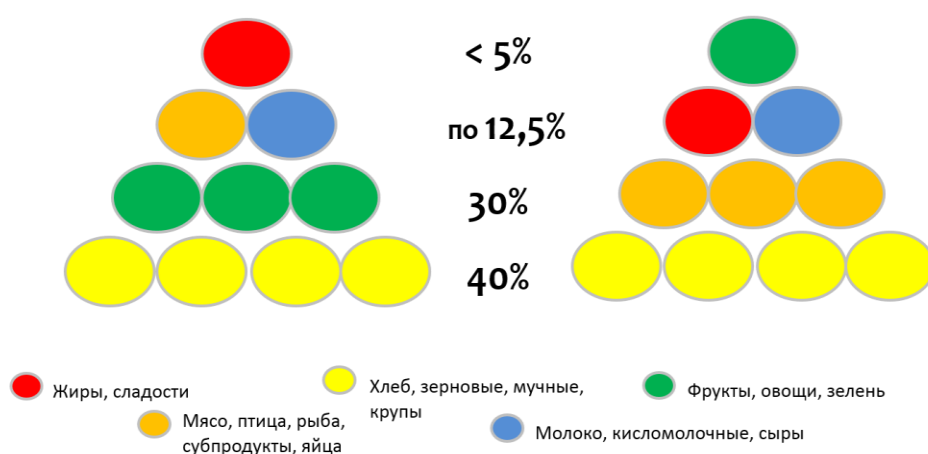


Рисунок 24 Сравнение русской пищевой пирамиды, с пирамидой в соответствии с рекомендациями ВОЗ

Рассмотрим систему питания, «пищевую пирамиду», предложенную Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) (Рисунок 24). Согласно пирамиде, основу рациона должны составлять хлеб и злаковые продукты, чуть меньше из фруктов и овощей, еще меньше в рационе должно быть молочных продуктов, мяса, рыбы, птицы, и совсем немного, менее 5% из жиров и сладостей. Согласно исследованиям пищевых предпочтений в России, была составлена «русская» пищевая пирамида. Помимо злаковых культур, все остальное перевернуто «с ног на голову».

К сожалению, фрукты, овощи и зелень – почему-то занимает в нашем рационе меньше 5%, в то время как сладости - до 12,5%, а мясо птицы, рыбы - 30%. Получается, что питаются наши сограждане неправильно.

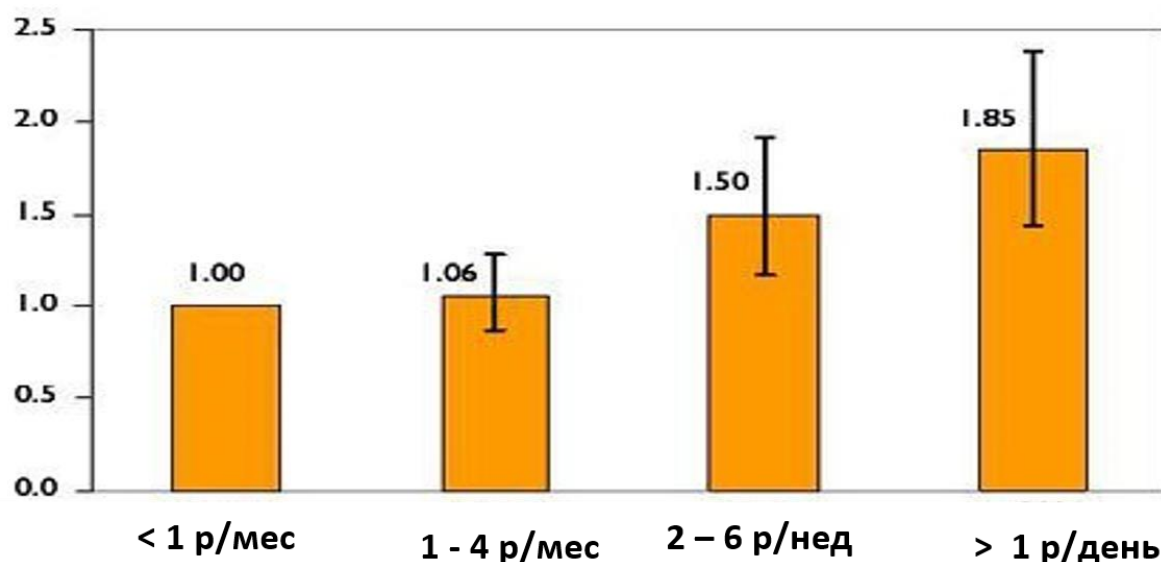
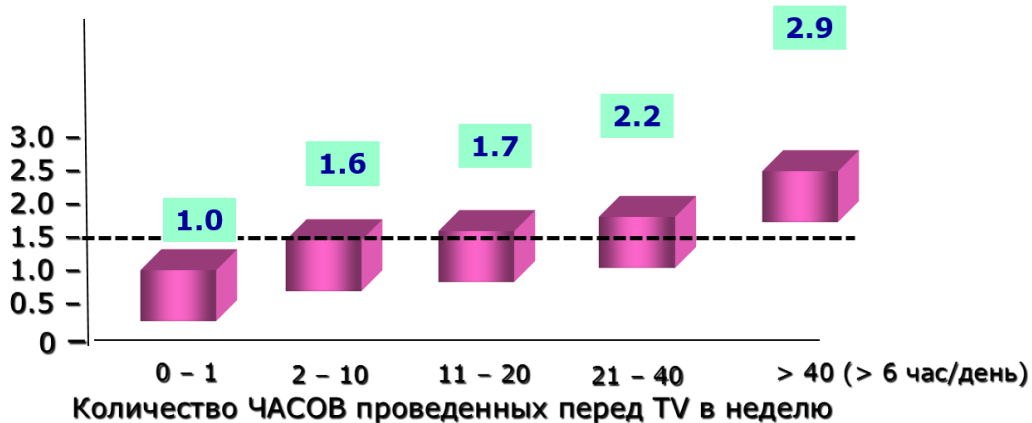


Рисунок 25 Рост риска развития диабета в зависимости от количества употребления сладких напитков

А неправильное питание приводит к различным заболеваниям. Обратите внимание на рост риска развития диабета в зависимости от количества употребления сладких напитков (Рисунок 25).

При употреблении сладких напитков чаще одного раза в день, риск развития диабета увеличивается почти в 2 раза. Сладкие напитки, и даже свежевыжатые соки содержат много углеводов, которые вызывают мощную нагрузку на поджелудочную железу. Для того чтобы держать свой вес в норме нужно потреблять столько калорий, сколько будет потрачено организмом. Но людям свойственно потреблять больше. Чтобы потратить «лишние» 50 килокалорий необходимо пройти приблизительно 1 км. Но мы как правило съедаем не 50 «лишних» килокалорий, а гораздо больше.

риск развития СД 2



Hu FB et al. Arch.Int.Med.,2001

Рисунок 26 Риск развития сахарного диабета в зависимости от количества часов перед телевизором

Еще одна существенная проблема - гиподинамия. Гиподинамия – это не обязательно сидение перед телевизором, но и любая сидячая работа. Обратите внимание, что всего 6 часов в положении «сидя» увеличивают риски развития сахарного диабета почти в 3 раза (Рисунок 26).

Как обнаружить диабет? Для начала определите Ваш индекс массы тела: для этого вес нужно разделить на рост в метрах в квадрате. Индекс более 25 означает избыточный вес, более 30 – ожирение. При обнаружении одного или более факторов риска или при достижении 45 лет необходимо регулярно, раз в три года (раз в год при обнаружении факторов риска и предиабете) необходимо проверять уровень глюкозы плазмы натощак. В случае повышенного результата нужно пройти тест толерантности к глюкозе или тест на гликированный гемоглобин.

Существует простой способ проверки рисков развития диабета опросник FINDRISK. Он состоит из вопросов: возраст, индекс массы тела, пол, частота потребления овощей, занятий спортом и так далее, и в зависимости от ответа присваиваются баллы. Результат менее 7 баллов, свидетельствует о низком риске развития диабета. Результат более 20 баллов означает, что вам срочно нужна консультация врача, так как есть вероятность, что вы уже больны диабетом.

Вмешательство	Исследование	длительность	снижение ОР
■ Диета	Da Qing (China)	6 лет	31%
■ Физ. Нагрузки (ФН)	Da Qing (China)	6 лет	46%
■ Диета + ФН	Da Qing (China)	6 лет	42%
■ Диета + ФН	DPP (США)	3 года	58%
■ Диета + ФН	DPS (Финляндия)	3 года	58%
■ Диета + ФН	IDPP (Индия)	3 года	28.5%

Рисунок 27 Результаты профилактики сахарного диабета немедикаментозными способами

Касательно профилактики диабета, основным немедикаментозным способом являются диета и физические нагрузки. Успех этих вмешательств продемонстрировали исследования врачей разных стран (Рисунок 27) Однако, в повседневной жизни нам оказывается очень сложно соблюдать режим физических нагрузок. И тут нам на помощь приходит уборка (Рисунок 28). Два часа уборки в день снижают риск развития диабета на 12%. 1 час быстрой ходьбы – на 34%.

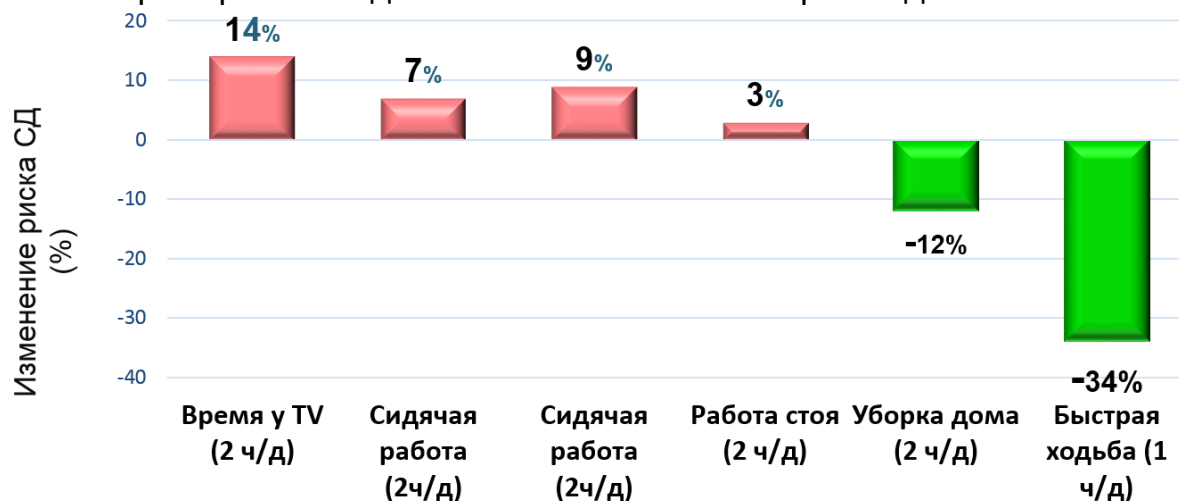


Рисунок 28 Влияние физической активности на риск развития СД2

На Рисунке 29 представлен график продуктов, повышающих и понижающих риск развития диабета. Особенно удивительным представляется положительное влияние кофе: четыре чашечки кофе в день снижают риски диабета.

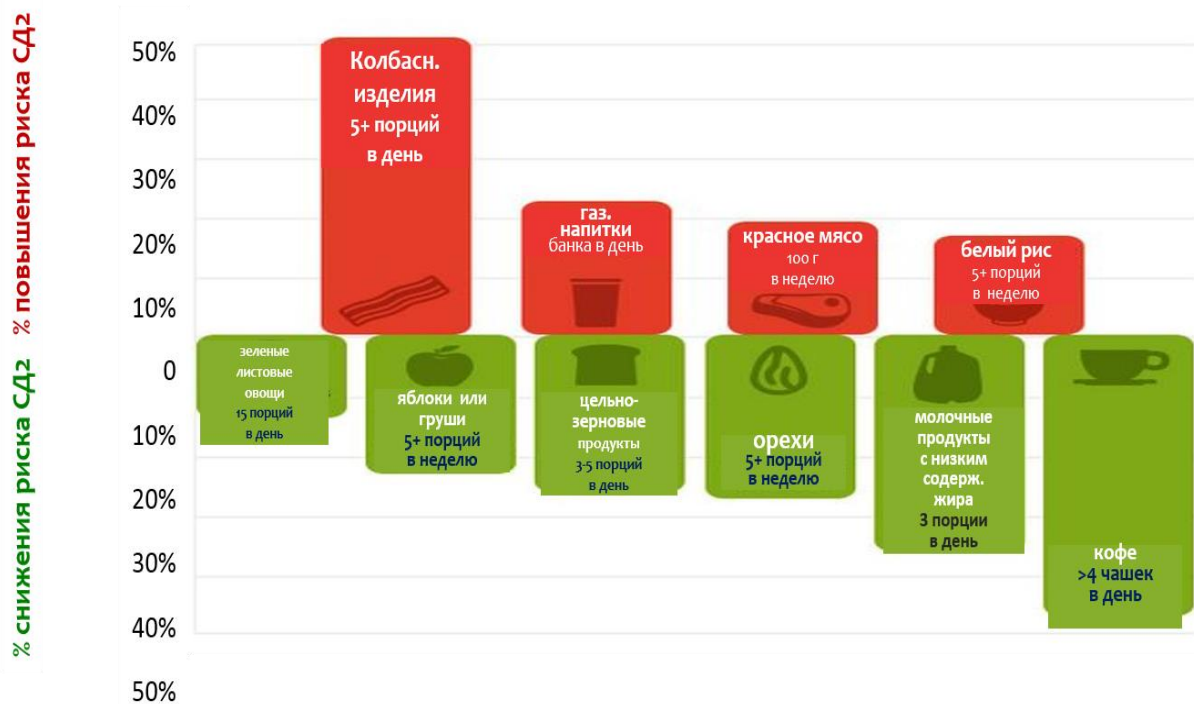
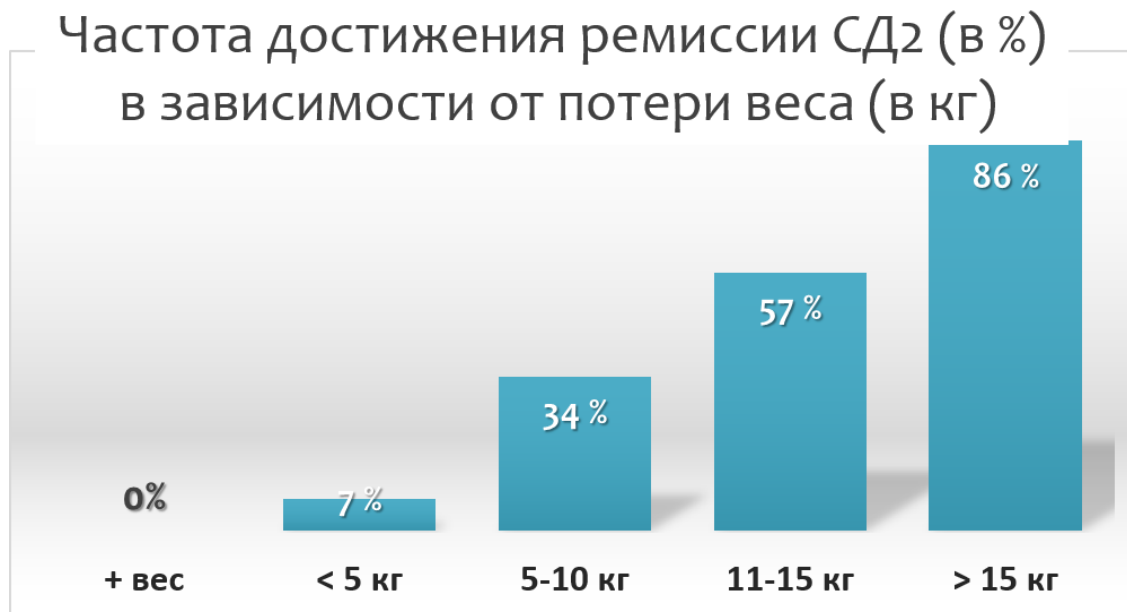


Рисунок 29 Влияние продуктов питания на риск развития СД2

Более того, положительную динамику можно наблюдать при снижении массы тела (Рисунок 30).



Снижение веса за 12 мес. исследования

Lean MEJ, et al. Lancet 2017

Рисунок 30 Частота достижения ремиссии СД2 (%) в зависимости от потери веса



При снижении веса на 15 кг в 86% случаев, удалось вызвать ремиссию диабета. Это почти излечение. Пациенты прекращали прием лекарств, поддерживая здоровый образ жизни.

Подводя итоги, отметим, что предложения и рекомендации по профилактике ожирения и сахарного диабета, должны быть комплексными, проводиться на разных уровнях. На уровне государства – это усиление мер государственного регулирования и контроля распространения основных факторов риска, диспансеризация, включающая обязательный скрининг СД в группах риска и в возрасте старше 45 лет.

На уровне общества – это информационно-образовательные программы по формированию здорового образа жизни, а также повышение роли врачей первичного звена в профилактике и ранней диагностике сахарного диабета. Маловероятно, что пациент с повышенными рисками напрямую обратится к эндокринологу. Скорее всего он пойдет к терапевту. И терапевт должен правильно определить причины недомогания и стимулировать пациента к ведению здорового образа жизни. Но и сам человек должен нести ответственность за свое здоровье и

формировать чувство персональной ответственности и значимости здорового образа для себя и для своих родственников.

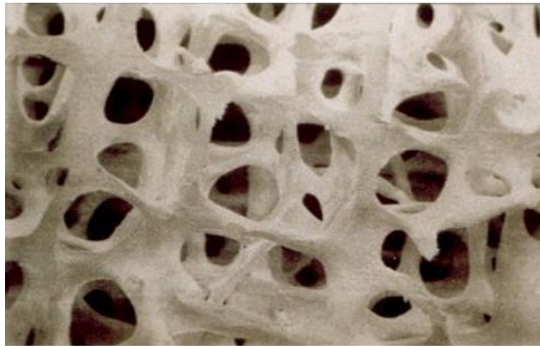
Г.А. Мельниченко
*заместитель директора «Национального
медицинского исследовательского центра
эндокринологии» Института клинической эндокринологии,
академик РАН, профессор, доктор медицинских наук*



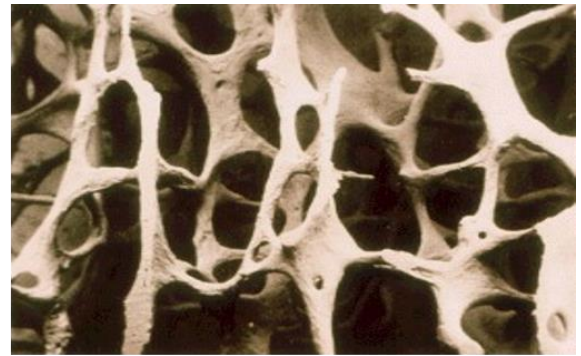
Остеопороз – взгляды, возможности, решения

Зрелость общества определяется отношением к пожилым людям. Отсюда становится понятным, почему так важно повысить ожидаемую продолжительность жизни до 80 лет. Такая продолжительность жизни далеко не всегда была такой уж ожидаемой. Женщины старше 50 лет массово стали появляться в мире только на рубеже XIX и XX веков. И тут обнаружилось, что поэты готовы воспевать дивную красоту девушек в 20, но безжалостно фиксировать недостатки женщин за 50. Так Шарль Бодлер в своем стихотворении «Маленькие старушки» весьма нелестно пишет: «Калеки жалкие с горбатою спиной, ужель, чудовища, вы женщинами были».

Вскоре ученые занялись этим вопросом – что происходит с костью с годами? Это такое же неизбежное следствие старения, как морщины? Действительно на верхних ступенях жизни кости приобретают легкость и мягкость. И это состояние способствует развитию переломов. Был предложен термин "остеопороз", то есть поротическая кость. Основоположник эндокринологии Олбрайт впервые описал постменопаузальный остеопороз и высказал предположение, что проблема не только в нехватке кальция, но и в дефиците половых гормонов. Это не значит, что остеопороз исключительно проблема женщин в постменопаузе, определенную роль играют и дефицит других гормонов и вредные вещества. На Рисунке 31 представлены здоровая кость и кость, подверженная остеопорозу.



Здоровая кость



Остеопороз

Рисунок 31 Сравнение строения здоровой кости и кости, подверженной остеопорозу

Остеопороз – это болезнь или нет? Остеопороз – предболезнь. Остеопороз поражает кость, может на уровне микропереломов вызывать болевой синдром, но болезнью он становится, когда происходит макроперелом. У всех нас есть те или иные истории с бабушками или мамами. Повернулась в постели, упала и получила перелом. Особенно опасны переломы шейки бедра, компрессионные переломы позвоночника (часто не замечаются) и перелом луча в типичном месте (перелом Колеса).

Врачи очень долго и упорно называли ожирение причиной остеопороза. Однако, низкая масса тела, меньше 20 килограммов на квадратный метр, в молодости, в пиковый период набора массы тела, также может вызывать заболевание. Примеры тому Людмила Марковна Гурченко, Грета Гарбо и другие.

К факторам риска развития остеопороза относятся: предшествующие переломы, возраст старше 65 лет, женский пол, европеоидная раса, склонность к падениям, наследственность и предшествующие болезни, в том числе прием глюкокортикоидов более трех месяцев, дефицит витамина D, диеты, обедненные кальцием, гипогонадизм, длительная иммобилизация, низкая физическая активность, курение, злоупотребление алкоголем.

Каскад переломов или «эффект домино»



Рисунок 32 Каскад переломов

При переломах возникает эффект домино. После первого перелома риск второго, третьего увеличивается многократно (Рисунок 32). То есть, если человек не успел принять профилактические меры до первого перелома, есть возможность улучшить ситуацию хотя бы после него.

Каждые пять минут в нашей стране происходит один перелом шейки бедра. Каждую минуту происходит один вертебральный перелом позвоночника. Этих переломов мы даже не замечаем.



Рисунок 33 Последствия переломов

Рассмотрим последствия переломов (Рисунок 32). Вследствие перелома 20% умрут в течение первого года. Можно возразить, что среди основных причин смерти нет переломов. Дело в том, что смерть наступит из-за осложнений, обездвиженности, которая ведет к развитию множества различных заболеваний и так далее.

30% человек получают стойкую инвалидность и не смогут продолжить работать. Нам когда-то говорили: если в семье появился один человек с переломом, значит, появился еще один человек, который будет за ним ухаживать и тоже не будет работать. 40% окажутся неспособны к передвижению и 80% - неспособны к самообслуживанию.

Одномоментное международное исследование у женщин с постменопаузальным остеопорозом

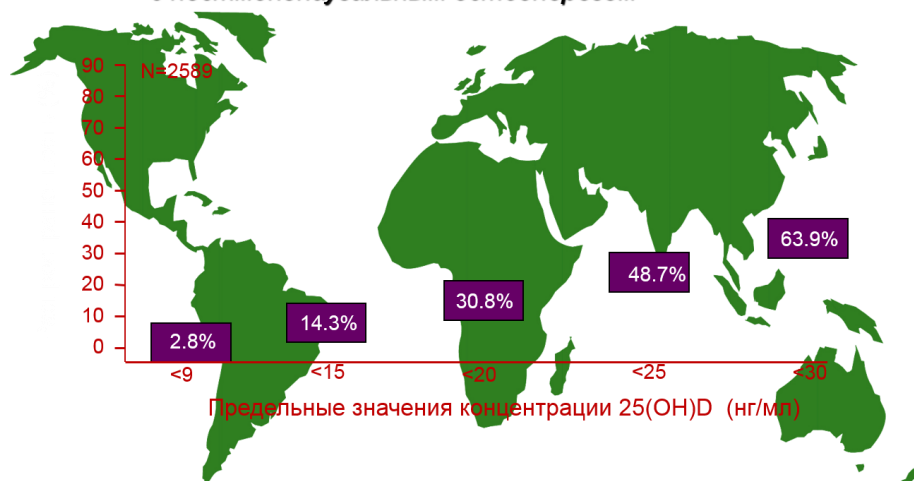


Рисунок 34 Исследование концентрации витамина D у женщин с постменопаузальным остеопорозом

Одна из причин остеопороза - гиповитаминоз D. Его имеют почти две трети женщин в постменопаузе (Рисунок 34), и это связано с недостаточным пребыванием на солнце. Но вредно также непрерывно подвергаться инсоляции, так как возрастает риск меланомы кожи. Необходимо найти гармонию в пище, которая способствует образованию витамина D, и в физической активности.

Источники витамина D: молочные продукты, яичный желток, рыба. И здесь возникает некоторая проблема, так как многие из них могут иметь повышенную жирность. Норма потребления витамина D для взрослого человека: 600-1200 МЕ/сут.



Рисунок 35 Суточная норма потребления кальция в некоторых продуктах питания

Что касается потребления кальция, суточная норма потребления для взрослого человека приблизительно 1500 мг. На Рисунке 35 представлена суточная норма в различных продуктах питания. Невозможно съесть семь с половиной плиток молочного шоколада в день – это приведет к другим серьезным заболеваниям. Но стоит обратить внимание, что в этих продуктах есть кальций и мы должны при составлении своего рациона не забывать о них.

Существует калькулятор подсчета риска переломов FRAX. Большой вклад в создания русской версии FRAX внесла профессор О.М. Лесняк из Санкт-Петербурга. Врач может выйти на эту таблицу и подсчитать риски для конкретного пациента.

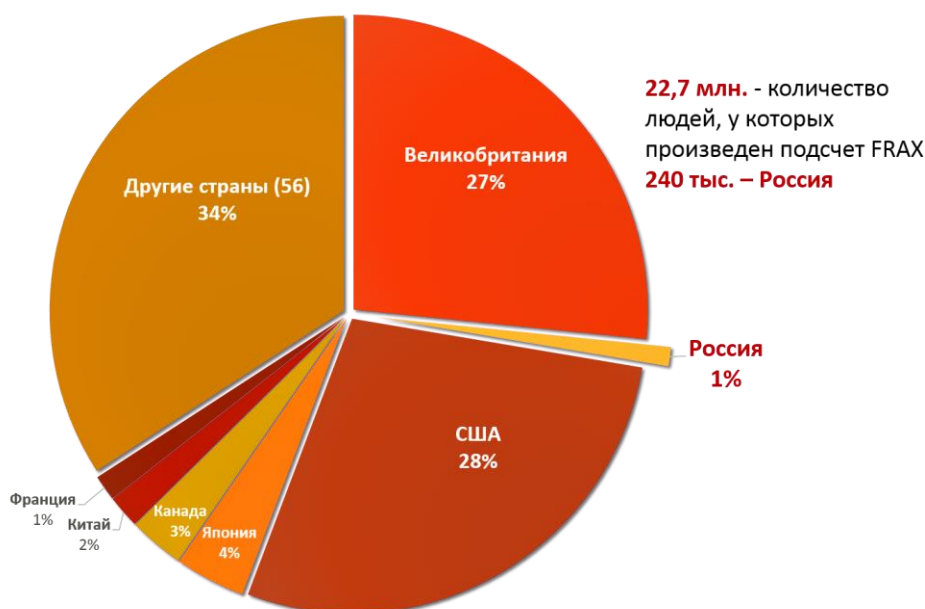


Рисунок 36 FRAX® – статистика использования с 1 января 2012 г.

Однако, к сожалению, калькулятор FRAX остается непопулярен у российских специалистов (Рисунок 36). Число всех прошедших подсчет FRAX – 22,7 млн. Среди них россиян всего 240 тыс. – это около 1%. Почему же специалисты не используют этот удобный инструмент диагностики? Проблема в недостаточной информированности. Тем необходимее проведение форумов, конгрессов и взаимодействие с прессой для обмена опытом и распространения знаний об остеопорозе.

Существуют методы определения плотности костной ткани. Правда они свидетельствуют скорее о содержании кальция, а не о структуре. Первый важный

шаг в предупреждении падений для активности в любом возрасте – это просветительская работа: общественные организации, органы здравоохранения, правительство, медиа, социальные службы, должны информировать население. Также важна социальная интеграция, выделение групп наблюдения и риска. И, наконец, не менее важно введение образовательных программ, программ физических упражнений особенно для лиц старшего возраста.



Необходимо подчеркнуть, что в нашей стране есть врачи, которые занимаются этой проблемой. Существует система помощи после перелома. Она дает поразительные результаты. Достаточно было нанять одну медсестру с высшим образованием, которая заботилась о том, что будет с больным после перелома, и количество переломов снизилось на треть в этом городе. Подчеркнем, проблему решала всего одна медсестра.

Для предотвращения остеопороза должны быть предприняты следующие шаги:

- Повышение внимания врачей общей практики к проблеме остеопороза

- Повышение информированности пациентов старше 50 лет о проблеме остеопороза
- Увеличение доступности денситометров на региональном уровне
- **Скрининг** остеопороза с расчетом индивидуального 10-летнего риска переломов по FRAX ВСЕМ мужчинам и женщинам старше 50 лет:
- **Лечение** остеопороза должно назначаться ВСЕМ пациентам, у которых развился низкотравматичный перелом после 40 лет

И.З. Гайдукова

профессор, доктор медицинских наук., член экспертной группы по изучению спондилоартритов при АРР, руководитель секции аутоиммунных заболеваний РМНОТ, действительный член ASAS



Заболевания опорно-двигательного аппарата у женщин

В последнее время человечество пришло к мнению, что люди могут выбирать не только свою дорогу в жизни, специальность, но и пол. И существуют страны, где человек выбирает пол только в возрасте 18 лет, сознательно. Это подмена понятий, потому что мы действительно можем выбрать, кого нам любить, мы можем выбрать, как нам выглядеть (пластическая хирургия на сегодняшний день развивается достаточно активно). Мы даже можем выполнить определенную эндокринную коррекцию. Но на самом деле, это мало что меняет, потому что мужчина и женщина – это разные вселенные, у них все происходит по-разному. По-разному функционируют внутренние органы и кости, по-разному протекает болевой синдром.

Говоря о том, как протекает болевой синдром при патологии опорно-двигательного аппарата у женщин, в частности у женщин за 50 лет, в первую

очередь перед нами встает задача определить основное различие, грань, которая женщин отличает от мужчин. Обращаясь к словарю Ожегова, «женщина – это лицо, противоположное мужчине по полу, та, которая рождает детей и кормит их грудью, женщина равноправна с мужчиной».



Обратите внимание, боль - это активно дискутируемая тема, потому что понятно, что женщины испытывают её по-другому. У женщин боль сильнее. В возрасте старше 50 лет одной из основных причин является боль в опорно-двигательном аппарате: суставы, связки, сухожилия и, конечно, спина. И если суставы беспокоят не всех, то людей, у которых хотя бы иногда не болела спина, особенно женщин, я не знаю.

Рассмотрим особенности регуляции боли у женщин. Безусловно, эстрогены влияют на её восприятие женщинами, до определенного момента являясь своеобразным «щитом». Поэтому традиционно считалось, что женщины болями в спине страдают гораздо реже. Мужчины не склонны демонстрировать свои переживания (это официальное заключение и один из значимых консенсусов), что может приводить к недооценке тяжести психического и физического состояния.

Женщины наоборот. Они эмоциональны, они демонстрируют боль активнее, более того, они и чувствуют ее острее. Далее мы рассмотрим определенные научные доказательства этого.

Женщины чаще выбирают пассивные стратегии и страдают. Терпят до последнего и обращаются к врачу только тогда, когда пройдена «точка невозврата», что, по моему мнению, особенно характерно для российских женщин.

Женщина нуждается в тщательном контроле эндокринного баланса, также важен учет гендерных особенностей при планировании реабилитационных мероприятий.

Какие же заболевания опорно-двигательного аппарата сопровождаются болью?

Безусловно, аутоиммунные, аутовоспалительные заболевания, ревматоидный артрит, и остеоартроз, который теперь называют остеоартритом, травмы, в том числе остеопоритические, инфекции, заболевания малого таза, из-за которых страдают позвоночник и суставы.

Так же дисплазия. Как ни странно, несовершенный остеогенез характерен для женщин больше, чем для мужчин. Девочки часто бывают худенькими, маленькими, отсюда риски поражения позвоночника.

Онокогинекологические заболевания. Метастазирование, в том числе и в кости – это та проблема, с которой мы надеемся в ближайшие годы сталкиваться все реже, а лучше не сталкиваться вовсе.

И, конечно, дегенеративные дистрофические заболевания, то, что мы понимаем под «старением», тот самый остеохондроз.



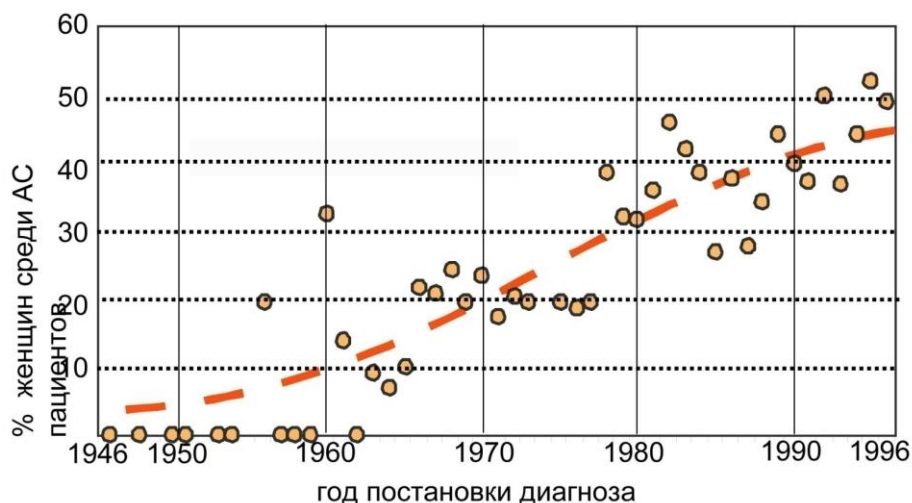
***Типичный вид больного
болезнью Бехтерева***

Художник: Алина Котикова

Рисунок 37 Типичный вид больного болезнью Бехтерева

Относительно недавно мы действительно считали многие болезни позвоночника сугубо мужскими. Когда я попросила талантливую студентку нарисовать типичный вид больного болезнью Бехтерева, она нарисовала мужчину (Рисунок 37). Почему? Потому что так заложено в сознании. Между тем, стоит обратить внимание, что в последние годы соотношение полов в заболеваниях позвоночника достигло один к одному (Рисунок 38). Более того, в Соединенных Штатах Америки оно составляет уже три четверти к четверти. То есть количество женщин с болями в позвоночнике растет.

Доля женщин среди АС пациентов зависит от года постановки диагноза



В последние годы соотношение полов достигло 1:1

Feldtkeller E. Aktuelle Rheumatologie 1998;23:176-81
Feldtkeller E et al. Curr Opin Rheumatol 2000;12:239-47 (с разрешения)

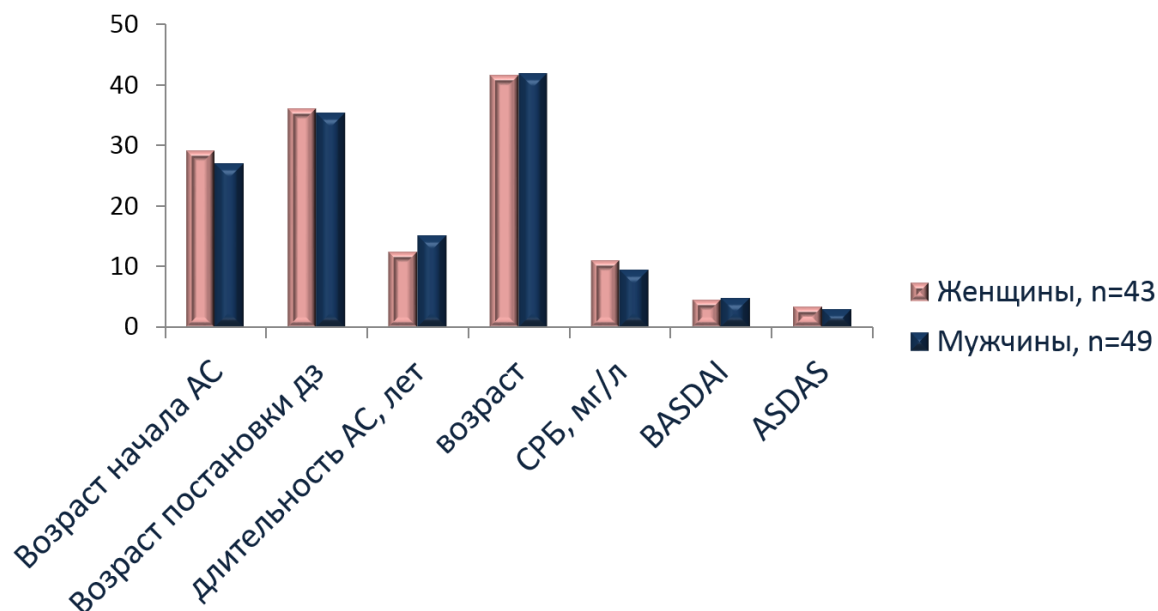


Рисунок 38 Доля женщин среди АС пациентов

Первым к вопросам заболеваний позвоночника у женщин серьезно отнесся профессор Э. Фельдткеллер. Свою жизнь он посвятил изучению болей в спине. Свою первую статью о болях в позвоночнике он опубликовал в 1954 году. Он любит две вещи: отсутствие болей в спине у людей, и женщин. В 1954 году Э. Фельдткеллер сказал, что на самом деле женщины страдают заболеванием позвоночника так же часто, как и мужчины, но врачи не видят этого. И только в 2010 году это высказывание получило общественное признание, то есть потребовалось более 60 лет, чтобы обосновать эту теорию.

Обратимся к статистике. Число пациентов, госпитализированных с аксиальным спондилоартритом, в отделение ревматологии ОКБ в 2005 году составило: мужчин – 116, женщин – 4. В 2013 году ситуация кардинально меняется - мужчин – 109, женщин – 143. Это свидетельствует о том, что, во-первых, ситуация ухудшается, больных становится почти вдвое больше в целом, во-вторых, число женщин превысило число мужчин.

Характеристика мужчин и женщин с анкилозирующим спондилитом



Различия между показателями групп недостоверны, $p > 0,05$

Рисунок 39 Характеристика мужчин и женщин с АС

Мы изучили, как протекает болевой синдром у лиц с хроническим болевым синдромом, у мужчин и женщин (Рисунок 39). В результате было обнаружено, что существенных отличий между мужчинами и женщинами нет. Возраст появления болей, их продолжительность, индекс активности – все абсолютно сопоставимо. Исследовались разные возрастные группы в разных когортах – результат остался прежним. Иногда болевой синдром у женщин несколько выше, чем у мужчин, но статистического различия обнаружено не было. Причина, видимо, в женской эмоциональности. Однако, некоторые различия все же есть.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДВИЖНОСТИ ПОЗВОНОЧНИКА МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

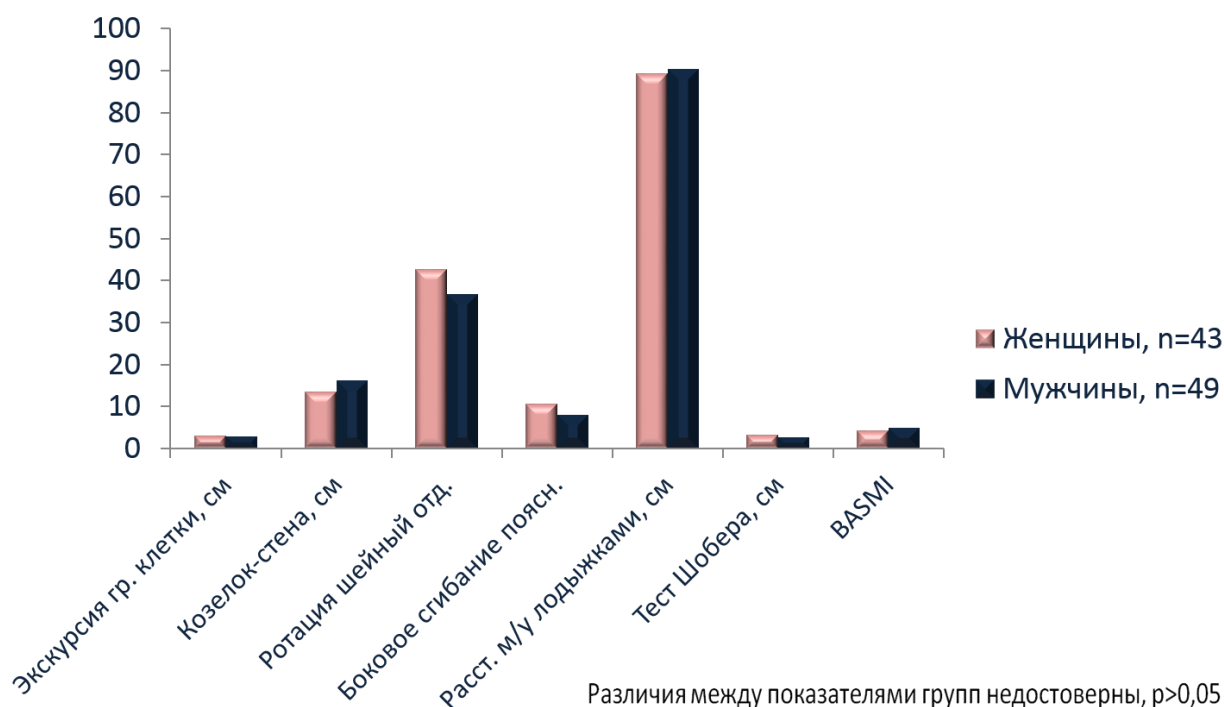


Рисунок 40 Характеристика подвижности позвоночника мужчин и женщин с АС

На Рисунке 40 представлены индексы подвижности позвоночника, их много, они очень специфические, можно определять подвижность разных отделов, шейного, поясничного, в разных плоскостях. Было отмечено, что при продолжительности болей менее 10 лет, у мужчин и у женщин, подвижность позвоночника изменяется приблизительно одинаково. Но при продолжительности более 10 лет, у женщин подвижность в большей степени сохраняется, у мужчин же подвижность ограничивается. Так же, как и при инфаркте миокарда структурные изменения у мужчин значительнее, женщины же, благодаря воздействию эстрогенов, лучше защищены от грубых структурных повреждений, от формирования грубых остеофитов, синдесмофитов и так далее. В то же время болевой синдром при формировании синдесмофитов у мужчин угасает, а у женщин продолжает оставаться высоким.

На фотографиях (Рисунок 41) хорошо видны различия в сохранении подвижности позвоночника при болезни Бехтерева у мужчин и женщин при

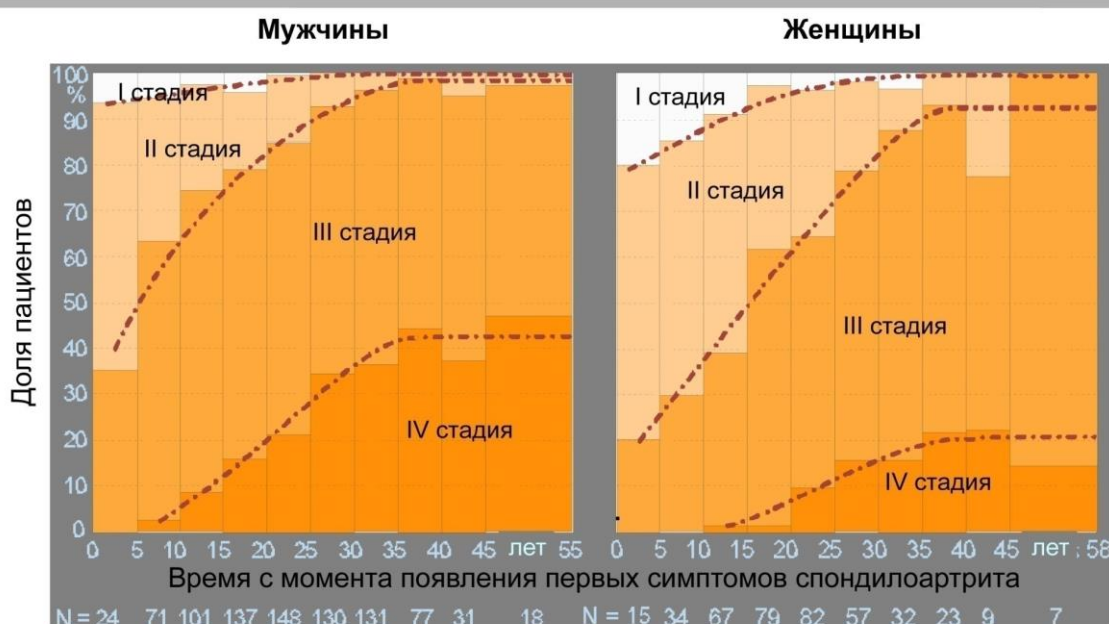
длительности заболевания более 10 лет. Мужчины через 10 лет болезни не могут дотронуться до пола, у женщин подвижность сохраняется, но сохраняются и сильные боли.



Рисунок 41 Фотографии пациентов с болезнью Бехтерева

Это приводит к тому, что женщинам, которые приходят в таком состоянии к врачу, говорят, что у них «не болит», потому что до изобретения МРТ, средств засвидетельствовать боль не было. Сейчас есть очень простые режимы МРТ, без контрастирования, на которых видны зоны воспаления, зоны отека, которые и вызывают боли. Этот метод диагностики необходимо активно применять, но назначать его должен врач.

Структурные изменения позвоночника при АС: большая частота встречаемости анкилоза позвоночника у мужчин по сравнению с женщинами



Feldtkeller E. Aktuelle Rheumatologie 1998;23:176–81
 Feldtkeller E et al. Curr Opin Rheumatol 2000;12:239-47

Стадия I – нет рентгенологических изменений
 Стадия II – только сакроилиит рентгенологически
 Степень III – частичный анкилоз позвоночника
 Степень IV – полный анкилоз позвоночника



Рисунок 42 Структурные изменения позвоночника при АС у мужчин и женщин

Ранее упомянутый профессор Фельдткеллер провел исследование, в результате которого было обнаружено, что у мужчин и женщин по-разному срастаются позвонки, в частности, что у женщин они срастаются меньше (Рисунок 42). Также было обнаружено, что женщины страдают от более сильных болей. Соответственно, при равной степени активности заболевания опорно-двигательного аппарата женщины имеют болевой синдром несколько большей интенсивности, но, так как он не сопровождается выраженными структурными изменениями, женщины меньше обращают на это внимание, и на женщин с этой проблемой меньше обращают внимания.

Женский пол является фактором риска остеопороза. Коррекция болей у женщин, безусловно, требует коррекции эндокринного и психологического статуса. Женщины чаще нуждаются в назначении успокаивающих, противотревожных средств для купирования равнозначных ситуаций, которые у мужчин не требуют психоневрологической коррекции.

Необходимо помнить, что женщины также страдают от заболеваний опорно-двигательного аппарата, как и мужчины, поэтому, представляя типичный вид больного болезнью Бехтерева, нужно думать как о мужчинах, так и о женщинах. (Рисунок 43).



***Типичный вид больного
болезнью Бехтерева***

Художник: Алина Котикова

Рисунок 43 Типичный вид больного болезнью Бехтерева. Женщина

О.А. Карпенко

*кандидат медицинских наук, сопредседатель секции
профилактической психиатрии Всемирной
психиатрической ассоциации*

**Психическое благополучие женщин
старших возрастов**



*"Психическое здоровье является неотъемлемой частью здоровья;
действительно, без психического здоровья нет здоровья,"
– Всемирная организация здравоохранения*

В настоящее время психические нарушения каждый год поражают более одной трети населения. Место депрессии в рейтинге неинфекционных расстройств повышается, к 2020 году она займет второе место после сердечно-сосудистых заболеваний.

Но есть и хорошие новости. Продолжительность жизни населения повышается, и будет увеличиваться доля лиц пожилого возраста. Это ставит перед системами здравоохранения определенные задачи и вызовы.

Если мы обратим внимание на психическое здоровье женщин, то во всем мире изучаются гендерные различия психической заболеваемости. Известно, что депрессия диагностируется в два раза чаще у женщин, чем у мужчин. То же можно сказать и о потере трудоспособности по причине депрессии: 41,9% у женщин, 29.3% у мужчин.



Ключевым симптомом депрессии является ангедония, то есть потеря способности получать удовольствие. Пациенты с депрессией становятся менее

активными, менее мотивированными, более гиподинамичными, соответственно, они сталкиваются со всем спектром соматических проблем.

Второй бич нашего времени – это деменции, психоорганические расстройства, и у женщин эти расстройства встречаются приблизительно в два раза чаще, чем у мужчин.

В последнее время много внимания уделяется проблемам насилия, домашнего насилия, экстремальных ситуаций, связанных с войнами и катастрофами, и 80% жертв этих событий – это женщины и дети.

Существует ужасающая статистика жертв насильственных действий. Распространенность насильственных действий в отношении женщин колеблется от 16% до 50%. Одна пятая всех женщин в течение жизни становится жертвами сексуального насилия или попыток насилия, а это психологическая травма, стресс, риск развития посттравматического стрессового расстройства, депрессии. Главная проблема подобных ситуаций – женщины стесняются об этом говорить. Сейчас этой проблеме уделяется большое внимание, именно для того, чтобы вовремя выявлять подобные ситуации.

Риск депрессий в разные возрастные периоды

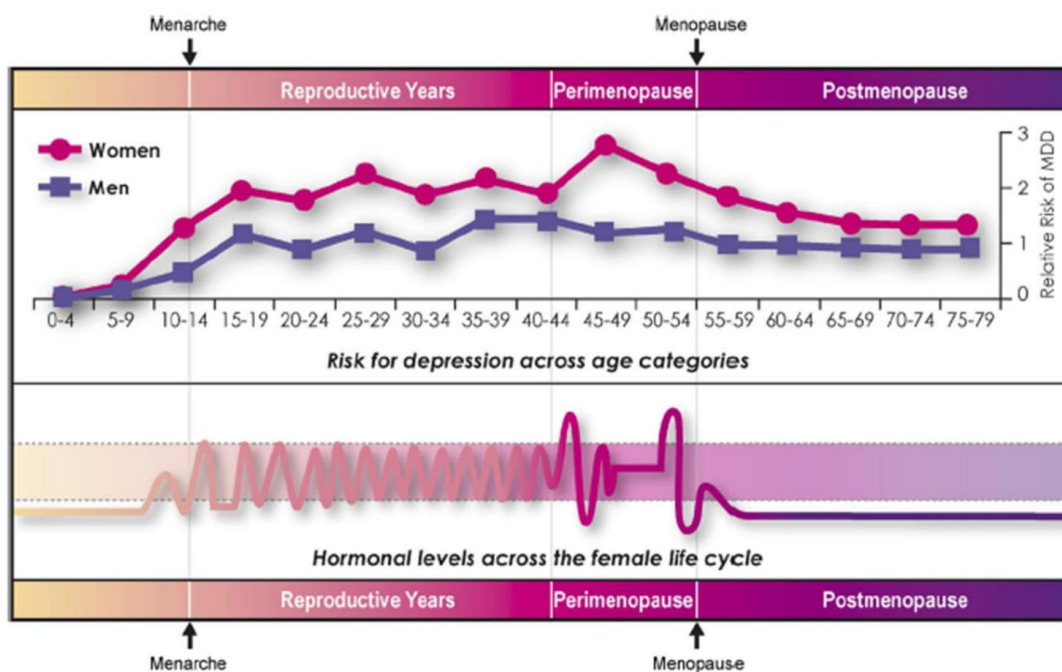


Рисунок 44 Риск развития депрессий в разные возрастные периоды

Говоря о риске развития депрессии в зависимости от возраста, наиболее подвержены депрессии женщины в период менопаузы (Рисунок 44). Всемирная организация здравоохранения не рекомендует списывать эту тенденцию исключительно на биологические или эндокринные факторы, хотя на представленном графике показана и динамика женских половых гормонов в эти возрастные периоды. Велика доля социальных факторов, психологических факторов. Не беря во внимание экстремальные случаи, тяжелые жизненные ситуации, на практике мы часто сталкиваемся с ситуациями, когда женщины в возрасте 50-55 лет приходят на прием и жалуются на то, что она всю жизнь занималась детьми, жертвовала своей карьерой, и вот наступил момент, когда дети выросли, и она чувствует себя несчастной. Это так называемый феномен пустого гнезда, когда дети покидают родительский дом. Это очень сложный период в жизни женщины, потому что он связана с некоторыми экзистенциальными кризисами, с кризисами смысла жизни. Перед женщиной встает ряд сложных вопросов: чем заниматься, что делать, ведь привычный уклад жизни нарушился. Это один из примеров, когда социальные факторы могут способствовать развитию депрессии.

Эта проблема привлекает внимание мирового сообщества. Последние 20 лет Всемирная организация здравоохранения выпускает различные рекомендации, которые обращают внимание на психическое здоровье женщин (Рисунок 45).

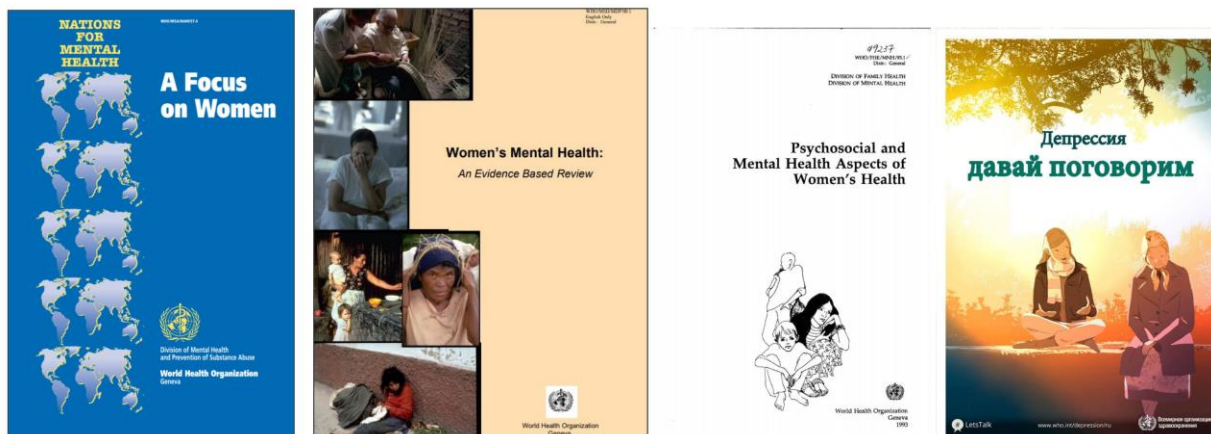


Рисунок 45 Издания Всемирной организации здравоохранения

Интересно, что в текущий временной отрезок – 2017–2020 годы - впервые в истории Всемирной психиатрической ассоциации, которая функционирует с 1950 годов, президентом стала женщина, профессор Хелен Херман из Австралии. Одной из инициатив, которая включена в план действий на эти три года ее правления, стало усиление внимания на психическое здоровье женщин и девочек.

Вслед за Всемирной ассоциацией психиатров Российское общество психиатров также два года назад создало секцию, которая так и называется – "Психическое здоровье женщины". Основные задачи общества – это улучшение психического здоровья женщин России, обеспечение гендерно-специфических и укрепляющих автономии женщин оснований работы служб охраны психического здоровья и распространение научных данных о специфике подхода к обеспечению психического здоровья женщин. Также в октябре 2018 года состоялся первый всероссийский конгресс с международным участием, «Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус».



Таковы рекомендации профессиональных ассоциаций, но в реальной жизни надо предпринимать конкретные шаги, направленные на предоставление помощи

населению. Например, инициатива, которая проходит в Москве под руководством главного психиатра Москвы, Костюка Георгия Петровича, и при поддержке Правительства Москвы, «Повышение доступности помощи при распространенных психических расстройствах». В основном речь идет о депрессии и деменции.

Открытие диспансерных психоневрологических модулей на базе поликлиник

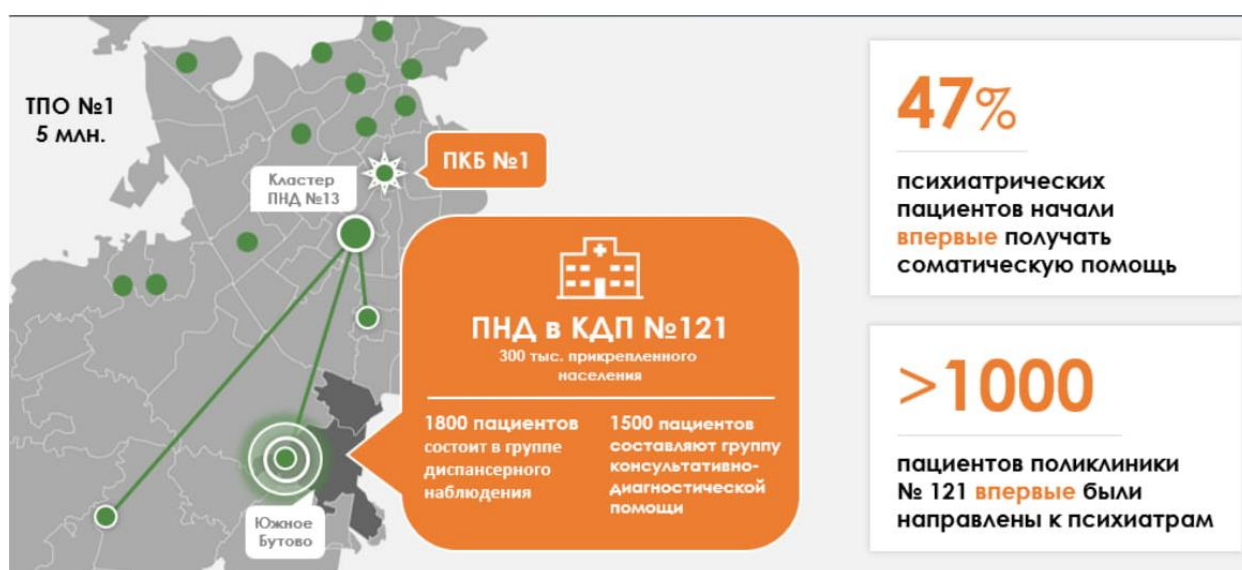


Рисунок 46 Открытие диспансерных психоневрологических модулей на базе поликлиник

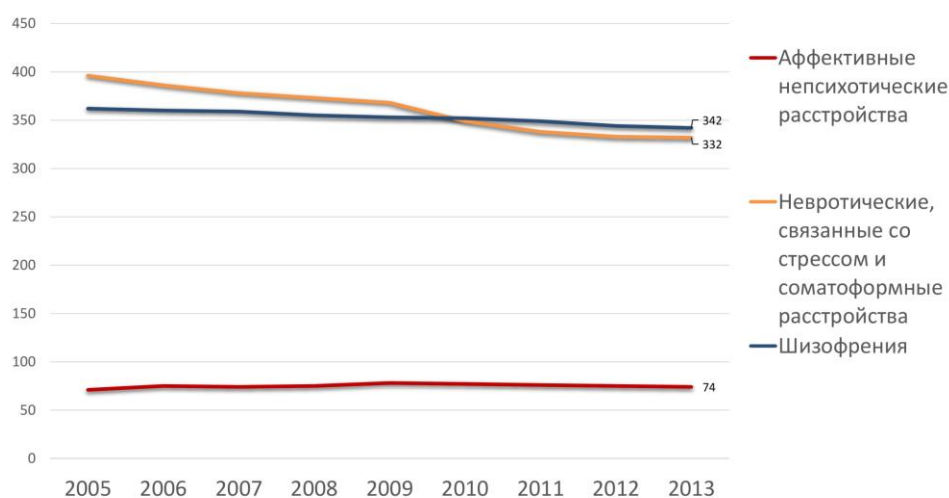
В рамках этой инициативы происходит создание диспансерного модуля в поликлиниках (Рисунок 46). Как известно, пациенты как правило не обращаются с эмоциональными проблемами к психиатру. Среди населения бытует страх перед ними. Первая точка обращения (об этом говорится во всех документах Всемирной организации здравоохранения) – это поликлиники, это врачи общей практики, терапевты, неврологи. Но как дальше врачу убедить пациента пойти к психиатру, при выявлении эмоциональных проблем? Соединение психиатрической и общемедицинской служб является одним из шагов для решения этих проблем.

Следующая инициатива – это создание сети клиник памяти, куда могут обратиться люди с нарушениями когнитивных функций, до того, как проблема достигнет степени выраженного нарушения, деменции. В клиниках памяти проводятся медицинские обследования, реабилитационные программы, направленные на профилактику развития этих состояний.

Но на самом деле, несмотря на все эти инициативы, одномоментное разрешение всех проблем невозможно, потому что, говоря об обращаемости за психиатрической помощью, в нашей стране сложилась ситуация, граничащая с абсурдом. Психиатрическая служба работает по Федеральному Закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Согласно этому закону, психиатрическую помощь в Российской Федерации имеют право оказывать только врачи-психиатры. Другие врачи имеют право только на то, чтобы поставить предварительный диагноз, высказать некие предварительные предложения по лечению. Обращаясь к другим областям медицины, это то же самое, как если бы насморк имели право лечить только ЛОР-врачи.

Мир захватила эпидемия психических расстройств. Россия – не исключение. Одна треть населения Земли сталкивается с этими проблемами. На данный момент в России менее 13 000 психиатров. Такое количество специалистов недостаточно, чтобы справиться с потоком пациентов, и в итоге люди не получают помощи. В том числе и женщины старшего возраста, основной контингент, которые болеют депрессией, которые болеют деменцией.

Контингенты зарегистрированных в течение года больных (на 100 тыс. населения) в России



Казаковцев Б.А., 2015

Рисунок 47 Контингенты больных, зарегистрированных в течение года в России

Рассмотрим график контингентов зарегистрированных в течение года больных (на 100 тыс. населения) в России (Рисунок 47). Синим отмечена распространенность шизофрении, оранжевым – тревожных расстройств, красным – депрессии. Шизофрения – это тяжелое психическое расстройство, которое независимо от расы, возраста, национальности, места жительства диагностируется во всем мире у 1% населения. В нашей стране уровень распространенности тревожно-депрессивных расстройств практически сопоставим с шизофренией. Если рассматривать депрессию в частности, показатель будет еще ниже. Это абсолютный нонсенс. Это равнозначно высказыванию, что распространенность бронхита точно такая же, как распространенность туберкулеза.

Профессиональным сообществом предпринимаются попытки внесения изменений в законодательство, потому что, пока только врачи-психиатры имеют право лечить и диагностировать психические расстройства, можно сколько угодно говорить о рекомендациях ВОЗ и Российского общества психиатров. Воплотить эти рекомендации на практике невозможно, до тех пор, пока не будет изменено законодательство. К сожалению, пока эти изменения остаются на уровне проектов, конкретных шагов не предпринимается. Будем надеяться, что в будущем ситуация изменится.



П.А. Воробьев

*Советник Губернатора Орловской области,
Президент Московского городского научного
общества терапевтов, доктор медицинских наук,
профессор*



Проблемы организации гериатрической помощи

С 1998 года на базе ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России существует кафедра гериатрии. Вот уже 20 лет я являюсь заведующим этой кафедры. В 2018 году я также занял должность советника губернатора Орловской области, в надежде оказать положительное влияние на здравоохранение в области.

Кроме того, я являюсь президентом Московского городского научного общества терапевтов, основанного более 140 лет назад.

Перед нами стоит задача решить, как правильно взаимодействовать с пожилыми людьми и что можно сделать для развития геронтологии. Потому что с возрастом у человека накапливается огромное количество болезней, и со всем этим ему приходится жить. Болезни сочетаются друг с другом, усиливают друг друга, меняется характер течения этих заболеваний, и не стоит забывать, что с возрастом меняется и чувствительность к терапии. Наблюдаются и случаи взаимоисключения болезней, как, например, после инфаркта миокарда человека больше не беспокоит гипертония. Она, конечно, не излечилась, но все-таки её течение становится более легким.

Число пожилых больных людей растёт очень высокими темпами, Россия относится к странам с одним из самых быстрых темпов нарастания пожилого населения. Связано это с демографическими проблемами нашего прошлого, с огромным количеством смертей в разные годы, начиная с Первой мировой войны. Мы почему-то забываем, что по вине этой ужасающей войны погибли миллионы,

гораздо больше, чем, скажем, за время гражданской войны. Войну сменили массовые репрессии, затем Вторая мировая война. И это привело к нерожденным детям, нерожденным внукам, нерожденным правнукам. И когда мы говорим, о демографической яме 1990-х годов, на самом деле надо понимать, что это яма Второй мировой войны, это те, кто не родился по её вине.

И таких «нерожденных» у нас, по самым скромным оценкам, 140 миллионов человек. Именно столько мы недосчитались за счет того лиха, которое прошло над нашей страной за прошлый век.

Сравнение поло-возрастной пирамиды жителей деревни в сравнении со всей Россией

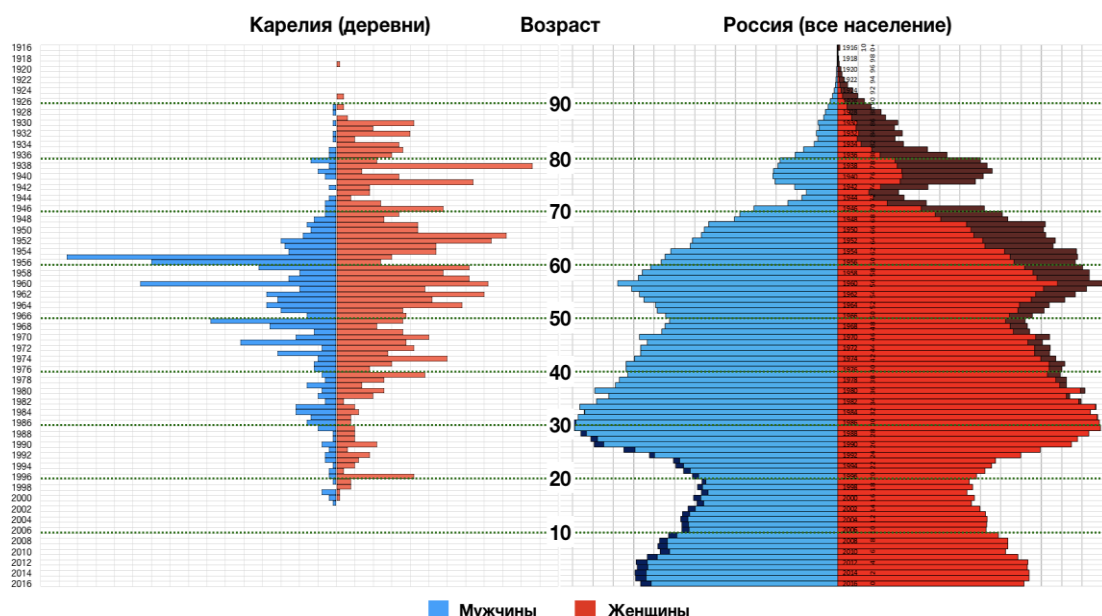


Рисунок 48 Сравнение половозрастной пирамиды жителей деревни в сравнении со всей Россией

При этом не стоит забывать, что мужчины в нашей стране живут меньше. И постепенно в возрастной структуре женщины начинают резко преобладать. И в пожилом возрасте основная масса – это женщины. На Рисунке 48 представлены результаты наших исследований по сравнению половозрастной структуры населения жителей деревень Карелии (слева) и России. К сожалению, на деревенское население обращают слишком мало внимания, мы, пожалуй, единственные, кто занимается такими вопросам, ездит по селам, а не городам. За свою жизнь я практически совершил кругосветное путешествие, преодолел на

мотоцикле по Соединенным Штатам Америки от Нью-Йорка до Лос-Анджелеса, и на джипе по России я проехал от Москвы до Магадана и от Москвы до Сахалина. Поэтому я знаю, что на самом деле творится в наших малонаселенных районах и, кстати говоря, в американских тоже. В американских деревнях тоже существуют определенные проблемы, и уровень жизни в целом хуже, чем скажем в Нью-Йорке.

Обратите внимание, что женщин на селе значительно больше, старшие возрастные группы состоят практически из одних женщин. Пожилых мужчин на селе очень мало. Кроме того, известно, что люди, занимающиеся умственным трудом, живут дольше. Поэтому с возрастом происходит относительное преобладание числа лиц с образованием.



Подобный рост количества людей старшего возраста, обуславливает необходимость решения множества социальных и медицинских проблем, касающихся пожилых людей.

Для того чтобы понимать, как решать эти проблемы, нужно научиться дифференцировать проблемы различных целевых групп, фокус-групп, потому что эти различия могут быть принципиальными. Соответственно, нужно выбирать те

технологии, которые могут решать задачи, возникающие в конкретной группе, и это могут существенно различаться.

Основная позиция на повестке дня гериатрического сообщества, это невозможность решать медицинские проблемы в отрыве от социальных. И после образования Минсоцразвития, появилась надежда, что в разумах людей появилось осознание невозможности решать эти вопросы отдельно. Но к сожалению, все пришло к тому, что произошло разделение на два министерства – социальное и здравоохранения, которые были опять вынуждены искать пути координации. Это неправильный путь.

Вторая позиция заключается в том, что технологии должны быть приближены к месту проживания. Все чаще говорят о первичной медико-санитарной помощи, первичной помощи. Это первостепенно важный вопрос. Более того, в эту помощь должны быть задействованы, или вовлечены не только врачи, медицинские сестры и фельдшеры, но и люди, не имеющие специального медицинского образования. В мире они называются "парамедики". В России на самом деле они тоже есть. Существует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению", в котором говорится о порядке оказания помощи, уполномоченных домовых хозяйств. Это люди, не имеющие специального медицинского образования, но которые выделяются из домашнего хозяйства. Им дается специальная укладка, их должны обучать. Но все пока остается на бумаге. Они даже могут оказывать реанимационную помощь: у них должен быть мешок Амбу, они должны останавливать кровотечение, накладывать шины и так далее. То есть обладать большим объемом знаний.

Следующий важный пункт - наш проект, который мы развиваем уже много лет, – это применение современных технологий, в частности телемедицины, в отдаленных регионах, где нет и никогда не будет медицинского работника. Есть

данные, что существует 80 тысяч населенных пунктов, где никогда не будет медицины. Как правило в них проживает менее 100 человек.



Рисунок 49 Система дистанционной медицинской помощи MeDiCase

Существует огромное количество населенных пунктов, где проживает 10–15 человек, и, как уже упоминалось ранее, в основном это женщины. Для них мы предположили MeDiCase – это смартфон, телефон с опросником, небольшой набор диагностических инструментов – измерение сахара, давления, температуры и пульсоксиметр, которые позволяют собрать у человека информацию, передать ее врачу на его рабочее место (Рисунок 49). Таким образом, врач может принимать какие-то решения удаленно. Речь идет не о постановке диагноза удаленно, такой диагноз будет недостаточно точен. Но врач может составить диагностические гипотезы, у него появляется информация, которой он может пользоваться. Кроме того, MeDiCase позволяет регулярно отслеживать (в данном случае раз в неделю) хронические неинфекционные заболевания, превентивно приглашать пациента померить сахар, рассказать о том, как он прожил неделю, померить у него артериальное давление, задать вопросы и так далее. И дальше эта информация опять-таки попадает к врачу.

Сегодня активно развивается робототехника. Создается впечатление, что профессия медицинской сестры, уходит в прошлое. Сегодня робот лучше переворачивает лежащих пациентов, лучше подмывает и сажает их на унитаз. Сегодня робот делает внутривенные инъекции лучше, чем медицинская сестра. На

Восточном экономическом форуме руководитель «Почты России» говорил о том, что предполагается задействовать почтальонов для оказания помощи тем жителям (по их просьбам), для кого личное посещение аптеки проблематично. Мы провели встречу с руководством "Почты России" и обсуждали внедрение нашего MeDiCase через их посредство, то есть почтальоны могут стать парамедиками, уполномоченными домового хозяйства.

Следующее – это использование технологий только с доказанной пользой. Об этом уже какое-то время ведется речь, и в первую очередь это, конечно, касается лекарств, но также и самых затратных технологий в любом стационаре –капельниц, физиологического раствора. На первом месте среди затрат числятся глюкоза и физиологический раствор при абсолютном отсутствии эффективности.



Также необходимо задействовать силы муниципалитетов, кондоминиумов, общин, домовых хозяйств и гражданского общества в оказании помощи пожилым людям. Нужно задействовать все общество. Рассчитывать только на врачей-

гериатров нельзя, их слишком мало, чтобы справиться с оказанием помощи возрастающему количеству людей старшего возраста.

Нужно также упомянуть некоторые неочевидные проблемы пожилых, о которых частично уже было сказано. Согласно данным ранее упомянутого исследования в деревнях, примерно 50% пожилого населения страдают от болей, 25% – одиноки, им некому помочь, кроме соседей. Это проблема привязанности, приверженности и социальной не востребоваемости. Все считают, что старики сидят с детьми и внуками, однако, это совсем не так, очень часто им этого делать попросту не дают. На самом деле не востребоваемость - существенная проблема, с которой сталкиваются мужчины и женщины после выхода на пенсию.

Немаловажны проблемы снижения проворности и мобильности и невосприятие современных бытовых технологий, отставание в этих технологиях, которые развиваются с такой скоростью, что даже люди более молодые не успевают за ними, невозможности самоухода у 6–8% жителей отдаленных поселков, снижения опрятности, отсутствия зубов, нарушения слуха и зрения. Практически 100% пожилых людей сталкиваются с этими проблемами. Уровень депрессии среди пожилых в деревнях – 70%.

Сейчас мы разрабатываем вопросник по когнитивным нарушениям, с тем чтобы выявлять ранние стадии когнитивных нарушений, потому что только на ранних стадиях можно пытаться влиять на течение заболевания, вовлекая людей в умственную активность

Кто такой доктор-гериатр? Написано много приказов, постановлений, но в действительности на этот вопрос никто не знает четкого ответа. Ясно, что доктор-гериатр не может быть лечащим врачом. Мы не можем создать еще одну систему "а-ля гериатрия", то есть гериатрические больницы, гериатрические поликлиники, гериатрическое все, это невозможно, система здравоохранения этого не выдержит. Лечащий врач-гериатр не может обладать всеми компетенциями – быть и психиатром, и одновременно онкологом (хотя в деревнях сейчас встречается очень много таких людей, например, гинеколог, нарколог, психиатр, рентгенолог,

дерматолог в одном человеке, к сожалению, это вынужденные меры). Поэтому гериатр лечить пациентов не должен. Скорее это врач – "наладчик оборудования", он советчик для врачей других специальностей, он консультант для врачей, медицинских, социальных работников по индивидуальным программам оказания гериатрической помощи. К сожалению, у нас в стране нет такого понятия, как программа оказания помощи, но в мире она уже есть, и в мире к ней и относится врач-гериатр.

Где должен работать врач-гериатр? В амбулатории, в медицинском стационаре - как врач-консультант. А вот в социальных центрах, возможно и как лечащий врач, потому что там действительно концентрируются пожилые люди, но они собираются не по медицинским показаниям, а по социальным, и там врач общей практики может быть врачом гериатрического профиля.

Поэтому сегодня нельзя говорить о том, что где-то есть хорошие практики, а где-то нет. Каждая практика сама по себе хороша. Многообразие форм – это то, как будет развиваться гериатрия в нашей стране в первую очередь.



ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

Л.Н. Ермошкина, руководитель Союза женщин Санкт-Петербурга и Ленинградской области

Глубокоуважаемые коллеги, глубокоуважаемый Павел Андреевич! Я профессор и врач-гериатр, работаю более 30 лет в этой самой области, о которой Вы только что говорили, и категорически с Вами не согласна, что врач-гериатр не должен вести лечебной работы. Вы берете последнее звено человеческой жизни, когда он уже подошел к старческой астении, а есть еще возраст вполне активный человеческий, так называемые молодые старики – от 60 до 75 лет. Адаптационные возможности уже снижены, уже есть особенности клинического течения лечения, а врачи не знают гериатрии, гериатрия не преподается в вузах, хотя такая профессия есть. И я никак не могу с Вами согласиться, что не должно быть лечебной такой специальности – гериатрия. Гериатр должен быть, он должен принимать больных.

Некому обучать гериатрии, недостаточно кафедр, а те, которые существуют, в большинстве своем занимаются последипломным образованием. Два года назад в России было 200 гериатров, из них 100 - в Санкт-Петербурге. Сейчас намечена подготовка 3500 гериатров. Как они будут готовятся? Сейчас они имеют формат краткосрочных курсов, продолжительностью дней 10, за это время невозможно обучить гериатора.

П.А. Воробьев

Я не говорил о том, что врачи-гериатры не нужны, что они не должны заниматься клинической работой. Они не должны быть лечащими врачами – они должны быть консультантами в тех случаях, когда врач не справляется с какой-то ситуацией.

Что касается образования, обучения, кафедр. Кто будет обучать? Вы можете представить себе армию гериатров, которую нужно научить, чтобы они вели

больных, как в педиатрии? Где мы наберем такое количество гериатров? Не наберем никогда. Поэтому гериатрия – это вспомогательная, очень важная профессия, абсолютный аналог, может быть, клинической фармакологии, где врач, не ведет пациентов непосредственно, он консультант врача, это другой уровень оказания медицинской помощи.



Т.В. Ворожцова, заместитель руководителя портала «Евразийское женское сообщество»

Как вы видите организацию пропаганды медицинские знания среди населения? И сразу предложение. Мы на нашем портале готовы делать все, чтобы больше людей узнавали, что нужно делать для своего здоровья, долгой и счастливой жизни.

А.Л. Мясников

Я всегда говорю: у нас та медицина, которую мы заслуживаем. Это, может быть, странно звучит, но ранее говорили про малоэффективность капельниц, тогда почему же они до сих пор используются? Потому что вы их хотите. Я у себя в

больнице попробовал отменить капельницы, две недели каждый день пациенты «бунтовали»: "Верните нам капельницы".

Поэтому, как мне правильно сказал один доктор: "Нас вы еще более-менее образуете, а что мы будем делать с той стороной?" Та сторона – это пациенты. Поэтому я считаю, что мы можем вкладывать все свои силы в развитие медицины, но, если мы не настроим пациентов правильно, положительных результатов не достичь.

Ко мне сегодня пришла одна очень опытная женщина, семь лет отработала в Америке, дипломированный американский врач, вернулась в Россию, а ее на работу никто не берет – слишком умная. Когда к ней приходит пациент, она говорит: "Не надо пить лекарства, вы должны снизить вес", – а человек пишет жалобу: "Чего она меня жить учит?". Поэтому умные, грамотные врачи у нас, к сожалению, пока не востребованы.

Е.Ф. Лахова

Александр Леонидович, вы ведущий популярной программы и выпускаете целые серии книг. Может сделать акцент на проблемы "50+", запустить серию программ, посвященных именно тем проблемы, которые мы сегодня обсуждали. За одну программу всех вопросов не осветить, может, например, полгода взять и говорить об этом, пока люди не поймут.

А.Л. Мясников

Мы как раз работаем сейчас над такой программой.

Л.Д. Попович

На самом деле общество у нас состоит не только из женщин за 50. Конечно, сейчас женщины "50+", составляют 47% всей женской популяции, это самая массовая группа. Но вообще, когда мы говорим об просвещении, начинать все-таки нужно со школы, где предмет «биология» перестал справляться с тем, чтобы обучать детей как устроен организм, что такое физиология. Начинать нужно с самых азов.

К сожалению, наши дети даже не понимают, зачем нужно мыть руки. В стране среди молодых девушек растет инфекционная заболеваемость, связанная с невыполнением санитарно-гигиенических норм. Почему мы об этом не говорим? Кто-то же должен их этому учить? Но остается вопрос кто. Врачам этим заниматься на самом деле некогда. И здесь я совершенно согласна с Павлом Андреевичем о том, что нам необходимо воспитывать так называемых парамедиков либо волонтеров, либо общественные организации, которые должны создать моду на здоровье. Научить людей счастью можно только тогда, когда они чувствуют свое хорошее состояние, и физическое в том числе, ведь здоровье – это физическое и психическое состояние, и состояние общественного окружения.



Г.П. Зольникова, министр здравоохранения Оренбургской области

У меня предложения. Во-первых, я все-таки предлагаю подать прошение в ВОЗ изменить структуру возрастов. Сейчас в ней указаны молодой, средний и пожилой, и пожилой идет с 60 до 74 лет.

И второе предложение. Возможно стоит ввести аналог родового сертификата для женщин старше 40 лет.



В. И. Подойницына, руководитель региональной общественной организации «Союз женщин Забайкальского края», главный врач областной больницы

Александр Леонидович, у Вас прозвучала просто потрясающая фраза, что мы оставляем женщину серебряного возраста один на один. И вот она женщина серебряного возраста, пришла в поликлинику – кто вообще должен ее контролировать, смотреть? Педиатр ли? Гериатр ли? Вообще кто?

А.Л. Мясников

Вот это вопрос, который мне всегда не дает покоя. Я ненавижу привычку наших врачей спихивать пациентов друг на друга "Не мое. Иди к гинекологу". Гинеколог говорит: "Нет, это надо к эндокринологу-гинекологу". А этот: "Ты иди к психиатру". Каждый говорит "это не ко мне". Это беда нашей медицины.

Я не открою вам никакой тайны. Никакого специального диктора-эндокринолога, специалиста по женщинам нет. Есть врач. Мы должны вернуться к исходному – к врачу общей практики.

Сейчас у нас обучение в упадке. Я помню, когда пересдавал в медицинский институт в Америке все экзамены, я столкнулся с тем, что целый блок вопросов был посвящен эндокринологии женщин за 50 лет. Мне приходилось сидеть и учить эти вопросы по новой, потому что там им придавалось колоссальное значение, а у нас эти знания преподавались вскользь.

Вся проблема в том, что от нас – что мужчин, что женщин старшего возраста – просто отмахиваются. «Вы же вышли в тираж. Чего вами заниматься?» У нас считается, что это нормально. Один умный врач очень правильно сказал: «Никогда не списывайте плохое состояние пациента на погоду и на его возраст». А у нас: "Ну а чего ты? 60 лет – и иди отсюда. Недержание? А чего Вы хотели?". Проблема в низкой социальной ответственности. Я считаю, что это абсолютно неправильно и врач должен быть врачом. Он должен быть и человеком, и врачом.

Пациент приходит к врачу. Он сидит, что-то пишет, потом взглянул на пациента и говорит: "Так, иди сделай УЗИ" или "Иди сделай анализ". Но это уже неправильно. Мы говорим врачам, что, если при разговоре с пациентом, при внимательном осмотре у вас нет диагностической концепции, значит, вам никакое МРТ не поможет дальше. Вы должны думать, вы должны разговаривать. А многие просто отмахиваются от пациента и посылают его на различные, зачастую ненужные, анализы и исследования.

Поэтому нам нужно повышать ответственность врачей, возрождать врачей общей практики.



***Г.И. Климантова, руководитель ресурсного центра Союза женщин России, председатель Комиссии по науке и образованию Общественной палаты
Союзного государства, доктор политических наук***

У нас в России, которая является правопреемником Советского Союза, раньше была великолепная гериатрическая практика. Сейчас мы всё это утратили. Вот я работаю в институте повышения квалификации Москвы, и мы знаете, у кого учимся? Мы приглашаем итальянцев, тот же Израиль и так далее.

Я считаю, что это обучение должно быть точечным, предметным и очень ясным, и с учетом нашей, отечественной практики.

Вот Александр Леонидович ведет передачу, мы все от нее в восторге. Почему? Потому что он простым языком дает простые советы, и народ этим советам следует.

П.А. Воробьев

В СССР не было гериатрии в принципе, было несколько человек, в частности, петербургская школа очень известная, киевская школа, но никаких предметов,

никаких учебников у нас не существовало и никогда не преподавали. Поэтому говорить о том, что в Советском Союзе было все хорошо не верно.

Что касается обучения, конечно, оно нужно, это совершенно верно, и мы об этом, собственно, и говорим – что нужно студентам обязательно давать знания по геронтологии. Сегодня этого не происходит.



***Е.А. Воронович, председатель комитета по социальной политике
Курганской областной думы***

Мы живем в правовом государстве. Если мы хотим навести порядок в здравоохранении, он должен начинаться с закона. И до тех пор, пока в федеральном законе № 323 обязанности медицинских организаций и обязанности пациента не будут равняться по количеству пунктов, мы ничего не добьемся. Чем отличается пациент в Израиле от пациентов в России? Израильский начал лечиться за три года до того, как заболел, наш – за три дня до того, как умер. И для начала должно произойти законодательное уравнивание наших обязанностей.



***А.Ф. Каскулова, председатель Союза женщин Кабардино-Балкарской
Республики***

Каждый из докладчиков отметил в своем выступлении, какова важность первичной медико-санитарной помощи. При проведении модернизации в 2012 году большее внимание было уделено стационарным учреждениям. Сейчас то оборудование, которое было поставлено в рамках национального проекта устарело. К сожалению, закупить новое оборудование медицинские учреждения не могут с учетом федерального закона № 44.

А.Л. Мясников

Я Вас прекрасно понимаю. Наша больница имеет неплохой доход, но при этом мы не имеем права приобретать необходимое оборудование дороже, чем 100 тыс. рублей.

А.Ф. Каскулова

Нельзя ли рассмотреть у нас в Российской Федерации в рамках реализации этой стратегии планов мероприятий обеспечение женщин медикаментами? Хотя бы самыми основными с доказательной базой.

И последнее, то, что касается пропаганды медицинских знаний. Может быть, имеет смысл на обороте продуктов печатать, о вреде, например, трансжиров.

Л.Д. Попович

Давайте по очереди, сначала по поводу обеспечения доступности лекарственными препаратами. Важнейший вопрос. Вот уже лет 10, мы боремся за систему возмещения стоимости лекарственных препаратов при лечении в амбулаторном звене, в стационаре теоретически у нас все бесплатно, как и в скорой помощи.

Осенью 2018 года состоится заседание Государственного совета по лекарственному обеспечению. Сейчас ведется активная подготовка к нему. И один из важнейших вопросов для обсуждения – это как раз внедрение пилотов по возмещению. На данный момент еще решается, какой контингент будет первым целевым. Мне кажется, обсуждение проблем женщин от 50 и старше, помогает понять, насколько специфичными являются эти проблемы и насколько они значимы для выживания общества и молодых в том числе, потому что именно эти женщины – основа общества, именно они ухаживают за молодыми и в конечном счете и создают костяк нашего общества.

Поэтому, было бы очень правильно сейчас обратиться к редакционным советам Государственного совета, которые готовят эти материалы, и предложить в качестве целевой группы как раз женщин 50 и старше, потому что, принимая во внимание их полиморбидное состояние, им действительно очень сложно покупать лекарства.

А.Л. Мясников

Я сейчас, наверное, вызову недовольство, но женщина после 50 и мужчина после 50 мало чем отличаются по полиморбидному состоянию.

Л.Д. Попович

По полиморбидному да, по экономическому различаются. Лекарства нужны всем, на надо с чего-то начинать.

А.Л. Мясников

Конечно, в ОМС должны входить лекарства с определенного возраста. Но возникает вопрос – а какие лекарства? У нас 90% лекарств с недоказанной эффективностью.

Л.Д. Попович

Это уже ваша задача – составить этот список.

Программа с продуктами. Вы знаете, нужно не только написать о том, что продукт вредный, но при этом и поменять пирамиду цен. До тех пор, пока у нас здоровые продукты стоят дороже, чем нездоровые, люди будут покупать нездоровые. Нужно менять ценовую политику.

С Места

Финны увеличили стоимость соленых огурцов в два раза против маринованных. Это борьба с гипертонией на государственном уровне.

Л.Д. Попович

Коллеги, министерство пищевой промышленности никогда не даст поменять никакую маркировку. Мы боремся за хотя бы светофор (желтый, красный, зеленый). Уже много раз поднимали этот вопрос в Госдуме, Совете Федерации. Это должен быть межведомственный подход, одни врачи ничего не добьются.

А.Л. Мясников

Дело в том, что мы пеняем на медицину, на образ жизни, на самого человека. Но без борьбы с пищевой промышленностью, ничего не будет. Это сегодня куда страшнее, чем любые табачные компании. И вы не можете отказаться от трансжиров, потому что это дешево, вкусно. Мы не можем перейти на здоровое питание, у нас просто нет денег на это. И без того, чтобы что-то сделать с пищевой промышленностью, мы не изменим ни с диабетом, ни с ожирением ничего. А изменить мы ничего не можем, потому что это требует колоссальных вложений

средств. Все, что мы можем, – это ограничивать калории и потреблять больше клетчатки.



***Вопрос от Общественной организации
«Здоровье женщин Санкт-Петербурга»***

Недавно на телевидении Малышева дала такую рекомендацию – что пожилым людям надо принимать статины ежедневно вечером, на ночь, в качестве профилактики инфаркта и инсульта. И сейчас пожилые люди, в общем-то, и мои знакомые стали их покупать.

Недавно, буквально на днях, появилась публикация в Интернете. Она называется "99 из 100 не нуждаются в статинах". Это изыскания американских ученых, которые категорически против.

А.Л. Мясников

Я множество лет веду медицинскую передачу, выступаю у Соловьёва, пишу свою 12-ую книгу. Хоть бы один человек ко мне подошел и спросил: "Мясников, что ты несешь?". Я выхожу говорю одно, Агапкин – другое, Малышева – третье. Нет

медицинской цензуры. Другой вопрос – а судьи кто? Но цензура должна быть. Я, как американский врач, теоретически пошел бы под суд, если бы в Америке написали, что я в какой-то дикой России говорю про лечения остеохондроза холодцом. Так указано в американском законодательстве.

Теперь про статины. Еще недавно говорили: статины надо добавлять в водопроводную воду. Но чтобы предотвратить один инфаркт, тысяча человек должны принимать статины всю жизнь. Сам факт повышения холестерина не тождественен приему статинов. Особенно это касается пожилых людей, страдающих от множества различных хронических заболеваний.



Н.С. Ремнева, председатель Алтайской краевой общественной организации «Алтайский краевой совет женщин»

Уважаемые коллеги, название открытой дискуссии: «За здоровье женщин всех возрастов». Не за лечение – за здоровье. Но мы свели весь разговор только к

тому, как врачи ответственны за наше здоровье. Но от медицины зависит только 15%, а 85% – это социально обусловленные причины.

Я со своим здоровьем как-то справлюсь, я почти жизнь прожила, более 70 лет, но меня сильно волнуют дети, девочки, которые, становясь студентками, курят.

Здоровый образ жизни должен сделать делом чести каждого человека. Вот тогда можно будет говорить о здоровье.

А.Л. Мясников

Абсолютно согласен. Вы посмотрите, типично, женское: "Со своим здоровьем справлюсь". Женщина заботится о других, это в ней заложено. Вот почему мы говорим здесь о вас. Вы сами, когда у врача последний раз были?

С Места (та же)

А зачем? У меня муж, дети, вся семья врачи.

А.Л. Мясников

Вот вам и ответ.



***Г.Н. Терентьева, председатель Иркутского областного совета женщин,
заместитель председателя Общественной палаты Иркутской области***

Я благодарна, что сейчас затронута тема еще социальных проблем здоровья женщин. И прежде всего сегодня говорили о том, что здоровая нация, здоровый образ жизни, но не говорили, что прежде всего алкоголизм – это проблема, которая действительно болезнь, и социальная, и медицинская.

А.Л. Мясников

Действительно, в структуре заболеваемости алкоголизм – это, конечно, наша беда.

О.А. Карпенко

Поскольку тема наркологии – это составная часть психиатрии, немного прокомментирую. Действительно, проблема женского алкоголизма активно обсуждается не только у нас, но и во всем мире. Уже в документах ВОЗ говорится о том, что растет алкоголизация женского населения.

В России, к сожалению, проблема традиционная, многие пьют. При этом какого-то простого решения нет, оно не лежит на поверхности. Горбачевская антиалкогольная кампания, в свое время привела к тому, что народ стал делать суррогатный алкоголь, в результате увеличилась смертность, увеличилось число суицидов.

Поэтому мы вновь возвращаемся к вопросу здорового образа жизни, пропаганды здорового образа жизни, психологического благополучия населения, программе счастливой жизни.

Е.Ф. Лахова

Врачей-наркологов не хватает, это также достаточно острая проблема нет.

П.А. Воробьев

Наркологов вообще нет, но я все-таки хочу Горбачёва защитить: в тот период мы наблюдаем резкий позитивный скачок продолжительности жизни, программа сработала. Но к сожалению, она не было продолжена.



***С.В. Дорошенко, председатель правления Общественной организации
«Союз женщин Республики Адыгея»***

Я хочу сказать о Республике Адыгея, где у нас при Союзе женщин Адыгеи организован и работает совет "Здоровье женщины". Сейчас, организованы консультации, в том числе среди онкологических больниц по принципу "равный – равному", когда больные делятся не своим опытом лечения, а переживания психологических сложностей, семейных сложностей с теми, кто попадает в такую же ситуацию. Как вы смотрите на это или какие советы бы дали?

И следующий вопрос. Сегодня инвалиды, имеющие право на льготные лекарственные препараты, получают не всегда самые эффективные препараты. Что делать в этой ситуации?

И.З. Гайдукова

Относительно психологического общения. Здесь очень интересны два аспекта. Первый – если он ведется под руководством грамотного модератора и грамотного психолога в грамотной узкой компании, которая контролируется профессионалами,

– это одна история. То есть мы собираем пациентов в узкую группу, там присутствую я или мои коллеги. И совсем другое дело, когда происходит эта же психологическая, так называемая, «помощь» или разгрузка на форумах, или даже на базе медицинской организации. Я постоянно читаю форум ревматологических пациентов с болезнью Бехтерева – волосы встают дыбом. Несколько моих пациентов попали в реанимацию, последовав совету добрых друзей с форума, нескольких удалось вовремя спасти.

Здесь надо быть очень аккуратным. И, прежде чем принять какие-то решения и как-то их озвучить, надо 10 раз подумать, чтобы благими намерениями не было достигнуто противоположного результата.



А.П. Охота, координатор программ для женщин СПб культурно-просветительского центра Брахма Кумарис

Все, что Вы говорите, замечательно. Мы пригласили сюда замечательного человека (она сидит в углу) – Диди Сантош из Индии.

28 лет здесь, в Петербурге, она руководит просветительской культурной организацией. Тысячи людей приходят учиться не обвинять врача или государство, а взять ответственность за свое здоровье на себя. Дорогие женщины, чистота души, чистота помыслов, чистота отношения к себе, к этому миру дают поразительные результаты, и не нужно никаких денег.



***Д. Сантош, директор СПб культурно-просветительского центра Брахма
Кумарис***

Я представляю организацию, которой руководит женщина в возрасте 103 года. И сейчас она путешествует. За последние три месяца она уже побывала в четырех странах и в 15 штатах в Индии. И еще я являюсь консультантом в клинике, которая работает по принципу "медитация и медицина". Медитация – это положительный настрой, умение создать самого себя таким образом, чтобы суметь себе помочь, чтобы не болеть. Это понимание и знания, которые доступны для всех возрастов. Мне 55 лет, и я ни разу у врача не была, недавно только простудилась чуть-чуть.

А.Л. Мясников

Спасибо Вам большое. Особенно отмечу слова "положительный настрой". Это важно.



Вопрос из зала

Вот если ко всему "букету" обсужденных болезней добавить поливалентную аллергию, как изменятся рекомендации?

А.Л. Мясников

Это вводные, которые усложняют лечение. Это серьезная вещь.

В.И. Урываева, председатель Союза женщин Липецкой области

Я бы хотела сделать, наверное, такое предложение – на государственном уровне поддерживать, может быть, санаторно-курортным лечением хотя бы многодетных матерей.

И, конечно, хотелось бы, чтобы была разработана программа на государственном уровне, по профилактике репродуктивных заболеваний, начиная с подросткового возраста.



Е. Курмель

Я мама шестерых детей.

Дети зачастую вовлекают родителей в здоровый образ жизни. Когда им об этом рассказывают в школе. Ребенок приходит домой, видит, что родители выпивают, курят или не моют руки, и говорит: "Мама, мне сказали, что это плохо".

Поэтому, на мой взгляд, так важно донести это все в школы. Как ребенок может услышать какую-то информацию о здоровье? Если расскажут родители, но они не всегда говорят об этом, да и когда начинается переходный возраст, дети не всегда прислушиваются к родителям. Поэтому в основном они узнают непроверенную информацию: от друзей, из телевизора и интернета. Но если придут врачи и расскажут о здоровье детям, то тогда, скорее всего, это дойдет и до родителей, и мы уже будем обращаться к врачам не когда что-то случится, а заранее, а именно в переходном возрасте, в 20 лет, и думаю, что многие беременности у девочек у молодых (20-летних, 19-летних) будут проходить намного лучше, чем проходят сейчас в настоящее время.



***Г.П. Огорокова, председатель Курской областной организации
«Союза женщин России»***

Безусловно, большого просветительского эффекта мы могли бы достичь, если бы совместно, например, с Советом Федерации ФС РФ и Союзом женщин России были разработаны серии дискуссий о культуре потребления, культуре жилища, бытовой культуре и так далее. И тогда, может быть, в Фонде Президентских грантов, просветительской деятельности было бы отведено больше внимания.

Также хотела бы предложить в последнем пункте резолюции заменить слово «кампания» словом «программа» и убрать фразу про «бремя для общества». Спасибо.

Е.Ф. Лахова

Сколько пить воды? Один говорит – два литра, другой говорит – три литра, 30 миллилитров на килограмм веса, а кто-то считает, что пить надо столько, сколько хочешь. Какова ваша позиция?

А.Л. Мясников

Давайте так. Это не моя позиция. Я никогда не говорю свою позицию, я говорю то, что написано в умных книгах. Действительно, на один килограмм веса должно быть 20 миллилитров жидкости. Но дело в том, что мы думаем, что считается только та вода, которую мы непосредственно пьем. На самом деле, мы выделяем с мочой, калом, кожей, дыханием 1 600 миллилитров воды в день. Столько же и должно поступить. Чувство жажды отвечает за то, чтобы столько и поступало. Но около 800 миллилитров воды поступает с едой, не супом или кофе, именно с едой, как брюссельская капуста, гречневая каша, курица и так далее. Плюс 400 миллилитров образуется, при потреблении углеводов, которые в процессе пищеварения и распадаются на газ и воду. Итого 800 плюс 400. Вот считайте. Нам, для того чтобы восполнить баланс нужно где-то 400–500 миллилитров жидкости. Хотите пить больше? Пейте.

Но, чтобы вы понимали, вся выпитая жидкость все равно выведется из организма с мочой. Если вы здоровы, будет проходить «транзитом», если не здоровы, будет задерживаться в виде отеков.





Е.Ф. Лахова

Уважаемые коллеги!

В заключение, мне бы хотелось в первую очередь поблагодарить наших ученых за то, что они нашли в своем плотном графике время, чтобы принять участие в нашей открытой дискуссии. Я благодарю и наш Союз женщин России, что мы вышли с этой инициативой и настояли поставить этот вопрос. Мы думали о том, как поднять вопрос возраста 50+ так, чтобы привлечь к нему внимание, чтобы он стал интересен. Потому что у нас есть Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2017-2020 годы, в которой говорится о «сохранении здоровья женщин всех возрастов». Союз женщин России проводил «круглый стол», где обсуждались вопросы здоровья девочек и женщин, особенно касающиеся репродуктивной функции. Но на этот раз, мы хотели обратить внимание и на женщин в возрасте 50+, которых эти вопросы не касаются, но поддержание их здоровья от этого не становится второстепенной проблемой.

Сегодня мы затронули многие проблемы, но еще больше вопросов остались неосвещенными. Поэтому я считаю, что нужно слушать, что говорят женщины, и в

первую очередь, чтобы их слышала власть, поскольку многое зависит от региональной политики, поддержки министерств и губернаторов.

И тогда мы достигнем успеха, ведь когда мы, женщины захотим, мы можем сделать очень и очень многое.

РЕЗОЛЮЦИЯ
открытой дискуссии «Здоровье женщин всех возрастов»
(Золотой век серебряного возраста 50+)

г. Санкт-Петербург

19 сентября 2018 г.

Мы, участники открытой дискуссии, «Здоровье женщин всех возрастов. Золотой век серебряного возраста (Здоровье женщин 50+)», проходившей в рамках Второго Евразийского Форума «Женщины мира за глобальную безопасность и устойчивое развитие»,

высоко оценивая вклад, который вносят пожилые люди, в частности женщины, в жизнь своего общества,

принимая во внимание, что одним из вызовов современного мира является заметное постарение населения Земли, что сопровождается повышенными требованиями к ресурсному обеспечению социальной сферы, к изменению ее качества и доступности,

ссылаясь на резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, касающиеся потребностей и интересов пожилых людей, на Мадридский международный план действий по проблемам старения (MIPAA), региональную стратегию реализации MIPAA в Европе,

во исполнение Национальной стратегии действий в интересах женщин, принятой Правительством РФ 8 Марта 2017 года, нацеленной на содействие сокращению неравенства в отношении здоровья женщин всех возрастов,

повышение гарантии доступности и качества медицинской помощи женщинам всех возрастов,

заслушав выступления докладчиков, давших экспертную оценку здоровья женщин в возрасте 50+, указавших на современные методы и меры лечения актуальных заболеваний данной возрастной категории женщин,

учитывая, что по многим причинам феминизация старения имеет важные политические последствия для России, поскольку среди женского населения страны уже через 5 лет доля женщин в возрасте 50+ превысит 40%,

сознавая, что женщины страдают от более серьезных хронических заболеваний в пожилых возрастах (сердечно — сосудистые заболевания, определенные типы психических расстройств, включая депрессию и тревогу, сахарный диабет, рак молочной железы и шейки матки, остеоартрит и остеопороз), чем мужчины, и эти заболевания связаны хронической болью, ограничением качества жизни и инвалидностью,

считаем целесообразным в качестве пилотного проекта разработать специальную стратегию здорового старения женщин после 50 лет, включающую в себя улучшение здоровья и качества жизни женщин в возрасте 50+, гарантирующую доступ к медицинскому обслуживанию, позволяющему им поддерживать или восстанавливать оптимальный уровень физического, психического и эмоционального благополучия и предотвращать или сдерживать начало болезни,

считаем, что вопросы женского старения должны стать неременной и важной составляющей существующих региональных программ по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, включая межсекторальные стратегии в рамках общих основ здравоохранения,

рекомендуем содействовать консолидации государственных структур, медицинского сообщества по профилактике различных заболеваний и оздоровлению женщин при активном участии гражданского общества,

рекомендуем организовать и провести по всей стране широкую информационную программу, где вопросы старения женщин рассматриваются как

возможность. Пожилые женщины должны иметь право сохранять свое здоровье, функциональные возможности и жить достойной жизнью, не сталкиваясь с дискриминацией в доступе к медицинской помощи.

