

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

Уважаемая редакция!

Позвольте выразить следующие пожелания и через журнал по возможности осветить некоторые вопросы:

Организационные:

- должен ли кабинет ревматолога, учитывая преобладание среди контингента обращающихся к нему больных с суставной патологией, находиться на 1-2 этаже поликлиники или это не имеет значения?

- каковы должны быть размеры кабинета и его оснащенность?

- размеры и оснащенность процедурного кабинета, должен ли он быть у каждого врача-ревматолога или это не закон, а пожелание для руководства? В Приказе №202 от 27.05.1999 эти вопросы не определены (не секрет, что процедурные кабинеты для ревматологов не выделяются);

Методические рекомендации:

- существует ли современное программное обеспечение по ревматологии на дисках и как их можно приобрести, кроме интернета?

- на курсах (циклах) усовершенствования, кроме традиционных ревматических заболеваний, хотелось бы услышать о современных методах лечения "мягкотканного ревматизма" (плечелопаточный периаартрит и т.д.). Кто должен заниматься этой патологией: хирург, терапевт, ревматолог?

Желательно, чтобы во время учебы внутрисуставные манипуля-

ции демонстрировались не только на "картинках", слайдах и т.п., а давались "вживую" на практике.

Еще по поводу содержания учебных программ по ревматологии: хочется обратить внимание на вопросы ревматической лихорадки и ревматических пороков сердца, которые на циклах практически не рассматриваются. Может быть назрела необходимость передачи пороков кардиологам, а ревматологию ограничить артрологией? Кстати, во время проходящей сейчас Декады болезней костей и суставов проблема гипертонической болезни нередко звучит громче и "богаче", чем вопросы ревматологии.

Далее, к сожалению, в Москву врачей на учебу не посылают, а нам, практикующим ревматологам, хотелось бы проходить усовершенствование на базе Головного Института ревматологии. Врачей-ревматологов мало и становится меньше, т.к. специальность непрестижная и привлекать к ней материально нечем (нет ни цеховых добавок, ни добавок за участковость, вредность и т.д.). При этом ревматология - наука обширная, ревматологу нужно знать и кардиологию, и иммунологию, и нефрологию и др.

Рассматриваются ли вопросы оплаты труда узких специалистов, в частности ревматологов, дополнительной оплаты за внутрисуставные манипуляции?

С уважением. Врач - ревматолог высшей категории с 20-летним стажем работы Тураева Т.В.

ОТВЕТ НА ПИСЬМО

Уважаемая Татьяна Васильевна!

Редакция благодарит Вас за направленные в наш адрес вопросы и предложения, имеющие целью улучшить подготовку и работу врача-ревматолога на местах.

Позвольте ответить на некоторые из них по порядку изложения.

Естественно, что кабинет врача-ревматолога следует сделать максимально доступным для ревматологических больных, по возможности расположив его либо на 1 этаже поликлиники, недалеко от входа, либо на других этажах, снабженных лифтом, и вблизи от него.

Кабинет ревматолога должен иметь стандартные для терапевтического приема размеры, где, кроме рабочих мест врача и медицинской сестры, должны быть удобные (не низкие!) стул (кресло) и кушетка для пациента, негасящий, желательно- угольный для измерения степени сгибания и разгибания суставов, динамометр для измерения силы кисти, 100 мм-визуальная аналоговая шкала, чистые шпатели, сантиметровая лента (для измерения объема суставов и др.) и длинная линейка (для проведения, например, пробы Томайера и т.п. измерений)

Требования к кабинету для внутрисуставных манипуляций определены Методическим указанием МЗ РФ № 2001/25 "Условия и требования к внутрисуставному и периартикулярному введению глюкокортикоидных препаратов". Это должен быть единый процедурный кабинет, соответствующий по своим асептическим свойствам чистой перевязочной, с обязательным помещением перед ним с вешалкой, в котором пациент снимает шерстяную и мешающую процедуре одежду, надевает чистую сменную обувь (тапочки, бахилы), при длинных волосах-косынку (шапочку). В этом процедурном кабинете должны находиться:

- кушетка (стол) для пациента высотой 75-80 см для проведения манипуляций на нижних конечностях; возле кушетки (стола) желательно иметь деревянные стул-пеньки для больного;

- стул и столик для больного при работе на его верхних конечностях;

- шкафчик с аптечкой неотложной помощи;

- столик для бикса со стерильным материалом и стерильными пинцетами; флаконов с 70-90% спиртом и раствором йода; ампул с физиологическим раствором и анестетиками; бактерицидного пластыря; ампул (флаконов) с лекарственными препаратами, предназначенными для в/с введения;

- одноразовые стерильные шприцы;

- асептические одноразовые иглы;

- стерильные резиновые перчатки;

- штатив с пробирками для синовиальной жидкости, направляемой на исследование в лабораторию;

- емкость (лоток, тазик) для слива получаемой при пункции сустава жидкости;

- клеенчатые подкладные (под конечности) подушечки размером 15х30см и 25х40см;

- столик (тумбочка) для медицинских документов, включая журнал ежедневной регистрации выполняемых в кабинете процедур.

Целесообразно, чтобы такой чистый процедурный кабинет поликлиники (или стационара), оборудованный и содержащийся как малая операционная, имел расписание с выделенными днями (часами) работы в нем ревматолога.

С поднимаемыми Вами вопросами по совершенствованию системы обучения ревматологов на кафедрах ревматологии, работающих на базе Института ревматологии РАМН, редакция ознакомилась руководителей этих кафедр и надеется, что Ваши предложения будут учтены в их дальнейшей работе.

Одновременно сообщаем, что в Институте ревматологии РАМН недавно открыт центр телемедицины, в плане которого, кроме телевизионных консультаций больных, предусмотрено проведение телевизионного обучения врачей, конференций и симпозиумов по актуальным проблемам ревматологии.

Среди учебников и руководств для ревматологов, вышедших в последние годы, можно указать следующие: "Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний", 2003г (под редакцией В.А.Насоновой и Е.Л.Насонова); "Ревматоидный артрит", 2001г (Я.А.Сигидин, Г.В.Лукина), "Диффузные болезни соединительной ткани", 2004г (Я.А.Сигидин, Н.Г.Гусева, М.М.Иванова), "Руководство по остеопорозу", 2003г (под редакцией Л.И.Беневоленской).

В отношении мягкотканевой периартикулярной патологии считаем, что это прерогатива ревматолога, от которой ему не следует отказываться.

Предложение о передаче "старых" ревматических пороков сердца под наблюдение и для лечения кардиологами находит своих сторонников, в частности в Свердловской области такой акт узаконен приказом местной администрации. Однако в этой проблеме остается много нерешенного. Например, как разграничить профилактику, диагностику и лечение ревматической лихорадки, как первичной, так и рецидивов, которые являются безусловной обязанностью ревматологов, от ведения больных с неактивным (в данный период?) ревматическим пороком? Кто, как не ревматолог, должен заниматься другими кардиоваскулярными проблемами, столь частыми и патогенетически связанными с воспалительными ревматическими заболеваниями у этих больных? Вопросы, требующих обсуждения, много, их решение должно быть направлено, в первую очередь, на пользу больного человека.

Проблема оплаты труда врача-специалиста, в т.ч. ревматолога, находится вне компетенции редакции.

Редакция журнала «Научно-практическая ревматология».