Медицинская газета®

29 октября 2014 г.
среда
№ 81 (7506)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

События

Обязаны помнить

В Уральском государственном медицинском университете стартовал проект «Я – патриот»

Георгиевскую ленточку прикрепляют к груди заведующего кафедрой патологической физиологии Уральского ГМУ члена-корреспондента РАН Анатолия Ястребова

Нынешняя осень в Уральском ГМУ ознаменовалась стартом уникального по своей значимости и масштабности проекта, в реализацию которого вовлечены все: студенты, профессорско-преподавательский состав, сотрудники университета. Этот проект, приуроченный к 70-летию Победы в Великой Отечественной войне, связан с трагичными событиями, страшными военными преступлениями, совершенными в 1941-1945 годы и совершаемыми в XXI веке.

Проект, получивший название «Я – патриот», состоит из нескольких этапов, и у него нет срока окончания. Он будет существовать до тех пор, пока затронутые в нём темы будут волновать неравнодушных людей.

Первый этап нравственно-патриотического проекта под названием «От Бабьего Яра до Майдана: 1941/2014» уже запущен. На официальном сайте Уральского ГМУ размещён ряд документальных видеофильмов: «Бабий Яр. Последние свидетели», «Спасём людей Донбасса» и «Корсуньский погром – 2014». Это фильмы о нацистских преступлениях, совершённых в 1941 г. в Бабьем Яру (Украина) и в 2014 г. на юго-востоке Украины, основанные на уникальных интервью живых свидетелей трагедий. Фильмы наглядно демонстрируют, что идейные наследники соучастников преступления в Бабьем Яру сегодня проводят факельные шествия в Украине, устанавливают памятники палачам, со всей жестокостью и ненавистью убивают мирных граждан. Страшно ещё то, что сегодня пытаются замалчивать историю, переписывать её и говорить о том, что в действительности холокоста в Бабьем Яру не было, а событиям Украины 2014 г. предают во всём мире ложное освещение, навязывая общественности западный взгляд и скрывая реальную действительность.

(Окончание на стр. 2.)

Дежурный по номеру: Константин ХАЛЬЗОВ

Главный врач Новосибирского центра крови, главный трансфузиолог Минздрава Новосибирской области.

Стр. 13.

Ориентиры

Врачи получили «Шевроле Нивы»

Ключи от 11 внедорожников «Шевроле Нива» вручил медикам губернатор Архангельской области Игорь Орлов.

В рамках государственной программы «Развитие здравоохранения Архангельской области на 2013-2020 гг.» были заложены 4 млн 700 тыс. руб. на покупку служебных автомобилей. По этой же программе в 2014 г. для офисов врачей общей практики закуплены сумки-укладки и порядка 70 единиц медицинского оборудования.

Программа по оснащению офисов ВОП осуществляется в регионе уже третий год: в 2012 г. было закуплено 18 служебных автомобилей, в 2013-м – ещё 11.

– Обеспечение врачей общей практики автотранспортом является важной задачей правительства, ведь на селе врачи обслуживают участки протяженностью в несколько десятков километров. Наличие у врача автомобиля позволит повысить доступность, эффективность и качество оказания медицинской помощи жителям отдаленных деревень, – пояснила министр здравоохранения Архангельской области Лариса Меньшикова.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Архангельская область.

СЕГОДНЯ В «МГ»

О тех, кто не попал в программу «Земский доктор»
Стр. 5

Национальная медицинская палата составляет рейтинг образовательных учреждений
Стр. 7

Конспект врача. Пренатальная диагностика врождённых пороков сердца
Стр. 8–9

Признание

Гвинея благодарна России

Президент Гвинейской Республики принял начальника находящейся в столице страны Конакри мобильной лаборатории Роспотребнадзора В.Сафронова и посла Российской Федерации А.Брегадзе.

На встрече, прошедшей по инициативе гвинейской стороны, Президент А.Конде выразил глубокую признательность Российской Федерации за оказываемую помощь в борьбе с лихорадкой Эбола. По его словам, уровень организации и качество работы специализированной противоэпидемической бригады Роспотребнадзора в Гвинейской Республике очень высоки и позволяют надеяться, что совместными усилиями удастся преодолеть текущий кризис, вызванный вспышкой лихорадки Эбола.

Президент Гвинейской Республики также поблагодарил за гуманитарную помощь в виде комплектов медицинских средств индивидуальной защиты, доставленных Роспотребнадзором в Конакри, и выразил надежду на продолжение оказания российской стороной помощи.

А.Конде продемонстрировал готовность развивать российско-гвинейское научное и практическое сотрудничество в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целом.

В настоящее время мобильная лаборатория Роспотребнадзора размещена на территории госпиталя «Донка» в гвинейской столице, куда госпитализируются больные лихорадкой Эбола. В целях координации работы российской лаборатории на месте налажено взаимодействие с Правительством и Министерством здравоохранения и общественной гигиены Гвинейской Республики, представительством ВОЗ и организации «Врачи без границ».

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

Москва.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

Аппарат искусственной вентиляции легких Aeros 4500

• Встроенный компрессор
• Удобное управление и высокая информативность благодаря большому графическому монитору
• Встроенный небулайзер

Специальное предложение!
В наличии на складе

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixion.ru

Новости

Проверка региональной Медицинской палаты

В Министерстве здравоохранения и социального развития Ульяновской области состоялось совещание по вопросам повышения качества работы регистратур и доврачебных кабинетов медицинских учреждений региона. На этом заседании региональная Медицинская палата представила итоги проверок, проведённых по поручению губернатора Ульяновской области Сергея Морозова, сообщает пресс-служба областной администрации.

– В большинстве учреждений мы выявили схожие ошибки в организации работы регистратуры, – отметила советник губернатора, председатель региональной Медицинской палаты, главный врач областной больницы Валентина Караулова. – Все эти недостатки носят легкоустранимый характер, но при этом оказывают негативное влияние на психологическое состояние населения и их отношение к собственному здоровью и медицине в целом.

По итогам совещания руководителям лечебных учреждений поручено вести предварительную запись на приём к врачу не менее чем на 2 недели вперёд, записывать пациентов ежедневно, а не в определённые дни. Главным врачам были даны рекомендации по организации работы кабинетов доврачебного приёма.

Заместитель председателя правительства – министр здравоохранения и социального развития Ульяновской области Павел Дегтярь распорядился включить представителей региональной Медицинской палаты в состав комиссии по рассмотрению жалоб пациентов, размещённых на интернет-порталах. Планируется, что новый координационный орган будет собираться еженедельно для детальной отработки с лечебными учреждениями обращений жителей региона.

– Наша цель – сделать медицинскую помощь качественной и доступной, – заявил П.Дегтярь. – К сожалению, на сегодняшний день поступает много нареканий от населения на неправильную организацию внутреннего распорядка работы в лечебных учреждениях. Это создаёт неудобства, служит скоплению пациентов в очередях. Мы будем стремиться оперативно реагировать на возникающие жалобы и обязывать руководство поликлиник и больниц устранять выявленные нарушения.

Артём ЛЕОНИДОВ.

Ульяновская область.

Кодекс – под роспись!

В Нижегородской государственной медицинской академии разработан кодекс профессиональной этики работников. Он устанавливает обязательные для соблюдения правила поведения сотрудников академии и запреты, определяющие общую этику деловых отношений.

Документ разработан в соответствии с Федеральным законом «О противодействии коррупции». Всем сотрудникам академии запрещено требовать и принимать материальные ценности или услуги за привилегии в учебном процессе и при прохождении процедур контроля знаний. Также запрещено допускать в отношении обучающихся, коллег и иных граждан высказывания, унижающие честь и достоинство, использовать пренебрежительный тон, проявлять заносчивость и делать предвзятые замечания. Не допускаются и негативные публичные высказывания, суждения и оценки в отношении академии и её руководителя.

Преподавателям запрещён формальный подход к учебному процессу, опоздания на занятия, самовольное сокращение времени их проведения, а также использование мобильной связи во время занятий. Каждый сотрудник будет ознакомлен с кодексом под роспись.

Пётр ЛИСКИН.

Нижегородская область.

Сообщения подготовлены корреспондентами «Медицинской газеты» и Медицинского информационного агентства «МГ» Cito!

Акценты

Переменами управлять эффективно

В Чите состоялся II съезд Забайкальского общества организаторов здравоохранения

Второй по счёту форум региональной общественной организации «Забайкальское общество организаторов здравоохранения» проходил в стенах Читинской государственной медицинской академии. В рамках съезда была проведена научно-практическая конференция «Эффективное управление территориальным здравоохранением».

В Чите профессор Виталий Флек посетил вместе с профессором Натальей Шильниковой (справа) краевой госпиталь для ветеранов войн

Участниками этих масштабных для Забайкалья мероприятий явились представители Министерства здравоохранения РФ, краевого Министерства здравоохранения, территориальной организации Росздравнадзора, территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края, страховых медицинских организаций, руководители медицинских организаций различных форм собственности, съехавшиеся из всех уголков региона.

На сегодняшний день общественных объединений организаторов здравоохранения в российских регионах не так уж много, одно из них – в Забайкалье. Председателем и идейным вдохновителем здешнего общества с момента создания стала заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Читинской ГМА профессор Наталья Шильникова.

Съезд проходил в формате пленарного заседания и экспресс-дискуссии.

Открыл конференцию помощник министра здравоохранения РФ профессор Виталий Флек большим выступлением на тему эффективного управления в медицинской отрасли. Доклад министра здравоохранения Забайкальского края Михаила Лазуткина был посвящён повышению структурной эффективности регионального здравоохранения, а доклад директора территориального краевого фонда ОМС кандидата медицинских наук Алексея Бутыльского – оптимизации финансовых ресурсов в системе обязательного медицинского страхования на территории Забайкалья. На обсуждение делегатов конференции представили также доклады начальник отдела кадровой политики Минздрава края Елена Лазарева («Эффективный контракт как инструмент экономической мотивации повышения качества деятельности медицинского персонала») и директор дорожной клинической больницы на станции Чита-2 ОАО «Российские железные дороги» кандидат медицинских наук Сергей Алексеев («Информационные технологии в системе управления медицинской службой»).

В течение дня работы съезда его участники обсудили узловые проблемы на пути развития краевого здравоохранения и перспективы деятельности Забайкальского общества организаторов здравоохранения.

Особенность форума заключалась в том, что его целью было не только обсуждение – в верном ли направлении двигается практическое здравоохранение и обязательное медицинское страхование на забайкальской территории, но и расширение научных связей между практиками и академическим сообществом.

– Руководители медицинских учреждений как никто другой знают свои сегодняшние проблемы, поэтому при разработке общей концепции развития российского здравоохранения мы многое вбираем от субъектов Федерации и учитываем их предложения, – охарактеризовал работу забайкальского медицинского форума профессор Виталий Флек.

Итогом мероприятия стала резолюция конференции «Эффективное управление территориальным здравоохранением» и II съезда региональной общественной организации «Забайкальское общество организаторов здравоохранения».

Ирина БЕЛОШИЦКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Фото Владимира НЕВСКОГО.

Чита.

События

Обязаны помнить

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Уральский ГМУ выразил свою точку зрения на происходящие в мире события, высказал мнение относительно совершаемого беззакония против человечества, сняв и опубликовав в открытом доступе видеоролик, в котором преподаватели и студенты говорят такие слова:

«Мы запускаем особенный для всех нас проект! Особенный, потому что он о нас, о людях, о нашем прошлом, настоящем и будущем! И каким будет наше будущее, зависит от нас!

Это самый честный проект, пропитанный духом патриотизма, чувством бесконечного уважения к тем, кто во все времена бесстрашно вставал на защиту чести своей страны и своего народа!

Вечная память погибшим солдатам, детям, старикам, женщинам... Оставшиеся в живых остались, чтобы рассказать нам ПРАВДУ!

Минута молчания

Нам очень важно пробудить в вас память. Память подлинных исторических событий, а не переписанной фальшивой истории.

Не нужно бояться! Задумайтесь! Задумайтесь о жизни и смерти!

Мы – не пустое поколение компьютеров, мы – патриоты! И нас заботит то, что мы можем сделать для своей страны. Мы, молодое поколение, помним и знаем историю! Мы — часть этого мира. Мы все – участники происходящих событий.

Не нужно тешиться иллюзиями. Война может прийти и в наш дом. Мы не хотим воевать. Мы не хотим убивать. Мы просто хотим мира! Не надо совершать ошибок, за которые придётся платить самую высокую цену.

Мы смотрим и не видим, не хотим видеть ужаса правды. Мы отказываемся верить, что есть люди, готовые добровольно убить себя, свой народ, соседний народ, весь мир ради чувства ненависти.

Мы не должны это вычёркивать из своей памяти и забывать. Мы обязаны помнить!»

Это только первый этап, отправная точка, старт большого начинания, к которому мы неравнодушны, которое заставляет сильнее биться сердца, переживать всей душой и искренне делать одно общее дело ради памяти погибших, пострадавших из-за жестокости и ненависти нелюдей, ради нас самих и будущих поколений. Они должны знать правду исторических событий!

Впереди – проведение «круглых столов», анкетирование студентов и сотрудников Уральского ГМУ, встречи студентов с ветеранами университета, творческие мероприятия, посвящённые этой же теме, видеоинтервью с преподавателями и студентами и многое-многое другое. Планов, связанных с нашим проектом, у нас много, идей ещё больше, сил и времени на их реализацию хватит, поскольку движет нами особенное чувство – чувство долга и патриотизма, а с такой мотивацией можно горы свернуть!

Елена БОРТНИКОВА.

Фото Евгения КРУТАКОВА и Вячеслава ДОНЕЦКОГО.

Екатеринбург.

Сотрудничество

Международный день ООН в Москве

По словам генерального секретаря ООН Пан Ги Муна, Организация Объединённых Наций в любом уголке мира является живым воплощением надежды. В представлении, пожалуй, каждого человека эта организация способна положить конец насилию, уменьшить масштабы нищеты, укоренить терпимость, содействовать развитию, обеспечить равенство, защитить права граждан. Работая в полную силу, ООН способствует достижению этих высоких чаяний людей.

На встрече коллег (слева направо) главный фтизиатр Минздрава России Ирина Васильева, координатор программы ВОЗ по борьбе с туберкулёзом Дмитрий Пашкевич, Луиджи Миглиорини, заместитель директора Центрального НИИ туберкулёза, генеральный секретарь Российского общества фтизиатров Ольга Демихова

Об этом шла речь на торжественном приёме, прошедшем в офисе Представительства ООН в Российской Федерации, на который также были приглашены главный редактор и журналисты «МГ». Надо подчеркнуть, что в начале 2014 г., впервые за время существования профессионального врачебного издания, его главный редактор встретился со специальным представителем Всемирной организации здравоохранения в Российской Федерации Луиджи Миглиорини. В ходе встречи обсуждались вопросы сотрудничества. И с удовлетворением можно констатировать, что этот конструктивный процесс набирает силу.

По установившейся традиции в Международный день ООН, 24 октября, во многих точках планеты проводятся встречи, дискуссии, выставки, концерты, видеоконференции. В этот день ООН призывает и государства и отдельных людей отказаться от конфликтов, способствовать согласию. В 2014 г. ко всем, кто разделяет эти цели, с помощью электронных средств коммуникации с посланием обратился генеральный секретарь этой авторитетной организации.

В российской столице единомышленников приветствовал сотрудник Страновой команды ООН в РФ, представитель Управления верховного комиссара по делам беженцев в России Баиса Вак-Войя. Он поздравил собравшихся с 69-й годовщиной этого всемирного органа, который был учреждён после того, как большинство государств-основателей в 1945 г., по окончании Второй мировой войны, ратифицировали договор о создании Организации Объединённых Наций. «Мы, – подчеркнул выступавший, – сотрудники ООН, а каждый из вас – член ООН. Наша общая цель, чтобы организация стала ещё более сильной, авторитетной, уважаемой, и во всём мире царили мир и сотрудничество между государствами».

Необходимо заметить, что Представительство ООН в РФ сегодня – это эффективно работающий коллектив, который оперативно откликается на многие вызовы действительности. Россия всегда ощущала его поддержку, в частности, в реализации демократических и рыночных реформ. В последние годы наша страна набирает силу и из государств, нуждающихся в помощи, перешла в категорию стран-доноров, способствуя международному развитию в интересах мира, безопасности и благополучия.

Вне сомнения, и в сфере охраны здоровья контакты нашей страны с ОНН, в частности с ВОЗ, будут развиваться. И «МГ», в свою очередь, продолжит информировать медицинскую общественность о деятельности этой организации.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото автора.

Назначения

Председателем Комитета по здравоохранению Ленинградской области назначен Сергей ВЫЛЕГЖАНИН. Соответствующее распоряжение об этом подписал губернатор Александр Дрозденко.

Новый глава комитета приступит к работе с 5 ноября 2014 г.

Сергей Валентинович Вылегжанин пришёл на новую работу с должности заместителя директора Департамента медицинской профилактики, скорой, первичной медико-санитарной помощи и санитарно-курортного дела Минздрава России. До этого он в течение нескольких лет возглавлял Департамент по организации работы с подведомственными учреждениями в Комитете по здравоохранению Ленинградской области.

Прежний руководитель регионального здравоохранения Арчил Лобжанидзе освобождён от должности по собственному желанию в связи с избранием депутатом Законодательного собрания Ленинградской области.

Реплика

Почему «уровень медобразования в стране ниже плинтуса»?

Закавыченные слова произнесены в одном из интервью средствам массовой информации заместителем мэра Москвы Л.Печатниковым.

Эти слова обидели меня как преподавателя вуза, который готовит врачей, в том числе и для московского здравоохранения. С большим сожалением, однако, должен согласиться с такой оценкой. Это так. Но, уважаемый Леонид Михайлович, разве вы полностью снимаете с себя ответственность за такое положение вещей? Ведь подготовка врачей, обучение студентов осуществляется на базе клинических больниц, подотчётных вам.

Разве Вы не знаете, что происходит в этих больницах, которые по привычке ещё называются клиническими, но которые в реформируемом здравоохранении таковыми перестали быть. В «Медицинской газете» много и давно об этом пишется. Назначаемые вами главные врачи больше менеджеры, чем практикующие врачи. Если больницы стали местом, где зарабатываются деньги (слова, недавно сказанные профессором П.Воробьёвым), тогда такое назначение оправдано. Но как быть в таком случае с учебным процессом? Палаты и целые отделения становятся платными. Туда доступ преподавателя со студентами заказан. Отделения перепрофилируются без учёта того, что в них ведётся учебный процесс и запланирована научная тематика. Под учебные комнаты отдаются помещения вне клинического отделения, никак не приспособленные для учебного процесса. Обучение ведётся «на пальцах», без больных. Преподаватели-клиницисты отлучены от лечебного процесса. Их врачебная квалификация под угрозой.

Впрочем, жанр реплики предполагает краткость. В статьях, публикуемых в «МГ», вы можете более подробно ознакомиться, в каких не выдерживающих никакой критики условиях ведётся учебный процесс в вверенных вам больницах.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Москва.

Подписка-2015

Подписная кампания в разгаре

Уважаемые читатели!

Сегодня все почтовые отделения связи России, наряду с текущей подпиской на декабрь, оформляют подписку на **старейшее профессиональное врачебное издание – «Медицинскую газету»** на 2015 г.

В тематических разделах газеты «Конспект врача», «Здравоохранение», «Наука и практика», «Медицина и власть», «Время и мы», «Мир и здоровье» освещаются как самые современные методы диагностики и лечения, так и разнообразная жизнь медицинского сообщества.

Информацию об условиях подписки вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2015».

Для ускорения оформления достаточно назвать почтовому оператору номер подписного индекса «Медицинской газеты» в зависимости от желаемого периода подписки:

50075 – на отдельные месяцы 1-го полугодия

32289 – с января по июнь

42797 – на год

ВНИМАНИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИЙ!

Руководители медицинских ведомств и ЛПУ помимо почтовых отделений могут подписаться непосредственно через редакцию газеты со скидкой и отсрочкой платежа. Для этого необходимо направить официальную заявку или гарантийное письмо по нижеуказанным электронной почте или факсу.

При оформлении годовой подписки через редакцию «Медицинской газеты» более чем на 10 комплектов газета готова оказать медицинской организации информационную поддержку по размещению на своих страницах актуальных материалов, связанных с её профессиональной деятельностью.

Руководители также имеют возможность подписаться через альтернативные подписные фирмы, которые работают практически во всех городах России.

ВНИМАНИЕ ЧАСТНЫХ ЛИЦ!

Частные лица могут подписаться на «МГ» по льготным ценам только через издательский отдел редакции.

С 2015 г. предусмотрена дополнительная 5%-ная скидка для пенсионеров и других лиц льготных категорий.

С нынешнего года редакция не будет производить рассылку писем-счетов частным подписчикам. Просьба ко всем, кто является подписчиком в 2014 г., подтвердить своё желание продлить подписку на следующий год.

Приём заявок:

✓ по почтовому адресу: 129090 Москва, Б.Сухаревская пл., 1/2

✓ по электронной почте: mg-podpiska@mail.ru

✓ по тел./факсу (495) 608-84-89

Телефоны для справок: (495) 608-74-39, 608-86-95.

Подробности подписки на электронную версию «МГ» смотрите на сайте редакции: www.mgzt.ru

Ну и ну!

Словно мухи тут и там...

Два студента Орловского государственного университета, уроженцы стран Африки, госпитализированы в клиническую инфекционную больницу им. С.П.Боткина для обследования.

ОГУ выбрали в качестве площадки для проведения учений, потому что здесь обучается наибольшее количество студентов из Африки. Но не все поняли, что это плановые учения по выявлению лихорадки Эбола на территории региона. И «поползли» слухи о первых случаях заражением лихорадкой Эбола в России.

Надо сказать, что такие «новости» приходят из с разных регионов нашей страны. В Хабаровском крае, например, 9-месячный ребёнок с матерью были госпитализированы в инфекционную больницу в Комсомольске-на-Амуре по возвращении из Нигерии. У малыша поднялась температура. И хотя врачи сразу предположили, что это, скорее всего, ОРВИ, некоторые СМИ поспешили сообщить о пришествии смертельного вируса на родную землю. Однако взятые пробы и анализы на лихорадку Эбола дали отрицательный результат. Жаль, что со времён создания песни В.Высоцкого «Про слухи», мало что изменилось.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Cito!

Москва.

Решения

Будущее рождается сегодня

В российскую медицину придут 3D-принтеры

По итогам заседания президиума Совета при Президенте РФ по модернизации экономики и инновационному развитию председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев поручил проработать вопрос о направлениях использования в сфере здравоохранения аддитивных технологий.

Сделать это предстоит Министерству здравоохранения РФ совместно с Минпромторгом России, ФАНО, РАН и другими заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и организациями. Согласованные предложения по данному вопросу с расчётами и обоснованиями необходимо представить в Правительство РФ до 15 марта 2015 г. А за месяц до этого, к 11 февраля, Минпромторг должен сформулировать предложения по организации на территории страны производства новых материалов, используемых для изготовления изделий с помощью аддитивных технологий.

Аддитивные технологии – современные методики послойного синтеза, печать на 3D-принтерах разнообразных изделий и конструкций, которые могут быть использованы в различных сферах, в том числе в медицине.

Это – одно из наиболее востребованных и развивающихся направлений – позволяет в короткие сроки (один производственный этап) буквально «вырастить» сложную конструкцию, что на порядок ускоряет НИОКР и решение задач подготовки производства.

Профессор Владимир Миронов – автор первой публикации о печати органов, признанный эксперт роботизированной биофабрикации

Возникла трёхмерная печать в 80-е годы XX века. Пионерами в объединении усилий медицины и 3D-печати стали производители медицинских устройств. Весной 2001 г. компания In'Tech приобрела у 3D Systems свою первую систему быстрого прототипирования Viper SLA, позволяющую «печатать» индивидуальные слуховые аппараты и ушные раковины.

Это стало настоящим прорывом в использовании 3D-печати в медицине. Уже в 2002 г. данные компьютерной и магнитно-резонансной томографий были использованы для печати анатомических моделей сиамских близнецов Мохаммеда и Ахмеда Ибрагимовых. Разделение их проходило в Далласе (США) в 2003 г., и после 35-часовой операции было успешно завершено во многом благодаря чёткой и ясной 3D-модели. Последняя была использована в качестве ключевого макета для разделения сложного хитросплетения кровеносных сосудов, проходящих от мозга одного близнеца к мозгу другого. Сейчас близнецы живут на родине, в Египте, их родители сообщают, что мальчики здоровы и весьма развиты.

К сожалению, в российской медицине 3D-печать пока не развивается так активно, как хотелось бы. Наиболее быстро подхватывает общемировые тенденции российская стоматология. Уже сегодня в ряде крупных городов страны представлена возможность делать 3D-сканирование ротовой полости и печатать 3D-шаблоны для подготовки к установке зубных имплантатов.

Осуществляются и первые попытки погружения в тему биопринтинга. Важной вехой в распространении технологий 3D-печати в медицине стало создание на базе «Сколково» лаборатории 3D-биопринтинга органов инвитро. Один из соавторов и научный руководитель проекта – признанный пионер и изобретатель технологии печати органов и биофабрикации Владимир Миронов, окончивший в 1977 г. лечебный факультет Ивановского государственного медицинского института (в настоящее время академия), но проживающий с 1991 г. за рубежом, разработал и запатентовал в США технологию трёхмерной печати органов. На базе лаборатории «Сколково» планируется запустить полноценный 3D-биопринтер, созданный на основе модификаций машин, уже функционирующих в Штатах.

В 2012 г. во Владивостоке на базе Дальневосточного федерального университета был организован проект «3D Мед», предназначенный для вывода на рынок услуг в области травматологии для создания масштабных моделей частей скелета и органов. В апреле того же года участники проекта объявили, что успешно напечатали модель таза человека, получившего серьёзные травмы.

Будущее, словом, уже наступило и происходит прямо сейчас, при нашей жизни, на наших глазах. Аддитивные технологии, или технологии послойного синтеза, сегодня – одно из наиболее динамично развивающихся направлений «цифрового» производства.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Cito!

Острая тема

Прокурорская проверка

Свыше тысячи нарушений законодательства об обороте лекарственных средств и медицинских изделий выявили сотрудники прокуратуры Омской области

Они были обнаружены в ходе целевой проверки бюджетных лечебно-профилактических учреждений и фармацевтических организаций разных форм собственности Омска и сельских районов Прииртышья.

В государственных ЛПУ, скажем, где, казалось бы, и речи не может быть о разгильдяйстве, зачастую не ведётся надлежащий учёт и не соблюдается порядок хранения лекарств, включая и иммунобиологические препараты. В стационарах распространена практика использования лекарственных средств, купленных пациентами, а в поликлиниках, проходя амбулаторное лечение, они не обеспечиваются бесплатными расходными материалами, почему, опять же, вынуждены приобретать их за свой счёт, опасаясь отказа в получении необходимой медпомощи. Выявлены случаи несвоевременного или неполного обеспечения граждан льготных категорий положенными им лекарственными средствами и медицинскими изделиями, а также неправомерного ограничения права людей на дополнительное лекарственное обеспечение, в том числе и при выписке льготных рецептов.

Мало того, что руководителями некоторых лечебных учреждений при размещении заказов на поставку лекарственных средств, медицинских изделий и лечебного питания не всегда соблюдается законодательство о закупках для государственных нужд, они ещё, имея возможности, не оснащают всем необходимым структурные подразделения, оказывающие неотложную помощь. В медицинской укладке общепрофильной выездной бригады скорой медицинской помощи одной из центральных районных больниц, например, на момент проверки отсутствовало 18 лекарственных препаратов и 10 медицинских изделий, а реанимационная выезжала на вызов, не имея 29 препаратов и 5 медизделий, без которых не обойтись, спасая жизнь людей. В этих случаях районная прокуратура вынуждена была направить иски в суд.

А ещё, как рассказали в пресс-службе прокуратуры Омской области, встречаются медики, использующие своё служебное положение для извлечения прибыли. Это на юридическом языке. А если попростому – наживаются на больных людях. Как некий врач, выписывающий пациентам рецепты на бланках с реквизитами аптеки, ему и принадлежавшей! Мол, чуть ли не божился он пришедшим к нему с недугами, только здесь можно приобрести необходимые лекарства по выгодным ценам.

К слову, сотрудники региональной прокуратуры проверили более 100 аптечных организаций различных форм собственности и обнаружили, что во многих из них не выполняются требования Закона об обеспечении минимального ассортимента лекарственных препаратов и средств, да и порядок их хранения далёк от стандартных требований. Откуда могли знать об этих требованиях некоторые «фармацевты», не имеющие фармацевтического образования? Выявлены также факты продажи лекарств с истёкшим сроком годности, без предоставления необходимой информации о наличии побочных эффектов, а ещё и с превышением установленных розничных надбавок. Хотя буквально за неделю до окончания этой прокурорской проверки на совещании по ценам на лекарства, в котором участвовали представители Министерства здравоохранения Омской области, региональной энергетической комиссии и территориального Управления Росздравнадзора, было заявлено, что с ценами в аптеках полный порядок. Они, мол, стабильны и даже «значительно ниже среднего уровня по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу». А омичи тем временем продолжают возмущаться ростом цен в аптеках. И ни в одной из них вы не увидите доступного для всех информационного перечня предельных отпускных цен даже на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты.

В итогах прокурорской проверки, между прочим, отмечено, что и «в деятельности контролирующих органов также вскрыты нарушения закона. Имеются претензии к порядку формирования государственного информационного ресурса, содержащего информацию о результатах проверочных мероприятий, осуществлению межведомственного взаимодействия». Почему, думается, на коллегию прокуратуры Омской области, обсудившей результаты проверки, были приглашены и представители региональных управлений Росздравнадзора и Роспотребнадзора, Министерства здравоохранения, энергетической комиссии и территориального фонда ОМС. А как в реальности устранят все нарушения закона, выявленные в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий и какие меры будут приняты после рассмотрения почти 500 внесённых актов реагирования на эти нарушения, прокуратура Омской области проконтролирует.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.
МИА Cito!

Омск.

Перспективы

Проект федерального закона о создании международного медицинского кластера в Москве рекомендовал к принятию в первом чтении Комитет Госдумы РФ по экономической политике, инновационному развитию и предпринимательству.

Медкластер столицы: три в одном

Он будет осуществлять лечебную, образовательную, научную деятельность

Предусматривается, что на специально отведённой территории Новой Москвы возведут клинико-диагностический и образовательно-медицинский центры, онкологический центр, объекты инфраструктуры.

Согласно пояснительной записке к законопроекту «О международном медицинском кластере», он создаётся и функционирует «в целях развития медицинской деятельности по оказанию медицинской помощи, совершенствования качества медицинской помощи, проведения научных исследований, организации образовательной деятельности в области охраны здоровья граждан, содействия созданию новых лекарственных препаратов, медицинских технологий и медицинских изделий, а также развития международного сотрудничества в указанных сферах».

Для работы планируется привлекать российских и иностранных юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, которые могут приобрести статус участника проекта сроком на 10 лет. Управлять кластером будет компания, которую создаст правительство Москвы. Финансирование предусматривается за счёт средств бюджета столицы, собственных средств управляющей компании и иных источников.

Как отмечают депутаты, принятие указанного федерального закона позволит снизить количество административных барьеров, препятствующих привлечению в нашу страну передовых медицинских технологий, а также объединить усилия государства и частного бизнеса для интенсивного развития медицины.

Предполагается, что на территории интегрированного комплекса клинических, научно-медицинских и медико-образовательных учреждений кластера будет действовать специальный правовой режим и особые условия для работы участников проекта. Это позволит компенсировать таможенные расходы на ввоз оборудования, необходимого для функционирования учреждений кластера.

Как сообщил председатель Комитета Госдумы РФ по экономической политике, инновационному развитию и предпринимательству Игорь Руденский, проект федерального закона «О международном медицинском кластере» подготовлен в соответствии с поручением Президента РФ № Пр-930 от 12.04.2012. Внёс законопроект на рассмотрение Госдумы РФ депутат Николай Гончар.

Валентин МАЛОВ.
МИА Cito!

Портрет явления

Врачи-кочевники

Без «дежурантов» здравоохранение малых территорий просто не выжило бы…

По трудоустройству вчерашних студентов Кемеровская государственная медакадемия даёт фору всем прочим кузбасским вузам: на протяжении ряда лет работать не по специальности устраиваются не более 1% её выпускников. Тогда как сертификаты специалистов ежегодно получают 425-470 человек. Но кадровая брешь в государственном секторе медицины всё равно зияет: с 2011 по 2013 г. численность врачей в Кемеровской области сократилась с 11 593 до 10 571. В основном за счёт выхода докторов на пенсию (более 46% работающих в отрасли – старше 50 лет). А общий дефицит врачебных кадров в Кузбассе составляет сегодня порядка 4 тыс. человек.

Особенно сложная ситуация – в здравоохранении малых территорий. Руководители центральных городских и районных больниц выкручиваются как могут: отправляют докторов обучаться смежным специальностям; оплачивают им дежурства на дому; переманивают врачей из бывших советских республик (с начала 2014 г. приехали аж… 8 человек: из Армении, Казахстана, Украины и Таджикистана). И конечно, приглашают «дежурантов» из других территорий.

* * *

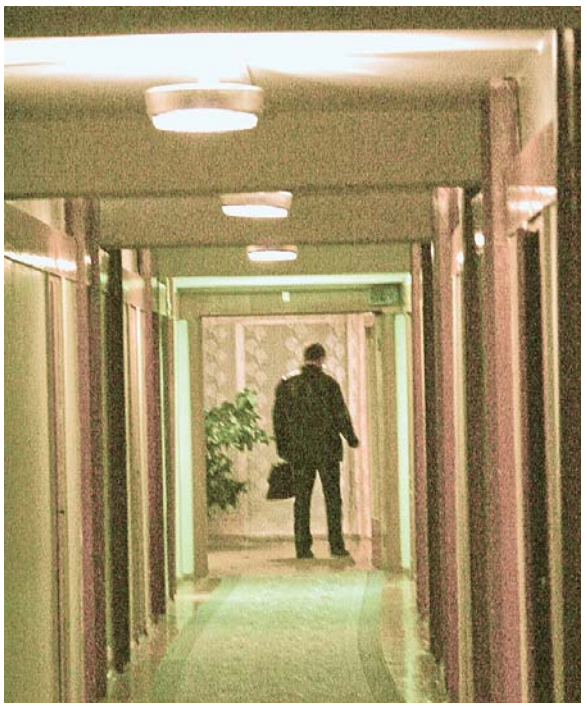
Елене 29 лет, по специальности она анестезиолог-реаниматолог. Пока училась – подрабатывала на «скорой». А получив допуск к самостоятельной деятельности, отнесла трудовую книжку в одно из кемеровских медучреждений и почти сразу же начала брать ночные дежурства в больнице соседней территории. Зарплата начинающего врача в 2009 г., до перехода на новую систему оплаты труда, была мизерной. А они с мужем мечтали о собственной квартире.

На вопрос, почему для подработки выбрала не Кемерово, отвечает просто:

– В районах, где специалистов не хватает катастрофически, главные врачи согласны платить за дежурство в 2-2,5 раза больше, чем в областном центре. Да и отношение к молодым специалистам там более доброжелательное. Если не знаешь каких-то тактических нюансов, смело можешь обращаться к старшему коллеге. Он всё объяснит и не скажет, что диплом ты купила.

Елена считает, что на периферии врач быстрее развивается как клиницист:

– Спектр патологии, с которой он сталкивается, более обширный, ведь его пациентами могут стать и новорождённые младенцы, и глубокие старики. Хорошее оборудование есть сегодня и в районных больницах, но с диагностическими возможностями города это всё равно не сравнить. К тому же в больших стационарах врачи работают бригадами, в сутки дежурят несколько анестезиологов-реаниматологов. Если возникают сложности – бежишь к более опытному доктору. А в районе ты один, и фраза «Если не я, то кто же?» здесь не пустой звук. В группе, где я проходила ординатуру, было 11 анестезиологов-реаниматологов. Дежурствами на периферии подрабатывают лишь трое. Остальные съездили «на разведку», узнали специфику – и отказались, потому что в команде им спокойнее.



Комфортное жильё – мечта каждого молодого специалиста

Как молодой специалист Елена сразу встала в льготную очередь на жилье. Через 3 года, когда семья ждала первенца, перед ней всё ещё было 588 очередников. Посовещавшись, они с мужем купили однокомнатную «хрущёвку», взяв обычную ипотеку: под 12% годовых на срок 7 лет с ежемесячным платежом 23 тыс. руб.

– Рождение второго ребёнка мы не просто планировали – мы обсуждали этот шаг со своими родителями, заранее обговорив, когда я смогу вернуться на работу, – уточняет Елена.

Сегодня её малышам 2,5 года и 9 месяцев. На трудовую вахту она заступила, когда маленькому было… 4 месяца. Работает врачом-дежурантом в ЦРБ двух районов: Топкинского и Яшкинского. Дома ночует 3, иногда – 4 раза в неделю. На основной работе числится в декретном отпуске и это хоть как-то «развязывает» ей руки:

– А до декрета приходилось договариваться с коллегами на периферии, чтобы сменяли меня пораньше, потому что в городской больнице опоздания не приветствуются.

О времени, уходящем на дорогу, не жалеет. Говорит, автобус для неё – единственная возможность почитать. Но чаще она спит. Похожий ритм жизни – у десятка близких знакомых, также обременённых ипотекой.

– Молодые врачи хотят остаться в Кемерово, потому что здесь, как им кажется, масса развлечений, – усмехается Елена. – В кино я последний раза была полгода назад, в театре – года два. Из недавних культурных мероприятий могу назвать поездку в музей-заповедник «Томская писаница» – на ту же периферию. Музей объявил тогда бесплатный вход по случаю дня открытых дверей… С друзьями общаюсь по телефону, на большее ни сил, ни времени нет.

Уроженка небольшого города Междуреченска, она бы с лёгкостью переехала в район на постоянное местожительство, если бы там её семье предоставили просторное служебное жильё (четверым в «однушке» тесно). И гарантировали бы, что лет через 5-7 передадут его в собственность.

– Но в территориях, близких к областному центру, с жильём сложно. Брать там ипотеку на тех же условиях, что и в Кемерово, смысла нет. А забираться далеко, где приезжим врачам дают и квартиры, и хорошие «подъёмные», сама не хочу, – признаётся Елена. И поясняет: – Вырваться оттуда на учёбу будет сложнее. В Кемерово научно-практические конференции, дни специалиста, семинары проводятся постоянно. Есть желание – приходи после работы и слушай. А с периферии кто меня будет отпускать?

Она не понаслышке знает, что на первый курс медакадемии все студенты приходят с желанием спасать людей.

– Потом оно модифицируется, а у кого-то и вовсе проходит. Я сама ещё недавно, когда удавалось «вытянуть» больного, даже после бессонной ночи могла полдня энергией фонтанировать – такой драйв был! – делится Елена. – Реаниматологи на этот драйв буквально «подсаживаются», как на наркотик. Но то ли «доза» стала мала, то ли усталость накопилась, а только фейерверков прежних уже нет…

* * *

Виталий Волобуев, и.о. главного врача райбольницы Тисульского района:

– Почти 70% врачей нашей ЦРБ – пенсионного и предпенсионного возраста. В посёлке Белогорский, например, удалённом от райцентра на 120 км, последний доктор вот-вот выйдет на пенсию. Проблему доступности медицинской помощи в сёлах можно решить за счёт выездной работы специалистов ЦРБ. Но и здесь врачей не хватает. Нынче приехала молодой специалист-невролог и сразу же поинтересовалась, сможет ли получить миллион рублей по программе «Земский доктор» – она бы на эти деньги жильё купила. Но Тисульский – посёлок городского типа, а на федеральном уровне посёлок городского типа по-прежнему не считают сельским поселением…

Александр Иконников, главный врач центральной горбольницы города Берёзовского:

– Укомплектованность больницы врачами – 55%. Спасает близость к областному центру: день кемеровские доктора работают у себя, на ночь едут дежурить к нам, в том числе и узкие специалисты. Платить большие деньги за дежурства мы не можем, прельщаем молодёжь практикой: в территориях больше возможностей поработать руками.

Ольга Доманская, заместитель главного врача городской детской клинической больницы № 4 Новокузнецка:

– Проблему дефицита кадров решаем совместительством, а ночные дежурства берут почти все доктора, включая руководство. В качестве дежурантов извне приглашаем профессорско-преподавательский состав ГИДУВа: наша больница особая, оказывает исчерпывающую помощь детскому населению всего юга Кемеровской области.

Ситуация с больницами городов Мариинск и Таштагол ещё более запутанная. На своих территориях они – единственные. И нацелены на оказание помощи не только городскому населению, но и прикреплённому сельскому тоже. Формально они считаются городскими. А по сути, речь идёт о здравоохранении малых территорий, которое вот уже какой год не может войти в программу «Земский доктор»…

В течение ряда лет власти Кузбасса реализуют собственную программу мероприятий по привлечению медицинских кадров, особенно в село. Так, в соответствии с Законом Кемеровской области «О здравоохранении» №7-ОЗ от 17.02.2004 областной бюджет выделяет молодым специалистам, поехавшим в сельскую местность, подъёмные: врачам по 30 тыс. руб., среднему персоналу по 20 тыс. руб. В ряде территорий им плюсом выплачивают ещё подъёмные из местных бюджетов и устанавливают ежемесячные доплаты к заработку в размере 1 тыс. руб. Медики в первую очередь обеспечиваются местами в детских садах.

В городах Прокопьевск, Новокузнецк, Юрга, Мыски, Белово и во многих райцентрах врачам предоставляют служебное жильё. Выделяют им и беспроцентные жилищные ссуды без первоначального взноса сроком на 20 лет. Но, во-первых, это неплохое, в общем-то, предложение в большинстве случаев всё равно отстаёт от спроса. А во-вторых, врачи хотят решить жилищную проблему не в кредит (путь и беспроцентный) и не на время (вариант служебного жилья и жилья по социальному найму), а здесь, сейчас и на более приемлемых для себя условиях. И понять их можно, ведь «жилищный вопрос» в России по-прежнему – один из самых острых.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото Александра ХУДАСОВА.

СПРАВКА. *Кемеровская область объединяет 34 административные территории, в том числе 18 сельских районов. При этом 8 кузбасских райцентров имеют статус посёлков городского типа, а значит, базирующиеся здесь центральные районные больницы под программу «Земский доктор» не попадают. Ещё 8 ЦРБ, обслуживающих исключительно сельское население, расположены на территории городов: в Кемерово, Новокузнецке, Белово, Гурьевске, Юрге, Ленинске-Кузнецком, Прокопьевске и Топках.*

Акции

Мой любимый детский врач

В Воронеже впервые стартовало открытое интернет-голосование, в ходе которого жители города и области смогут оценить работу детских докторов.

Педиатрическая служба Воронежской области – это 49 медицинских учреждений, где трудятся около 600 специалистов. Более 350 тыс. детского населения Воронежской области обеспечены получением качественной квалифицированной медицинской помощи. Количество педиатров по области составляет 21,6 на 10 тыс. населения, в городе – 28,3, в районах области – 17,3.

Несмотря на это, по словам начальника отдела оказания лечебно-профилактической помощи матерям и детям Департамента здравоохранения администрации области Маргариты Киньшиной, в настоящее время имеется потребность в педиатрах для работы в детских поликлиниках – там, где врач впервые встречается с ребёнком. Поэтому тем более радостно, что возник такой конкурс «Мой любимый детский врач». Те люди, которые работают с детьми, заслуживают большего внимания.

«Быть педиатром – это тонкое искусство, ведь в первые годы жизни ребёнка одними из близких ему людей становятся участковый врач и медицинская сестра. Быть педиатром – это призвание. В профессию идут те, кто любит детей. Условия для работы врачей с каждым годом улучшаются, мы стремимся к комфортному приёму пациентов. Открываются новые филиалы и поликлиники – в городе, в районах. Поддержка от пациентов для врачей–педиатров крайне важна, и мы надеемся, что воронежцы будут активно голосовать за своих любимых докторов», – отметила Маргарита Михайловна.

Для того чтобы проголосовать за любимого доктора (у каждого пользователя есть 5 голосов), достаточно в период до 14 ноября зайти на сайт и оставить свой отзыв о специалисте. Добрые слова, а также детские рисунки, фотографии и видеосюжеты не только порадуют участников конкурса, но и послужат основанием для выбора победителей в трёх номинациях: «За верность профессии», «За доброе сердце» и «За профессионализм и компетентность». Также предусмотрен ряд других поощрений. В конкурсе примут участие детские врачи и средний медицинский персонал государственных учреждений здравоохранения Воронежа и области.

Премия не дает победителям и призёрам профессиональных регалий и носит любительский (народный) характер, голосование бесплатное, а защита информации осуществляется через СМС-верификацию. Основной целью проекта является желание поддержать медицинских специалистов, работающих с детьми, поэтому голосование предполагает сбор только положительных мнений и появление негативного контента на сайте исключено.

Закончить рассказ о конкурсе хочется словами врача основателя российской педиатрической школы Н.Ф.Филатова: «Педиатрия – это вся медицина, погружённая в детство».

Оксана КОЗЛОВА,
сотрудник Департамента здравоохранения Воронежской области.

Воронеж.

Проекты

Стартовала общественная аккредитация

О её начале заявила Национальная медицинская палата

Она коснётся образовательных организаций и программ среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального образования (программ профессионального обучения) в сфере здравоохранения в рамках заключённого ранее соглашения о взаимодействии между Министерством здравоохранения РФ и Национальной медицинской палатой. Соответствующее уведомление было направлено в Министерство образования и науки и Министерство здравоохранения РФ.

Сегодня в системе управления страной разрабатываются модели перехода от государственно-административной к государственно-общественной системе управления, и привлечение общественных организаций к аккредитации образовательных учреждений является логичным развитием этого процесса. Любая аккредитация в образовании — это оценка качества программ. Помимо привычной государственной аккредитации новым Федеральным законом № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» введены понятия профессионально-общественной и общественной аккредитации.

«По сути это признание профессионалами востребованности этих программ и образовательных учреждений, – говорит Юрий Ушанов, заместитель председателя Центрального экспертного совета по профессионально-общественной аккредитации образовательных программ и общественной аккредитации образовательных организаций в сфере здравоохранения Национальной медицинской палаты. И для сообщества медицинских работников, и для работодателей, и для органов власти это ещё одно из оснований для выводов о том, какие именно образовательные программы и образовательные учреждения успешны и востребованы в нашей области».

По его словам, аккредитация профессиональными сообществами образовательных программ не является дублированием государственной, ведь, например, государство может разрабатывать образовательные программы, но специалисты, обученные по этим программам, не будут востребованы профессиональным сообществом. В данном же случае само профессиональное сообщество медицинских работников участвует в разработке программ и отвечает за их качество и актуальность. «Ещё одно принципиальное отличие общественно-профессиональной аккредитации от государственной – сегодня, как никогда, требуется особый подход к формированию критериев и требований к профессиональному уровню медиков. Медицина развивается быстрыми темпами. Экспертный совет при НМП, который будет заниматься профессионально-общественной аккредитацией, более мобилен, чем государственные структуры, более гибкий. Эксперты готовы постоянно вносить обновления в программы, и, как следствие, программы будут больше соответствовать современным запросам в сфере здравоохранения», – подчеркнул Ю.Ушанов.

На данный момент НМП готова взять на себя в основном аккредитацию по программам непрерывного последипломного образования, поскольку процесс аккредитации трудоёмкий, требует больших временных затрат, но постепенно охват будет расширяться.

В НМП разработан и утверждён алгоритм для аккредитации образовательных учреждений и программ. При НМП начинает работу Центральный экспертный совет (ЦЭС), который будет разрабатывать общие критерии по аккредитации и формировать профильные экспертные комиссии, которые будут состоять не более чем из 5 экспертов – квалифицированных специалистов по оценке.

Для прохождения аккредитации образовательная организация подаёт заявление в ЦЭС. Сама процедура аккредитации будет проходить в несколько этапов. Первый этап аккредитации – самостоятельное обследование образовательной организации, на соответствие стандартам аккредитации с подготовкой отчёта о результатах. Вторым этапом аккредитации станет визит экспертной комиссии в образовательную организацию с предоставлением руководству организации промежуточного отчёта об экспертизе. Экспертная комиссия во время визита будет принимать во внимание обстановку в образовательной организации, содержание реализуемых образовательных программ, мнение обучающихся, состав профессорско-преподавательского коллектива, образовательные ресурсы, инновационные технологии и т.п. На третьем этапе на основании отчётов экспертной комиссии Центральный экспертный совет принимает решение об общественной аккредитации образовательной организации. Свидетельство о профессионально-общественной аккредитации образовательной программы и общественной аккредитации учреждения выдаётся сроком от 1 года до 5 лет.

Возникает логичный вопрос – зачем общественная аккредитация может понадобиться самим образовательным учреждениям? Будут ли они заинтересованы в её получении?

«Отмечу важный момент, при проведении аккредитации образовательные программы и учреждения набирают определённое количество баллов по разработанным критериям оценки и на основе этих баллов НМП составляет рейтинг образовательных учреждений и программ, который будет доступен медицинскому сообществу. Поэтому врач ли, выбирающий учреждение или программу, по которой он будет проходить повышение квалификации, студент ли будут, в том числе, ориентироваться и на этот рейтинг, ведь аккредитация от НМП – это показатель высокого качества профильного образования, признанного в медицинском сообществе. Поэтому образовательным учреждениям это важно для повышения своего престижа в глазах потенциальных обучающихся, – говорит Ю.Ушанов. – К тому же организации, имеющие подобную аккредитацию, могут воспользоваться ею для получения дополнительных преференций в системе государственного заказа, что совершенно реально в условиях, когда политика государства направлена на усиление роли общественных организаций, а значит, очень важна их экспертная оценка».

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!
Москва.

Наследие

Памяти доктора Семашко

В Москве отметили 140-летие выдающегося организатора, учёного, педагога

В честь Николая Александровича Семашко в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова был проведён комплекс мероприятий «Семашкинские чтения».

В первый день юбилейных мероприятий на кафедре общественного здоровья и здравоохранения медико-профилактического факультета Первого Меда была проведена студенческая секция Университетской научно-практической конференции, в которой вместе со студентами 3-6-х курсов медико-профилактического, лечебного, стоматологического факультетов и Центра инновационных образовательных программ «Медицина будущего» участвовали профессора, преподаватели, аспиранты, ординаторы и интерны кафедры.

После вступительного слова заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения профессора Владимира Решетникова профессор Алла Голубева рассказала собравшимся об основных этапах жизни и деятельности Н.А.Семашко. Далее состоялись выступления докладчиков – студентов университета, членов студенческого научного кружка при кафедре, прошло активное обсуждение представленных докладов.

Особым мероприятием в этот день стало посещение Музея истории медицины студентами, аспирантами, интернами, ординаторами и руководством кафедры, во время которого «Семашкинские чтения» продолжились – директор музея М.Черниченко провела беседу со студентами о роли Н.А.Семашко в истории нашей страны, показала присутствующим экспозицию, посвящённую выдающемуся врачу, которая включает личные вещи Николая Александровича, мебель из его кабинета, документы, авторские брошюры.

Событием, завершающим первый день юбилейных мероприятий, стало возложение цветов профессорами, преподавателями, аспирантами, ординаторами, интернами кафедры общественного здоровья и здравоохранения и студентами к памятнику Н.А.Семашко, установленному у ректората университета.

Цветы на могилу Н.А.Семашко возлагают профессора В.Решетников (второй слева), Л.Сырцова, А.Голубева и В.Алексеева вместе с ординаторами и интернами кафедры

Знаменательным событием второго дня мероприятий стало посещение могилы Н.А.Семашко на Новодевичьем кладбище с митингом и возложением цветов. Выступавшие отметили большой вклад народного комиссара здравоохранения РСФСР Н.А.Семашко в развитие российского здравоохранения в годы Гражданской войны и в период восстановления страны, активную деятельность в области профилактики социально значимых заболеваний, участие в создании новой организационной структуры управления здравоохранением и др. Особо была отмечена роль Семашко в становлении кафедры социальной гигиены (ныне – общественного здоровья и здравоохранения медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М.Сеченова), заведующим которой он являлся на протяжении 27 лет.

Третий день юбилейных мероприятий ознаменовался проведением университетской научно-практической конференции. С приветственным словом от имени ректора университета члена-корреспондента РАН Петра Глыбочко к участникам и гостям конференции обратился проректор по общественным связям и воспитательной работе Первого МГМУ им. И.М.Сеченова член-корреспондент РАН Иван Чиж, который затем сделал доклад, посвящённый истории формирования управления здравоохранением в России. В работе конференции приняли участие директор НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первого МГМУ им. И.М.Сеченова академик РАН Андрей Решетников, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения медико-профилактического факультета профессор Владимир Решетников, заведующий кафедрой истории медицины, истории отечества и культурологии профессор Дмитрий Балалыкин, заведующая кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Российского университета дружбы народов профессор Анна Фомина. Выступавшие отметили значительный вклад, внесённый Николаем Александровичем Семашко в развитие отечественного здравоохранения, формирование его профилактической направленности, научно-исследовательской деятельности в области профилактики социально значимых заболеваний, становление научной и учебной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в системе высшего и дополнительного профессионального медицинского образования. Были рассмотрены исторические аспекты реформ системы здравоохранения и фармацевтического образования в начале XX века, роль Н.А.Семашко в становлении системы подготовки организаторов здравоохранения и в создании Наркомздрава РСФСР, отмечены исторические вехи его деятельности на посту народного комиссара здравоохранения РСФСР, отражены заслуги как талантливого организатора, учёного, педагога. Особое внимание участники конференции обратили на выдающиеся личностные качества Н.А.Семашко: трудолюбие, упорство, организованность, целеустремлённость, доброжелательность в общении.

На конференции были обсуждены такие вопросы, как современное состояние здоровья населения Российской Федерации, основные результаты реформирования отечественного здравоохранения, актуальные вопросы оказания качественной медицинской помощи, роль медицинской науки в изучении заболеваемости и смертности населения России и др. Особое внимание было уделено вопросам здоровья детей и молодёжи, проблемам социального сиротства в России, деятельности различных медицинских организаций в рамках укрепления здоровья населения РФ, профилактики социально значимых заболеваний, а также преподаванию дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в системе высшего и дополнительного профессионального медицинского образования.

На студенческой секции конференции рассматривались вопросы готовности медицинских организаций и медицинского персонала работать в условиях одноканального финансирования, проблемы информированности населения о добровольном медицинском страховании и доступности индивидуального страхования, а также результаты исследования отношения современной молодёжи к вопросам планирования семьи. В рамках конференции были обсуждены вопросы истории подготовки медицинских кадров для регионов России, рассматривались аспекты изучения истории медицины в вузах Российской Федерации во взаимодействии с общественными медицинскими организациями и др.

Наталья ЭККЕРТ,
профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 71 (1838)

Пренатальная диагностика врождённых пороков сердца

Проблема снижения перинатальной смертности, обусловленной патологией сердечно-сосудистой системы, – одна из самых актуальных в медицинской практике. Пороки сердца являются распространёнными аномалиями, занимая среди всех врождённых пороков развития второе место, при этом именно они являются ведущей причиной детской смертности и инвалидности. Врождённые пороки сердца (ВПС) служат причиной 40% перинатальных потерь; от пороков сердца умирает около 60% детей до 1 месяца жизни и 25% детей до рождения; 40-87% не доживают до года. На сегодняшний день, по данным различных авторов, на 1000 родившихся регистрируется от 8 до 18 случаев ВПС.

Согласно официальной статистике, за последние годы наблюдается рост врождённой сердечной патологии в 2 раза (Е.Беспалова). Благодаря прогрессу современной медицины всё больший процент детей с ВПС выживает, создаёт свои семьи, а их дети имеют уже более высокий риск развития ВПС, что приводит к постепенному увеличению частоты ВПС из поколения в поколение. Такие факторы, как увеличивающийся возраст рожающей женщины, больший процент детей, рождённых методом экстракорпорального оплодотворения, увеличение инфицированности беременных женщин также способствуют неблагоприятному изменению данной статистики. Более половины детей, родившихся с ВПС, требуют проведения операции на сердце в течение первого года жизни ребёнка, а в некоторых случаях – в течение нескольких часов после рождения.

Основными путями решения обозначенной проблемы являются своевременная и точная дородовая диагностика пороков сердца, правильная тактика ведения беременных с кардиальной патологией у плода и своевременное оказание специализированной кардиохирургической помощи новорождённому с целью сохранения жизни и создания хороших жизненных перспектив. Ребёнок с установленным внутриутробно диагнозом критического ВПС должен родиться вблизи кардиохирургического центра, способного оказать такую помощь. Кроме того, тщательное динамическое наблюдение за беременной с ВПС у плода и адекватная медикаментозная терапия помогают снизить летальность, частоту развития осложнений и улучшить результаты хирургической коррекции ВПС у новорождённых и детей первого года жизни на 50% (Перинатальный кардиологический центр при Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева). Ранняя диагностика несовместимого с жизнью порока сердца у плода позволяет родителям совместно со специалистами решить вопрос о прерывании беременности. Чем раньше будет установлена патология сердца у плода, тем меньшим окажется физический и моральный ущерб для беременной женщины и её семьи.

До недавнего времени эффективная кардиохирургическая помощь новорождённым была малодоступной. Выделялись три региона, в которых такая помощь могла быть оказана: Московский, Новосибирский и С.-Петербургский. Выросшие за последние 20 лет возможности хирургии ВПС и наличие сильных кардиохирургических центров дали толчок развитию в этих регионах неонатальной, а затем и пренатальной кардиологии, появились площадки для подготовки специалистов и отработки их взаимодействия при лечении новорождённых. В течение последних 4 лет в РФ появились несколько новых кардиохирургических центров (в Томске, Казани, Краснодаре, Пензе, Астрахани, Екатеринбурге, Самаре и Москве), способных оказывать помощь новорождённым с пороками сердца.

Согласно данным официальной статистики, в 2010 г. новорождённым были выполнены 1028 хирургических и 270 эндоваскулярных вмешательств по поводу ВПС, детям первого года жизни – соответственно 3811 хирургических и 595 эндоваскулярных вмешательств, что может быть расценено как прогресс в удовлетворении потребности этой области здравоохранения.

Диагностика ВПС до рождения ребёнка на сегодняшний день остаётся одной из наиболее острых и злободневных проблем пренатальной диагностики, во всём мире к ней приковано пристальное внимание. Являясь одной из наиболее распространённых групп врождённых аномалий плода и самой частой причиной младенческой смертности, пороки сердца остаются наиболее недиагностируемыми при ультразвуковой диагностике. Даже при наличии современного высокотехнологичного оборудования и квалифицированных специалистов в общей сложности эффективность УЗ-диагностики ВПС не превышает 49%, в отдельных специализированных центрах пренатальной диагностики и некоторых диагностических центрах Российской Федерации достигает 85%. Ведущие международные специалисты пренатальной диагностики признают, что фетальная кардиология – самый сложный раздел дородовой диагностики. Эта область специфичная и наиболее трудна по восприятию информации. Дородовая диагностика пороков сердца связана с разрешающей способностью УЗ-аппаратуры и квалификацией врача («оператор-зависимая» методика), зависит от срока беременности, положения и подвижности плода, количества околоплодных вод, ожирения матери, рубцов на матке, то есть многих факторов, делающих сердце плода труднодоступным для ультразвука. В целом проблемы в диагностике ВПС при проведении массового скрининга врачами женских консультаций обусловлены недостаточным опытом и квалификацией врачей в области фетальной кардиологии, несовершенством используемой аппаратуры, неполным охватом беременных УЗ-скринингом.

На самом деле исследование сердца плода становится «камнем преткновения» для врачей общей УЗ-диагностики. Анатомические и функциональные особенности сердечно-сосудистой системы плода сложны для не кардиологов. По мнению ведущего специалиста России по фетальной эхокардиографии Е.Затикян, «…для качественной диагностики ВПС у плода необходима квалификация исследователя, сочетающего в себе знания и опыт акушера, врача УЗ-диагностики и кардиолога».

Чем выше квалификация врача и больше опыт работы, тем меньшую роль играют все остальные факторы. Одним из путей решения трудной задачи качественного выявления ВПС у плода является постоянное обучение специалистов, критическое осмысление полученного опыта, постоянный тренинг. Актуальностью проблемы была продиктована необходимость проведения узкоспециализированных курсов по эхокардиографии плода на международном уровне. В 2012 и в 2013 гг. в Москве под эгидой ISUOG (Международное общество ультразвуковой диагностики в акушерстве и гинекологии) и РАСУДМ (Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине) с большим успехом прошли международные учебные курсы, которые вызвали огромный интерес специалистов УЗ-диагностики из всех регионов Российской Федерации. Участникам были представлены прекрасные лекции по вопросам дифференциальной диагностики, клинико-морфологической верификации и последующей тактике ведения при наиболее часто встречающихся аномалиях сердца плода. На курсах были рассмотрены особенности скринингового исследования сердца плода в ранние сроки, методики 3D/4D-сканирования, оценка функции миокарда плода с помощью тканевой допплерографии, тактика ведения беременности при выявлении нарушений ритма у плода, вопросы фетальной кардиохирургии и многое другое. Ежедневно на самых современных аппаратах ведущих производителей ультразвукового оборудования проводились мастер-классы – демонстрации «живого сканирования».

Прицельная эхокардиография плода

Проблему своевременной диагностики ВПС у плода помогает решать высокочувствительный, эффективный и безопасный для матери и малыша метод – прицельная эхокардиография (ЭхоКГ) плода. При этом основной задачей пренатальной ЭхоКГ является топическая диагностика порока, которая определяет прогноз и акушерскую тактику.

Исследование должно выполняться на аппаратуре экспертного класса с соответствующим программным обеспечением, требует высокой квалификации врача. При ЭхоКГ плода детально изучаются анатомические структуры сердца, атриовентрикулярное и желудочково-артериальное соединения, взаимоотношение главных артерий, срезы через дугу аорты и артериальный проток, оценивается наличие клапана овального окна и функциональное состояние сердца плода. Допплеровское исследование позволяет проводить анализ скорости внутрисердечных потоков, выявлять аномальные шунты и оценивать работу клапанов сердца. М-режим помогает анализировать сердечные аритмии. Метод даёт возможность повысить показатели дородовой диагностики ВПС до 90-95%, а точность внутриутробной диагностики кардиальной патологии в ПКЦ НЦССХ составляет 98%, что соответствует лучшим мировым показателям.

Ограничения метода эхокардиографии плода, прежде всего, связаны с тем, что существует ряд пороков, которые невозможно выявить внутриутробно даже при самой детальной оценке структур сердца плода в течение всей беременности (проявляющиеся после установления взрослого типа кровообращения или ввиду своей гемодинамической незначимости). Перечень этот был чётко сформулирован в материалах международного учебного курса по эхокардиографии плода, Москва, 2012 г.

Пороки сердца, недиагностируемые внутриутробно:

1. Открытый артериальный проток.
2. Дефект межпредсердной перегородки.
3. Взрослый вариант коарктации аорты.
4. Дефект межжелудочковой перегородки малых размеров.
5. Невыраженные (гемодинамически незначимые) аномалии клапанов.
6. Неполный аномальный дренаж лёгочных вен.
7. Другие редкие пороки развития.

Эту информацию надо обязательно доносить до пациенток; далеко не все врачи понимают возможности и ограничения метода. Нас поразил факт, когда однажды врач функциональной диагностики задала вопрос: «Моей дочери проводили ЭхоКГ плода и сказали, что всё хорошо, а после рождения у ребёнка выявили открытый артериальный проток»? Непонимание рождает необоснованные жалобы как в Минздрав, так и в судебные органы. Для того чтобы защитить врача, нужно постоянно проводить просветительную работу среди женщин. В этой связи и в целях пропаганды метода эхокардиографии плода нами была разработана памятка для беременных женщин «Что нужно знать об эхокардиографии плода». В ней изложены возможности и ограничения метода, сведения о необходимости пройти это исследование всем беременным на сроках 20-24 недели, значении своевременного выявлении врождённых пороков сердца у плода. Она выдаётся на приёме всем пациенткам после обследования и предварительной беседы, а в протоколе указывается факт проведённой беседы.

Несмотря на ограничения метода, эффективность пренатальной ЭхоКГ трудно переоценить, так как в умелых руках метод позволяет очень рано и точно диагностировать большинство тяжёлых пороков сердца.

По выявляемости методом прицельной ЭхоКГ плода ВПС делятся на 3 группы (данные ПКЦ при НЦССХ им. А.Н.Бакулева):

1. Пороки, реально выявляемые в 87-98%: ДМЖП более 2 мм, тетрада Фалло, транспозиция магистральных артерий (ТМС), общий артериальный ствол (ОАС), единственный желудочек (ЕЖ), полная форма открытого атриовентрикулярного канала (АВК), сердечная гипоплазия левых и правых отделов (СГЛО, СГПО), опухоли сердца.

2. Пороки, диагностика которых в зависимости от условий исследования возможна в 40-85%: атрезия лёгочной артерии, корригированная транспозиция магистральных артерий (КТМС), умеренный стеноз аорты и лёгочной артерии, кардиомиопатии, полный аномальный дренаж лёгочных вен (АДЛВ), коарктация аорты.

3. Пороки, диагностика которых возможна менее чем в 30-40%: частичный АДЛВ (при наличии сопутствующих аномалий), вторичные дефекты межпредсердной перегородки (ДМПП), дефекты венозного синуса МПП.

Показания к прицельной ЭхоКГ плода. По рекомендациям ISUOG показания делятся на две группы: материнские и фетальные факторы (показания со стороны плода).

К показаниям со стороны матери относятся:

1. Отягощённый семейный анамнез: ВПС у родственников первой степени родства.
2. Метаболические заболевания: сахарный диабет, фенилкетонурия.
3. Материнские инфекции: парвовирус B19, краснуха, вирус Коксаки, герпес, цитомегаловирус, токсоплазмоз, хламидиоз, уреаплазмоз.
4. Воздействие сердечных тератогенов: ретиноиды, фенитоин, карбамазепин, карбонат лития, вальпроиновая кислота.
5. Болезни соединительной ткани матери с наличием антител: Анти-Ro (SSA), Анти-La (SSB).
6. Кроме того, к группе риска относятся: первородящие женщины старше 35 лет; злоупотребление матерью алкоголем и наркотическими средствами, лечение матери нестероидными противовоспалительными препаратами между 25-й и 30-й неделями беременности, тиреотоксикоз и гипертензия матери.

К показаниям со стороны плода относятся:

1. Подозрение на ВПС у плода при скрининговом УЗ-исследовании (аномальные срезы сердца).
2. Аномальный кариотип плода.
3. Крупные экстракардиальные аномалии.
4. Расширение воротникового пространства >3,5 мм в 11-14 недель беременности, даже если оно нормализовалось при дальнейшем наблюдении.
5. Нарушение частоты или ритма сердечных сокращений.
6. Мало- и многоводие.
7. Беременности путём экстракорпорального оплодотворения.

Одним из основных показаний для эхокардиографии плода является наличие ВПС у самих родителей или предыдущего ребёнка. Однако многочисленные исследования убедительно показали, что 90% новорождённых с ВПС рождается у родителей с неизвестным фактором риска! Отсюда следует, что прицельную эхокардиографию плода следует проводить каждой беременной женщине, а чтобы иметь возможность реально повлиять на ситуацию, необходимо выявлять сердечную патологию своевременно, то есть до наступления жизнеспособности плода (18-22 недели беременности).

При выявлении сложного ВПС у плода пациентке должна быть представлена полная информация об анатомии порока, естественном течении, возможности хирургиче-

ской коррекции, сроках оперативного вмешательства. На пренатальном консилиуме с участием акушера-гинеколога, генетика, детского кардиолога и врача-диагноста совместно с родителями вырабатывается дальнейшая тактика ведения беременности или принимается решение о прерывании. Только при безусловно летальном пороке врачи могут настаивать на прерывании беременности. Последнее слово всегда остаётся за родителями. С расширением доступности кардиохирургической помощи новорождённым даже в отдалённых регионах РФ всё чаще принимается решение в пользу сохранения беременности. В случае выявления критического ВПС у плода пациентка направляется на родоразрешение в центр, где новорождённому будет оказана экстренная хирургическая помощь.

ВПС, требующие экстренного медицинского вмешательства в первую неделю жизни:

1. Простая транспозиция магистральных артерий с интактной межжелудочковой перегородкой.
2. Синдром гипоплазии левых отделов сердца.
3. Синдром гипоплазии правых отделов сердца с выраженной гипоплазией лёгочной артерии.
4. Предуктальная коарктация аорты.
5. Перерыв дуги аорты.
6. Критический стеноз лёгочной артерии.
7. Критический стеноз клапана аорты.
8. Сложные ВПС, сопровождающиеся критическим стенозом лёгочной артерии.
9. Атрезия лёгочной артерии.
10. Тотальный аномальный дренаж лёгочных вен с обструкцией.

ВПС, требующие планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней жизни ребёнка:

1. Общий артериальный ствол.
2. Коарктация аорты (внутриутробно) с признаками нарастания градиента на перешейке после рождения.
3. Умеренный стеноз клапана аорты, лёгочной артерии с признаками нарастания градиента давления.
4. Гемодинамически значимый открытый артериальный проток.
5. Большой дефект аорто-лёгочной перегородки.
6. Аномальное отхождение левой коронарной артерии от лёгочной артерии.
7. Гемодинамически значимый открытый артериальный проток у недоношенных.

ВПС, требующие оперативного вмешательства в течении первых 3-8 месяцев жизни:

1. Единственный желудочек сердца без стеноза лёгочной артерии.
2. Атриовентрикулярный канал, полная форма без стеноза лёгочной артерии.
3. Атрезия трикуспидального клапана.
4. Большие дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок.
5. Тетрада Фалло.
6. Двойное отхождение сосудов от правого (левого) желудочка.

Опыт пренатальной диагностики ВПС в Забайкальском крае

Так сложилось, что диагностикой ВПС у плода в Забайкальском крае занимаются врачи функциональной диагностики. Как указывалось выше и что подтвердила практика, для врачей общей УЗ-диагностики очень сложны анатомические и функциональные особенности сердечно-сосудистой системы плода. Недостаточное знание широкого спектра ВПС, использование только стандартных ультразвуковых срезов и сечений не позволяют составить целостное представление о той или иной сердечной патологии. Высококвалифицированный врач функциональной диагностики, занимающийся эхокардиографией, имея обширное представление о кардиальной патологии вообще и о ВПС в частности, использует в своей работе нестандартные срезы, нестандартные доступы, учитывает гемодинамические проявления порока. Поэтому он может чётко очертить круг дифференциальной диагностики ВПС в каждом конкретном случае.

Замечательно выразилась по этому поводу руководитель Центра медицины плода (Москва), ведущий специалист международного уровня по пренатальной УЗ-диагностике Р.Батаева: «Если не будешь знать, на что смотреть, ничего не найдёшь». Нужно иметь большой запас теоретических знаний и умение анализировать, складывая целостную картину из отдельных фрагментов. Когда выстраивается логическая цепочка и все фрагменты складываются в единое целое, сомнений в диагнозе уже не остаётся.

Статистика выявленных ВПС, по данным специализированного приёма в ЗабККДЦ за последние 3 года

Нозологическая форма ВПС	2011	2012	2013	Итого
Сложные и гемодинамически значимые пороки:	30	37	45	**112**
Большой ДМЖП (мембранозный и перимембранозный)	3	10	11	**24**
Тетрада Фалло	7		2	**9**
Общий атриовентрикулярный канал (изолированный и с различными сочетаниями)	2	4	4	**10**
Единственный желудочек (в сочетании с ГЛО, ТМС, ОАС, стенозом ЛА)	3	2	1	**6**
Гипоплазия левых отделов сердца	6	3	3	**12**
Гипоплазия правых отделов сердца	1		1	**2**
Аномалия Эбштейна	1	1	2	**4**
ДОС от правого желудочка	2	3	7	**12**
Простая транспозиция магистральных артерий	2	2	1	**5**
Пороки лёгочной артерии (стенозы, атрезия устья, агенезия клапана, аневризма)	1	4	4	**9**
Пороки аорты (стенозы, гипоплазия)	2	4	1	**7**
Общий артериальный ствол		1		**1**
Коарктация аорты		2	1	**3**
ТАДЛВ			1	**1**
Дефект аортолёгочной перегородки			1	**1**
Аномалия Уля		1		**1**
Рабдомиома у плода			1	**1**
ДМПП вторичного типа			1	**1**
Перерыв нижней полой вены			1	**1**
Антенатально приобретённый порок МК и ТК			2	**2**
ДМЖП мышечные, гемодинамически незначимые	37	33	49	**119**
Другие ВПС (незначительные стенозы, аномалии ВПВ)	4	4	3	**11**
Всего	**71**	**74**	**99**	**244**

Точный топический диагноз порока сердца у плода – это требование сегодняшнего дня, он позволяет оценить возможность сохранения беременности и принять правильное решение по дальнейшей тактике её ведения.

Врачи функциональной диагностики Забайкальского краевого консультативно-диагностического центра (ЗабККДЦ), имея в багаже опыт работы кардиолога и более чем 10-летний предшествующий опыт ультразвуковой диагностики врождённых пороков сердца у взрослых и детей, впервые в крае самостоятельно освоили методику эхокардиографии плода и в 2001 г. внедрили её в практику. Ведущие специалисты России по фетальной эхокардиографии приезжали в Читу для проведения учебных циклов (М.Медведев, В.Шапкайц, Р.Батаева), проводились специализированные телеконференции заведующей ПКЦ при НЦССХ им. А.Н.Бакулева Е.Беспаловой. Все последующие годы шёл кропотливый процесс совершенствования метода на основе 100%-ной верификации эхокардиографических заключений на секции, если беременность прерывается, после рождения ребёнка, после хирургической коррекции порока. Важнейшую роль сыграла совместная работа с патологоанатомами, которая позволила диагностам приобрести уверенность в своих заключениях, а патологоанатомам – расширить свои представления о врождённых сердечных аномалиях. За последние 10 лет не было ни одного расхождения с результатами секции, кроме уточнения нюансов порока в единичных случаях.

Как показала практика, точная топическая диагностика сложного порока сердца вполне возможна и без применения высокотехнологичных методов 3D/4D-сканирования. В ЗабККДЦ прицельная эхокардиография плода проводится на аппаратах Vivid 7 dimencion GE и PhilipsiE33, датчиками M4S 1,5-4,3 Мгц и M7C 5-7 Мгц. За год выполняется более 2 тыс. прицельных ЭхоКГ плода, и количество исследований ежегодно увеличивается. В диагностическом центре разработан протокол, отвечающий мировым стандартам. Заключение отражает не только топику порока со всеми нюансами, но и изменения внутрисердечной гемодинамики. Это позволило проводить заочное консультирование беременных в ближайшей к региону кардиохирургической клинике – Новосибирском НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина.

Подробный протокол исследования и всеобъемлющее заключение позволяют кардиохирургу принять решение о необходимости и возможности хирургической коррекции порока. При положительном решении вопроса беременная направляется в Новосибирск на родоразрешение, а после рождения и подтверждения диагноза младенец переводится в кардиохирургию. За 3 года было заочно проконсультировано 25 беременных, 12 направлено на родоразрешение в Новосибирск, 7 младенцев прооперировано в первую неделю жизни.

Закономерным итогом более чем 15-летней работы в области фетальной эхокардиографии стали хорошие результаты: пренатальная выявляемость тяжёлых и приводящих к инвалидности/смертности пороков (1-я и 2-я группы по классификации ПКЦ) в ЗабККДЦ составляет 96-97%.

Более половины всех выявленных ВПС (в среднем 63%, что соответствует литературным данным) составляют изолированные мышечные дефекты межжелудочковой перегородки. Такие дефекты практически не выявляются в условиях УЗ-скрининга, не имеют гемодинамической значимости и могут закрываться внутриутробно. По нашим наблюдениям, это происходит в 50-60% наблюдений.

Согласно всем руководствам и стандартам, прицельное исследование сердца плода осуществляем в 18-22 недели гестации, когда размеры сердца позволяют визуализировать все структуры, а развитие костного аппарата ещё не даёт значительных акустических теней. Некоторые специалисты рекомендуют смотреть сердце в 20-24 недели, когда также вторичные изменения, такие как гипоплазия желудочков или главных артерий, гипертрофия стенки желудочков, дилатация предсердий, становятся более очевидными. Если при втором скрининговом УЗИ не было выявлено грубой аномалии, мы стремимся прицельную эхокардиографию проводить чуть позже – в 22-24 недели. Это позволяет повысить выявляемость небольших перимембранозных дефектов межжелудочковой перегородки, которые не визуализируются на сроках 18-20 недель, увеличиваются к концу беременности и становятся гемодинамически значимыми. Если же женщина входит в группу риска по хромосомным аномалиям или в семье у матери, отца или предыдущих детей имеется ВПС, стараемся проводить исследование как можно раньше – начиная с 16 недель беременности.

Решающий вопрос для определения тактики ведения беременности – срок выявления порока. Выявление тяжёлого порока до наступления жизнеспособности плода позволяет предотвратить рождение детей с не корригируемыми пороками. Так, в 2011 г. было прервано 17 беременностей с ВПС у плода с неблагоприятным прогнозом, в 2012 г. – 14, в 2013 г. – 11. Снижение случаев прерывания в последние годы связано с активным направлением беременных на консультацию в хирургическую клинику.

В диагностическом центре чётко отработан алгоритм ведения пациентки с ВПС у плода. При выявлении порока сердца у плода проводится эхокардиографический консилиум, сведения о беременной передаются в Министерство здравоохранения Забайкальского края и женскую консультацию в день выявления порока. Пациентке сразу же даётся полная информация об анатомии порока, естественном течении, риске для ребёнка, возможности хирургической коррекции ВПС и сроках оперативного вмешательства. Мы используем в работе сравнительные схемы нормального сердца и сердца, изменённого выявленным пороком; обычно это очень легко воспринимается родителями.

На следующий день в Минздраве Забайкальского края проводится пренатальный консилиум с участием главного специалиста министерства по родовспоможению, акушера-гинеколога, генетика, детского кардиолога и врача функциональной диагностики, на котором совместно с родителями вырабатывается дальнейшая тактика ведения беременности и новорождённого в раннем неонатальном периоде.

Нельзя не отметить ещё одну, на наш взгляд, немаловажную роль прицельной ЭхоКГ плода. Практически в 90% случаев направлений к нам беременных с подозрением на ВПС у плода это подозрение снимается, и мы с большой долей вероятности можем сказать женщине, что у будущего ребёнка с сердцем всё благополучно, давая ей возможность спокойно вынашивать беременность.

Количество обнаруженных ВПС и сроки выявления порока напрямую зависят от того, как отработает I уровень пренатальной УЗ-диагностики, на каком сроке беременная попадёт на прицельную эхокардиографию плода и попадёт ли вообще. При прицельной ЭхоКГ плода в центре впервые диагностируется (т.е. не замечены врачами УЗД) 25% от всех зарегистрированных пороков. А сколько нуждающихся в этом обследовании не попадает к нам вообще? Очевидно, что первостепенную роль для эффективной работы метода играет качественный осмотр сердца плода на I и II скрининговых сроках.

Основная задача скрининга – выявление пациенток высокого риска, которым должна быть выполнена прицельная ЭхоКГ плода. Одним из путей повышения качества скрининга является непрерывное обучение специалистов, основанное на критическом осмыслении полученного опыта. С 2012 г. на кафедре функциональной и УЗ-диагностики Читинской государственной медицинской академии проводятся узкоспециализированные курсы по ЭхоКГ плода для врачей УЗ-диагностики пренатального скрининга.

Проблема своевременного выявления ВПС – одна из важнейших задач пренатальной диагностики, так как это реальный путь снижения детской смертности. Выбор метода родоразрешения, оказание экстренной специализированной помощи детям с врождённой сердечной патологией, а также предотвращение рождения детей с не корригируемыми пороками реально влияют на показатели здоровья населения.

Екатерина СТАРНОВСКАЯ,
заведующая отделением сердечно-сосудистой системы отдела функциональных методов исследования Забайкальского краевого консультативно-диагностического центра, ассистент кафедры функциональной и ультразвуковой диагностики.

Елена ГОНЧАРОВА,
заведующая кафедрой функциональной и ультразвуковой диагностики, доктор медицинских наук, профессор.

Читинская государственная медицинская академия.

Конкурс «Лучшая медгазета

Сегодня мы представляем газету Северного государственного медицинского университета «Медик Севера», которой в этом году исполняется 45 лет. Срок вполне достаточный, чтобы оглянуться назад и пролистать страницы её номеров, которые отражают историю вуза. Первые номера – от 1969 г. – ещё хранят память о хрущёвской оттепели и времени «физиков и лириков». Редакция сопереживает забастовке чернокожих врачей в далёкой Южно-Африканской республике, возмущена пассивной ролью комитета комсомола в создании студенческого актива газеты, счастлива, что живёт в годы космических стартов. Выпускников школ в абитуриенты самого северного медицинского вуза со страниц газеты приглашает знаменитый хирург Георгий Андреевич Орлов, а страна готовится отметить 100-летие со дня рождения Владимира Ильича Ленина.

В 1974 г. газета занимает среди студенческих многотиражек России 4-е место. Достигнутые успехи не успокаивают редакцию, она ищет таланты: «Помни, товарищ, газета – рупор института, его лицо, его слово. А это значит, что газета – твой рупор, твоё лицо, твоё слово!» На страницах еженедельных номеров каждый на виду – читаем постановления товарищеских судов и, что радует намного больше, благодарности студентам за спасение чьей-то жизни.

В 1979-1984 гг., в период так называемого застоя для страны, но не для «Медика Севера» – газету по-прежнему ждут каждую среду. Несмотря на заголовки «Образ жизни – советский», совершенно не «по-советски» в нашем сегодняшнем понимании этого слова, без лишних лозунгов говорят с нами с газетных полос врачи и педагоги Надежда Ивановна Батыгина, Мария Владимировна Пиккель, Валерий Александрович Кудрявцев. В родной АГМИ с лекциями приезжает академик Николай Михайлович Амосов.

1989-1994 гг. – плавный переход от перестройки в «лихие 90-е». Газету награждают дипломом «За активную пропаганду идей перестройки, наступательную агитацию против застоя, рутины и равнодушия». Гласность. Появляются статьи о парапсихологии и феномене Кашпировского, а второкурсники лечебного факультета спокойно рассуждают на темы: «Если бы я был ректором» и «Что я думаю о съезде народных депутатов СССР». Распад страны советов. В вузе проходит первый набор в академию и выходит первый номер «Экологии человека». Газета меняет свой формат и не в последний раз.

Закрываем последнюю пыльную подшивку – буквально за час перед нами пролетает жизнь страны и вуза длиною в четверть века. Много раз со страниц «Медика Севера» звучало, что газета – лицо института, академии, университета... А я бы добавила, что газета – лицо времени. И этот факт накладывает некую ответственность на её создателей. Сегодня газета вуза более аполитична, но не безлика и, быть может, те, кто заглянет в её архивы через много лет, будут судить о нашем времени не по политическим трендам, а по достижениям наших врачей и медицины в целом.

Одна из последних статей «Медика Севера» предстаёт перед читателями «МГ».

Поморская ярмарка международных проектов

Флаги дружественных стран всё также реют на холодном двинском ветру

В далёком 1584 г. по указу царя Ивана IV на берегах Северной Двины, в самом устье — месте впадения её в Белое море, основали город Архангельск, ставший северным портом державы. Вместе с рождением порта была учреждена и Маргаритинская ярмарка – важная веха в торговой и экономической жизни не только Поморья, но и всего Российского государства. «Все купцы, – по описанию иностранного путешественника XII века немца Кильбургера, – уезжают из Москвы на Архангельскую ярмарку и находятся в дороге на почтовых лошадях 14 дней». Товары, проданные и купленные на Маргаритинской ярмарке, расходились впоследствии не только в соседние западные страны, но и по всему восточному миру. Это было первое русское окно в Европу, первая международная ярмарка, ставшая своего рода визитной карточкой дореволюционного Архангельска.

Участники Международной конференции «Подготовка врачей общей практики на Северо-Западе России: современная ситуация и задачи на будущее» в конференц-зале отеля «Пур-Наволок» (Архангельск)

Общий арктический дом

Со времён Петра со стороны России в Европу не только прорублено окно, но и широко распахнута дверь. Уже давно гости из других стран посещают северный порт не только для того, чтобы пройтись по изобилующим рыбой торговым рядам Маргаритинской ярмарки. Для Архангельска нынешняя осень не стала исключением и выдалась урожайной на визиты иностранных делегаций. В первый раз за последние 15 лет Северный государственный медицинский университет посетил ректор Университета города Тромсё, крупнейшего научно-образовательного учреждения на севере Норвегии. Осенью 2013 г. он был объединён с Университетским колледжем Финнмарка и стал носить название Арктического университета Норвегии. В состав норвежской делегации во главе с ректором Анне Хусебекк вошли декан медицинского факультета Арнфинн Сундсфьорд, руководитель международного отдела Сигрид Ог, а также сотрудники кафедр, институтов, университетской клиники, партнёры по совместным проектам. Встреча представителей двух северных университетов состоялась в рамках действующего соглашения о сотрудничестве и нескольких текущих научных и образовательных программ. Наши вузы объединяют не только давняя дружба и успешные совместные проекты. Не так давно оба университета возглавили новые ректоры. На мой вопрос, трудно ли быть ректором, Анне Хусебекк ответила, что это тяжёлая работа, но очень интересная. «Я была профессором по узкой медицинской специальности, сейчас я занимаюсь абсолютно всем, так как в состав университета входит не только медицинский факультет, но и факультеты гуманитарных наук, общественных наук, естественно-математический и юридический. Норвежская высшая школа рыбной промышленности также является факультетом университета», – поясняет Анне. Оба вуза вышли на новую траекторию своего развития. «Цель визита нашей делегации – укрепление сотрудничества между двумя самыми северными университетами и развитие уже действующих программ. Мы могли бы пойти по традиционному пути и приглашать русских студентов и специалистов учиться и работать в Норвегии, однако опыт показывает, что они не возвращаются. Мы рады видеть русских и в качестве студентов, и в качестве сотрудников своего университета, но мы живём в одной части мира, и для того, чтобы успешно решать арктические вопросы, необходимо усилить позиции общественного здравоохранения именно здесь, в Архангельске. Тесное сотрудничество важно не только для двух вузов, но и для всего нашего Арктического дома», – подчеркнула ректор Арктического университета Норвегии.

«Университет Тромсё – наш давний и надёжный партнёр. В 1992 г. был подписан договор об обмене студентами, преподавателями и научными кадрами», — напомнила ректор СГМУ, профессор, доктор медицинских наук Любовь Горбатова.

Со временем сотрудничество расширилось: ведётся совместная научно-исследовательская деятельность, осуществляются образовательные проекты, проводятся семинары и конференции, реализуются программы обмена. Взаимодействие двух северных университетов играет важную роль в обеспечении развития арктических территорий.

«Арктика – это общее поле деятельности для университетов Архангельска и Тромсё. У нашего вуза огромный опыт как в подготовке кадров для Европейского Севера России, так и ведении научной работы, связанной с климатогеографической спецификой арктической зоны. Благодаря общим усилиям исследования могут стать более продуктивными. Наши территории (Архангельская область и Северная Норвегия) находятся практически на одной широте – это даёт возможность проводить совместный анализ данных с меньшими ресурсными затратами, что немаловажно в сложившейся экономической ситуации. Программы подготовки кадров российские и норвежские имеют как общие точки соприкосновения, так и различия. Наша задача – взять все лучшие наработки, которые есть у обеих сторон, и внедрить их в практику. С учётом принятой в нашей стране программы развития Арктики мы будем продолжать совместные с Университетом Тромсё проекты в сфере образовательной деятельности. Планируется начать внедрение сетевой формы обучения, продолжить обмен профессорско-преподавательским составом и студентами. Норвежские студенты также будут приезжать в Архангельск и проходить стажировки на клинических базах нашего университета», – отметила Любовь Горбатова.

На встрече были обозначены основные направления совместных научных исследований СГМУ и Арктического университета Норвегии. Прежде всего, это развитие северной полярной медицины и общественного здравоохранения. Не меньший интерес вызвали вопросы подготовки кадров и развития научно-образовательной интеграции.

По норвежской модели

Хотелось бы отметить, что в общей российско-норвежской копилке множество полезных и интересных проектов. К примеру, «Поморская программа развития первичного здравоохранения», которая направлена на улучшение качества подготовки специалистов общей врачебной практики в Архангельской и Мурманской областях, внедрение принципов непрерывного профессионального развития. Это первый российский опыт использования норвежской образовательной модели подготовки врачей общей практики (семейных врачей). Идея появилась 6 лет назад. Первая встреча, посвящённая организации проекта, в которой участвовали представители Северного государственного медицинского университета, министерств здравоохранения Архангельской и Мурманской областей, Университета Тромсё и Национального центра сельской медицины Норвегии, состоялась в октябре 2008 г. Основной целью первого этапа (2009-2011 гг.) Поморской программы было изучение возможностей использования российских и норвежских принципов подготовки врачей первичного звена в условиях России и Норвегии. Для этого были созданы две группы (по одной в Архангельске и Мурманске). Руководили обучением в каждой группе два опытных наставника – представители Норвежской медицинской ассоциации и Института семейной медицины Северного государственного медицинского университета. Первые встречи

групп врачей общей практики с наставниками состоялись в апреле 2009 г. Каждое второе занятие проводилось на английском языке. Темы для последующих встреч выбирались самими участниками, исходя из их потребностей. Например, обсуждались «синдром красного глаза», «боли в нижней части спины», принципы доказательной медицины, научный поиск в Интернете. Участники совершенствовали имеющиеся и осваивали новые практические навыки под руководством наставников. Были организованы стажировки врачей в центры семейной медицины Норвегии, посещения наставников российских практик. Всего в течение 2 лет было проведено 20 встреч. Каждый участник группы по очереди был ответственным за проведение встречи, готовил презентацию, а затем и отчёт на английском языке. Все участники программы были вовлечены в российско-норвежский научно-исследовательский проект «Изучение роли С-реактивного белка как диагностического инструмента для снижения чрезмерной антибиотикотерапии при инфекциях дыхательных путей». Первый этап Поморской программы завершился участием членов групп и их наставников в работе XVI конгресса северных стран по общей врачебной практике (Тромсё, 2011 г.), где были сделаны доклады по результатам проекта.

Делегация Арктического университета Норвегии, на первом плане – ректор Анне Хусебекк

Руководители и координаторы проекта как с норвежской, так и с российской стороны встретились в Архангельске этой осенью, чтобы подвести промежуточные итоги.

Об актуальности Поморской программы я попросила рассказать российского руководителя проекта, проректора по последипломному образованию и лечебной работе СГМУ, профессора Владимира Попова.

– Система последипломной подготовки специалистов России и Норвегии существенно отличается. В Норвегии ею занимается Норвежская медицинская ассоциация, в России – медицинские университеты и академии. Подготовка врача общей практики (семейного врача) в Норвегии продолжается в течение 5 лет под руководством наставника Норвежской медицинской ассоциации в центрах семейной медицины. В течение первых 2 лет используется групповой метод подготовки. Необходимо принять участие в 20 групповых встречах вместе с наставником, где обсуждаются наиболее важные практические проблемы, возникающие у молодых врачей. Наставник никогда не навязывает свою точку зрения, он лишь организует процесс активного обсуждения проблемы, используя эффективные педагогические приёмы. Врачи общей практики сами ставят вопросы и сами ищут на них ответы. Нет лекций, избыточного академизма. Научить общей врачебной практике, не работая в ней, по мнению наших норвежских коллег, невозможно, поэтому к подготовке врача общей практики не привлекаются узкие специалисты, профессора университетов. Как показал наш проект, норвежская модель может успешно применяться в российских условиях. При этом резко возрастает индивидуальная активность обучающихся, быстро растёт их профессиональный уровень, кругозор, самооценка, принципиально меняется видение проблем первичного звена здравоохранения. Научные проекты, проводимые в рамках Поморской программы, помогли практическим врачам почувствовать себя исследователями и оценить свои возможности с позиции международной научной практики. Определённый опыт получили и наши норвежские коллеги. В систему последипломной подготовки норвежских врачей общей практики был внедрён обязательный квалификационный экзамен через каждые 5 лет работы, как в России. Сейчас опыт других стран в системе последипломной подготовки врачей активно обсуждается, и российско-норвежский проект «Поморская программа» может внести достойный вклад в реформирование системы последипломного образования в России. Поморская программа уже вошла в систему регионального образовательного процесса, значительно расширив компетенции врачей общей практики в нашем регионе и повысив престиж данной медицинской специализации, создавая условия для непрерывного профессионального развития», – пояснил Владимир Попов.

В настоящее время завершены два этапа этого российско-норвежского проекта, направленного на подготовку специалистов врачей общей практики в Архангельской и Мурманской областях. О проведении второй фазы образовательной программы рассказала доцент кафедры семейной медицины и внутренних болезней, координатор проекта и наставник Елена Андреева: «Второй этап Поморской программы начался в 2012 г., было решено создать 5 новых групп обучения: 3 в Архангельской области (Архангельск, Северодвинск и Вельск) и 2 – в Мурманской области. Участники первого этапа сами стали наставниками в новых группах. За 2 года второго этапа в каждой из пяти групп прошло по 20 встреч. Сами наставники вместе с координаторами проекта с российской и норвежской стороны провели 7 совместных встреч, где делились своим опытом работы в группе, трудностями и достижениями. Два двухдневных семинара были организованы с участием регионального советника Норвежской медицинской ассоциации Питера Придца. Они были посвящены различным интерактивным методикам работы в группах, применению видеоконсультаций. На русский язык были переведены два норвежских руководства по работе в группах («Два года вместе» и «Групповой тур по семейной медицине»), которые сейчас используются наставниками для подготовки к занятиям. Летом 2013 г. врачи-наставники из Архангельской и Мурманской областей приняли участие в работе Конгресса северных стран по общей врачебной практике, который проходил в Тампере (Финляндия).

В 2014 г. стартовало новое научное исследование «Частота встречаемости и факторы, связанные с низкими уровнями сатурации кислорода артериальной крови во взрослой популяции: сравнительное исследование в Северной России и Норвегии», организованное в рамках Поморской программы, которое также было представлено в Архангельске.

Первый проект в рамках сотрудничества вузов Архангельска и Тромсё был начат ещё во времена Советского Союза доктором Андерсом Форсдалом. Он был потомственным врачом общей практики, проживающим в районе Киркенеса. Уникальное сплетение двух культур, норвежской и русской, в этом пограничном городе значительно повлияло на становление Андерса Форсдала как врача, профессора Университета Тромсё и известного в Норвегии общественного деятеля. Проблемы тогда ещё советского здравоохранения для него были также интересны и значимы, как и родного норвежского. Он понимал, что совместные проекты формируют доброжелательные отношения между соседними странами, на основе которых строится взаимодействие в сферах науки, образования и практического здравоохранения.

Создание общей российско-норвежской научной базы является одной из основных целей сотрудничества двух университетов. Её невозможно достичь без личных встреч и контактов.

Руководитель Поморской программы министр здравоохранения провинции Тромс (Норвегия) Свейн Стейнерт сказал: «Мы идём по следам Андерса Форсдала… Россия – очень важный сосед для Норвегии. Когда речь идёт о здоровье населения, то нужно отметить, что у нас есть много общих точек соприкосновения. Оба наших государства заинтересованы в модернизации первичного звена здравоохранения. Общие усилия двух стран также направлены на профилактику – очень важно, чтобы человек сам следил за своим здоровьем. Чтобы достичь этих целей, необходимы хорошо подготовленные врачи общей практики. Без грамотного специалиста в этой области очень трудно создать эффективно работающую команду (куда могут войти медицинские сёстры, фельдшеры) на местах. Одна из основных современных тенденций в здравоохранении – децентрализация – перенос компетенций из крупных клиник на периферию, ближе к населению. В этом смысле врач общей практики оказывается на «передовой» и многое зависит от его профессионализма. В рамках русско-норвежской Поморской программы последипломное обучение врачей ведётся нестандартными методами. Традиционно какой-нибудь профессор приезжает и читает лекции, тем самым обучая персонал на местах. Мы же стараемся опираться на тот опыт, который уже есть у практических врачей, на их запросы и потребности. Проект «Поморская программа» развивается в двух направлениях – образование и исследование. Во всех западных странах существует общая проблема – научных исследований в первичном звене здравоохранения проводится очень мало. Работая в России, мы пришли к выводу, что исследования легче проводить здесь. Российские врачи общей практики более эффективны в сборе данных, чем норвежские специалисты. Я надеюсь, что результаты совместной научной работы будут полезны как для российского, так и для норвежского здравоохранения. У наших народов разный менталитет, но механизмы заболеваемости одинаковые – действуют те же самые факторы риска. Повышая свои знания о происходящих процессах, мы во многом выигрываем».

Доклад «Поморская программа – предыстория и цели» читает министр здравоохранения провинции Тромс Свейн Стейнерт

Слово Мурманску

Поморская программа – проект трёхсторонний. Кроме Архангельска и Тромсё в нём активное участие принимает ещё один северный регион. Мурманская область находится в особом положении – на её территории нет медицинского вуза, который бы занимался непрерывным образованием врачей. Предложенная норвежской стороной двухлетняя программа подготовки специалистов первичного звена здравоохранения стала отличным подспорьем для регионального Минздрава.

Рассказывает начальник Управления организации медицинской помощи и реализации программ здравоохранения Минздрава Мурманской области Инга Анискова: «Мурманские врачи активно поддержали идеи Поморской программы. Этот проект помог специалистам с одинаковыми компетенциями встретиться, вместе обсудить насущные проблемы, увидеть свои недоработки и начать совершенствоваться. Учебные группы были сформированы таким образом, чтобы в них были представители всех муниципальных образований, где есть общая врачебная практика. Я была удивлена тому, с каким энтузиазмом практические врачи буквально впитывали в себя новые идеи и методики, предложенные норвежскими коллегами. Специалисты на местах, как в городской черте, так и в сельской местности, перегружены, однако они находили время для встреч и работы в группах. Всё, что делалось все эти годы в рамках Поморской программы, было направлено на повышение уровня компетенции врача первичного звена здравоохранения. Квалифицированный доктор – это основа качественной медицинской помощи. Наша задача (министерств здравоохранения Мурманской и Архангельской областей, СГМУ) – сохранить и развить опыт, полученный в ходе реализации Поморской программы, а также адаптировать его к российской системе последипломного образования».

Напоследок мне удалось пообщаться с врачами, прошедшими оба цикла Поморской программы и ставшими наставниками. Специалисты двух северных регионов поделились своими мыслями и впечатлениями.

Заместитель главного врача по медицинской части поликлиники № 4 Мурманска Дмитрий Бахтин:

– Сегодня в России очень слабо развита система подготовки врачей общей практики. В рамках традиционной системы последипломного образования будущий специалист проходит 6-месячную переподготовку, в лучшем случае – 2 года ординатуры. Дальше врач предоставлен сам себе. Он может не совершенствоваться в профессии, а просто пройти через 5 лет курсы повышения квалификации. В этом случае специалист не развивается, отстаёт от последних тенденций в медицине. Совершенно другой результат даёт участие в Поморской программе, которая способствует быстрому личностному и профессиональному росту. Я начинал работу в проекте как простой врач общей практики, затем стал заведующим отделением, теперь заместитель главного врача.

Председатель Ассоциации медицинских работников общей врачебной практики, врач ЦРБ Приморского района Архангельской области Надежда Рыжкова:

– Врачи, работающие в удалённых от центра территориях, зачастую не имеют рядом опытного наставника или коллегу, с которым можно решить сложные профессиональные вопросы. «Поморская программа» для врачей общей практики позволяет преодолеть эту профессиональную изоляцию.

Заведующий отделением общей врачебной практики поликлиники № 5 Мурманска Юрий Паньков:

– Следуя условиям проекта, группа врачей общей практики проходит обучение по норвежской модели и после первой фазы выбираются тьюторы – наставники, которые продолжат учить других по той же схеме. Наставники дополнительно получают элементы педагогического образования. В идеале в каждом отделении, где работают 5-6 врачей, должен быть свой наставник. Заведующий отделением – это, по большому счёту, администратор. Наставником же может быть уважаемый в отделении врач. Когда молодой специалист вливается в коллектив, рядом должен быть кто-то опытный, который сможет что-то подсказать. Это очень важно, так как с сентября 2016 г. в первичное звено здравоохранения должны прийти выпускники медицинских вузов без прохождения интернатуры. Если мы сейчас не зададимся целью подготовить наставников, которые смогли бы провести этих новичков по линии личностного роста, то столкнёмся с серьёзными проблемами. Все понимают, что нужна система наставничества, и проект «Поморская программа» дал представление о том, как это сделать более эффективно.

Символично, что холл самого северного медицинского вуза украшен панорамным изображением архангельской дореволюционной пристани, полной заморских и поморских торговых судов. Спустя несколько веков город-порт всё так же принимает гостей из-за моря и флаги дружественных стран всё так же реют на холодном двинском ветру.

Екатерина НЕМАНОВА,
главный редактор газеты «Медик Севера».
Архангельск.

Фото автора.

Анализ и прогнозы

Встряхивая барометр

О кризисной нестабильности, росте цен на лекарства и других тенденциях на фармрынке

За свою историю российский фармацевтический рынок не раз переживал взлёты и падения. И вот снова на смену стабильности приходит неопределённость. Куда в преддверие приближающегося кризиса поползёт кривая? На этот вопрос у аналитиков нет однозначного ответа.

В 2014 г. фармрынок заметно сбавил обороты. Но если ещё в начале лета прогнозы в отношении его дальнейшего развития были не так уж плохи, то теперь поводов для оптимизма остаётся всё меньше. Впрочем, по мнению некоторых экспертов, кризиса на фармрынке может и не быть.

Как существовать в условиях замедления роста рынка? Этой теме была посвящена специальная сессия, состоявшаяся в рамках VI саммита «PharmaStrategies-2015: Ключевые вопросы фармацевтических компаний для разработки стратегий на 2015 г.»

О стрессоустойчивости

Генеральный директор IMS Health Николай Демидов призвал участников встречи реалистичнее оценивать происходящее на фармрынке, несмотря на «оптимистичные» отчёты Минэкономразвития России.

– Война санкций усиливается. И если не употреблять ненормативную лексику, то всё очень плохо, – прокомментировал состояние в макроэкономике России эксперт. – Тенденции обвальные, ВВП падает, и в 2014 г. негативный сценарий достигнет отрицательной величины – возможна рецессия.

Основным покупателем лекарств в России по-прежнему остаётся рядовой потребитель. По оценке IMS Health, в прошлом году среднестатистический житель страны потратил на покупку лекарств 214,9 долл. И если посетители аптек по-прежнему сами будут платить за медикаменты, фармрынок России вряд ли сохранит прежние темпы роста, считает аналитик. Россияне, вынужденные экономить на еде, могут начать экономить и на собственном здоровье.

Тем не менее, несмотря на общие негативные тенденции в экономике и замедление темпов роста рынка, ситуация в данной сфере ещё не перешла в разряд критических. По словам Н.Демидова, российский фармрынок становится зрелым и просто требует действий по корректировке. Изменения, связанные с организацией оборота лекарственных средств, введением системы лекарственного возмещения и т.д., необходимы для его дальнейшего развития.

– Фармацевтический рынок остаётся достаточно стрессоустойчивым, и мы не прогнозируем его скорого обвала и глубокой просадки, – отметил эксперт. – Средние темпы роста пока остаются в целом плюсовыми: в 6-10% на протяжении 2015-2018 гг., но за счёт роста цен на лекарства.

Расставить акценты

Политические трения смешали карты прогнозирования будущего экономики России. Как её часть фарма также оказалась в неопределённости, считает директор подразделения здравоохранения Synovate Comcon Healthcare Олег Фельдман. По его словам, при попытке прогнозирования в тяжёлых социально-экономических условиях всегда есть соблазн «расставить разные акценты».

– Данные рынка существуют в большей степени для отчётности, как внутренней, так и внешней. Как правило, при выборе системы индикаторов используется ракурс, обеспечивающий лучшие показатели, – подчеркнул эксперт. – И очень часто из-за отсутствия в системе принятия решений опоры на данные рынка дискредитируются сами полученные исследовательские данные или доминируют интуитивные подходы в практических шагах.

Среди наиболее часто встречаемых типов аналитики на рынке эксперт обозначил три основных. «Пассивную» (ламинарную), которая фокусируется на абсолютных величинах или абсолютных показателях, «наблюдающую», или мониторинг основных показателей, и «турбулентную» (взрывную) – меняющую взгляды на происходящие процессы и нацеленную на поиск инициатив для принятия бизнес-решений.

– В моей практике встречались все три типа, но интереснее всего работать с последним, – считает О.Фельдман.

Вот новый поворот...

В свою очередь, генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк поделился своим видением ситуации на российском лекарственном рынке.

По итогам первого полугодия 2014 г. фармрынок в целом вырос в рублях на 7,3%. Но это не за счёт продаж, а в результате роста цен на медикаменты. В упаковках ёмкость рынка, напротив, снизилась на 5%. Наибольшее снижение продаж отмечается в сегменте парафармацевтических продуктов (–11%) госпитальных закупок и льготного лекарственного обеспечения (–6%). Эксперты предрекают дальнейшее сокращение бюджетных закупок лекарств, а это ещё одна угроза для рынка, находящегося в ожидании кризиса.

Доля фармацевтического рынка растёт относительно ВВП, но основные пики этого роста приходятся на кризисные годы (1,8% в 1998 г., затем снижение до 1,4%, потом снова рост до 1,8% в 2009 г., который сменился снижением до 1,5-1,6% и снова рост – по итогам первого полугодия 2014 г. – 1,7%).

– Предсказать, что будет с российской экономикой, сейчас уже никто не берётся. Все прогнозы относительно курса валют к концу 2014 г. ведущих российских и зарубежных кредитных организаций не выдерживают никакой критики, – подчеркнул эксперт. – Но уже сейчас доллар и евро превысили эти критические отметки. Надо честно признать, что идёт экономическая война, основной целью которой является ослабить Россию.

За 8 месяцев 2014 г. цены на лекарства выросли на 6,3%. Для сравнения: в прошлом году рост цен был в 3 раза меньше в аналогичный период.

Индекс покупательной способности в первом полугодии 2014 г. как никогда низок – 2,4%. Даже в таком благополучном регионе, как Москва, потери выручки в крупных торговых сетях за этот период составили 25%. При этом реальные располагаемые денежные доходы населения выросли по отношению к 2013 г. только на 0,7%.

По оценке DSM Group аптечные продажи будут и дальше снижаться. За 8 месяцев 2014 г. россияне уже не купили 136 млн упаковок лекарств, по сравнению с предыдущим годом. Росту рынка в упаковках также препятствует замена дешёвой продукции на дорогую. И этот тренд сохраняется на протяжении последних лет. Снижение продаж препаратов ценовой категории до 50 руб. в 2013 г. составило 12%, 50-150 руб. – 6%.

Говоря о ближайших перспективах развития фармрынка, С.Шуляк считает, что не стоит ожидать значительного роста. Впрочем, по словам аналитика, несмотря на сложную экономическую ситуацию в стране, нет оснований полагать, что он скатится в глубокий кризис, сопровождающийся резким снижением объёмов и в деньгах, и в упаковках. Согласно прогнозу DSM Group, в 2014 г. рост российского фармрынка в рублях составит 9%.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Кстати

Ещё год назад 70% россиян отмечали, что их не устраивает ситуация с ценами на лекарства. Согласно исследованию Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), проведённому в 42 областях, краях и республиках России, каждый пятый респондент (19%) признал, что часто не может приобрести необходимое лекарство из-за высокой цены. Реже потребители сетовали на отсутствие нужного препарата в продаже (11% с этим сталкивались часто). И лишь немногие отметили, что зачастую были обмануты недобросовестной рекламой препарата (7%) и приобретали поддельные лекарства (5%).

В настоящее время льготы на приобретение лекарств имеют 14% россиян, но почти половина из них (6%) всё же покупают препараты по полной стоимости. Это связано, прежде всего, с тем, что, по их мнению, по льготе предоставляются неэффективные препараты (так считают 39% россиян). Кроме того, респонденты склонны указывать на сложность процесса приобретения лекарства (27%) и отсутствие лекарств данной категории в аптеках (26%).

В целом с той или иной частотой лекарственные препараты покупают более 80% опрошенных. При этом 38% россиян часто или постоянно обращаются в аптеки.

Cito!

Рекомендации зарубежных регуляторных органов

– Регуляторным органом ЕС (EMA) принято решение об ограничении показаний и дозировки ЛС, содержащих домперидон. По мнению экспертов EMA, данное ЛС следует использовать для лечения тошноты и рвоты в дозе, не превышающей 10 мг 3 раза в день per os у взрослых, подростков и детей с массой тела более 35 кг. Возможно также применение домперидона у представленных выше категорий пациентов в форме суппозиториев в дозе 30 мг 2 раза в день. У детей и подростков с массой тела менее 35 кг домперидон рекомендуется использовать в дозе 0,25 мг на килограмм массы тела 3 раза в день.

– Регуляторным органом ЕС (EMA) принято решение о дополнении инструкций по медицинскому применению золпидема следующей информацией: «противопоказано применение золпидема в суточной дозе, превышающей 10 мг; пациентам необходимо принимать наименьшую эффективную дозу однократно непосредственно перед сном; запрещается повторный приём препарата в ту же ночь; у пожилых людей и пациентов с нарушением функции печени рекомендованная суточная доза препарата не должна превышать 5 мг; запрещается управлять автомобильным транспортом или совершать иные действия, требующие повышенной концентрации внимания; противопоказан совместный приём золпидема, других ЛС, влияющих на функции центральной нервной системы и алкоголя.

– Регуляторным орган ЕС (EMA) принято решение об ограничении применения диацереина. Данный препарат не следует назначать пациентам старше 65 лет в связи с риском развития тяжёлой диареи и вызванных ею осложнений. В случае возникновения диареи необходимо немедленно прекратить приём препарата. Диацереин также противопоказан лицам с заболеваниями печени или имеющим поражение печени в анамнезе; необходим постоянный мониторинг состояния печени в процессе лечения. Рекомендуется начинать приём диацереина с половины обычной дозы (50 мг в сутки вместо 100 мг). Также EMA обращает внимание специалистов практического здравоохранения на то, что диацереин показан исключительно для лечения остеоартрита бедренного или коленного суставов и должен назначаться врачом, имеющим достаточный опыт терапии остеоартроза.

Источник: http://www.ema.europa.eu

– Регуляторным органом США (US FDA) принято решение о дополнении инструкций по медицинскому применению кетоконазола информацией о противопоказании для совместного использования с метадоном, дизопирамидом, дронедароном, ранолазином.

– Регуляторным органом США (US FDA) принято решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих элтромбопаг, предупреждением в рамке (boxed warning) о повышенном риске декомпенсации функции печени при совместном использовании с интерферонами и рибавирином.

– Регуляторным органом США (US FDA) принято решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих боцепревир, информацией о противопоказании их совместного применения с альфа-адреноблокаторами (тамсулозин, альфузозин, доксазозин, силодозин), а также о возможном развитии лекарственного взаимодействия с блокаторами кальциевых каналов (амлодипин, дилтиазем, верапамил).

Источник: http://www.fda.gov.

– Регуляторный орган Великобритании (MHRA) рекомендует специалистам практического здравоохранения перед началом терапии офатумумабом проводить скрининг пациентов на наличие вируса гепатита В.

Источник: http://www.mhra.gov.uk

Ирина АНДРЕЕВА.

По материалам журнала «Безопасность и риск фармакотерапии».

Муза истории

Дюймовочки и Гулливеры живут в Гинтермуйже

Знакомство со старейшим медучреждением Латвии

В начале лета я оказалась в психиатрической больнице Латвии «Гинтермуйжа» в городе Елгава в качестве экскурсанта музея при этой больнице. Провела меня по нему директор и хранитель Анастасия Мейере. Когда-то она работала здесь старшей медсестрой.

Больница «Гинтермуйжа» существует уже 126 лет. Её окружает красивейший столетний парк. В 1887 г. местный пастор Людвиг Каттерфельд позаботился о своих прихожанах, страдающих психическими расстройствами, и при поддержке курземского дворянства основал лечебное заведение «Табора» для больных эпилепсией и другими подобными заболеваниями. Лечения как такового, конечно, не было. Но был присмотр. Через 10 лет здесь уже обитали 200 человек.

В 1901 г. в ответ на обращение служителей церкви власти Елгавы учреждают психоневрологическую клинику «Гинтермуйжа». Позже «Табора» и «Гинтермуйжа» были объединены в Елгавскую психоневрологическую больницу.

Анастасия рассказала мне вкратце об истории оказания помощи и методах лечения психических больных в Средневековье и в более близкие к нам времена. В Средние века таких людей обвиняли в одержимости бесами и колдовстве и сжигали на кострах.

Предполагается, что первая психбольница возникла, вероятно, вблизи северогерманского города Эльбинг (1326 г.) или в испанском городе Валенсия (1410 г.). Хотя есть сведения, что подобные учреждения появились уже в VIII веке на Ближнем Востоке (Багдад, 705 г.). Специальные больницы, в которых лечили «умалишённых», были в Константинополе. В частности, при церкви Святой Анастасии. Тогда эти учреждения не преследовали лечебных целей.

Для буйных пациентов широко применялись цепи и наручники, а также смирительные рубашки, особая «груша», которой затыкали рот, чтобы нельзя было кусаться и плеваться, ледяной душ – вот арсенал «лечебных методов» того времени.

Позднее стали применять и водолечение. Ну, об умиротворяющем состоянии после принятия ванны мы знаем все. А вот что для лечения таких больных применяли качели, я услышала впервые. А стоит вспомнить хотя бы покачивание младенцев в колыбели как успокаивающее средство!

Здание музея

В конце XVIII века французский врач Пинель потребовал освободить пациентов от цепей и относиться к ним как к больным людям. Так началась эра психиатрии.

В одной из витрин музея приведены расценки на лечение в этой клинике. Во времена Российской империи – в рублях. После Первой мировой войны «Гинтермуйжа» стала называться «Гинтерхоф», и цены уже идут в немецких марках.

В середине XX века с развитием химической промышленности для лечения душевнобольных начали применять фармацевтические препараты. Это было новое слово в борьбе с психическими расстройствами.

Стали использовать физиопроцедуры (электро- и гидропроцедуры). Позднее в арсенал лечебных средств вошли судорожная терапия, инсулиновый шок, электроконвульсивная терапия – ЭКТ (электрошок). Кстати, последний подробно описал Паоло Коэльо в романе «Вероника решает умереть», где речь идёт о девушке, неудавшейся самоубийце из Словении в конце XX столетия и её пребывании в психиатрической лечебнице.

В одном из залов

В фондах музея хранятся старые истории болезней («скорбные листы»), фотографии сотрудников и другие вещественные материалы из архива больницы.

Очень впечатляет коллекция Iztele («Воображение»). В ней представлены художественные работы пациентов. Надо сказать, что программа лечения и реабилитации включает в себя рисование и другие творческие занятия. В коллекцию входят рисунки, поделки (подсвечники, курительные трубки, замок из спичек и многое другое). Фантазия пациентов безгранична. Стоит взглянуть на стрекозу, которую автор данного «сувенира» соорудил из пластмассовых трубочек от капельниц! Здесь есть рисунки, на которых изображены изменённые пропорции лица, как на картинах Модильяни, что обычно присуще больным шизофренией. Моё внимание привлёк носок, связанный словно на ногу великана. Оказывается, есть люди, воспринимающие размеры материального мира в искажённом виде. Не отсюда ли все Дюймовочки, Гулливеры и т.д.?

Наряду с арттерапией используется и трудотерапия, в своё время довольно успешно применявшаяся в лечении и реабилитации таких больных. Анастасия Яновна сетует: «Сейчас пациенты платят деньги за своё пребывание здесь, поэтому капризничают и заявляют, что они пришли лечиться, а не работать. А ведь это фактор социализации». Она выделила как актуальную проблему – разделение функции социальной защиты и психиатрической больницы. Главная функция врачей – поставить диагноз и назначить лечение. А дальше дело за органами защиты.

С сожалением отметила она увеличение числа и снижение возраста больных наркоманиями. Их в основном приводят родители. Я узнала, что одним из пациентов был 9-летний мальчик, больной пивным алкоголизмом.

Только тех пациентов, которые социально опасны, могут держать в больнице помимо их воли.

В XX веке стала развиваться внебольничная психиатрия. Самыми последовательными в этом направлении оказались итальянские службы психиатрической помощи. В этой стране в 1978 г. был принят закон, которым предусматривалось закрытие психиатрических больниц и оказание помощи альтернативными общественными службами психического здоровья.

Территория больницы – не закрытого типа, поэтому на окнах нет решёток. Сюда можно свободно пройти через две калитки. Вокруг больницы имеются камеры наблюдения. Но не везде.

Известен и случай побега из больницы «Гинтермуйжа» опасного преступника. Согласно судебному решению он проходил в клинике принудительное лечение.

Уходя с территории этой больницы, я страстно пожелала себе: «Упаси меня, Боже, от сумы, от тюрьмы и от психиатрической больницы».

Тамара АФАНАСЬЕВА.

Елгава – Москва.

Жизнь как она есть

Доля студенческая

По оценкам американских властей, каждая пятая женщина за годы учёбы в университете подвергается сексуальному насилию. Согласно данным Министерства образования США, в десятках университетов и колледжей страны выявлены нарушения, допущенные при расследовании подобных случаев. Вероятно, и поэтому в Калифорнии недавно решили законодательно урегулировать сексуальную активность студентов в кампусах государственных университетов.

И не то что бы «да»

Новый закон, подписанный губернатором, в Калифорнии назвали Yes means yes («Да» – значит «да»). Согласно документу, прежде чем предаться любого рода сексуальным утехам, студенты должны заручиться «положительно выраженным, ясным и добровольным» согласием всех участников. Предполагается, что это должно быть именно согласие, а не «молчание или недостаточно эффективное сопротивление». Юристы говорят, что согласие может быть и невербальным, если оно выражено «чётко и недвусмысленно».

Документ гласит, что лицо, находящееся в состоянии сна, алкогольного или наркотического опьянения, а также без сознания, такое согласие дать не способно. Как надеются сторонники закона, он изменит представление общества о том, что же такое изнасилование. Существует широко распространённое мнение, что если нападение не связано с ярко выраженными насильственными действиями, то оно не считается изнасилованием.

Представители общественной организации «Национальная коалиция в поддержку мужчин» осудили документ, назвав его «мужененавистническим». Они утверждают, что с помощью принятого закона «могут быть разрушены невинные жизни», так как документ, по их словам, поощряет ложные обвинения.

Учиться, учиться и...

Другой грани проблемы «студенческого секса» коснулись в Великобритании. Всё больше тамошних студентов начинают заниматься проституцией, чтобы оплачивать обучение в вузах, сообщает Национальный союз студентов Великобритании (NUS).

По данным этой организации, в поисках дополнительного заработка студенты также приобщаются к азартным играм и участвуют в различных медицинских экспериментах. На такие крайние меры молодых людей толкают растущие цены на жильё, питание, повышение платы за обучение и одновременно урезание государственных студенческих пособий, уверены эксперты.

В нынешней экономической ситуации, когда очень трудно найти работу, а государство значительно урезает размеры поддержки студентов, молодые люди ищут альтернативные способы заработка, в секс-индустрии например.

В общественной организации, защищающей права проституток, говорят, что количество звонков, поступающих на их горячую линию в Лондоне от студентов, за последний год выросло вдвое. В минувшее десятилетие студенты всё чаще и чаще обращались с просьбой помочь с трудоустройством в секс-индустрии. Но с тех пор, как правительство позволило вузам начиная с 2012 г. увеличить оплату за обучение (до 9 тыс. фунтов стерлингов в год для студентов – граждан ЕС), частота звонков на горячую линию стала просто беспрецедентной.

Согласно опубликованным в прошлом году данным Университета Кингстона, число студентов, занятых в секс- и порноиндустрии, за прошедшие 10 лет возросло с 3 до 25%. А по данным Национального союза студентов, 20% танцовщиц эротических танцев в ночных клубах по всей стране – студентки.

Правда, если полюбопытствовать у девиц, выстраивающихся на Ленинградском шоссе, только совсем уж пропащие не назовутся студентками. С такой статистикой надо быть бдительнее...

Юрий БЛИЕВ.
По материалам Mercury News и Daily Mail.

Вышла в свет книга академика РАН Юрия Лопухина «О науке, творчестве и здоровье», в которой автор рассказывает о своём пути в науке, трудностях и победах, о работах по пересадке органов, профилактике атеросклероза, о создании новой области медицины – эффферентной медицине. В доходчивой форме изложено, как предупредить или приостановить развитие атеросклероза — проблема номер один современного человека, как избежать инфаркта или инсульта, как на долгие годы сохранить работоспособность и физические силы не только в молодые и зрелые годы, но и в старости.

Предлагаем две главы из книги, вышедшей к 90-летию Юрия Михайловича.

Книгу написал врач

Пересадка почки

Б.В.Петровского необычайно поучительна. Человек редкой работоспособности, физически и психически очень крепкий и здоровый, Борис Васильевич во главу угла всегда ставил порядок, чёткую дисциплину, безусловное и беспрекословное подчинение, требующее иногда, если в этом возникает необходимость, жёсткого подавления. Вместе с тем он трогательно заботился и помогал своим старым студенческим и армейским друзьям. Объективно оценивал качества сотрудников и определял довольно точно место каждого в клинике. Ценил честолюбие и не скрывал его у себя. Всячески оберегал честь своей клиники, не допускал даже намёка на какие-либо врачебные ошибки или недостатки, особенно если на них указывали со стороны. За допущенную небрежность к больному или халатность буквально «уничтожал» незадачливого врача, находя какие-то особо ядовитые и ранящие слова и фразы. Все подчинённые, разумеется, как могли, копировали Бориса Васильевича.

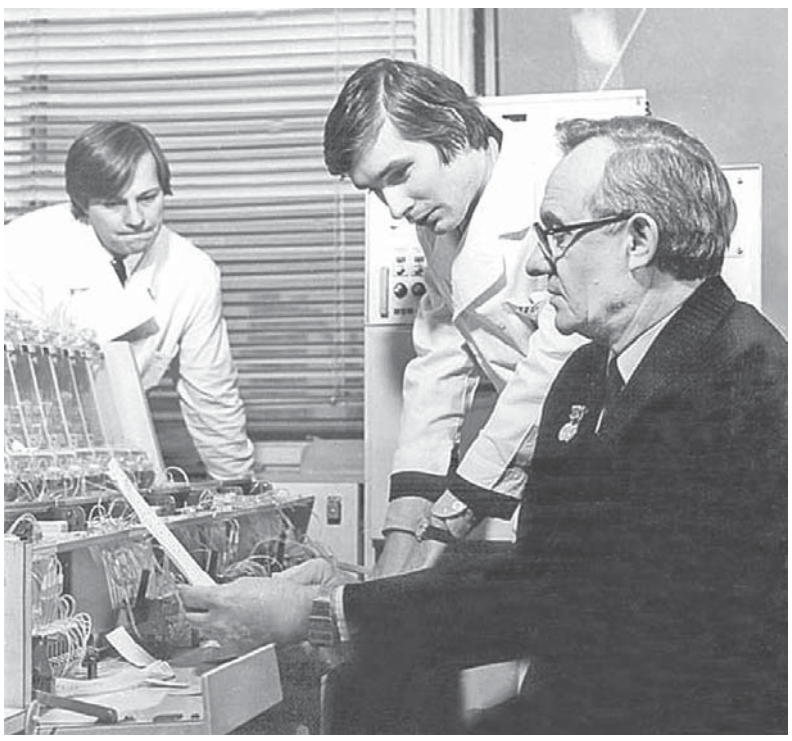
Однажды, будучи во Вьетнаме, я случайно забрёл в преддверие джунглей, и меня поразила открывшаяся картина гармонии и вместе с тем иерархического подавления всего живого в этом царстве роскошных растений. Самые высокие деревья, вытянувшие высоко в небо свои мощные кроны, затеняли нижний этаж, представленный могучими лианами, которые, извиваясь, карабкались по их стволам ввысь к солнцу. Росший ниже кустарник умело искал светлые пятна солнца, пробивающегося сквозь верхние этажи, и, наконец, на дне этого гигантского зелёного шатра располагались цепкие, колючие травы.

Поразил меня не только удивительно напряжённый симбиоз, но и выковавшаяся стойкость представителей всех этажей, их неподатливость и даже жестокость: лианы выглядели могучими толстыми змеями, высасывающими соки из стволов деревьев, ими обвиваемых; кустарник и травы были упругими, жестколистными, царапающими и колющими, умеющими постоять за себя и за свою жизнь. Нечто подобное я увидел в этой знаменитой клинике. Что ж, хирургия не терпит слабых! Хилые и слабые питомцы вырастают только в теплицах.

Пересадка «неживой» почки

Среди множества дел, которые навалились на меня по вступлении в должность ректора, я не упускал из виду продолжение начатой у Б.В.Петровского работы по трансплантации почек.

Возглавлявший тогда клинику урологии один из выдающихся наших врачей-учёных Антон Яковлевич Пытель необычайно тепло и с живой готовностью воспринял предложение об организации в его клинике отделения по пересадке почек. Ведение всех связанных с этим дел он поручил тогда ещё очень молодому, энергичному профессору Н.А.Лопаткину (будущему академику РАМН, директору НИИ урологии).



Юрий Лопухин со своими учениками – будущим академиком РАН Валерием Сергиенко (слева) и будущим профессором Сергеем Маркиным

Довольно скоро была сформирована группа энтузиастов, куда, кроме Н.А.Лопаткина, входил наш сверстник И.Н.Кучинский, пионер гемодиализа в нашей стране (к сожалению, ныне уже покойный), и Ю.А.Пытель, ставший через несколько лет заведующим кафедрой урологии 1-го Московского медицинского института.

Взять почку от живого донора, чаще всего от близких родственников, не всегда можно по разным причинам: из-за отсутствия, например, у больного братьев или сестёр, старости родителей, различных болезней, обнаруженных у предполагаемого донора, и т.д. А если учесть, что донорская почка может отторгнуться в 80% случаев в течение года после пересадки, то эта жертва действительно представлялась малооправданной.

Поэтому изъятие почки у умершего человека предпочтительнее, однако оно сопряжено с огромным количеством трудностей. Прежде всего, надо было организовать дело так, чтобы забор почки был произведён в течение 30—40 мин после констатации смерти. Таково, к сожалению, «мёртвое время» ишемии почки, которое было достоверно определено в исследовании Б.М.Чекнева. После этого критического времени почка оказывается нежизнеспособной. Впрочем, время жизни почки может довольно значительно колебаться в ту или другую сторону, что зависит от ряда причин (температура воздуха, вид смерти и т.д.).

В связи с этим надо было найти достоверные критерии (химические, морфологические), с помощью которых можно было бы удостовериться в жизнеспособности почки перед её пересадкой. Далее надо было разработать наилучший способ временной консервации почки, так как от момента её забора до включения в кровоток больного проходит, по нашим расчётам, не менее 40 минут. Первый же опыт забора почки у умершего только что человека, получившего смертельную травму и доставленного в соседний с урологической клиникой корпус травматологии, оказался весьма поучительным. Во-первых, выяснилось, что почка от человека, умершего в состоянии глубокого шока, обескровливается задолго до смерти, поэтому к моменту забора она уже претерпевает тяжёлые изменения, и, следовательно, такие доноры нежелательны. Во-вторых, вероятно, необходимо вводить какой-то жёсткий регламент в эту процедуру, так как интересы бригады трансплантологов и врачей травматологического отделения в известной мере вступают в противоречие. Травматологи пытаются всеми возможными способами реанимировать пациента, не жалея на это времени и средств, а для трансплантологов каждая минута промедления становится едва ли не решающей. Наконец, необходимо, видимо, определить окончательно, что же является моментом смерти: остановка сердца и дыхания, прекращение электрической активности мозга или начало окоченения? Необходимо ли трёхчасовое ожидание после остановки сердца и дыхания или надо искать какие-то иные критерии?

Первым регламентирующим актом явилось введение правила – забор донорского органа осуществляют врачи, не участвующие в операции трансплантации почки, служебно не зависимые от них, и непременно в присутствии судебно-медицинского эксперта.

Основанием для забора органов явилось старое, 1935 г., постановление правительства, разрешающее такой акт в интересах науки. Принято оно было в связи с использованием трупной крови в клинической практике, предложенным С.С.Юдиным и С.С.Шамовым, — открытие, по тем временам удивительно смелое.

Сложнее было с определением момента смерти. Наиболее ясным представлялся критерий исчезновения электрической активности головного мозга. Человек жив, пока жив его мозг, и он мёртв, если мёртв его мозг. Однако всё оказалось сложнее, по крайней мере в чисто психологическом или этическом плане. А если пациент дышит и у него бьётся сердце при нулевых показателях электроэнцефалограммы? Что, он мёртв или нет? Можно ли у него брать почку или бьющееся сердце? Да и как на это решиться!

А что делать с новорождёнными, родившимися с глубокой асфиксией, у которых погибла кора головного мозга и живыми остались только подкорковые образования, поддерживающие инстинктивные функции? Это ведь будущие идиоты, живые существа, способные только пить и есть. Надо ли их реанимировать в момент рождения, когда диагноз предельно ясен? Или их можно использовать в качестве доноров?

А как быть с теми несчастными жертвами, которые потеряли корковые функции вследствие травмы или длительного (более 5 минут для мозга) обескровливания головного мозга и после реанимации могут жить (если это жизнь?) годами, подсоединённые к аппаратам искусственного дыхания? Кто отважится остановить механическую систему дыхания и умертвить тем самым человека?

Словом, ситуация действительно была непростой. На первых порах решили забор почки производить в пределах 1 часа после обычной констатации судебно-медицинским экспертом момента наступления смерти.

Вспоминая этот спрессованный во времени, до отказа насыщенный период, замечу, что не столько были трудны и сложны сами операции, которые прекрасно освоили вскоре не только Н.А.Лопаткин, но и А.Ф.Даренков, Ю.А.Пытель и другие хирурги, сколь мучительно тяжёлым был процесс выведения больных из послеоперационного состояния. Трудности возникали на каждом шагу. Препараты, подавляющие процесс отторжения, имели обратную сторону медали — они резко снижали иммунную защиту организма. Возрастала опасность пневмоний, сепсиса, гнойных заболеваний. При остром кризе отторжения необходимо было решать, что делать: удалить пересаженную почку или увеличить дозу иммунодепрессантов и выжидать? К тому же лабораторная диагностика криза отторжения была несовершенна.

Словом, много было тревожных ночей, сомнений и потерь. Как, впрочем, и радостей от достигнутых с таким трудом побед — выписанных из больницы вылеченных людей. В конце концов была решена одна из сложнейших задач — пересадка трупной почки с вполне удовлетворительными ближайшими и отдалёнными результатами.

Многолетняя эпопея с пересадкой почек закончилась присуждением 5 ноября 1971 г. Государственной премии СССР Б.В.Петровскому, Н.А.Лопаткину, В.И.Шумакову, Г.М.Соловьёву и автору этой книги.

Первые успехи

Я понимал, что на пересадку почки в нашей стране на первых порах может решиться только хирург крупного масштаба. Вот почему сразу по приезде из Америки я попросился на приём к академику Б.В.Петровскому — признанному лидеру советской хирургии, человеку решительному и смелому, и рассказал ему об успехах трансплантологии в США.

Мы договорились, что вместе с хирургом И.С.Ярмолинским будем готовить всё необходимое для пересадки почек у человека. Предстояло решить множество вопросов: отработать технику операций на животных и добиться длительного их выживания после аллотрансплантации, организовать и наладить выпуск отечественного азатиоприна (это сделал очень быстро профессор И.И.Кочергин из Научно-исследовательского кинофотоинститута), создать работоспособное отделение гемодиализа (уже через полгода оно заработало под руководством Э.Я.Левицкого и В.В.Ворожищева).

Необходимо было научиться временно сохранять почку, промывая её сосуды охлаждающими растворами. Надо было хоть както на первых порах обеспечить тканевое типирование (подбор наиболее подходящего донора), пусть неполное, но хотя бы по отдельным антигенам гистосовместимости.

Мы быстро двигались вперёд, и наконец в ноябре 1964 г. Б.В.Петровский сделал первую операцию пересадки почки больному Роману К. Эта операция, разумеется, была событием. Почка была взята от матери больного и тут же перенесена в операционную, где Борис Васильевич и его ассистенты (в число которых входил и я) уже подготовили для неё ложе в правой подвздошной ямке. Атмосфера после операции в клинике была особая. Ещё бы, закончился большой этап работы, наконец и в нашей стране произведена трансплантация почки!

Дальше были и другие операции, были и трудности, и осложнения. Но все они как-то уходили на второй план от сознания хорошо сделанной и полезной работы. Борис Васильевич сделал сообщение о первой пересадке почки на съезде хирургов. Сообщение было от его имени без упоминания соучастников, что слегка задело наше молодое самолюбие. Но вслед за этим была опубликована статья в «Вестнике хирургии», в соавторах которой значились наши фамилии, чем мы очень гордились.

Вскоре мне пришлось покинуть институт Б.В.Петровского в связи с переходом во 2-й МГМИ. Однако я навсегда сохранил самые тёплые воспоминания о коротком, но полном ярких событий времени. Каждый сложившийся коллектив имеет, разумеется, свои особенности, свой микроклимат, свои внутренние законы. Клиника