2015 Впервые в истории отечественной медицины XIV Европейский конгресс терапевтов пройдет в Москве 14-16 октября

ПОСТ ДИПЛОМ Непрерывное профессиональное развитие
ХОРОШИЙ ВРАЧ – ВЕЧНЫЙ «СТУДЕНТ» 6 стр.

ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ «ТРИ СЕСТРЫ» 7 стр.

ГАЗЕТА
ИНТЕРФАРММЕДИКА
СПЕЦВЫПУСК

Издается с 2009 года

№ 57 • 12-14 ноября 2014 года

IX НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ

Сегодня в Москве в Международном выставочном центре «Крокус Экспо» открывается IX Национальный конгресс терапевтов.

ТЕРАПИЯ ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

В нынешнем году Российскому научному медицинскому обществу терапевтов (РНМОТ) исполняется 105 лет. Девиз общества – «С уважением к традициям, в ногу со временем». Каждый год РНМОТ посвящает одному из корифеев отечественной медицины. На этот раз – великому терапевту, новатору мирового масштаба, профессору Василию Парменовичу Образцову, впервые описавшему совместно со своим учеником Н.Д. Стражеско клиническую картину инфаркта миокарда и разработавшему методы глубокой скользящей пальпации органов брюшной полости, незаменимые в практике врача и по сей день.

Накануне конгресса мы встретились с президентом РНМОТ, академиком РАН, профессором Анатолием Ивановичем Мартыновым, под руководством которого общество работает уже два года.

– О каких-либо результатах этой работы можно уже говорить сегодня?

– В последние годы мы можем говорить о консолидации усилий Президиума, Правления и региональных отделений РНМОТ в решении одной из главных задач – реализации проектов по повышению общего уровня компетентности поликлинических врачей. В новых условиях он должен максимально приблизиться к статусу врача общей практики. Только так мы сможем обеспечить населению достойную амбулаторную медицинскую помощь.

– Уже пятый год подряд мы посвящаем специальные выпуски нашей газеты теме реформирования непрерывного медицинского образования. Можно ли на данном этапе делать какие-либо выводы?

– Раз в пять лет врач обязан пройти курс повышения квалификации с получением соответствующего сертификата. Врач должен отработать 144 часа в соответствии со своей специализацией, а также принимать активное участие в работе различных обществ. В частности, нашему обществу на период пилотного проекта, начатого Минздравом РФ в 2014 г., дано юридическое право присваивать терапевтам выделенных регионов 36 баллов, каждый из которых в среднем равен 1 часу. Таким образом, только пройдя очную форму обучения, клиническую практику и этап работы в обществе, врач может подать документы в аттестационную комиссию и получить соответствующий документ.

Одной из форм повышения квалификации являются Школы, которые организует и проводит РНМОТ. Тематика школ и лекторы, которые их проводят, утверждаются Президиумом РНМОТ и Координационным советом Минздрава РФ. Посещающие их участники Пилотного проекта, должны быть зарегистрированы в Координационном совете, получить персональный штрих-код, после чего врачу присваивается индивидуальный номер, заносится в реестр Минздрава РФ и только тогда он имеет право накапливать баллы. По окончании учебы он должен квалифицированно ответить на контрольные вопросы, иначе ему не будут зачтены пройденные часы. В течение года такие Школы мы проводим в 56 регионах страны. Вторая возможная альтернатива – участие в различного рода конференциях, симпозиумах и конгрессах. Врач имеет право с начислением баллов посещать любое из названных мероприятий.

Кроме этого, начинает широко внедряться дистанционная форма обучения с использованием Интернета. Большой положительный опыт в этом виде обучения имеет Всероссийская образовательная интернет-программа «Интернист».

(Окончание на 2 стр.)

НОВАТОР МИРОВОГО МАСШТАБА

Путь развития медицинской науки сложен и тернист. На нем можно встретить все – от заблуждений и ошибок до величайших открытий и гениальных пророчеств. И чтобы эта дорога была всегда верна, никогда не стоит об этом забывать. Именно поэтому Российское научное медицинское общество терапевтов каждый год своей работы посвящает великим корифеям прошлого, выдающимся русским ученым, которые оставили яркий след в истории российской медицины. 2014 год – не исключение. Он посвящается 165-летию со дня рождения Василия Парменовича Образцова, талантливого профессора и новатора, клинициста и одного из основоположников великой школы российских терапевтов.

ЯРКИЙ СЛЕД В ИСТОРИИ

19 декабря 1909 г. Город Москва. Первый российский съезд терапевтов. Выступление профессора Образцова с докладом «К симптоматике и диагностике венечных артерий сердца» вызвало настоящую сенсацию. Этому были веские причины. Киевский ученый смог сделать почти невозможное: еще при жизни пациента распознал развивающийся инфаркт, вместе со своим учеником Николаем Стражеско диагностировал коронарный тромбоз. Правильно и точно. Но настоящую бурю оваций у слушателей вызвало другое. Впервые практикующие врачи получили важный диагностический «инструментарий» – полное и развернутое описание клинической картины инфаркта миокарда. А значит, теперь они могли сами диагностировать это страшное и смертельное заболевание. В медицинском мире это был настоящий прорыв. Но обо всем по порядку...

Он был одним из шести детей парафиального священника. Приход был невелик, поэтому семья, как вспоминал сам Василий Парменович, «очень нуждалась и перебивалась с хлеба на квас». Но даже несмотря на бедность, всех детей учили грамоте. Уже к шести годам Василий умел считать, читать и писать и вскоре отправился постигать учебные премудрости в Вологодскую духовную семинарию, которую закончил с отличием. Впереди Василия ожидало изучение наук в Духовной академии. Но юный Образцов принял неожиданное для своей семьи решение, задумал поступать «в медицину».

Образцов прикладывал немало изобретательности, чтобы содержать себя и иметь возможность учиться «медицине». Одним из основных подспорьев стало его происхождение и прошлое образование. Обладатель духовных знаний, красивого тенора и тонкого, почти абсолютного слуха, он смог подрабатывать себе на жизнь пением в церковном хоре.

Василий обладал примечательной внешностью: высокого роста, широкоплечий, моложавый, чуть полноватый, с открытым русским лицом, обрамленным бородкой, и гривой волос с благородной сединой. Всегда красиво, даже немного щегольски одетый, Василий Парменович Образцов уже одним своим видом внушал симпатию и уважение. Любимец всего Киева, любимчик всех женщин, везунчик, яркий и неординарный. Таким он был на самом взлете своей карьеры. И мало кто догадывался, что начинал он с самых низов, прошел бедность, лишения, войну.

Василий старательно бегал на лекции уже известного тогда хирурга Склифосовского, с жадностью слушал профессора Боткина. Увлеченность хирургией и клиническими исследованиями осталась у него на всю жизнь.

Образцов считался официальным участником боевых действий, служил в пехотном батальоне, входившем в состав Ольтеницко-Каларашского

(Окончание на 4-5 стр.)

ТЕРАПИЯ ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

(Окончание. Начало на 1 стр.)

– Как убедиться в том, что врач действительно присутствует на на том или ином мероприятии?

– Это нетрудно установить. При регистрации врач получает карточку участника со штрих-кодом. Заходя в зал или постерную площадку, он прикладывает ее к датчику, который автоматически отмечает время его входа или выхода. Такая форма регистрации используется на многих зарубежных симпозиумах и конгрессах. Есть участники, которым не нужны баллы, они принимают участие в конгрессе без штрих-кода. Эта система впервые нами была опробована в 2013 г. и показала свою результативность. Теперь мы ее немного усовершенствовали и будем применять на ноябрьском конгрессе терапевтов.

– Таким образом, еще до недавнего времени эти баллы не учитывались?

– Да, но теперь с момента начала работы Координационного совета Минздрава РФ, которым в качестве сопредседателей руководят Первый заместитель министра здравоохранения РФ И.Н. Каграманян и Президент Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаль, дело в корне изменилось. Участниками проекта стали врачи, которым необходимо было в срочном порядке, до 2015 г., набрать нужное количество баллов, и которые были готовы работать интенсивно. Именно такая система представляется мне объективной, устойчивой, прогрессивной и плодотворной.

– Какие еще задачи вы видите наиболее актуальными для общества в ближайшее время?

– Для нас очень важна работа с молодыми терапевтами. К слову, раньше мы называли их молодыми учеными, теперь пришли к более точному термину – молодые терапевты, – поскольку учеными, в сущности, они еще не стали.

Ежегодно в различных регионах мы проводим по 6-8 мероприятий, направленных на их поддержку и развитие. Одна из наиболее удачных форм их проведения – межрегиональные научно-практические конференции. В будущем году они пройдут в Рязани, Перми, Пятигорске и Барнауле. Кроме этого, состоятся съезды терапевтов Приволжского округа и Южного федеральных округов – это большое поле для самореализации молодых терапевтов. На каждое мероприятие подается около 15 работ, и мы совместно с экспертами отбираем 5-7 наиболее сильных, которые в дальнейшем участвуют в Конкурсе. Победитель – молодой врач, которому мы присуждаем первое место – получает две привилегии: во-первых, он становится полноправным докладчиком на конгрессе в России, а во-вторых, направляется на школу молодых терапевтов, проходящую в рамках Европейского конгресса терапевтов. Такие школы уже проводились на Кипре, в Турции, в этом году – в Прибалтике. Они объединяют молодых терапевтов из 15-20 стран, для которых читают лекции ведущие специалисты Европы.

Еще одно важное направление нашей деятельности – подготовка методических рекомендаций. Это очень ответственный и трудоемкий процесс, в котором, как правило, задействованы от 15 до 30 авторов. В частности, на Конгрессе 2014 г. мы будем утверждать пять методических рекомендаций по диагностике и лечению наиболее распространенных заболеваний. Затем рекомендации переходят в Минздрав РФ, где их рассматривают, и только после утверждения они становятся основой так называемых «Порядков оказания медицинской помощи».

Другое интересное направление – научные исследования. Одно было посвящено клиническому испытанию ранней диагностики инфаркта миокарда, причем проводилось исключительно на средства общества, без привлечения спонсоров. Задачей второго – была регистрация данных о распространенности острой сердечной недостаточности и особенностях ее лечения в разных регионах России. Оба исследования уже закончены, подведены их итоги. Окончательные результаты мы будем докладывать на конгрессе 2014 г.

Но и это еще не все. Важный аспект нашей работы – развитие международного сотрудничества. По линии Европейского общества терапевтов нам оказано большое доверие: провести осенью 2015 г. Европейский конгресс терапевтов. Нас ожидает огромная работа и колоссальная ответственность. Право на проведение конгресса дается лишь один раз.

– Что дает членство в обществе рядовому врачу?

–Быть членом РНМОТ – значит постоянно находиться в курсе всех новостей медицинской науки, более того – получать эту информацию от ведущих специалистов на конгрессах и школах самого высокого уровня.

Сейчас происходит перерегистрация членов общества, которая предоставит им еще дополнительные преимущества, включая льготную подписку на журнал «Архив внутренней медицины», право на внеочередное зачисление в школы, скидку в 50% при регистрации на конгрессе и, что немаловажно, – автоматическое членство в Европейском и Всемирном обществах терапевтов. Молодые специалисты могут продемонстрировать свои достижения на всероссийской и международной арене, завязать деловые профессиональные контакты.

На нашем сайте http://www.rnmot.ru/ размещено большое количество полезной и важной для врача информации. При расширении программы непрерывного медицинского образования потребуется создание при РНМОТ Учебного центра и, возможно, своего телевизионного канала, аналогичного интернет-каналу «Интернист».

Все еще остаются области, до которых только теперь доходят руки. Например, в нашем обществе до сих пор не было секции по инфекционным болезням. Мы создали ее буквально на днях на очередном заседании. Наша задача – донести до участкового врача в необходимом для него объеме сведения об инфекционных заболеваниях.

– Как будет развиваться терапия в ближайшие десятилетия?

– Будущее нашей науки – вопрос, который очень нас волнует. Этому вопросу на конгрессе посвящен специальный большой доклад профессора Л.Б. Лазебника «Терапия вчера, сегодня, завтра». Что мы имеем сегодня? Огромный багаж знаний, оставленный великими учителями, весомые достижения советского периода. И все это – против сегодняшней реорганизации здравоохранения, которая совершается стремительно и к которой врачи совершенно не подготовлены. Сокращаются терапевтические, хирургические, гинекологические койки – игнорировать этот факт совершенно невозможно. Не хочется оспаривать действия министерства – они, наверное, оправданны. Например, нередко пожилые люди с хроническими заболеваниями месяцами лежали в больницах, в то время как по состоянию они вполне могли бы находиться под наблюдением поликлинического врача. Однако, это частности. А на деле существует в некоторых регионах негласное указание госпитализировать больного только в жизнеугрожающей ситуации. Если раньше пневмония была пропуском в больницу, то сегодня госпитализации подлежат только пациенты с тяжелой пневмонией. Возможно, это и верно, и нам когда-нибудь предстоит ощутить положительные стороны такого резкого «затягивания пояса». Но в ближайшее время адаптироваться к переменам будет непросто – к этому следует быть готовыми.

Беседу вел **В.Б. ВАЛЕНТИНОВ**

МАСШТАБЫ XIII ЕВРОПЕЙСКОГО КОНГРЕССА ТЕРАПЕВТОВ

В мае 2014 г. в Женеве (Швейцария) в конгресс-центре «Палэкспо» прошел объединенный XIII Европейский конгресс терапевтов и 82-й конгресс Швейцарского общества внутренней медицины.

На торжественной церемонии открытия конгресса с приветствиями к гостям обратились председатель оргкомитета, проф. А. Перрье (Швейцария), президент EFIM, проф. М.Д. Капеллини (Италия), президент Швейцарского общества внутренней медицины, проф. Ж.-М. Гаспоз, президент Фонда развития внутренней медицины в Европе (FDIME), проф. Д. Сирени (Франция) и председатель подкомитета молодых интернистов EFIM К. Араухо (Португалия).

Была проведена традиционная церемония награждения наиболее отличившихся членов европейского терапевтического сообщества. Дипломы Почетных членов EFIM были вручены президенту Сербского общества внутренней медицины Б. Ловичу, генеральному секретарю Сербского общества внутренней медицины Д. Ловичу, президенту Португальского общества внутренней медицины М.Т. Вериссимо, президенту Общества внутренней медицины Нидерландов С. Де Рой и президенту Ассоциации терапевтов Мальты П.Д. Кассару.

Напомним, что на предыдущем конгрессе подобной чести был удостоен президент РНМОТ, акад. РАН, проф. А.И. Мартынов.

Право выступить с пленарными докладами, посвященными развитию внутренней медицины в Европе и США, было доверено президенту Международного общества по контролю качества оказания медицинской помощи, профессору Д. Бэйтсу (США) и почетному члену EFIM, профессору Х. Эрдалу Акалину (Турция).

Научная тематика конгресса была чрезвычайно широка и включала в себя частные вопросы кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, нефрологии, ревматологии, инфекционных заболеваний, эндокринологии, гематологии, неврологии и онкологии. Большое внимание уделялось обсуждению самых острых вопросов и последних достижений в области терапии и смежных специальностей, ведению больных с коморбидностью и пожилого возраста, оценке кардиометаболического риска, редким заболеваниям, внедрению клинических рекомендаций в повседневную врачебную практику, перспективам дальнейшего развития внутренней медицины.

Программа конгресса включала 11 научных и 10 сателлитных симпозиумов, 10 лекций по политике в области здравоохранения и другим общественно-политическим вопросам, 89 мастер-классов, 26 совместных сессий с обществами узких специалистов, 14 интерактивных сессий по тактике ведения пациентов с различной нозологией, 7 симпозиумов, посвященных последним достижениям в области внутренней медицины, 10 устных сессий, 8 занятий по обучению практическим навыкам, 3 клинических разбора, курс по надлежащей клинической практике (GCP). В рамках конгресса прошла Генеральная ассамблея молодых интернистов EFIM и традиционный День молодых специалистов, а также постерная секция, в которой было представлено более 800 работ, выставка производителей лекарственных средств, диагностического и лечебного оборудования и медицинской литературы.

Заседания проводились одновременно в 16 залах конгресс-центра. В нем приняли участие более 3 тысяч делегатов из 57 стран мира. Большой популярностью на выставке пользовался стенд, посвященный предстоящему XIV Европейскому конгрессу терапевтов, который впервые в истории отечественной медицины пройдет в Москве 14-16 октября 2015 г.

Активное участие в конгрессе приняли российские терапевты. В рамках устной программы Н.А. Былова (Москва) представила доклад «Прогностическая роль кишечной микрофлоры при хронической сердечной недостаточности». А.Г. Арутюнов (Москва) выступил с сообщением о значении нозокомиальных пневмоний в развитии острой декомпенсации сердечной недостаточности (по данным национального проекта РНМОТ, исследования ОРАКУЛ), В.А. Кокориным (Москва) был проведен мастер-класс «ЭКГ в клинической практике терапевта». В постерной секции были представлены 33 работы из РФ, что почти в 2 раза превысило количество работ отечественных ученых по сравнению с предыдущим Европейским конгрессом терапевтов в Праге.

Расширяется и география – среди авторов специалисты из Москвы, Екатеринбурга, Казани, Новосибирска, Перми, Ростова-на-Дону, Санкт-Петербурга, Тулы, Челябинска и Ярославля.

В рамках конгресса состоялось заседание правления EFIM, в котором приняли участие 56 делегатов из 24 стран-членов Федерации. Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ) было представлено президентом, акад. РАН А.И. Мартыновым, генеральным секретарем, проф. А.А. Спасским и ученым секретарем В.А. Кокориным. Были заслушаны отчеты о работе Федерации с Европейским медицинским агентством и в составе экспертной группы по редким заболеваниям Еврокомиссии, представленные президентом EFIM М.Д. Каппеллини. О взаимодействии EFIM с Европейским союзом медицинских специалистов и Европейским советом по внутренним болезням сообщил Р. Ганц (Нидерланды). Были приняты дополнения к уставу EFIM. По вопросу издания Европейского журнала внутренних болезней (EJIM) выступила К. Грюнди (Нидерланды). С. Малозио (Италия) рассказала собравшимся о выпускающемся с ноября 2013 г. электронном Европейском журнале клинических случаев во внутренней медицине (EJCRIM), полностью посвященном разборам интересных случаев в терапевтической практике.

Прозвучал отчет о прошедшей в январе 2014 г. зимней школе по внутренним болезням для молодых специалистов в Саас-Фе (Швейцария) и сообщение о подготовке летней школы, которая прошла в июне 2014 г. на Сардинии (Италия). В работе этой школы принял участие Н. Царев (Тула), получивший грант РНМОТ, как победитель конкурса молодых специалистов на VIII Национальном конгрессе терапевтов. Зимние школы в 2015-16 гг. будут проведены в Риге (Латвия).

С. Унал (Турция) сообщил о проекте исследования по вакцинации взрослых пациентов в Европе. Президент РНМОТ А.И. Мартынов и ученый секретарь РНМОТ В.А. Кокорин доложили о ходе подготовки к предстоящему в 2015 г. Европейскому конгрессу терапевтов в Москве. Д. Серени (Франция) рассказал о работе Фонда содействия развитию внутренней медицины в Европе и прошедшем в июле 2014 г. в Париже курсе для молодых специалистов по клиническим исследованиям. Также были заслушаны сообщения о работе группы молодых интернистов и развитии интернет-сайта EFIM. Очередное заседание правления EFIM прошло в Тарту (Эстония) с 25 по 27 сентября 2014 г.

В.А. КОКОРИН,
ученый секретарь РНМОТ

ЖИЗНЬ РНМОТ ДЕНЬ ЗА ДНЕМ

(Окончание. Начало на 1 стр.)

отряда, который участвовал на завершающих этапах военных действий на левом берегу Дуная против крепости Силистрии. С войны Василий Парменович вернулся со светло-бронзовой медалью на Андреевско-Георгиевской ленте и тысячью рублей в кармане – тогда военные врачи, служившие за границей, получали содержание золотом. По своему обыкновению сразу же решил распорядиться полученной наградой с толком – продолжить образование в Германии. На этот раз Образцов задумал сначала посетить лекции знаменитого хирурга Рихарда Фолькмана в Гелле, далее поработать на кафедре патологоанатома Рудольфа Вирхова и уже под конец этого импровизированного образовательного турне побывать в лучших хирургических клиниках Германии. Но немецкий язык русского доктора был недостаточно хорош, и ему было отказано в претворении этих планов в жизнь. Всеми правдами и неправдами Образцов все же смог найти место в Бреслау у видного патологоанатома того времени Эмиля Понфика. В его лаборатории Василий Парменович начал работу над своим первым научным трудом – исследованием по морфологии крови и костно-мозговому кроветворению. Забегая чуть вперед, скажем, что в ней он смог одним из первых в мире обосновать признанную сегодня «унитарную теорию кроветворения».

По возвращении в Петербург Образцов показал результаты своих исследований профессору Зворыкину, заведующему кафедрой гистологии Медико-хирургической академии. Тот сразу же оценил новизну работы и, не задумываясь, предложил начинающему ученому стипендию на три месяца с тем, чтобы тот мог закончить столь блестящий труд, написать докторскую диссертацию и защититься. Зворыкин предложил Образцову остаться у него при академии для подготовки к профессорскому званию по гистологии. Однако тотальное безденежье буквально преследовало новоиспеченного доктора медицины. К тому же мечтающий о клинической работе Василий Парменович понимал, что теоретическая кафедра – это отсутствие больных. Именно поэтому он решил вновь поступать на военно-медицинскую службу, сделать карьеру клинициста в одном из госпиталей военного ведомства...

Всего через год с небольшим после приезда в Киев, 19 декабря 1881 г., Образцов уже выступил на Киевском обществе врачей с публичным докладом «О лечении дизентерии». Это была «первая ласточка» будущего выдающего врача и диагноста.

В то же время уже тогда некоторые коллеги Образцова высказывали упреки: мол, сама терапия интересует профессора меньше, чем определение ее необходимости. Сегодня уже понятно, что это обвинение несправедливо. Василий Парменович просто искренне полагал, что лечение является логическим завершением определения патологии, как бы само собой разумеющимся делом. Вот как он сам представлял себе идеал терапевта, обращаясь к своей излюбленной аллегории – сравнению врача с часовых дел мастером: «Как часовщик при определении дефекта в часах просто берет лупу, рассматривает механизм и находит ту или иную порчу и сразу дает себе отчет, каким образом ее надо исправить, так и врач должен осмотреть, исследовать больного и сказать, в каком органе или в какой системе имеется анатомическое или функциональное нарушение и в каком отношении от него потерпел весь организм в целом, а затем тотчас же составить себе план того, каким образом возможно исправить происшедшее нарушение».

С каждым годом его арсенал пополнялся новым количеством наблюдений и расшифрованных диагностических загадок. Правда, была за профессором одна слабость – он катастрофически не любил их описывать. «А пишут пусть другие», – всегда отмахивался Образцов, поручая так тяготившую его «писанину» своим ученикам и сотрудникам. Некоторые из них явно злоупотребляли доверием, нанося ущерб престижу учителя. Так, например, разработанную Образцовым методику глубокой скользящей пальпации органов брюшной полости впервые описал и опубликовал за рубежом бывший сотрудник клиники Гаусман. В результате она вошла во многие учебники и руководства, особенно иностранные, под названием методики Гленара–Образцова–Гаусмана. Хотя разработал и довел ее до совершенства лично сам Образцов...

АРТИСТ НА ЖИВОТЕ

Сегодня именем Образцова назван один из самых доступных и точных диагностических инструментов первичного осмотра органов брюшной полости, известный не только в России, но и за рубежом. Методом пальпации по Образцову обязаны владеть современные терапевты всего мира – это основа пропедевтики. Хотя еще чуть более столетия назад этот метод казался «выдумкой, граничащей с шарлатанством». Даже знаменитый хирург Николай Склифосовский, когда его спрашивали перед операцией, что это за заболевание, отвечал коротко: «опухоль брюшной полости» – поставить диагноз без наглядного «вскрыть и посмотреть» тогда никто не мог. Поэтому многие, не стесняясь, открыто называли Образцова «чудаком».

Сам Образцов так описывал ход своих озарений. В ноябре 1886 г. при «исследовании одного истощенного 55-летнего чиновника» профессор прощупал поперечную ободочную кишку с содержимым. Тогда это было исключительным случаем, так как подобное ранее не удавалось никому и считалось практически невозможным. Затем Василий Парменович с удивлением пальпаторно определил ободочную кишку у «16-летней гимназистки с плохим питанием», затем – у множества других пациентов. Так в 1886 г. появилась первая касающаяся этого вопроса статья «Об исследовании желудка и кишок». В ней Образцов утверждал, что у каждого нормального человека при систематическом ощупывании определяются отрезки желудочно-кишечного тракта: «Пальпируя в горизонтальном положении больного его живот, я нащупал на три пальца ниже пупка, по средней линии, кишку в виде довольно толстого, подвижного вверх и вниз, не дающего урчания цилиндра, который совершенно очевидно можно было проследить вправо и влево поднимающимся к подреберьям и скрывающимся за ними. С такой же ясностью и отчетливостью... я прощупал и спускающиеся по бокам, по направлению вниз, два других цилиндра, из которых один, левый, переходил в сигмовидную, а другой, правый, – в слепую кишку».

Вот тут стоит вспомнить о том, что Образцов был не только пытливым и чутким врачом, он был и отменным музыкантом, обладал великолепным слухом и чувством ритма. Может, поэтому именно ему и выпала

НОВАТОР МИРОВОГО

честь досконально разработать и внедрить передовые для того времени и до сих пор актуальные исследования. Ведь его ощущения основывались на всех органах чувств: тактильные – различные степени твердости и мягкости человеческих органов, их подвижность, зрительные – нахождение местоположения органов в зависимости от типов телосложения, и, конечно же, слуховые – Образцов первым выделил акустический феномен, который назвал «шумом всплеска» и который помог ему разработать методику точного определения местоположения органов брюшной полости, «сухое урчание» и «влажное урчание». А позже, когда уже Василий Парменович стал уделять много внимания болезням сердца, именно тонкий слух помог ему первым в мире услышать «металлический тон» сердца, «мелодию перепела», классифицировать сердечный «галоп» по характеру и происхождению, расслышать бисистолию, которую потом все будут называть по его имени... Недаром как-то один из его больных дал ему меткую характеристику: «Вы же артист на животе».

Для своих последователей Василий Парменович составил важные методические советы, рекомендации, которые и легли в основу предложенного им способа исследования органов живота: «класть руки со слегка согнутыми пальцами по обе стороны от пупка и начинать двигать ими вверх и вниз вместе с брюшными стенками».

«Однажды в факультетскую терапевтическую клинику профессора В.П. Образцова поступил больной с неясной клинической картиной, достаточно долго и безуспешно лечившийся амбулаторно. Диагноз при поступлении гласил: «хронический спастический энтероколит». Однако после осмотра профессором В.П. Образцовым прозвучало: «хронический аппендицит!» Видя, что присутствующие коллеги с определенной сдержанностью отнеслись к поставленному диагнозу, Василий Парменович добавил: «Причиною воспаления является каловый камешек в просвете аппендикса». «А какова же его величина?» – спросил кто-то из сотрудников. «С горошину» – спокойно ответил профессор.

Ответ на все сомнения был получен лишь на операции, которую проводил сам профессор Л.А. Малиновский. Когда вскрыли удаленный аппендикс, в нем действительно удалось обнаружить небольшой, не более горошины, конкремент».

Образцов создал и свою собственную технику перкуссии. Вначале он употреблял ее при исследовании органов брюшной полости, а затем и при выстукивании сердца. Он называл ее «непосредственная перкуссия одним пальцем» и тут же добавлял, что изобрел этот метод «под влиянием необходимости». Его революционность граничила с легкостью исполнения.

Все гениальное просто! Профессор придумал пользоваться одним лишь указательным пальцем правой руки, точней, мякотью его когтевой фаланги, а чтобы увеличить силу удара, он заводил ульнарную его часть за радиальную поверхность среднего пальца и затем заставлял указательный палец соскальзывать со среднего, производя легкий удар. Далее оставалось лишь внимательно вслушиваться в ответный звук – ухо четко улавливало разницу в тонах, которая указывала и на границы органов, и на любые болезненные изменения, будь то уплотнения, воспаления или опухоли.

Так, пользуясь своими новаторскими методами исследования, Образцов смог подойти к разрешению сложных диагностических задач, подробно описал симптоматику и дифференциальную диагностику таких заболеваний, как аппендицит, хронические энтериты и колиты. В частности, описал триаду симптомов патогномоничных для хронического энтерита (пальпаторная чувствительность в околопупочной области, чувствительность и болезненность терминального отдела подвздошной кишки и наличие урчания в слепой кишке), подробно представил клинику перитифлита и перисигмоидита. А его работа «О переносе (трасференции) болевых ощущений брюшной полости» заслуживает большого внимания и в настоящее время...

В 1907 г., после введения в клиническую практику рентгеновского исследования с контрастными смесями, методическая глубокая скользящая пальпация органов брюшной полости по Образцову получила полное признание и подтверждение.

ЧУДЕСА ДИАГНОСТИКИ

Были в его практике и случаи, когда поступившему в клинику больному так и не удавалось поставить всеобъемлющий диагноз, но в результате проведенного лечения пациент все же выздоравливал. В таких случаях Василий Парменович, прощаясь с больным, говорил: «Вам хорошо – вы выздоровели, а каково нам, в какую рубрику заболеваний прикажете отнести вашу болезнь?». Но такое бывало редко, чаще Образцов демонстрировал чудеса диагностики. Как это, например, произошло в следующем случае, о котором упоминают абсолютно все его соратники – настолько он редкий. Вот рассказ из уст Николая Стражеско и Макса Губергрица:

«В женскую палату клиники поступила больная с жестокими болями в животе. Живот был вздут, температура нормальна. Все мы ее осмотрели и ничего не понимали. Приезжает в клинику Образцов, и ему докладывают, что поступила больная, у которой все мы не можем поставить диагноз, не знаем в чем дело, а положение больной, по-видимому, тяжелое: рвота, тошнота, боли в животе, отсутствуют регулярное выделение газов и стула. Образцов пошел в палату, сел возле больной и начал ее исследовать, в конце концов говорит: «А знаете что это? Это грыжа Трейца. Тонкая кишка через отверстие Винслова вошла в предсуществующий грыжевой мешок».

Образцов рекомендовал операцию. Никто не согласился с этим диагнозом. Хирург не решился на операцию, и больная погибла при явлениях перитонита. Мы все с замиранием сердца пошли на вскрытие»...

...«Вскрывает Высокович и говорит: «Туберкулезный перитонит». Действительно, брюшина была утолщена. Но Образцов отвечает: «Нет, вы ошибаетесь, это грыжа Трейца. Сделай микроскопическое исследование, тогда будем разговаривать». Дело в том, что при грыже Трейца грыжевой мешок соприкасается с пристеночной брюшиной и два листка брюшины легко срастаются; только микроскопическое исследование может показать, что между слипшимися листками есть покрывающий их эндотелий. Через несколько дней Высокович пришел в клинику и говорит: «Ты прав, я ошибался: это была грыжа Трейца».

НУЖНЫЕ ЗНАКОМСТВА

«В марте 1885 г. заведующий терапевтическим отделением Александровской больницы, доктор медицины В.П. Образцов подал прошение ректору Университета Св. Владимира о допущении его к чтению лекций в качестве приват-доцента терапевтической клиники. Прошению был дан ход, но отрицательные отзывы профессоров Ф.А. Леша и С.И. Чирьева воспрепятствовали ему. Претенденту не помогло и особое мнение профессоров П.И. Перемежко и Н.А. Хржонщевского в его пользу.

Второе прошение от В.П. Образцова последовало в октябре 1887 г. К нему предполагалась программа предполагаемого курса болезней пищеварительных органов. И опять последовали отрицательные рецензии профессоров Ф.А. Леша и В.В. Чиркова. При голосовании в Совете претендент получил 7 белых шаров и 8 черных.

О деле было доложено министру народного просвещения графу И.Д. Делянову, который, со своей стороны, не признал возможным допустить В.П. Образцова к чтению лекций в Университете Св. Владимира».

Иван Давыдович Делянов был весьма колоритной личностью. Махровый реакционер и ретроград в течение почти тридцати лет держал все образование России под жестким контролем. Ни одно назначение, ни одно избрание даже на самую незначительную должность не могло пройти мимо него. Как следует из архивных документов, существовала даже переписка начальника киевского жандармского управления генерала Новицкого и министра народного просвещения графа Делянова относительно Образцова. Скорей всего, речь в ней шла о революционной молодости ныне уважаемого профессора... Казалось, университетская

МАСШТАБА

кафедра для Образцова стала окончательно недосягаемой. Но тут на помощь пришло доброе старое знакомство.

«...заболел желудком командующий войсками, знаменитый боевой генерал М.И. Драгомилов. Приглашенный Образцов хорошо и успешно лечил его. Драгомилов приложил немало стараний для того, чтобы аннулировать происки жандармерии» (из книги воспоминаний Николая Стражеско). То есть Драгомилов сделал все, чтобы помочь своему давнишнему приятелю, «замолвил словечко». Насколько это слово было весомым, можно судить по должности, которую в то время занимал бывший герой Русско-турецкой войны: командующий войсками Киевского военного округа, в дальнейшем – Киевский, Волынский и Подольский генерал-губернатор.

Драгомилов смог добиться, чтобы Образцова назначили приват-доцентом на кафедру диагностики внутренних болезней, а позже – профессором кафедры частной патологии и терапии. «Нужные» знакомства и в то время играли важную роль.

В отличие от остальных преподавателей Образцов старался излагать студентам последние новинки, а самое главное, читал частную патологию и терапию, демонстрируя больных по тем разделам внутренней медицины, которые излагал на лекции и самое главное, разрешал студентам посещать отделение. Вот это-то и было настоящее ноу-хау. И в таких клинических разборах Образцову не было равных. Они собирали не только студентов, но и самых прогрессивных специалистов со всего города.

Это время можно считать датой зарождения знаменитой терапевтической школы Образцова, той самой, о которой современный историк клинической медицины, профессор Владимир Бородулин в последствии напишет: «Работы В.П. Образцова и его школы в области совершенствования методов непосредственного обследования больного получили признание как классические. Они позволяют ставить имя В.П. Образцова в один ряд с именами Л. Ауэнбруггера и других пионеров физической диагностики».

ДИРЕКТОР КЛИНИКИ

31 октября 1903 г. Образцов был переведен директором на кафедру факультетской терапевтической клиники. До этого он уже стал легендарной личностью: в его послужном списке – почти все гражданские ордена Российской империи (Станислава, Анны, Владимира), а к фамилии добавился достойный титул «ординарный профессор» – высшее звание университетского преподавателя.

Это был самый триумфальный период жизни великого врача. Образцов не жалел средств, чтобы оснастить клинику по последнему слову науки того времени, а своих лучших учеников постоянно отправлял, как бы сейчас сказали, на «стажировки» за границу, за передовым опытом: например, как только появилась электрокардиография, Образцов тут же командировал в Германию Губергрица, где тот обучился этому методу и привез электрокардиограф в клинику. На вооружении клинических докторов сразу же появился рентгеновский аппарат производства «Siemens», был внедрен метод определения венозного давления, функционировали две лаборатории: одна специально для студентов, вторая – для врачей.

В то время не было лаборантов, все исследования проводились самими лечащими врачами, которые должны были самостоятельно производить все необходимые анализы больным и особенно тем, что подлежали демонстрации на лекциях. Василий Парменович тщательно следил за каждой работой, ни один сколько-нибудь заслуживающий внимания случай не оставался без детального изучения и затем опубликования в периодической печати или демонстрации на заседании общества врачей. Он работал без выходных, того же требовал и от своих учеников. Не стоит говорить, что каждое слово профессора буквально «ловилось на лету», невнимательных он не любил. Было только одно исключение.

Долгие годы на клинических обходах профессора Образцова непосредственно за ним следовал старый фельдшер Гурий Никитович Прокопенко. Иногда казалось, что профессор, осматривая больного и делясь своими наблюдениями, обращался именно к Гурию Никитовичу – профессор к старому фельдшеру относился очень уважительно. Только ему доверял записывать все назначения, и только Гурий Никитович мог себе позволить то, чего не мог позволить никто: уточнить, попросить вернуться к сказанному.

ИНФАРКТ МИОКАРДА – ОТКРЫТИЕ ОБРАЗЦОВА

Настоящего учителя всегда делают талантливые ученики. Образцов воспитал 15 профессоров, 60 докторов наук. Каждый из них оставил яркий след в истории мировой медицины. Но на особом счету самый удачливый и дипломатичный, талантливый и одаренный, его любимый ученик, а по совместительству и зять – Николай Дмитриевич Стражеско. Этому блестящему тандему медицинский мир обязан одной из самых революционных работ – симптоматологией инфаркта миокарда.

«Привычка у Образцова была такая: являясь в больницу, он, прежде всего, у интерна спрашивал, сколько новых больных, чем они больны, и сейчас же шел к ним для осмотра, исследования и назначения лечения. Он подошел к этому больному, сел на табурет возле него и стал его наблюдать, потом исследовать, слушать. Потом он спросил интерна: «Как вы думаете, что у больного?» Последний, что называется, ляпнул: «Ревматизм грудины». Образцов зажмурил левый глаз (это была его привычка) и продолжал сидеть около больного, ничего не говоря. Скепсис на его лице был написан ясно».

Именно в этот момент Стражеско и произнес знаменитые слова, как бы про себя: «А не есть ли это закупорка венечных артерий сердца?»

В.П. Образцов в рабочем кабинете. Осмотр пациента. Киев.

Перкуссия сердца. В.П. Образцов

На что Образцов обернулся, удивленно посмотрел и сказал: «Он, вероятно, прав».

Через день пациент погиб – в начале прошлого века шансов у таких больных не было. На вскрытии оказалось, что накануне выставленный диагноз был верен, это действительно был тромбоз коронарной артерии, приведший к инфаркту миокарда.

Были еще такие пациенты. Все случаи и стали основой для работы клиницистов. На их основе был написан труд «К симптоматике и диагностике венечных артерий сердца», который 19 ноября 1909 г. был представлен на Первом российском съезде терапевтов в Москве и явился настоящим прорывом в мире медицины. «При таких обстоятельствах всякий другой врач на нашем месте не мог бы, нам кажется, поставить другого диагноза, кроме поставленного нами» так резюмировал свое выступление сам Василий Парменович.

«Русская медицина сделала в этом вопросе больше, чем все клиники мира», – так оценивал этот труд сам Николай Стражеско.

СУРОВАЯ НАСМЕШКА СУДЬБЫ

И вновь, занимаясь болезнями сердца, Образцов не мог изменить своему новаторскому характеру – поиску кардинально новых методов диагностики. Он «придумал» выслушивать сердце непосредственно ухом. «Приложив ухо к предсердечной области, мы слышим сердечные звуки более громкими, хотя и менее отчетливыми, чем при выслушивании стетоскопом, и имеющими больше свойств шумов».

Так, Василий Парменович смог расслышать металлический тон сердца и считал, что его отсутствие указывает на патологии, например, экссудативные перикардиты, первым в России оценил виды и характеры сердечных галопов, заметил, что нормальная мелодия сердца состоит не из двух, а их трех тонов – просто третий тон оказался в двести раз слабее предшествующего ему второго тона, поэтому его и нельзя было услышать в стетоскоп. Впоследствии это положение о трех тонах сердца развивали его ученики Макс Губергриц и Николай Стражеско.

Правда, их мнения были диаметрально противоположны: Губергриц считал третий тон сердца абсолютно нормальным явлением, Стражеско, напротив, – доказательством поражения сердца. Ученые мужи вели вечный заочный спор. Их научная дискуссия выплескивалась даже в лекционные курсы, читавшиеся студентам.

Его последний в жизни труд также был посвящен «сердечным недугам». В том же судьбоносном для всей российской кардиологии 1909 г. у Образцова появились первые приступы «грудной жабы» – так раньше называли стенокардию. Не это ли суровая насмешка судьбы? Через три года Стражеско обнаружил у своего учителя увеличение размеров сердца, аортит, высокую гипертензию...

Образцов был настоящим ученым, он не мог не использовать свое заболевание на службу клинической науке. Пристально наблюдал развитие своей болезни и описывал каждое свое ощущение. Так, в перерывах между приступами стенокардии, он написал работу «О болевых ощущениях при заболеваниях сердца». Редкий пример самоотверженности.

Последние годы своей жизни Образцов жил в одиночестве: старшая дочь с мужем и детьми уехали из Киева, первая жена умерла, вторая после революции с детьми перебралась за границу. Поддержать, помочь уже сильно болеющему Образцову было некому. В 1920 г. у Василия Парменовича развился геморрагический инсульт с правосторонним гемипарезом и утратой речи. Последствия инсульта тяготили врача, Образцов даже несколько раз пытался покончить с собой – безуспешно.

...«Функция правой руки вскоре восстановилась», – рассказывает Стражеско, – «но дар речи так и не возвращался, и это Образцова очень угнетало. Больные перестали к нему обращаться»

Так и доживал свой век когда-то яркий, импозантный, обеспеченный и очень знаменитый профессор – заброшенным, больным, бедным стариком. В декабре 1920 г. Образцов в неотапливаемом доме заболел пневмонией: дров купить было не на что – в спальне температура доходила до 2-4° ниже нуля. Его увезли в больницу для бедных, находившуюся в Покровском монастыре, где он 14 декабря и умер.

Хоронили Василия Парменовича за государственный счет: в архиве Киевской области сохранился протокол заседания Губревкома, датированный 27 декабря 1920 г.

Новая власть оценила заслуги великого клинициста, ее решением было «принять расходы по похоронам профессора Образцова за счет Республики, семью обеспечить пенсией в 4-х кратном размере средней заработной платы»...

А. ВЕРТКИН,
С. СИМЕНЮРА

ПРЕПАРАТ РЕБИФ® – НОВАЯ ЖИЗНЬ

Компании Мерк и Фармстандарт объявили о начале сотрудничества по внедрению в России препарата для лечения рассеянного склероза Ребиф®, полный цикл производства которого будет запущен в 2015 г.

Мерк и ОАО «Фармстандарт» заключили ряд партнерских соглашений, целью которых является долгосрочное сотрудничество в области производства, дистрибуции и маркетинга препарата Ребиф® компании Мерк. Производство будет осуществляться на заводе ОАО «Фармстандарт-УфаВИТА» (г. Уфа).

«Заключение соглашения на локальное производство препарата Ребиф® и трансфер технологий стали первым этапом реализации программы развития компании в России, стратегически значимом для нас регионе. В настоящее время рассматривается возможность дальнейших инвестиций в направлении локализации препаратов Мерк Сероно, включенных в Перечень ЖНВЛП. Производство в России будет способствовать повышению доступности инновационного лечения для российских пациентов», – сказал Роджер Янссенс, директор Мерк Сероно Россия и СНГ.

Препарат Ребиф® на сегодняшний день представляет собой первую линию терапии рассеянного склероза и входит в мировые стандарты лечения данного заболевания. Министерство здравоохранения РФ закупает интерферон бета-1а, и в том числе Ребиф®, для обеспечения больных рассеянным склерозом по программе дорогостоящих нозологий в течение нескольких лет. В настоящее время около 15% всех пациентов с ремиттирующим рассеянным склерозом, которым показана медикаментозная терапия, получают Ребиф®. Благодаря локализации производства Ребиф® в РФ препарат станет более доступным для этой категории социально значимых пациентов.

В октябре 2013 г. препарат Ребиф® получил статус локального препарата, а «Фармстандарт-УфаВИТА» был зарегистрирован в качестве площадки по вторичной упаковке, контролю качества и выпуску препарата на рынок.

В течение девяти месяцев компаниями осуществлялся процесс передачи аналитических методик по производству и контролю качества, который был завершен подписанием «Протокола технологического трансфера». Таким образом, Мерк – впервые в своей истории – передал право на производство, контроль качества и выпуск биотехнологического препарата третьей стороне (компании-партнеру).

Сотрудничество Фармстандарт и компании Мерк началось в июле 2012 г., когда было принято решение о реализации процесса вторичной упаковки препарата Ребиф®. Помимо вторичной упаковки, Фармстандарт осуществляет контроль качества готовой продукции. В настоящее время начался активный процесс трансфера производства препарата Ребиф® по полному циклу. Ожидается, что полный цикл производства будет запущен в 4 квартале 2015 г. Маркетинговая поддержка препарата Ребиф® в России будет осуществляться компанией Фармстандарт.

«Сотрудничество с компанией Мерк в области производства и выпуска на рынок социально значимого препарата – еще один стратегический этап в реализации программы «Фарма-2020», направленной на развитие фармацевтической отрасли в России», – отметил Игорь Крылов, генеральный директор ОАО «Фармстандарт».

О компании Мерк

Мерк – лидирующая компания по производству инновационных, высококачественных и высокотехнологичных продуктов в фармацевтической и химической промышленности. Около 38 тыс. сотрудников в 66 странах работают, чтобы улучшать качество жизни пациентов, способствовать дальнейшему успеху наших клиентов и для решения сложных задач. Деятельность Мерк проходит под эгидой ОАО Мерк, в которой семья Мерк обладает приблизительно 70% акций, а акционеры владеют остальными примерно 30%. В 1917 г. американское подразделение Мерк & Ко было экспроприировано и с тех пор является независимой компанией.

Более подробную информацию о компании можно найти на сайте www.merckserono.ru или www.merck.ru

О Фармстандарте

ОАО «Фармстандарт» (www.pharmstd.com/ru) – лидирующая фармацевтическая компания в России, занимающаяся разработкой и производством современных и качественных лекарственных препаратов, удовлетворяющих требованиям здравоохранения и ожиданиям пациентов.

Производственные активы компании включают 8 заводов по производству лекарственных средств, расположенных в Курске, Уфе, Томске, Владимире и на Украине – в г. Харькове, а также завод по производству медицинского оборудования в Тюмени.

Акции и глобальные депозитарные расписки ОАО «Фармстандарт» обращаются на биржевых площадках.

ХОРОШИЙ ВРАЧ – ВЕЧНЫЙ «СТУДЕНТ»

Мы беседуем с директором Департамента Минздрава России Татьяной Владимировной Семеновой об одном из самых актуальных вопросов современного здравоохранения – внедрению непрерывного медицинского образования. Татьяна Владимировна окончила в 1995 г. РНИМУ имени Н.И. Пирогова, работала доцентом кафедры общей хирургии того же вуза. А с 2011 г. трудится в Департаменте медицинского образования и кадровой политики Минздрава России, возглавив его в 2013 г.

– Татьяна Владимировна, чем обусловлена необходимость реформирования старой модели дополнительного профессионального медицинского образования?

– Для начала нужно напомнить, как выглядит эта модель и что в ней нас принципиально не устраивает. Известно, что работать врачом в России можно только после получения в качестве допуска к профессиональной деятельности в дополнение к диплому об окончании интернатуры или ординатуры сертификата специалиста. Чтобы продлить действие сертификата, необходимо подкреплять его новыми знаниями каждые пять лет. Примерно за полгода до окончания срока действия сертификата доктор направляется в одно из образовательных учреждений, где проходит соответствующий учебный курс, посещая лекции, семинары, тренинги в один прием, как правило, 144 часа. Такая схема, очевидно, перестала себя оправдывать. Приведу пример: главный врач собирается приобрести современную установку для хирургического отделения. Важно, чтобы у него были врачи, умеющие работать на этом оборудовании. Поэтому он заранее направляет перспективного врача из отделения учиться по специализированной программе, после чего доверяет ему новую сложную технику. Еще один пример. Довольно давно в хирургическую практику вошли лапароскопические операции. Традиционно в этой технике выполнялись холецистэктомии, реже – аппендэктомии. Представьте теперь, что врач, уже овладевший этими навыками, решил также делать и лапароскопическую герниопластику. В этом случае он находит соответсвующий образовательный модуль и идет изучать эту технику. И теперь главное. Представляете, такое целенаправленное, востребованное обучение не идет в общий образовательный зачет врача для продления сертификата, в те самые 144 часа.

Есть у старой модели и другие существенные недостатки. Очень многие важные медицинские мероприятия – конгрессы, симпозиумы, форумы и съезды, в рамках которых стало хорошей традицией проводить образовательные мероприятия – школы, обучающие семинары, а порой и практические тренинги, позволяющие получить самую актуальную информацию из «первых рук», – не учитываются в объеме часов обучения. Кроме того, камнем преткновения всегда была труднодоступность современного образования. Отсюда и основные требования к новой программе – сделать ее интересной, ёмкой, лаконичной, доступной, эффективной, максимально приближенной к каждому конкретному специалисту, то есть фактически адресной.

Для достижения этой цели Минздравом России была развернута масштабная работа, направленная на переход от традиционной схемы к новой, включая стимулирование мотивации к постоянному обучению на протяжении всей деятельности врача. В середине 2013 г. министром здравоохранения, профессором В.И. Скворцовой, был создан Координационный совет вместе с Национальной медицинской палатой и другими некоммерческими обществами. Участие последних особенно важно: именно на их плечи легла разработка содержательной части программ. Кроме того, именно они выступают организаторами ведущих медицинских конгрессов и съездов, где сосредоточены новейшие медицинские знания. Нам удалось довольно оперативно разработать пилотный проект обновленной системы образования, и сейчас активно идет ее апробация. В течение 2014 г. мы проверим проект на практике, выявим все недочеты и слабые звенья.

– Какие врачи были включены в этот проект?

– Чтобы не растягивать пилотный проект надолго, мы ориентировались на тех врачей, чья «пятилетка» уже подходила к концу и кому так или иначе предстояло бы быстро набирать эти 144 часа обучения. Участниками проекта стали врачи трех специальностей: педиатрии, терапии, общей врачебной практики. Помимо этого, мы дали возможность присоединиться к проекту и 12 врачам скорой помощи, потому что среди профессиональных сообществ существует высокая готовность обеспечивать их учебными материалами, включая дистанционные. Пилотный проект проходит на базах тринадцати вузов и двух ГИДУВов России – Москвы, Санкт-Петербурга, Воронежа, Тюмени, Казани, Кубани, Урала, Дальнего Востока и т.д. Окончание «пилота» намечено на конец 2014 г. – после чего мы проведем тщательный анализ результатов и модифицируем проект таким образом, чтобы его стало возможно ым запустить в масштабе непрерывного медицинского образования страны.

– Каковы же будут основные отличия новой системы от существующей сегодня?

– В первую очередь мы переходим к модульной системе обучения. Это означает, что больше не нужно привычно осваивать весь монолит образовательного цикла в 144 часа в один заход, чтобы сертификат считался подтвержденным. Вполне возможно набрать это время по частям, так называемым модулям – из тех знаний, которые действительно необходимы данному конкретному врачу. Мы это называем индивидуализированным подходом. Кроме того, существенные изменения произошли в отношении формы подачи знаний. Внесена важная поправка: не менее 50% всей программы должно быть освоено дистанционно – через электронные образовательные модули. Обязательное условие – согласование программы с профессиональными некоммерческими организациями и возможность их участия в виде образовательных мероприятий, проводимых на конгрессах, съездах, симпозиумах, конференциях. Закончится весь период обучения для каждого из обучающихся небольшим очным циклом, где ему предстоит на базе симуляционных центров в очень сжатые сроки освоить те мануальные навыки, которые непосредственно необходимы врачу. Например, главный из них уже функционирует в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова, где проводятся семинары для сотрудников других симуляционных центров, которые действуют практически во всех наших образовательных организациях.

– Как это будет работать на организационном уровне?

– Скажем, есть образовательная организация – вуз или ГИДУВ. У них подготовлены специализированные программы. Так сложилось, что общая их длительность составляет 144 часа. Мы говорим: разбейте эти программы на более короткие части – модули. Часть из них сделайте дистанционными. Еще одну часть – очной, с отработкой практических навыков. Наконец, третью переместите в рамки конгрессов, которые проводят некоммерческие профессиональные общества. Наша задача как организаторов – регулировать баланс всех трех составляющих. Работа над содержанием этих программ – задача самих вузов, ГИДУВов и профессиональных сообществ.

– В чем заключается «дистанционность» образования?

– Сегодня Минздрав России в рамках информатизации создает для каждого специалиста «электронное рабочее место». Помимо электронной истории болезни, решений по назначению препаратов, регулярно обновляемой электронной медицинской библиотеки (справочники, национальные руководства, диссертации и т.д.), они будут содержать и модули для самообразования, причем интерактивные. На каждом этапе освоения определенного блока врачи должны проходить небольшое тестирование. Разрабатывают и утверждают эти модули некоммерческие профессиональные сообщества – то есть наиболее квалифицированные специалисты, которые лучше всех в нашей стране знают, как лечить те или иные заболевания и какие новые данные необходимо доносить до врачей.

Важный момент заключается в том, чтобы эти модули максимально соответствовали клиническим рекомендациям, а именно они постепенно занимают ведущее место в лечении различных нозологических форм. Сегодня уже около 400 клинических рекомендаций утверждено профессиональными сообществами, а в течение ближайшего года надо будет разработать еще около 1500. Сами профессионалы определяют их перечень, необходимость и количество. Например, клинический протокол по раку желудка представляет собой информацию по этиопатогенетическим аспектам, диагностическим критериям, способам лечения и их вариантам, вариантам лимфодиссекции того или иного порядка, применяемым у нас и за рубежом (со сравнением), а в конце – четкий алгоритм действий. И на каждую эту часть мы разрабатываем образовательный модуль, который должен обязательно заканчиваться интерактивом, чтобы врач сам понимал, как нужно лечить этих пациентов. Большой вклад в эту работу сегодня внес академик Александр Григорьевич Чучалин.

Макет образовательной программы для освоения клинических протоколов разработало учебно-методическое объединение по медицинским и фармацевтическим вузам, которое возглавляет профессор, член-корр. РАН П.В. Глыбочко. Этот первый интерактивный модуль, как результат довольно трудоемкого процесса, был презентован в Санкт-Петербурге в рамках Форума студентов на Совете ректоров. Затем интерактивная программа была представлена на крупнейшем мероприятии этой сферы – V общероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование – 2014».

– Как будут развиваться события после окончания пилотной программы?

– Мы проведем тщательный анализ результатов и внесем соответствующие корректировки и исправления. В этом мы опираемся на поддержку экспертов – медицинских учреждений, где работают специалисты, осваивающие программы непрерывного образования. Мы высоко ценим обратную связь с их стороны. Конечно, и в нашем Департаменте тоже работают врачи. И мы понимаем, как компетентно и непредвзято оценить квалификацию врача и полученные им знания. И все же объективный взгляд со стороны крайне необходим. После того как будут исправлены все недостатки, обнаруженные в пилотном проекте, мы наконец впервые развернем новую модель непрерывного медицинского образования на все пять лет и перейдем к системе действительно непрерывного образования медика через всю профессиональную жизнь.

– Предусматривает ли новая модель образования и особый подход к мотивированию врачей?

– Мотивация врача заложена в самой диалектике нашей медицины. Сегодня инновационные технологии создаются в таком темпе, что наличие соответствующего образования становится синонимом конкурентоспособности. Проще говоря, у тебя больше шансов получить работу с новейшей техникой, если ты уже умеешь ей пользоваться, т.е. если у тебя освоены необходимые компетенции. А работа с новыми технологиями – это и более высокий уровень дохода. Никакой дополнительной мотивации здесь не требуется. Врач в России сегодня может очень хорошо зарабатывать. Это определяется, в частности, 597 указом Президента РФ от 7 мая 2012 г., где сказано, что к 2018 г. врач в среднем должен получать 200% по экономике. Это не значит, что можно спокойно почивать на лаврах. Времена меняются. Мы работаем над тем, чтобы сделать образование максимально доступным для всех желающих. Все остальное – в руках самого врача.

Интервью вел
В.Б. ТАРАТОРКИН

РНМОТ: СОБЫТИЯ 2015 г.

В следующем году состоятся:

XVIII Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ в Рязани 26-27 февраля 2015 г. на базе Рязанского Государственного Университета им. акад. И.П. Павлова (ул. Высоковольтная, д. 7/1) www.ryzan2015.rnmot.ru

XIX Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ в Перми 2-3 апреля 2015 г. в МАУ «Дворец молодежи» (ул. Петропавловская, д. 185) www.perm2015.rnmot.ru

III Съезд терапевтов Приволжского федерального округа в Нижнем Новгороде 16-17 апреля 2015 г. в Гранд отель «Ока» (пр. Гагарина, д. 27) www.nnovgorod.rnmot.ru

XX Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ в Пятигорске 23-24 апреля 2015 г. в Конгресс-отель Бештау (ул. Первая Бульварная, д. 17) www.pytigorsk2015.rnmot.ru

XXI Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ в Барнауле 28-29 мая 2015 г. во Дворце культуры городского округа Саранск www.barnaul2015.rnmot.ru

X Национальный конгресс терапевтов и XIV Европейский конгресс терапевтов в Москве 14-16 октября 2015 г. в Международном выставочном центре «Крокус Экспо» (65 км МКАД, ст. метро «Мякинино») www.congress2015.rnmot.ru

IV Съезд терапевтов Южного федерального округа в Ростове-на-Дону 26-27 ноября 2015 г. в КВЦ «Вертол Экспо» (пр. М. Нагибина, д. 30) www.rostov2015.rnmot.ru

ХОРОШЕЕ РАЗВИТИЕ

В сентябре этого года состоялся XII Международный конгресс «Реабилитация и санаторно-курортное лечение», посвященный актуальным вопросам разработки и внедрения инновационных технологий в реабилитации под эгидой Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Союза реабилитологов России и Российской ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов и поддержке Министерства здравоохранения РФ, Федерального медико-биологического агентства и Торгово-промышленной палаты РФ.

Основные направления работы конгресса:

- Развитие системы медицинской помощи, организационно-методические основы разработки и внедрения инновационных технологий по медицинской реабилитации
- Применение клеточных и биотехнологии в медицинской реабилитации
- Использование виртуальной реальности в медицинской реабилитации
- Нормативно-правовое регулирование медицинской помощи по медицинской реабилитации
- Актуальные вопросы кардиореабилитации
- Медицинская реабилитация лиц с заболеваниями печени и желудочно-кишечного тракта
- Современные технологии медицинской реабилитации при гинекологических и урологических заболеваниях
- Актуальные вопросы реабилитации в дерматовенерологии и косметологии
- Мультидисциплинарный подход в реабилитации онкологических больных
- Новые технологии в реабилитации лиц стоматологического профиля
- Актуальные вопросы медицинской реабилитации детей и подростков
- Подготовка кадров для совершенствования системы оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации
- Презентация новых медицинских технологий медицинской реабилитации

В рамках Конгресса работала выставочная экспозиция, представлявшая современные лекарственные препараты, физиотерапевтические аппараты и бальнеологическое оборудование, спа-технологии, технические средства реабилитации, вспомогательные средства для реабилитации и ухода, лечебное и оздоровительное питание, современные центры реабилитации и санаторно-курортные комплексы.

ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ «ТРИ СЕСТРЫ»:

СОВСЕМ НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ЕХАТЬ ЗА ГРАНИЦУ

В этом живописном чистом уголке Подмосковья на улице Чеховской дом 1, что в деревне Райки, пять лет назад открылся уникальный для нашей страны Центр реабилитации «Три сестры». С тех пор здесь царит дух искренних улыбок, семейной любви и бесконечной поддержки со стороны всех, кто населяет этот замечательный дом. Здесь нет зрителей, здесь все – участники возвращения утраченных навыков к активной жизни с помощью современных методов лечения.

В настоящий момент вопрос реабилитации в России остается до конца не решенным. В нашей стране восстановительная медицина в основном представлена обширнейшей базой санаторно-курортного лечения, где занимаются пациентами, находящимися в подострой фазе заболевания. Однако существует очень малое количество медицинских учреждений, которые принимают пациентов для восстановительного лечения в острой фазе после инсультов и травм, когда терапия наиболее эффективна и необходима пациенту. Вероятно, почувствовав все это, изучив проблему, поняв ее остроту, идеологи центра Дмитрий Санин и Анна Симакова решили реализовать идею. На сегодняшний день «Три сестры» – это частный многопрофильный комфортабельный центр восстановительного лечения, созданный по международным стандартам и руководствующийся современными терапевтическими алгоритмами.

Нас встречает и проводит экскурсию по центру главный врач Дмитрий Викторович Кухно, имеющий многолетний опыт работы в реабилитационном институте «Сестры Кенни» Миннеаполиса в США и возглавляющий центр «Три сестры» в течение двух последних лет. Мы идем по большому залу, гармонично и со вкусом оформленному в виде улицы под названием Easy street. Здесь расположены многочисленные объекты, при помощи которых проводится диагностика различных когнитивных нарушений и отклонений в социальной адаптации пациентов и отработка утраченных навыков.

«Easy street – методика возвращения пациента к социальной жизни, которую широко применяют в США», – рассказывает Дмитрий Викторович. В искусственном магазине все, как в настоящем. Тут можно определить, способен ли больной считать деньги, отличать одни продукты от других, открывать и закрывать различные шкафы и ящики. Рядом с магазином стоит скамейка, около которой кладут маты и учат пациентов самостоятельно подниматься на случай падения в реальной жизни. Пациенту с нарушениями опорно-двигательного аппарата достаточно сложно ходить по разным поверхностям. Для таких случаев здесь оборудована зона с различными покрытиями: асфальт, камни, песок, трава. Можно отрабатывать навыки подъема по ступенькам вверх и вниз – с этой целью установлена лестница. Как и на любой другой улице, на Easy street можно увидеть множество указателей, с помощью которых пациента учат ориентироваться в пространстве так, чтобы он мог различать уличные знаки. Особый интерес вызывает расположенная рядом машина. Тут пациент вместе со специалистом отрабатывает навыки перемещения из кресла-каталки в салон машины. Для того чтобы избежать вывихов, пациентам после эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов важно соблюдать определенный угол наклона при посадке в машину. В отсутствие данного навыка такие ситуации возникают нередко и, чтобы этого избежать, пациентов обучают правильной методике. Определенно, Easy street – не только ценная площадка для диагностики различных нарушений, но и один из важнейших этапов реабилитации.

В центре занимаются восстановлением после различных заболеваний. Как отмечает Кухно, здесь нет узкой специализации на одной конкретной патологии, чем он и отличается от других подобных в России. Пациентов принимают с различными нарушениями: состояния после инсульта, различных травм головы и спины, перелома шейки бедра, заболеваний опорно-двигательного аппарата, также занимаются лечением болевого синдрома (боли в спине, в шее, в руках, боли при остеохондрозе) и спастичности. «Очень важно, что мы можем помогать пациентам в острой фазе, т.е. сразу после стабилизации общего состояния», – добавляет доктор.

Мы проходим просторный светлый холл, где видим, как пациенты все вместе в едином пространстве занимаются с врачами. «Идея единого пространства не случайна. Это важно для того, чтобы пациенты могли наблюдать друг за другом, вдохновляясь успехами товарищей и общаясь между собой», – поясняет главный врач. «В вопросах лечения мы опираемся на принципы доказательной медицины. Методики восстановления, которые мы практикуем здесь, основаны на мультидисциплинарном подходе и включают в себя двигательную, адаптационно-бытовую, психо-эмоциональную реабилитацию. День пациента четко расписан и насыщен различными процедурами. Занятия проходят шесть дней в неделю. Важно, что мы уделяем много времени физической терапии: у нас это занимает 6 часов в день, в отличие от стран Западной Европы, где с пациентом работают не более 4 часов в день. Пациентам очень нравится, когда с ними много занимаются. Это идет им на пользу», – отмечает Дмитрий Викторович.

В лечебный процесс вовлечена команда профессионалов, нацеленных на достижение результата: физический терапевт, эрготерапевт, врач-реабилитолог, нейроуролог, невролог, логопед, нейропсихолог. Интересно, что в центре «Три сестры» представлены уникальные и необычные для России специалисты – физические терапевты и эрготерапевты.

Физический терапевт подбирает индивидуальную методику в зависимости от тяжести состояния, занимается с пациентом изо дня в день. Эрготерапевт работает над восстановлением социально-бытового компонента жизни (одевание, личная гигиена, приготовление пищи, хобби). Эти две специальности, такие распространенные в сфере восстановительной медицины за рубежом, мало где представлены в нашей стране. Специалисты проходят обучение в Москве и Санкт-Петербурге, а также непосредственно на базе центра. В большинстве своем это выпускники отделений реабилитации институтов физической культуры

и спорта, многие из них уже имеют предшествующий опыт работы с пациентами после инсультов и травм и обладают соответствующими сертификатами.

Врачи центра «Три сестры» рекомендуют вовлекать в процесс восстановления и родственников. Для членов семьи проводят регулярные «семейные встречи» с медицинским персоналом, где близкие люди могут задать все интересующие вопросы о состоянии пациента и получить исчерпывающие ответы. Кроме того, специалисты проводят тщательное обучение уходу за пациентом, чтобы по возвращении домой близкие люди могли ему помочь.

Сюда приезжают люди не только из Москвы и Московской области, но из разных городов России: Анадыря, Петропавловска-Камчатского, Владивостока, Иркутска, Салехарда, однажды наблюдался гражданин Гвинеи. По словам Кухно, большую часть составляют пациенты, которые лечились за рубежом. «В связи с тем, что реабилитация за границей – более дорогостоящий процесс по сравнению с нашей страной, эти пациенты предпочитают проходить восстановление в России, а мы с радостью им в этом помогаем», – поясняет врач.

В центр обращаются люди с разными историями болезни и разной тяжестью состояния. «При встрече с пациентами мы говорим, что не обманем их ожидания. А когда они нас покидают, спрашиваем, достигли ли мы наших общих целей и очень радуемся, когда они отвечают утвердительно.

Мы принимали некоторых сложных пациентов, заведомо зная, что не получим впечатляющих результатов, но мы добивались профилактики осложнений, что немаловажно для дальнейшего прогноза и стоит того, чтобы работать над этим. Самый большой барьер в реабилитации возникает тогда, когда человек по какой-то причине не участвует в процессе. В этом случае мы не можем ожидать выраженного эффекта лечения. При встрече с пациентом и его родственниками мы всегда озвучиваем цели лечения. В ситуации, когда планы не соотносятся с реалиями, мы это обсуждаем. Однако мы никогда не говорим: «Это невозможно». Все возможно. Будем пытаться искать пути решения», – рассказывает Дмитрий Викторович.

На сегодняшний день наша страна пока мало адаптирована для людей с ограниченными возможностями, хотя многое изменилось к лучшему. Пациенты с травмами часто выброшены из социальной сферы по причине недоступности большинства объектов ежедневной жизни здорового человека, неприспособленности транспорта, дорог, зданий и др. Человек чувствует себя изолированным и замыкается в себе. Как отмечает Кухно, в «Трех сестрах» стараются добиваться полноценного участия пациента в жизни: в результате повышается самооценка, появляется мотивация, силы, интерес к жизни в целом. Весь персонал очень доброжелательно настроен к своим гостям, как по-доброму здесь называют пациентов.

Путешествуя по центру нельзя не отметить, что его основатели со вкусом подошли к внутреннему оформлению, учитывая в первую очередь медицинские аспекты, но не забывая при этом о дизайне и стиле. Палаты тут не имеют номеров, вместо этого каждая из них названа в честь или по мотивам чеховских произведений: «Душечка», «Дама с собачкой», «Анна на шее» и др. Все палаты продуманно оснащены с заботой о пациенте: многофункциональная кровать, телевизор, доступ в интернет, телефон, тревожная кнопка, дополнительное спальное место для одного из сопровождающих гостя, туалетные комнаты имеют вспомогательные устройства и поручни. На стенах палат висят доски с расписанием действий пациентов на весь день. Всего в центре оборудовано 35 одноместных палат.

Нам показывают уютный ресторан, где организовано питание пациентов. Меню здесь составляется по рекомендациям диетолога. Однако ресторан – это не просто место, где можно вкусно поесть, важно, что это еще и площадка для социализации пациентов. Здесь они оттачивают нарушенные моторные навыки, общаются между собой, мотивируют друг друга собственными успехами. А вечером ресторан превращается в читальный зал, где гости центра могут в тихой и спокойной атмосфере насладиться книгами.

В эти дни центр «Три сестры» празднует свой пятилетний юбилей. За это время удалось многого достичь, но еще больше ожидает впереди. «Сейчас у нас в планах закончить строительство нового корпуса, где мы сможем разместить еще 65 человек. Множество пациентов, находящихся на ИВЛ, требуют специального ухода. Для таких больных мы хотим создать отделение, состоящее из 5-10 палат, оснащенных аппаратами ИВЛ, всей необходимой техникой и оснащением по уходу.

Кроме того, в сферу наших интересов входит улучшение методики восстановления функции глотания, которая нарушена у пациентов после инсульта, сложных ЛОР-операций.

А если говорить глобально, то мы бы хотели создать такой центр, в котором можно было бы помогать пациентам системно, чтобы была возможность делать все в одном месте», – делится планами главный врач.

Реабилитация после сложных травм и инсультов – важнейший этап восстановления пациента. Сектор восстановительной медицины в нашей стране постепенно развивается. А отдельные центры уже имеют успехи в лечении, поэтому совсем необязательно ехать за границу в поисках качественного центра восстановительного лечения с должным уровнем оказания медицинской помощи и правильным подходом к пациенту. Все это можно сегодня найти в России.

Т.Ю. ЦЕЛОВАЛЬНИКОВА,
спецкор

БИОГРАФИЯ КАФЕДРЫ ПАТОФИЗИОЛОГИИ

Название нашей кафедры, нашей учебной дисциплины и научной специальности «Патофизиология» адекватно отражает их существо и предназначение. С греческого «патофизиология» – наука о существе болезни. Предназначением патофизиологии является изучение существа болезни, ее причин и законов развития.

Болезнь – не хаос, она развивается по вполне определенным законам: именно за познанием этих законов будущие врачи приходят на нашу кафедру! Зная законы развития патологии врач может уже обоснованно сформулировать алгоритм проведения диагностического поиска, принципы лечения и профилактики болезни! Патофизиология в медицинском вузе – клинико-ориентированная интегрирующая фундаментальная учебная дисциплина и научная специальность. Она формирует основу умения врача эффективно решать свои профессиональные задачи!

Развитие патофизиологии, с одной стороны, и отечественной медицины, с другой, – процессы неразрывные. **Первая кафедра патофизиологии в России была организована на медицинском факультете Императорского Московского университета в 1849 г. – 165 лет назад.** Школа патофизиологов уже с этапа предпосылок ее зарождения отличалась клинической направленностью. Такая кафедра нужна была для того, чтобы, как считал М.Я. Мудров, медицина выходила из «гадательных наук» и становилась «ближе к наукам верным».

Организатором и первым заведующим кафедрой в течение 31 года был профессор А.И. Полунин. До этого Алексей Иванович изучал в различных университетах Европы сравнительную физиологию и патологию. Уже в 1849 г. он издал первую в России учебную программу «Физиология патологическая».

Алексей Иванович много сделал не только для развития медицинского факультета Императорского Московского университета, но и для медицинского образования в России в целом: пятнадцать лет, с 1863 по 1878 г., он был деканом медицинского факультета, создал и редактировал «Московский врачебный журнал», был секретарём Московского физико-медицинского общества. Учениками А.И. Полунина в разные годы были А.С. Шкляревский, Г.А. Захарьин, С.П. Боткин, В.Ф. Снегирёв, И.М. Сеченов, И.Ф. Клейн, А.Б. Фохт и другие впоследствии известные врачи, учёные и педагоги.

После профессора А.И. Полунина в течение более чем 30 лет кафедрой руководил его ученик, крупный патолог с мировым именем, известный московский врач, заслуженный профессор Московского университета Александр Богданович Фохт. Он прошел стажировку в Лейпцигском институте общей патологии у профессора Ю. Конгейма, а также в клинике нервных и внутренних болезней во Франции. Профессор А.Б. Фохт в 1891 г. организовал при кафедре и руководил первым в России Институтом общей и экспериментальной патологии.

Профессор А.Б. Фохт был одним из создателей и в течение ряда лет руководителем Московского терапевтического и Российского эндокринологического научных обществ. С 1918 по 1920 г. он был деканом медицинского факультета 1-го Московского университета. Учениками Александра Богдановича были впоследствии известные врачи и ученые: А.И. Тальянцев, В.К. Линдеман, Ф.А. Андреев, Г.И. Россолимо, Д.Д. Плетнев, В.Г. Коренчевский, В.В. Воронин, В.Ф. Зеленин, Г.П. Сахаров и др. Профессор А.Б. Фохт заслуженно считается основоположником Московской и Российской научной школы патофизиологов и патологов.

С 1907 по 1910 г. на кафедре и в Институте общей патологии при ней под руководством профессора А.Б. Фохта работал ассистентом и приват-доцентом В.Г. Коренчевский. Потом, с 1920 по 1945 г., Владимир Георгиевич проводил исследования в Листеровском институте превентивной медицины и в Медицинском исследовательском центре Лондона. В 1945 г. он основал в Оксфорде Геронтологическую лабораторию, а затем – «Британское общество по изучению старения». **Профессор В.Г. Коренчевский признан отцом мировой геронтологии.**

Дальнейшее развитие клинического направления патофизиологии в России получило во времена руководства кафедрой профессорами Г.П. Сахаровым и С.С. Халатовым.

Заслуженный деятель науки профессор Г.П. Сахаров стажировался в Гиссенском институте и в Институте экспериментальной терапии в Германии. Гавриил Петрович заведовал кафедрой с 1914 по 1929 г. Основные труды его посвящены проблемам аллергологии, иммунопатологии, эндокринопатиям, онкологии, наследственной патологии и конституции человека. **В 1904 г., находясь на стажировке во Франции в лаборатории Артюса, Г.П. Сахаровым открыто явление местной сывороточной анафилаксии. Феномен этот назван его именем: Артюса – Сахарова.** Многие из учеников профессора Г.П. Сахарова стали руководителями кафедр патофизиологии и научно-исследовательских лабораторий в вузах Советского Союза.

Заведующий кафедрой патофизиологии с 1929 по 1947 г., заслуженный деятель науки, **профессор С.С. Халатов был автором признанной в мире концепции патогенной роли холестерина в развитии атеросклероза у человека.** Им впервые доказана уникальная биологическая активность эмбриональных клеток и эндокринных желез. Это заложило основы клеточных лечебных технологий современной медицины. По инициативе Сергея Семеновича при кафедре патологической физиологии была создана первая в СССР экспериментальная база клинических исследований – Центральная научно-исследовательская лаборатория, ЦНИЛ.

С 1943 г. на кафедре патофизиологии отрабатывал методы оживления организма ассистент В.А. Неговский В годы Второй мировой войны Владимир Александрович руководил бригадой Главного военно-санитарного управления Наркомздрава СССР. В течение короткого срока В.А. Неговский и его коллеги разработали эффективный метод восстановления жизнедеятельности организма человека в состоянии клинической смерти. Лауреат Государственных премий СССР 1952 и 1970 гг. профессор В.А. Неговский организовал первый в стране научно-исследовательский институт реаниматологии. Профессор В.А. Неговский является отцом современной реаниматологии.

В годы заведования кафедрой профессора С.М. Павленко (с 1947 по 1976 г.), а затем его приемника – профессора Н.И. Лосева (с 1976 по 1990 г.), проводилась большая методическая и организационная работа по дальнейшему развитию клинико-экспериментального направления научных исследований и преподавания патофизиологии.

Профессор С.М. Павленко совместно с руководимым им коллективом изучал роль реактивности и сенсибилизации организма в развитии различных форм патологии. Под его руководством разрабатывались методологические аспекты учений о саногенезе и предболезни, о механизмах развития эндокринопатий, посттемотрансфузионного шока и «пластмассового канцерогенеза» – формирования опухолей в тканях, в которых размещались пластмассовые импланты. Стефан Макарович был инициатором создания и первым руководителем Всесоюзного (сейчас Российского) научного общества патофизиологии.

Основные научные труды руководителя кафедры профессора Н.И. Лосева и других ее сотрудников были связаны с изучением повреждающих и адаптивных эффектов гипоксии, механизмов центральной регуляции дыхания при экстремальных состояниях, патогенеза артериальных гипертензий, злокачественных опухолей, инфаркта миокарда, язвенной болезни желудка и других патологических процессов. Николай Иванович являлся автором открытия «Терминальная форма деятельности дыхательного центра».

С 1991 г. – почти 25 последних лет – кафедру возглавляет избранный на альтернативной основе из трех претендентов доктор медицинских наук, член-корр. РАН, профессор Петр Францевич Литвицкий. Им и его коллегами впервые выявлены феномены и описаны механизмы ускорения роста опухолей при артериальной гипертензии и торможения развития гипертензии при росте злокачественных новообразований; чрезмерной генерации активных форм кислорода при атерогенезе у человека; закономерной динамики экспрессии CD-молекул лимфоцитами при заболеваниях различного генеза и при адаптации человека к факторам мегаполиса.

В содружестве с клиницистами выполнены приоритетные исследования по патофизиологии реперфузионного кардиогенного синдрома; сформулирована концепция о механизмах повреждения и защиты сердца при его постишемической реперфузии в результате коронарного тромболизиса, аорто-коронарного шунтирования и стентирования артерий сердца. **Результаты этих исследований признаны Президиумом РАМН лучшими работами и награждены Дипломами имени профессора М.П. Кончаловского в 1987 г. и академика А.А. Богомольца в 2010 г.**

Сотрудниками кафедры создан уникальный учебно-методический комплекс «Клиническая патофизиология» на русском, английском и французском языках. За последние 12 лет он выдержал пять изданий. Исследователи кафедры совместно с клиницистами разрабатывают научную проблему: «Механизмы развития, принципы профилактики и патогенетической терапии наиболее социально значимых болезней человека»: коронарной и сердечной недостаточности, нейродегенераторных заболеваний, инсульта, наркоманий, заболеваний почек, перитонита, патологии системы гемостаза.

Главная цель обучения студентов на кафедре патофизиологии – выработка у них умения решать профессиональные врачебные задачи на основе патофизиологического анализа данных о пациенте и его болезни.

В настоящее время и ближайшей перспективе кафедральный коллектив решает три крупные задачи:

во-первых, модернизирует методическое обеспечение образовательного процесса в медицинском вузе. В связи с этим готовится к выпуску шестое издание учебно-методического комплекса «Клиническая патофизиология». Оно будет уже не только в виде книг, но и в сетевом электронном варианте;

во-вторых, концентрирует научную работу сотрудников на решении реальных современных проблем медицины. Речь идет о внедрении в клиническую практику методики оценки прогноза и эффективности лечения пациентов с острым инсультом, которая базируется на зарегистрированном в 2013 г. изобретении «Способ прогнозирования исхода острого периода ишемического инсульта», о разработке алгоритмов индивидуального подбора наиболее эффективного для данного пациента лекарственного препарата, а также технологии целенаправленного перепрограммирования экспрессии генов фагоцитов пациентов с перитонитом для предотвращения его хронического течения и развития иммунопатологических состояний;

в-третьих, учитывая приток на кафедру молодых и работоспособных специалистов, формирует современную дееспособную команду преподавателей и научных сотрудников различных поколений патофизиологов для развития образовательного процесса и научных исследований.

П.Ф. ЛИТВИНОВ

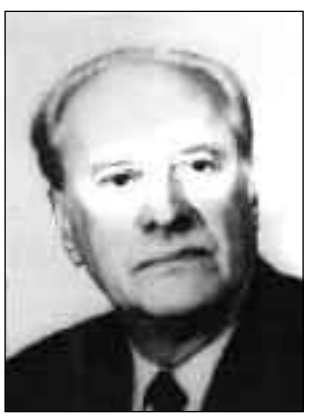
Профессор А.И. Полунин

Профессор А.Б. Фохт

Профессор Г.П. Сахаров

Профессор С.С. Халатов

Профессор С.М. Павленко



Профессор Н.И. Лосев

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ: ПРИЧИНЫ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Хронический стресс оказывает значительное влияние на физическое и психическое здоровье специалистов. Так, деятельность, связанная с интенсивным и эмоционально напряженным взаимодействием с людьми, может быть причиной профессионального стресса и приводить к развитию синдрома эмоционального выгорания (СЭВ).

Первоначально этот термин определялся как состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности. СЭВ характеризуется постепенной утратой эмоциональной, когнитивной и физической энергии, и проявляется в симптомах эмоционального и умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.

Данному патологическому состоянию наиболее подвержены представители «помогающих» профессий и управленческий персонал: медицинские работники, менеджеры, педагоги, психологи и сотрудники правоохранительных органов.

C. Cherniss в 1980 г. определил данное состояние как потерю мотивации в работе в ответ на чрезмерные обязательства, неудовлетворенность, реализующуюся в психологическом уходе и эмоциональном истощении. W.B. Schaufeli отметил тесную связь появления выгорания и чувства несправедливости, социальной незащищенности, социально-экономической нестабильности. Профессиональный рост, обеспечивающий повышение социального статуса, уменьшает степень выгорания. К сожалению, выгорание может носить «инфекционный» характер и заражать других сотрудников, склонных к нему.

Вопрос нозологической принадлежности данного синдрома остается открытым. Диагностическим эквивалентом СЭВ в МКБ-10 является Z73.0 «Burnout». State of vital exhaustion (Состояние переутомления).

Ранее нами были изучены клинические проявления СЭВ и выделены следующие симптомокомплексы: астенический, психовегетативный, цефалгический, тревожно-фобический, легких когнитивных нарушений. Кроме этого, проведенное нами исследование показало выраженное снижение качества жизни у пациентов с СЭВ, причем не только по показателю жизненной активности, отражающему истощаемость, но и по показателям общего и психического здоровья, что свидетельствует о выраженных эмоциональных нарушениях и негативных оценках больными своего состояния здоровья в настоящий момент и оценках перспектив лечения.

При лечении клинических проявлений СЭВ достаточно часто и эффективно используются нейропротекторные средства. К данной группе лекарственных средств принадлежит и препарат Цитофлавин, который представляет собой комплексную субстратную композицию из янтарной кислоты, рибоксина, рибофлавина. Препарат оказывает положительный эффект на процессы энергообразования в клетке, снижая выраженность оксидантного стресса и подавляя избыточный выброс возбуждающих нейротрансмиттеров в условиях ишемии. Цитофлавин позволяет улучшить показатели энергетического обмена за счет усиления аэробного гликолиза, что проявляется увеличением внутриклеточного фонда макроэргических соединений – АТФ и креатин-фосфата. Цитофлавин активизируя метаболические процессы в центральной нервной системе, способствует восстановлению интеллектуально-мнестических функций.

Препарат хорошо переносится и применяется при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения, при энцефалопатиях разного генеза. Так, Цитофлавин при сотрясении и ушибе головного мозга способствует увеличению потребления кислорода тканями, оказывает положительное влияние на показатели гемодинамики, функции легких, оказывает репаративное действие. Кроме того, при ушибах головного мозга средней и тяжелой степени, способствует восстановлению когнитивных функций. Цитофлавин при токсической и постгипоксической энцефалопатии сокращает длительность коматозного периода, снижает частоту развития отека головного мозга, что в свою очередь снижает летальность.

Результаты многоцентрового рандомизированного исследования проведенного З.А. Суслиной и соавт. (2007), показали, что курсовая терапия (2 таблетки 2 раза в день в течение 25 дней) астено-невротического синдрома у больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью Цитофлавином приводит достоверному уменьшению выраженности как астенического, так и невротического синдромов. Установлено положительное влияние препарата на когнитивно-мнестические функции, показатели качества жизни и сна пациентов.

При острых состояниях Цитофлавин применяется внутривенно капельно, а при хронических заболеваниях назначается в таблетированной форме по 2 таблетки 2 раза в день курсом не менее 25 дней.

Проведенные ранее исследования позволяют предположить высокую эффективность использования Цитофлавина в лечении клинических проявлений СЭВ.

Л.С. ЧУТКО,
профессор, д.м.н., руководитель центра поведенческой неврологии,
С.Ю. СУРУШКИНА,
заведующая лабораторией коррекции психического развития и адаптации, научный сотрудник Института мозга человека, к.м.н,
А.В. РОЖКОВА,
врач-невролог Института мозга человека

МОЛОДЫЕ ТЕРАПЕВТЫ РОССИИ НА ESIM 2014

Благодаря победе на конкурсе молодых ученых, состоявшемся в рамках VIII Национального конгресса терапевтов в Москве (20-22 ноября 2013 г.), в качестве главного приза Николай Царев из Тулы был удостоен участия в Европейской школе внутренней медицины (ESIM), став в 2014 г. вторым участником подобных мероприятий из России за все годы их проведения.

Европейская Школа внутренней медицины проводится дважды в год (по разу зимой и летом) под эгидой Европейской Федерации внутренней медицины (EFIM). В этом году уже 22-я по счету Школа прошла с 15 по 21 июня в Италии, в городке Коста Реи на острове Сардиния. В ее работе приняли участие 44 представителя из 22 стран. Ежедневно занятия начинались в 8:30 и заканчивались около 18:00.

На открытии Школы с приветственным словом к участникам обратились директор ESIM, профессор Nicola Montano (Италия) и президент Европейской Федерации внутренней медицины, профессор Maria Cappellini (Италия).

Основными форматами работы были лекции с последующей дискуссией, круглые столы, сценарии и презентации клинических случаев.

Лекции были представлены в формате презентаций, причем нередко последующие дискуссии были продолжительнее самих лекций, и вызывали большой интерес у учащихся. Среди лекторов были известные ученые – Maria Cappellini (Италия), Ramon Pujol (Испания), Chris Davidson (Великобритания), Lorenzo Dagna (Италия), Franck Bosch (Нидерланды) и другие ведущие специалисты в области внутренней медицины, работающие в крупных европейских медицинских и научно-исследовательских центрах.

Тематика лекций представляла большой интерес для каждого молодого врача – речь шла об организации работы терапевтов в разных странах Европы, о проблемах, возникающих при выработке практических рекомендаций для врачей, о необходимости более широкого внедрения биопсий. Наряду с вопросами организации систем здравоохранения обсуждались и прикладные вопросы: чувствительность и специфичность лабораторных тестов, рациональная инфузионная терапия, тактика врача при подозрении септических состояний, сложностей в диагностике тромбоэмболий.

Большое внимание уделялось также вопросам полипрагмазии, избыточности инструментальных обследований, которые подчас проводятся в ущерб клиническому осмотру. В ходе проведения круглых столов участники Школы были разбиты на группы по 6-8 человек; каждой группе предстояло ответить на вопрос, решить клиническую задачу либо представить свою точку зрения на поставленную проблему. Такой формат предполагал активное участие каждого учащегося, мотивировал высказать свою точку зрения и, учитывая мнение каждого, совместно прийти к решению конкретной задачи.

Особый интерес вызвал круглый стол, посвященный сравнению практических рекомендаций, действующих в Европе, Канаде и США, по фибрилляции предсердий. Несмотря на то, что подходы к лечению разных групп пациентов с этим заболеванием в указанных рекомендациях в целом не отличаются, тем не менее имеется ряд различий, который и явился предметом обсуждения.

Сценарии клинических случаев – это заранее подготовленные организаторами клинические задачи, решить которые предстояло участникам дискуссионно. Речь шла о безболевых формах инфаркта миокарда, о диагностике тромбоэмболии легочной артерии, об оценке боли в груди.

Презентации клинических случаев были подготовлены участниками Школы, каждая страна готовила по одному клиническому случаю для обсуждения. Мною, как представителем Российской Федерации, был представлен случай верхушечного рака легкого с синдромом Панкоста. Большой интерес у меня вызвала презентация врачей из Франции, представивших случай болезни Фабри. Принимая участие в дискуссиях, я верно диагностировал синдром Педжета-Шреттера у молодого спортсмена в клиническом случае, представленном участником из Израиля. Презентации всех стран-участниц выложены организаторами на официальной странице Школы – http://www.esim2014.org/.

Разумеется, несмотря на плотный график занятий, я познакомился с молодыми врачами из других стран, завел много новых друзей. Все свободное время участники Школы проводили вместе. Была организована экскурсионная поездка по морю, в которой приняли участие все учащиеся. Атмосфера была очень доброжелательная. Со многими коллегами я продолжаю поддерживать контакты и после возвращения домой. По результатам поездки могу сделать вывод о высоком качестве медицинского образования в Российской Федерации, не уступающем европейскому уровню.

В завершении хочу еще раз поблагодарить Российское научное медицинское общество терапевтов за возможность участия в ESIM-2014. Уверен, что полученные знания будут полезными в медицинской деятельности, в профилактической, диагностической и лечебной работе.

Н. Н. ЦАРЕВ,
врач-невролог
ГУЗ ТО Тульской областной клинической больницы

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Медицинская газета®

Основано в 1893 году
Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ

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

объем издания: полноцветные 16 полос.

Почтовые подписные индексы
В Объединенном каталоге «Пресса России»:
50075 – помесячно, 32289 – полугодовая,
42797 – подписка на 2015 год

Подписку можно оформить также через редакцию газеты или через альтернативное подписное агентство в вашем городе.

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

Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090 .
Тел./факс: (495) 608 86 95, подписка – (495) 608 84 89,
реклама – (495) 608 85 44
e-mail: mggazeta@mgzt.ru

Продолжается подписка на 2015 г. через издательство ЗАО «РКИ Соверо пресс»

12 месяцев (четыре журнала в год) **1900 руб.**
6 месяцев (два журнала в полугодие) **950 руб.**
3 месяца (один журнал) **475 руб.**

Подписной индекс в каталоге «Пресса России» **29662** на полугодие **11878** на год

www.annaly-nevrologii.ru

Анналы клинической и экспериментальной неврологии

ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

БЛАНК-ЗАКАЗ на 2015 год

Название организации (или ФИО) _____

Адрес (с почтовым индексом) _____

Телефон: _____ E-mail: _____

Номера журналов: (1, 2, 3, 4) ☐ ☐ ☐ ☐ нужное отметить

Отправьте заполненный бланк-заказ и квитанцию, оплаченную в любом отделении Сбербанка РФ (или их копию) по адресу: **125130, Москва, 4-й Новоподмосковный пер., д. 4, ЗАО «РКИ Соверо пресс», тел.: (499) 159-98-47** или по E-mail: **soveropress@bk.ru**

Форма № ПД-4

Извещение

ЗАО «РКИ Соверо пресс» **КПП: 770401001**
(наименование получателя платежа)
7704193721 (ИНН получателя платежа) 40702810500017000040 7 (номер счета получателя платежа)
в **ОАО «Банк Москвы»** БИК 044525219
(наименование банка получателя платежа)
Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810500000000219
Журнал «Анналы клинической и экспериментальной неврологии» (наименование платежа) _____ (номер лицевого счета (код) плательщика)
Ф.И.О. плательщика _____
Адрес плательщика _____
Сумма платежа_____ руб. _____ коп. Сумма платы за услуги_____ руб. _____ коп.
Итого _____ руб. _____ коп. « _____ » _____ 20 ____ г.

Кассир

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.

Подпись плательщика _____

Квитанция

ЗАО «РКИ Соверо пресс» **КПП: 770401001**
(наименование получателя платежа)
7704193721 (ИНН получателя платежа) 40702810500017000040 7 (номер счета получателя платежа)
в **ОАО «Банк Москвы»** БИК 044525219
(наименование банка получателя платежа)
Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810500000000219
Журнал «Анналы клинической и экспериментальной неврологии» (наименование платежа) _____ (номер лицевого счета (код) плательщика)
Ф.И.О. плательщика _____
Адрес плательщика _____
Сумма платежа_____ руб. _____ коп. Сумма платы за услуги_____ руб. _____ коп.
Итого _____ руб. _____ коп. « _____ » _____ 20 ____ г.

Кассир

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.

Подпись плательщика _____

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ

Более 200 лет тому назад Рудольф Вирхов сформулировал основные патофизиологические механизмы, лежащие в основе тромбообразования: замедление кровотока, гиперкоагуляция и повреждение сосудистой стенки. Сегодня знаменитая триада Вирхова получила не только клиническую оценку, но и способствовала созданию системы лечебно-профилактических мер по предупреждению венозных тромбозов (ВТЭ) и его последствий.

Были обозначены прогностические факторы риска венозной тромбоэмболии, согласно которым высоким прогностическим значением (отношение рисков (ОР)>10) обладают перелом бедра или голени, замена бедренного или коленного сустава, большие хирургические операции, травмы и повреждение спинного мозга; умеренным (ОР–2-9) – артроскопические операции на коленном суставе, центральные венозные катетеры, онкологические заболевания и химиотерапия, хроническая сердечная и легочная недостаточность, заместительная гормональная терапия и оральная контрацепция, последствия перенесенного инсульта, беременность и послеродовый период, ВТЭ в анамнезе и тромбофилия; низким (OR менее 2) – постельный режим более трех дней, длительное сидячее положение, поездка в автомобиле и путешествие в самолете, перенесенные лапароскопические операции, ожирение, беременность в дородовом периоде и наличие варикозных вен.

В связи с имеющимися сложностями при лечении варфарином вполне закономерным было появление новой группы пероральных антикоагулянтов, лишенной его недостатков, но обеспечивающих такую же эффективность и безопасность. Эти препараты объединились в одну группу – новые пероральные антикоагулянты (НПОАК), характеризующиеся быстрым началом и прекращением действия, предсказуемостью антикоагулянтного эффекта, возможностью унификации дозировки для разных типов пациентов, отсутствием необходимости в рутинном контроле коагуляции, действием на один фактор свертывания крови.

Как известно, антикоагулянты непрямого действия подавляют синтез витамин К-зависимых факторов свертывания крови (II, VII, IX и X) и антикоагулянтных протеинов С и S в печени. При этом ключевая роль в каскаде коагуляции принадлежит Ха фактору. Одним из ингибиторов этого ключевого фактора гемостаза является ривароксабан (Ксарелто, Байер). Проведенные исследования демонстрируют его высокую эффективность и безопасность, а также отсутствие необходимости в лабораторном контроле. Ривароксабан имеет ряд преимуществ:

1) является селективным ингибитором Ха фактора;

2) обладает высокой биодоступностью;

3) быстрое начало действия;

4) экскретируется почками на 33% в неизменном виде, в виде неактивных метаболитов поровну по 33% с желчью и мочой;

5) предсказуемая фармакокинетика, прямая линейная зависимость доза-концентрация эффект;

6) обеспечивает 24-часовое ингибирование образования тромбина;

7) не требует лабораторного контроля и подбора дозы;

8) небольшой спектр клинически значимых лекарственных и отсутствие пищевых взаимодействий;

9) диаметр таблетки 6 мм, имеет хорошую переносимость;

10) является наиболее изученным из современных антикоагулянтов: программа клинических завершенных исследований включила более 100 тыс. пациентов, а всех, включая идущие и запланированные, – около 275 тыс. пациентов.

Ривароксабан – единственный из новых пероральных антикоагулянтов, зарегистрированных в России, имеет однократный прием, что обеспечивает высокую приверженность к лечению. Согласно исследованиям «реальной практики» Diamantopoulos A. et al. (2013), спустя 6 месяцев после назначения терапии, 82% пациентов продолжали принимать ривароксабан, при том, что дабигатран продолжили принимать только 62%, а варфарин – 45% пациентов. Необходимо отметить, что после однократного приема ривароксабана его концентрация в плазме через 24 часа достаточна и превышает минимальную концентрацию, необходимую для ингибирования 50% Ха-фактора.

Использование ривароксабана при ФП

Для оценки риска тромботических осложнений у пациентов с ФП существует шкала CHA_2DS_2-VASc.

Риск развития инсульта и других тромботических осложнений возрастает пропорционально увеличению суммы баллов по шкале. Так, если сумма равна 1, то риск развития инсульта составляет 1,3% в год, если 2 балла – 2,2% в год, при максимально возможных 9 баллах – 15,2%. Однако надо помнить, что анитромботическая терапия сопряжена с риском развития геморрагических осложнений, для оценки риска которых используют шкалу HAS-BLED. При назначении антикоагулянтов необходимо соблюдать баланс между риском инсульта и риском кровотечения. Но высокий риск кровотечения в соответствие со шкалой HAS-BLED не является аргументом для неиспользования антикоагулянтов.

Ривароксабан для профилактики инсульта назначается в дозировке 20 мг всем пациентам вне зависимости от пола, возраста. Исключение составляют больные с нарушением функции почек (КК 49–30 мл/мин) – для них рекомендованная доза составляет 15 мг 1 раз в день.

Учитывая минимальное количество противопоказаний и данные клинических исследований по эффективности, безопасности применения, а также высокий комплайнс, можно рассматривать ривароксабан как наиболее приближенный к современным требованиям пероральный антикоагулянт для длительной амбулаторной профилактики у пациентов с ФП.

На Европейском Конгрессе Кардиологов в августе этого года были представлены результаты только что завершенного исследовании X-VERT, где было показано, что ривароксабан в дозе 20 мг 1 раз в день может быть эффективной и безопасной альтернативой варфарину при плановой кардиоверсии. Помимо этого, его применение позволяет проводить плановую кардиоверсию у больных с ФП в более короткие сроки.

Использование оральных антикоагулянтов при ТЭЛА

ТЭЛА является третьей после ИМ и инсульта причиной сердечно-сосудистой смерти. С целью определения вероятности развития ТЭЛА в 2014 г. предложена модификация шкалы Wells.

Среди инструментальных и лабораторных признаков высоким прогностическим значением при ТЭЛА обладают маркеры дисфункции правого желудочка, повреждения миокарда, тромбоза и инфаркт-пневмонии или окклюзии легочной артерии, на основании наличия которых определяют риск смерти (высокий или не высокий).

При высоком риске развития смерти при ТЭЛА пациенту показано проведение тромболитической терапии при отсутствии абсолютных противопоказаний и затем применение антикоагулянтов для профилактики рецидива. При риске, не определяемом как высокий, показано консервативное лечение с применением антикоагулянтной терапии, продолжительность которой должна быть не менее 3 месяцев.

В этом плане рекомендуется применение ривароксабана, в том числе для лечения острой ТЭЛА с первого дня по 15 мг 2 раза в день в течение 21 дня, затем прием препарата продолжается в профилактической дозировке – 20 мг в сутки в течение 3-6 месяцев. Дальнейший прием препарата решается врачом индивидуально в зависимости от наличия факторов риска.

У пациентов с острой ТЭЛА в исследовании EINSTEIN PE ривароксабан продемонстрировал: высокую эффективность, аналогичную последовательной терапии НМГ/АВК; более низкий риск массивных кровотечений (1,1%); сходные результаты при оценке эффективности и безопасности независимо от возраста, массы тела, пола, функции почек и наличия злокачественных опухолей и рецидивирования тромбоза.

Антикоагулянты у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС)

Несмотря на рекомендованную и широко используемую двойную антиагрегантную (ацетилсалициловая кислота (АСК) + тиенопиридины) терапию, после ОКС, особенно в первые 6-12 месяцев, сохраняется высокая смертность, риск повторных нефатальных ИМ, повторных госпитализаций, срочной реваскуляризации и инсультов. При образовании тромбоза при ОКС, помимо активации тромбоцитарного звена, отмечается также активация свертывающей системы крови, наблюдающаяся не только в острой фазе заболевания. Так, имеются данные исследований, свидетельствующие о сохранении повышенного уровня тромбина в течение 1 года у пациентов, перенесших ОКС. В связи с этим к двойной антиагрегантной терапии целесообразно добавление пероральных антикоагулянтов в комбинации с проводимой антиагрегантной терапией. Исследование WOEST – первое исследование, в котором изучалось добавление варфарина к монотерапии клопидогрелом или комбинации ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела, показало, что такое лечение статистически значимо снижало смертность, но сопровождалось значительно большей частотой кровотечений.

Ривароксабан на сегодняшний день является единственным НПОАК, имеющим зарегистрированное показание – профилактика смерти вследствие сердечно-сосудистых причин и инфаркта миокарда у пациентов после ОКС, протекавшего с повышением кардиоспецифических биомаркеров, в комбинированной терапии с ацетилсалициловой кислотой или с ацетилсалициловой кислотой и тиенопиридинами – клопидогрелем или тиклопидином. В исследовании ATLAS ACS TIMI 51 у пациентов, принимавших ривароксабан в комбинации с АСК и тиенопиридином, после ОКС снижалась частота комбинированной первичной конечной точки, включавшая в себя сердечно-сосудистую смерть, повторный инфаркт, инсульт на 34% (p=0,002). При этом ривароксабан в дозе 2,5 мг 2 раза в день не увеличивал частоту фатальных кровотечений и фатальных внутричерепных кровотечений по сравнению с плацебо.

Эти данные позволили в 2012 г. Европейским обществом кардиологов рекомендовать применение ривароксабана 2,5 мг кратностью 2 раза в сутки для лечения пациентов после инфаркта миокарда, которые имеют низкий риск развития кровотечений и уже получающих аспирин + клопидогрел. В России данное показание зарегистрировано в декабре 2013 г.

Другой прямой ингибитор Ха фактора – апиксабан в клиническом исследовании III фазы APPRAISE-II и прямой ингибитор тромбина – дабигатран этексилат в клиническом исследовании II фазы RE-DEEM, назначаемые дополнительно к двойной атиагрегантной терапии, у больных с ОКС не продемонстрировали терапевтическую эффективность, подобную ривароксабану, но и увеличивали риск кровотечений.

В заключение следует отметить, что ривароксабан – единственный НПОАК, достигший запланированного результата во всех клинических исследованиях, и в настоящее время имеет следующие показания для применения: лечение ТГВ и ТЭЛА, вторичная профилактика ВТЭ, профилактика тромботических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий, вторичная профилактика у больных с ОКС. При этом проводимые в настоящее время клинические исследования у больных с заболеваниями периферических артерий, сердечной недостаточностью, для профилактики криптогенного инсульта, длительной вторичной тромбопрофилактики еще в большей степени расширят показания для применения ривароксабана в клинике.

А.Л. ВЕРТКИН,
профессор, засл. деятель науки РФ,
зав. кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи
МГМ им. А.И. Евдокимова

А.М. ГРИЦАНЧУК,
зав. кардиореанимационным отделением
городской клинической больницы № 50
Департамента здравоохранения Москвы

КСАРЕЛТО®. Международное непатентованное название: ривароксабан. Лекарственная форма: таблетки покрытые пленочной оболочкой. 1 таблетка покрытая пленочной оболочкой содержит 15 или 20 мг ривароксабана микронизированного. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: – профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанного происхождения; – лечение тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии и профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к ривароксабану или любым вспомогательным веществам, содержащимся в таблетке; клинически значимые активные кровотечения (например, внутричерепное кровоизлияние, желудочно-кишечные кровотечения); повреждение или состояние, связанное с повышенным риском большого кровотечения (например, имеющаяся или недавно перенесенная желудочно-кишечная язва, наличие злокачественных опухолей с высоким риском кровотечения, недавние травмы головного или спинного мозга, операции на головном, спинном мозге или глазах, внутричерепное кровоизлияние, диагностированный или предполагаемый вариоз вен пищевода, артериовенозные мальформации, аневризмы сосудов или патология сосудов головного или спинного мозга); сопутствующая терапия какими-либо другими антикоагулянтами, например, нефракционированным гепарином, низкомолекулярными гепаринами (эноксапарин, далтепарин и др.), производными гепарина (фондапаринукс и др.), пероральными антикоагулянтами (варфарин, апиксабан, дабигатран и др.), кроме случаев перехода с или на ривароксабан или при применении нефракционированного гепарина в дозах, необходимых для обеспечения функционирования центрального венозного или артериального катетера; заболевания печени, протекающие с коагулопатией, которая обуславливает клинически значимый риск кровотечений; беременность и период грудного вскармливания; детский и подростковый возраст до 18 лет; у пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина <15 мл/мин); врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция (в связи с наличием в составе лактозы). С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: – При лечении пациентов с повышенным риском кровотечения (в том числе при врожденной или приобретенной склонности к кровотечениям, неконтролируемой тяжелой артериальной гипертонии, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, недавно перенесенной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, сосудистой ретинопатии, бронхоэктазах или легочном кровотечении в анамнезе); – При лечении пациентов с почечной недостаточностью (клиренс креатинина 49–30 мл/мин), получающих одновременно препараты, повышающие уровень ривароксабана в плазме крови; – При лечении пациентов с почечной недостаточностью (клиренс креатинина 29–15 мл/мин; – У пациентов, получающих лекарственные препараты, влияющие на гемостаз (например, НПВП, антиагреганты или другие антитромботические средства); – у пациентов, получающих системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы (например, кетоконазолом) или ингибиторами протеазы ВИЧ (например, ритонавиром) вследствие увеличения риска развития кровотечений. – Пациенты с почечной недостаточностью (клиренс креатинина 29–15 мл/мин) или повышенным риском кровотечения и пациенты, получающие сопутствующее системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы или ингибиторами протеазы ВИЧ, после начала лечения должны находиться под пристальным контролем для своевременного обнаружения осложнений в форме кровотечений. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: Учитывая механизм действия, применение Ксарелто® может сопровождаться повышенным риском скрытого или явного кровотечения из любых органов и тканей, которое может приводить к постгеморрагической анемии. Геморрагические осложнения могут проявляться слабостью, бледностью, головокружением, головной болью, одышкой, а также увеличением конечности в объеме или шоком, которые невозможно объяснить другими причинами. В некоторых случаях вследствие анемии развивались симптомы ишемии миокарда, такие как боль в груди и стенокардия. Также часто отмечаются анемия, кровоизлияние в глаз (включая кровоизлияние в конъюнктиву), кровоточивость десен, желудочно-кишечное кровотечение (включая ректальное кровотечение), боли в области желудочно-кишечного тракта, диспепсия, тошнота, диарея, рвота, периферические отеки, повышение активности трансаминаз, ухудшение общего самочувствия (включая слабость, астению), кровоизлияния после проведенных процедур (включая послеоперационную анемию и кровотечение из раны), избыточная гематома при ушибе, головокружение, головная боль, кровотечение из урогенитального тракта (включая гематурию и меноррагию), почечная недостаточность (включая повышение уровня креатинина, повышение уровня мочевины), носовое кровотечение, зуд (включая нечастые случаи генерализованного зуда), сыпь, экхимоз, гипотензия, гематома. Регистрационный номер: ЛП-001457. Актуальная версия инструкции от 29.08.2013. Производитель: Байер Фарма АГ, Германия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

1. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database Syst Rev 2001; Issue 1. 2. Patel MR et al. N Engl J Med 2011;365:883–891. 3. Novel OAC registry Dresden presented ASH2012 https://ash.confex.com/ash/2012/webprogram/Paper49970.html Beyer-Westendorf. - Updated results of the prospective NOAC registry.

L.RU.GM.06.2014.0419

МИТОХОНДРИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ НАЖБП

В последнее десятилетие не ослабевает интерес к проблеме лечения неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). С морфологической точки зрения эта патология охватывает спектр поражений печени, характеризующихся жировой дистрофией гепатоцитов (с признаками воспаления или без них), возможностью развития и прогрессирования фиброза органа и исходом в цирроз.

Патогенез НАЖБП сложен и в значительной мере зависит от этиологического фактора и включает экзогенные и эндогенные механизмы. К экзогенным факторам относится увеличение всасывания из кишечника продуктов расщепления липидов и моносахаридов, являющихся предшественниками глицеридов. Эндогенные патогенетические механизмы включают развитие инсулинорезистентности тканей, усиление периферического липолиза (действие алкоголя, катехоламинов и др.), снижение утилизации свободных жирных кислот гепатоцитами, повышение синтеза липидов и дефицит белков. Одним из основных метаболических нарушений, лежащих в основе НАЖБП, является нарушение баланса цикла глюкоза/свободные жирные кислоты (СЖК). СЖК обладают прямой (детергентный эффект, генотоксичность) и опосредованной перекисным окислением липидов (ПОЛ) токсичностью, приводящей к ингибированию активности АТФ-аз, угнетению гликолиза, разобщению окислительного фосфорилирования и снижению синтеза АТФ.

В процессе оксидативного стресса отмечается чрезмерная мобилизация свободных ионов железа из ферритина, что увеличивает содержание гидроксильных радикалов. Свободные радикалы запускают реакции ПОЛ, а также продукцию провоспалительных цитокинов, включая ФНО-альфа, ИЛ-6 и ИЛ-8. Эти патологические реакции приводят к некрозам гепатоцитов и развитию воспалительной клеточной инфильтрации как в портальных трактах, так и в дольках. Продукты ПОЛ, продукты гибели гепатоцитов, ФНО-альфа и ИЛ-6 являются активаторами стеллатных (Ито) клеток. Их стимуляция сопровождается избыточной продукцией компонентов соединительной ткани с развитием перисинусоидального фиброза, а при длительном персистировании процесса – циррозом печени.

В последние годы возрастающее внимание уделяется роли гипоксии, фактически занимающей место промежуточного фактора между первым и вторым «толчками» в состоянии НАЖБП. Это предшествует развитию процессов липопероксидации и представляющей собой митохондриальную дисфункцию гепатоцитов в результате разобщения окисления и фосфорилирования. Кроме того, гипоксия может стать и непосредственным фактором риска развития НАЖБП, как, например, у больных с синдромом обструктивного апное во сне.

Независимо от причины гипоксии (нарушение воздушного потока при обструктивном апное, прямое разобщение окисления и фосфорилирования СЖК), гипоксические изменения в митохондриальном аппарате гепатоцитов носят сходный характер и проявляются увеличением объемной плотности митохондрий (ОПМ). Однако, несмотря на это, концентрация внутренних мембран митохондрий и общая протяженность внутренних мембран в одной митохондрии значительно снижаются. Поскольку последние содержат специфические белки, необходимые для осуществления процесса окислительного фосфорилирования, с помощью которого производится бóльшая часть АТФ в клетке, становится очевидным, что это будет приводить к усугублению энергодефицита в клетках печени и прогрессированию поражения органа.

В условиях клеточной гипоксии гепатоцитов одним из перспективных подходов для инициальной терапии поражений печени в рамках НАЖБП является быстрое улучшение энергетического статуса клетки путем ослабления ингибирования реакций цикла Кребса за счет поддержания активности его сукцинатоксидазного звена. Это FAD-зависимое звено, позднее угнетающееся при гипоксии по сравнению с NAD-зависимыми оксидазами. Оно может определенное время поддерживать энергопродукцию в клетке при условии наличия в митохондриях субстрата окисления – сукцината (янтарной кислоты). Такое воздействие может рассматриваться как инициальная терапия пациентов с НАЖБП с последующим переходом на препараты базисной терапии, а наиболее обоснованным выбором является применение сукцинатсодержащего препарата Ремаксола. Это сбалансированный полиионный раствор, действие которого в первую очередь обусловлено янтарной кислотой. Дополнительно в его состав введены метионин, инозин и никотинамид.

Янтарная кислота в составе препарата оказывает антигипоксическое (поддержание активности сукцинатоксидазного звена) и непрямое антиоксидантное действие (сохранение пула восстановленного глутатиона). Кроме того, предполагается, что янтарная кислота может выступать как паракринный агент, оказывающий воздействие на перициты (клетки Ито) в печени через специфические рецепторы (GPR91).

Метионин активно включается в синтез холина, лецитина и других фосфолипидов. Кроме того, под влиянием метионинаденозилтрансферазы из метионина в организме образуется S-аденозилметионин (SAM). Экспериментальные данные показали, что Ремаксол увеличивает уровень эндогенного SAM в печени.

За счет инозина достигается увеличение содержания общего пула пуриновых нуклеотидов, необходимых для ресинтеза не только макроэргов (АТФ и ГТФ), но и вторичных мессенджеров (цАМФ и цГМФ), а также нуклеиновых кислот. Никотинамид активирует НАД-зависимые ферментные системы.

Благодаря действию компонентов препарата происходит как поддержание энергетического обеспечения гепатоцитов, так и активация синтетических процессов в них. Клиническое его изучение показало, что он может быть использован как средство инициальной терапии благодаря выраженному антигипоксическому, непрямому антиоксидантному и репаративному действию, в том числе у больных с НАЖБП. У больных с неалкогольным стеатогепатитом при инициальной терапии Ремаксолом происходит достоверное уменьшение симптомов и биохимических показателей заболевания по сравнению с адеметионином, увеличение клубочковой фильтрации и снижение уровня креатинина [Стельмах В.В. и др., 2013].

Таким образом, наличие в патогенезе НАЖБП гипоксических изменений гепатоцитов позволяет, с одной стороны, рекомендовать универсальные подходы к инициальной терапии стеатозов и стеатогепатитов с использованием сукцинатсодержащих гепатотропных препаратов, а с другой, оставляет врачу простор в выборе средств этиопатогенетически ориентированной базисной терапии в соответствии с современными принципами доказательной медицины.

С.В. ОКОВИТЫЙ,
докт. мед. наук, профессор,
заведующий кафедрой фармакологии
и клинической фармакологии СПХФА

РЕЦЕПТОРЫ СЕРОТОНИНА КЛАССА 5НТ2 И АССОЦИИРОВАННЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Полагал ли Пауль Эрлих, выдающийся немецкий врач, насколько распространенным и важным для медицины станет придуманное им в 1907 г. понятие «рецептор»? Формулируя идею «волшебной пули» как лечебной панацеи, Эрлих вряд ли думал, что главной мишенью этой «пули» (то есть специфического и эффективного лекарства) станет рецептор. В современной медицине рецептор определяется как специализированная белковая структура, где информационный сигнал превращается в физиологический акт. С точки зрения фармакологии рецептор – объект селективного терапевтического воздействия.

Представление о рецепторе неизменно сопряжено с функцией медиатора или нейротрансмиттера. Одним из таких веществ является серотонин – регулятор большого спектра физиологических процессов. Вариабельные процессы, контролируемые при участии серотонина, реализуются за счет взаимосвязи с разными типами серотониновых рецепторов. В этих многофакторных построениях – объяснение многообразных функциональных возможностей серотонина и в то же время – причина, когда из компонента регуляции этот медиатор становится фактором патогенеза.

Серотонин играет большую роль в контроле тонуса кровеносных сосудов. Особенно значимой оказывается регуляция кровотока в мозге. От нее зависит доставка нейронам энергетических продуктов, регуляторных молекул, удаление метаболитов. Ишемия тканей мозга, недостаточное энергетическое обеспечение, атеросклеротические отложения в стенках кровеносных сосудов, нарушение баланса сигнальных медиаторных систем и множество прочих негативных влияний служат причинами формирования неврологических расстройств. В этом списке – острая и хроническая ишемия мозга, деменция альцгеймеровского типа, диабетическая полинейропатия, дисфункция периферических сосудов и др.

О значении серотонина в развитии периферической и церебральной ишемии свидетельствует ключевая роль, которую он играет в стимулировании агрегации тромбоцитов, вазоконстрикции, увеличении проницаемости сосудов и пролиферации клеток. Особую роль приобретает избирательная гиперчувствительность клеток крови и миоцитов к серотонину, которая провоцируется биохимическими продуктами в начальный период острой ишемии или на различных этапах хронических сосудистых заболеваний.

Однако действие серотонина в клетках любых органов осуществляется при его селективном взаимодействии с определенным рецептором. В различных тканях выявлено 7 типов рецепторов серотонина, которые оказываются «входными воротами» воздействия медиатора на клетку и реализации его эффектов. Фармакологический анализ установил, что описываемое действие серотонина на периферические сосуды и тромбоциты связано с рецепторами второго типа, а именно 5НТ2.

Исходно серотонин был обнаружен в тромбоцитах, и его роль первоначально ассоциировалась с регуляцией гемостаза и тонуса мелких артериальных сосудов. Однако были выявлены иные источники серотонина, чрезмерная экспрессия которого становится причиной развития многих заболеваний. Эндотелий капилляров способен синтезировать серотонин, активность которого сопрягается с образованием оксида азота; серотонинергические нейроны «опекают» сосудистые сплетения головного мозга; наконец, в условиях ишемии серотонинсодержащие нейроны активно выбрасывают запасы этого вещества. В ишемизированных тканях головного мозга существенно повышается уровень серотонина, гиперэкспрессия которого наряду с инверсией нейротрансмиттерной функции влияет на проницаемость и изменения тонуса сосудов.

Существует множество свидетельств важной роли серотонина в развитии патологических процессов в течение первых часов возникновения ишемии головного или спинного мозга. Из фактора регуляции и поддержания гомеостаза серотонин становится фактором болезни.

В этой связи был поставлен практический вопрос о поиске веществ, специфически блокирующих 5НТ2 рецепторы. Апробация различных соединений, взаимодействующих на уровне рецепторов серотонина, позволила установить различия между подтипами рецепторов и выбрать наиболее рациональные способы их блокады. Наибольшую селективность при блокаде рецепторов серотонина типа 5НТ2 проявил нафтидрофурил оксалат.

Нафтидрофурил оксалат [тетрагидро-альфа-(1-нафталенимилметил)-2-фуранпропановой кислоты 2-(диэтиламино) этиловый эфир] (препарат **ДУЗОФАРМ®**, компания ESKO PHARMA) относится к числу эффективных клинических средств, улучшающих периферическое и мозговое кровообращение. Вазодилатирующий эффект препарата **Дузофарм** проявляется только на уровне артериол и является результатом миотропного действия, связанного с блокадой 5НТ2 рецепторов, препятствующего вазоконстрикции, вызываемой серотонином. Кроме этого, **Дузофарм** снижает агрегацию тромбоцитов, препятствуя тем самым тромбообразованию. Финальным результатом является улучшение микроциркуляции, повышение парциального напряжения кислорода в тканях и, как следствие, улучшение энергетического обмена в клетках. Важная особенность препарата – отсутствие влияния на системное артериальное давление.

В основном перечне возможностей применения препарата **Дузофарм** – восстановительный период нарушений мозгового кровообращения, церебральная недостаточность с мнестическими расстройствами, посттравматическая энцефалопатия, идиопатическое нарушение слуха (болезнь Меньера), заболевания артерий сетчатки. С другой стороны, в этом списке облитерирующие поражения артерий нижних конечностей, синдром перемежающейся хромоты, болезнь Рейно, диабетическая антипатия, длительно незаживающие язвы и пролежни.

Обоснованность применения нафтидрофурила была подтверждена многочисленными исследованиями, проводимыми в европейских лабораториях и клинических центрах. В этих работах, с одной стороны, был выявлен спектр фармакологической активности нафтидрофурила, а с другой, установлены патофизиологические механизмы его действия.

Эффективность нафтидрофурила в лечении сосудистых заболеваний определяется комплексным влиянием на улучшение микроциркуляции и клеточный метаболизм, которое заключается в улучшении аэробной утилизации глюкозы. Вследствие специфического действия на фермент сукцинатдегидрогеназу, нафтидрофурил позитивно влияет на синтез АТФ и снижает уровень лактата. В опытах *in vitro* на изолированных миоцитах аорты и сосудах, лишенных эндотелиального слоя, было установлено нивелирование вызываемой серотонином вазоконстрикции при аппликации нафтидрофурила. Антиконстрикторный эффект нафтидрофурила был также обнаружен в коллатеральных сосудах *in vivo* в местах чрезмерной экспрессии серотонина при повреждении эндотелиальных клеток.

Нафтидрофурил улучшает метаболизм глюкозы в головном мозге после церебральной ишемии, вызываемой экспериментальной эмболией сосудов мозга. Действие нафтидрофурила приводит к заметному восстановлению уровней глюкозы и гликогена и восстановлению ферментативных реакций энергетическеого обмена. Исследования, проводимые на моделях транзиторной ишемии переднего мозга, показали, что предварительное введение нафтидрофурила, как селективного блокатора 5НТ2 рецепторов серотонина, предотвращало гибель нейронов гиппокампа. Более того, было доказано, что нафтидрофурил может действовать как непосредственный нейропротективный агент. В опытах на культуре нейронов переднего мозга установлено стимулирующее влияние вещества на потребление дезоксиглюкозы и увеличенный уровень циклического аденозинмонофосфата – важного регуляторного компонента выживаемости клеток.

Современный этап терапевтического применения нафтидрофурила характеризуется солидными многоцентровыми исследованиями в клинике, которые подтвердили его эффективность как при лечении нарушений периферического кровообращения, так и при неврологических расстройствах, связанных с центральной гемодинамикой. Клинические исследования, выполненные в ряде стран, позволили констатировать, что применение нафтидрофурила приводило к различным формам улучшения неврологического статуса у больных с цереброваскулярными расстройствами. В рандомизированном исследовании, включавшем 847 пациентов с болезнью Альцгеймера, диагностированной сосудистой деменцией, смешанной деменцией и сенильной деменцией, было показано, что пероральное применение нафтидрофурил оксалата приводит к значительному увеличению количества положительных результатов по значениям поведенческих критериев, когнитивных и познавательных тестов.

Патофизиологический анализ показал, что у пациентов, страдающих цереброваскулярной болезнью с атеросклеротическими бляшками в бифуркации сонной артерии, применение нафтидрофурила в течение 8 дней в пероральной дозе 400 мг приводило к достоверному улучшению вязкости крови, мембранной эластичности эритроцитов и теста индуцированной агрегации тромбоцитов. Таким образом, селективная блокада рецепторов серотонина класса 5НТ2 способствовала существенному улучшению реологических свойств крови, её текучести и перфузионной насыщенности в тканях различных органов.

У пациентов с умеренным старческим слабоумием нафтидрофурил достоверно улучшал зрительную память (тест Бентона), вербальную память (тест Рея), нумерическую память (тест цифра-диапазон) и концентрацию (тест Заззо) по сравнению с группой плацебо. Нафтидрофурил также улучшал психопатометрические и энцефалографические параметры у больных с мягкой и умеренной старческой деменцией.

С этих позиций есть основания считать, что нафтидрофурил (**Дузофарм**) может рассматриваться как препарат, способствующий *улучшению качества жизни*. В рандомизированных клинических исследованиях, проведенных бельгийскими врачами на более чем 200 пациентах, было установлено существенное улучшение показателей повседневной физической и интеллектуальной активности, снижение тревожности и повышение социального статуса в целом. Нафтидрофурил способствовал улучшению сна, упорядочивая фазы суточного цикла. Проблема улучшения качества жизни характеризуется также положительным действием нафтидрофурила при терапии сосудистой патологии периферических регионов. Улучшение клинического состояния, ассоциированного с симптоматикой перемежающейся хромоты, отражалось на показателях социальных, мнестических и симптоматических оценок качества жизни.

Применение нафтидрофурила при лечении подострого инсульта мозга в дозе 600 мг в течение 60 дней на фоне 100 мг аспирина и 300 мг дипиридамола продемонстрировало признаки клинического улучшения. Позитивные изменения относились к двигательным функциям верхних и нижних конечностей и способности к повседневной активности. В другом исследовании было установлено, что нафтидрофурил улучшал восстановление от инвалидизирующих последствий ишемического инсульта.

Следует констатировать, что нафтидрофурил входит в число клинических препаратов с хорошей доказательной базой, эффективность и безопасность которых подтверждены данными многочисленных клинических исследований. Селективная блокада 5НТ2 рецепторов серотонина имеет многие позитивные следствия, нивелирующие расстройства периферического и центрального кровообращения и ограничивающие развитие заболеваний, связанных с этой симптоматикой. Особой стороной применения нафтидрофурила является его эффективность при лечении церебральной недостаточности, связанной с возрастными и дисциркуляторными нарушениями, симптоматики деменциальной патологии и посттравматической энцефалопатии ишемического генеза. С этой точки зрения **Дузофарм** входит в группу средств, улучшающих показатели качества жизни у возрастной категории пациентов и влияющих на уровень физического и психического здоровья.

О.А. ГОМАЗКОВ,
профессор, докт. мед. наук,
ФГБУ «НИИ биомедицинской химии
им. В.Н. Ореховича РАМН», Москва

5-й Международный междисциплинарный конгресс
5th International Interdisciplinary Congress

MANAGE PAIN
УПРАВЛЯЙ БОЛЬЮ

M O S C O W

14-15 NOVEMBER НОЯБРЯ 2014 г.

М О С К В А

г-ца «Холидей Инн Сокольники»
Москва, ул. Русаковская, 24

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
8–12 декабря 2014

ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ
V Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
24-я международная выставка «Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты»

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ
8-я международная выставка «Средства реабилитации и профилактики, эстетическая медицина, оздоровительные технологии и товары для здорового образа жизни»

ЭКСПОЦЕНТР МОСКВА
123100, Россия, Москва, Краснопресненская наб., 14
Единый справочно-информационный центр:
8 (499) 795-37-99
E-mail: centr@expocentr.ru
www.expocentr.ru,
экспоцентр.рф

Организаторы:
- Государственная Дума ФС РФ
- Министерство здравоохранения РФ
- ЦВК «Экспоцентр»

При поддержке:
- Совета Федерации ФС РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Правительства Москвы
- Российской академии наук
- Торгово-промышленной палаты РФ
- Представительства Всемирной организации здравоохранения в РФ

реклама
12+

XXII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
«ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

6 – 10 апреля 2015 года • Москва

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

■ Фундаментальная наука и современные подходы к диагностике и лечению основных заболеваний человека ■ Проблемы морали и этики современного медицинского сообщества. Врачебные ошибки ■ Медицина в XXI веке – превентивная, предсказательная, персонализированная. Формирование здорового образа жизни ■ Совершенствование системы высшего профессионального (медицинского) образования, информационные технологии в непрерывном профессиональном обучении ■ Современные подходы и инновационные технологии в профилактике, диагностике и лечении неинфекционных заболеваний. Взгляды врачей разных специальностей ■ Клинические рекомендации научно-практических медицинских обществ России по наиболее распространенным заболеваниям человека ■ Диспансеризация. Внедрение высокотехнологичных диагностических мобильных систем в практику здравоохранения ■ Редкие болезни. Организация медицинской помощи, лекарственного обеспечения и социальной поддержки пациентов ■ Рациональное использование современных лекарственных средств в условиях поликлиники. Формулярная система, основанная на принципах доказательной медицины ■ Совершенствование скорой и неотложной медицинской помощи ■ Медицина катастроф. Актуальные вопросы ■ Междисциплинарные аспекты репродуктивного здоровья молодежи ■ Высокотехнологичная медицинская помощь в педиатрической практике

Организационные формы: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, школы для практикующих врачей, конкурсы научных работ молодых ученых, конкурс студенческих научных работ

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология (тромбозы и антитромботическая терапия)
- Педиатрия (гастроэнтерология раннего возраста)
- Кардиология (артериальная гипертония)
- Педиатрия (догоспитальная помощь)
- Гастроэнтерология
- Педиатрия (кардиология)
- Гематология (клиническая гемостазиология)
- Педиатрия (антибактериальная терапия)
- Эндокринология
- Педиатрия (скорая и неотложная помощь)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

■ Кардиология ■ Внутренние болезни ■ Гастроэнтерология ■ Стоматология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

«Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека»

В рамках Конгресса проходит Выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий. К Конгрессу готовится «Федеральное руководство по использованию лекарственных средств» (XVI выпуск).

Прием документов	Сроки приемки
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	до 26.12.14
Тезисы с подтверждением факта оплаты за публикацию	до 15.12.14
Конкурсные работы с комплектом сопроводительных документов	до 19.01.15
Регистрационные карты	до 25.03.15
Заявки на участие в Выставке	до 07.03.15

КОНТАКТЫ:
Тел/факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)
Тел: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)
E-mail: publish@medlife.ru (тезисы)
reg@medlife.ru (конкурсные работы)
kongress-omo@mail.ru (регистрационные карты)
trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе)
stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)
secretariat@medlife.ru (выставление счетов)

Официальный сайт Конгресса: http://www.medlife.ru
Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52
Секретариат Оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»

БОЛЕВАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ

В структуре неврологических осложнений сахарного диабета (СД) диабетическая дистальная полинейропатия (ДПН) занимает первое место. По мнению зарубежных исследователей, частота болевой полинейропатии варьирует от 3 до 32% (Sorensen L. et al. 2002; Ziegler D. et al. 1993). Наличие болевой ДПН в свою очередь четко коррелирует со снижением качества жизни больных.

В настоящее время признано, что риск развития ДПН связан с длительностью СД, уровнем HbA1c и значительными колебаниями гликемии, дислипидемией, высоким индексом массы тела, альбуминурией, гипертензией и курением.

Диабетическая полинейропатия – это специфическое для СД осложнение, сопровождающееся клинической симптоматикой или без таковой, и характеризующееся поражением периферической нервной системы при исключении других этиологических причин.

Основной характерной чертой ДПН является симметричное снижение дистальной чувствительности. Степень сенсорных расстройств может колебаться от легких, субклинических (которые диагностируются только по изменениям электрофизиологических тестов) до тяжелых сенсомотрных расстройств, сопровождающихся полной потерей чувствительности и дистальными парезами. На фоне симметричных сенсомоторных расстройств могут выявляться симптомы ДПН, в том числе и болевые. На основании наличия или отсутствия болевой нейропатической симптоматики с достаточной долей условности выделяют безболевой и болевой варианты течения данной патологии.

Для безболевого варианта характерно медленное развитие, минимальная симптоматика, не носящая болевой характер, постепенное прогрессирование сенсомоторного дефицита. Наиболее типичными являются жалобы на онемение стоп и снижение чувствительности стоп. При объективном обследовании выявляется снижение различных видов чувствительности, снижение или отсутствие сухожильных рефлексов.

Болевая ДПН может иметь хронический или острый вариант течения. Для хронической болевой формы ДПН характерна волнообразность течения с периодами ремиссии и ухудшения, длительность болевого синдрома превышает 3 месяца. Прослеживается связь с гипергликемией, и в особенности с амплитудой колебаний гликемии. Типичен для нейропатической боли суточный ритм симптомов: усиление к вечеру и в ночные часы. Характер симптоматики весьма разнообразен: жжение, острая боль, пронзающая боль, покалывание, болезненное онемение, судороги и др. В подавляющем большинстве случаев вместе с указанными симптомами имеется отсутствие или нарушение чувствительности и снижение или отсутствие рефлексов.

Острая болевая форма развивается достаточно быстро и нарастает по интенсивности. Выраженность симптомов значительна. Достаточно часто болевая симптоматика сопровождается признаками автономной дисфункции и может сочетаться с нормальными результатами неврологических тестов. Как правило, развитию данной формы ДПН предшествует эпизод декомпенсации сахарного диабета. Течение данной формы благоприятное. Как правило, при удовлетворительном гликемическом контроле самопроизвольное разрешение болевой симптоматики происходит в течение года.

Диагноз ДПН может быть установлен на основании жалоб пациента и данных тщательного медицинского осмотра. В большинстве случаев не требуется проведения дальнейших неврологических обследований, так как с их помощью можно лишь подтвердить наличие полинейропатии без выявления причин нарушений. Если при осмотре выявляются признаки моторной нейропатии, рекомендовано направление к неврологу для исследования проводимости. В клинической практике в большинстве случаев диагноз диабетической полинейропатии основывается на выявлении специфической неврологической симптоматики, результатах обследования неврологического статуса и, при доступности методик, результатах нейрофизиологических исследований.

Достижение нормогликемии является основным направлением в профилактике ДПН. Периферическая нейропатическая боль у больных с СД определяется следующим образом: «боль, возникающая как прямое следствие патологических изменений в периферической соматосенсорной нервной системе у лиц с сахарным диабетом» (Tesfaye S. et al. 2010). Выраженность клинической симптоматики может быть оценена с использованием целого ряда опросников и шкал (ВАШ, шкала Ликерта, TSS, NTSS, NPSI...). Перед началом симптоматической терапии необходимо исключить другие причины болевой нейропатии: онкологические заболевания, уремия, алкогольная нейропатия, постгерпетическая и ВИЧ-ассоциированная нейропатия, нейропатии на фоне химиотерапии. Также необходимо учесть возможные противопоказания и оценить сопутствующую терапию на предмет возможных лекарственных взаимодействий.

Нарушение сна из-за болей, нарушение качества жизни и значительная интенсивность боли (более 40 мм по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ) должны рассматриваться как основные показания для назначения терапии. В качестве средств симптоматической терапии с доказанной эффективностью (уровень рекомендаций А) могут быть назначены трициклические антидепрессанты, габапентин, прегабалин и дулоксетин (Tesfaye S. et al. 2010). Монотерапию указанными препаратами, следует рассматривать как терапию первой линии, а при недостаточной эффективности возможно назначение их комбинаций или сочетание с препаратами второй линии (трамадол, пластырь с лидокаином и др.).

Выбор стартового препарата определяется безопасностью его назначения, наличием коморбидных состояний и особенностями пациента.

В настоящее время целью лечения нейропатической боли является снижение ее выраженности по ВАШ в сравнении с исходными значениями на 50% и более. Снижение выраженности нейропатической боли по ВАШ менее 30% требует пересмотра терапии и замены препарата. Самый спорный момент – снижение выраженности нейропатической боли более 30%, но менее 50%. В данном случае возможна как замена препарата, так и продолжение приема или же назначение комбинированной терапии. Последняя представляет наибольший интерес, однако по данной теме опубликованы единичные работы, в основном, по комбинации, нескольких симптоматических препаратов. Ряд авторов высказывают предположение о возможности комбинации витаминов группы В с симптоматическими препаратами, особенно в группах нонреспондеров, на монотерапию последними (Jacobs A.M. et al. 2013; Medina-Santillán R. et al. 2004). В настоящее время опубликовано несколько работ, подтверждающих потенциальную эффективность комбинации витаминов В с габапентином и прегабалином. Так, назначение комплекса витаминов группы В (Комбилипен табс) у пациентов – нонреспондеров на габапентин (Конвалис) сопровождается дополнительным значимым снижением выраженности нейропатической боли (Храмилин В.Н. 2014).

Фармакотерапия болевой ДПН практически полностью представлена средствами симптоматической терапии, которые способны устранить клиническую симптоматику, но не оказывают воздействия на патогенез и течение ДПН (Tesfaye S. et al. 2010).

Альфа-липоевая кислота (АЛК) является единственным средством патогенетической терапии с подтвержденной эффективностью в нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях и в метаанализе (уровень рекомендаций А) (Tesfaye S. et al. 2010). Терапия АЛК способствует не только регрессу клинической симптоматики, но и улучшает объективные показатели функции периферической нервной системы. Одним из препаратов АЛК является *Берлитион®* (Берлин-Хеми/А.Менарини). При пероральной терапии ДПН используются различные схемы и режимы назначения *Берлитиона®*. В большинстве случаев пероральная суточная доза АЛК составляет 600 мг. Обычно больные хорошо переносят АЛК, очень редко у пациентов могут отмечаться тошнота и боли в животе, затрудняющие соблюдение предписанной схемы лечения. Различные режимы назначения *Берлитиона®* при лечении болевой формы ДПН по показателям TSS, ВАШ, NISLL и NISLL-сенсорная функция одинаково эффективны (Храмилин В.Н. 2010). Клиническая эффективность препаратов альфа-липоевой кислоты зависит не только от исходного уровня HbA1c, но и от степени сенсорного дефицита, длительности СД и соблюдения правил применения лекарственного препарата. Наиболее эффективен прием АЛК у пациентов без выраженного сенсорного дефицита, без тяжелой полинейропатии, с умеренным стажем СД и уровнем HbA1c менее 8%. АЛК характеризуется хорошим профилем безопасности и при необходимости может комбинироваться с любым средством симптоматической терапии.

Ряд препаратов (пентоксифиллин) и методов физиотерапевтического лечения (лазеротерапия, магнитотерапия), широко применяющихся в повседневной практике, имеют сомнительную эффективность.

Важно осознавать цели терапии и пути их реализации. Профилактика и терапевтическая стратегия должны быть индивидуализированы, носить дифференцированной характер, учитывать экономические аспекты, клинические и психо-социальные особенности пациента.

В.Н. ХРАМИЛИН
к.м.н., доцент
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
кафедра эндокринологии
и диабетологии ФДПО

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЯПОНИИ – ПРОСТО О СЛОЖНОМ

Каждый знает одну из главных достопримечательностей Японии – знаменитый «Сад камней», сад монастыря Реандзи. Существуют десятки толкований его философской сути, которую вложил столетия назад монах Соами в пятнадцать черных необработанных и разных по величине камней, разбросанных по белому песку. Ты твердо знаешь, что их пятнадцать, но видишь всегда четырнадцать. И сколько бы ты ни шел по деревянной галерее, протянувшейся вдоль края песчаного прямоугольника – ты всегда видишь разную комбинацию, но всегда из четырнадцати камней. Один – всегда невидим. Ты не знаешь, какой он, как выглядит, где расположен, и только чувствуешь – он есть. И это мучает тебя и заставляет вновь и вновь проходить по этой галерее с надеждой, что ты все-таки увидишь Его. И эта мудрая красота напоминает тебе – мы видим то, что есть, но есть еще что-то, что мы не видим...

Такое чувство всегда возникает у меня каждый раз, когда я пытаюсь разобраться в своем восприятии системы здравоохранения Японии. Интерес к ней возник у меня давно – в одну из первых поездок по стране. В 1994 г. я оказалась в пригороде Канадзавы в реабилитационном центре для больных пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями с романтическим названием «Серебряный век».

Огромная территория, предполагающая длительные пешие прогулки, конеферма для езды верхом и сам центр – с простой, но очень рациональной системой восстановительной терапии. **«Мы должны сделать все возможное, чтобы человек после пребывания у нас мог обслуживать себя сам, прежде всего на кухне и в бане»** – пояснял нам сопровождающий. Под наблюдением социального работника пациенты с удовольствием готовили себе еду, тактично обсуждая, как это лучше сделать в ситуации, когда физические возможности ограничены.

А потом мы прошли в зал для бесед и я, стоя наверху этой аудитории, поняла, почему центр называется «Серебряный век» – серебро волос явно доминировало в этом зале. За время беседы я не услышала слова «нельзя», разговор шел о том что «можно» и «нужно». Были очень умело подобраны стихи, ссылки на известные случаи, мелодии, которые начинали звучать в нужных местах, комментарии, включения в беседу самих пациентов. А главное – за несколько часов, проведенных здесь, я не увидела людей, которые соответствовали бы слову «больные».

Вторая моя встреча с системой здравоохранения Японии состоялась несколькими годами позже – и это был Центр социальной поддержки для пожилых людей в префектуре Гифу, с той лишь разницей, что в нем находились люди с проблемами умственного здоровья. Решение о его создании принималось местными властями, но при финансовой поддержке государства и частных структур, банков.

Разумность организации жизни и лечения людей, которые в большинстве своем уже плохо осознавали, что с ними происходит, потрясла меня. Они так же не были «больными», просто их возможности оценивались как ограниченные. Но они делали полезную и посильную работу, например, палочки для еды по заказу ближайшего кафе, складывали традиционные японские влажные салфетки, подающиеся перед едой, и создавали картины, которые зимой администрация центра собиралась выставить на рождественскую распродажу. Но самым важным для меня показалось доброжелательное отношение к этим людям со стороны жителей небольшого городка. Дежурный администратор центра показал нам список и график, в соответствии с которым жители приходят погулять с пациентами или отвозят их к родным в другой город, если им это по пути. Местные жители просто приходят пообщаться или вместе что-то сделать. И приводят с собой детей. Частые посетители центра, как нам сказали – мэр этого городка и его семья. Старшие дети мэра в свободное время работают там как волонтеры.

По сравнению с другими странами Япония тратит на здравоохранение достаточно мало – расходы составляют 8,1% ВВП. Но показатели медицинского обслуживания намного лучше, чем в США, затрачивающих на эти цели почти в 2 раза больше. Япония добилась этого **путём запрета на прибыль страховых компаний**, а также введением ограничений на **оплату врачей, допускающих серьёзные дефекты** в обслуживании пациентов.

В 2006 г. мне представилась возможность на достаточно длительный период погрузиться в практику организации медицинской и социальной помощи гражданам Японии. Именно тогда я впервые побывала в Токийском Центре здоровья и развития ребенка. Наибольшее впечатление на меня произвело отделение для новорожденных с недостаточным весом. Под большим стеклянным колпаком размещались примерно 20 кювет с малышами, около некоторых спокойно сидели родители, с умилением наблюдая за малейшими движениями своего малыша. Приборов вокруг было много, но не они обращали на себя внимание. Вся конструкция была какой-то легкой, радостной, очень напоминающей красивый цветок с большими белыми лепестками. Мне захотелось сфотографировать этот мини-комплекс, но меня вежливо остановили. Без согласия ребенка или его родителей посторонний человек не может даже зайти в кабинет врача во время приема. Это правило распространяется и на сотрудников Центра, в этом отношении они в равном положении с посетителями.

Много времени я провела в травматическом отделении и отделении скорой помощи. Сотрудники этого подразделения видят свою главную задачу в том, чтобы научить ребенка беречь себя, чтобы ситуация травмы больше не повторилась. Для этого в вестибюле есть, как я назвала его, «паровозик безопасности», почему-то очень похожий на веселый «Паровозик из Ромашково» из любимого многими мультфильма. Только в вагончиках японского паровозика моделируется ситуация, которая случилась с конкретным ребенком, а также средствами голографии демонстрируется, как он должен был себя вести в момент получения травмы, а потом моделируется ситуация – как нужно себя вести в подобной ситуации в будущем, чтобы предотвратить беду.

В этом детском учреждении все радовало глаз – хорошо продуманное оформление, игровые площадки, детское кафе (и для взрослых место найдется), специально разработанная система указателей, когда и без знания языка все понятно и доступно.

Моей доброй знакомой Тосико Екоске (вы видите нас на снимке) в январе 2015 г. исполнится 90 лет, но у нее богатая общественная жизнь – она много путешествует по стране и летает в ... Москву. Вместе с ней мы побывали в госпитале Комагомэ. Его директор – доктор Такэо Мори – много раз бывал в России и лично знаком с нашими ведущими специалистами в области онкологии.

Этот госпиталь имеет свою долгую и интересную историю. Он был основан в 1879 г. Правительством Мэйдзи в деревне Комагомэ (в то время – пригород города, сейчас почти его центр) для борьбы с инфекционными болезнями в Токио. В 1968 г. госпиталь получил статус государственного муниципального госпиталя Токио (Tokyo Metropolitan Komagome Hospital) со специализацией в онкологии и инфекционных болезнях, в то же время с сохранением самого широкого спектра медицинских услуг. Сегодня госпиталь обладает самым совершенным оборудованием и высокопрофессиональными специалистами. Здесь создана современная информационная система, которая позволяет предоставлять пациенту качественное обслуживание. В нее включено буквально все – от регистрации пациентов до регистрации материалов, поступающих в лаборатории. Система проста в пользовании, но в то же время хорошо защищена от постороннего вмешательства.

В ту поездку я встретилась и с депутатом городского собрания городка, в котором я жила, Киесэ (пригород Токио) – госпожой Миноко Нагано. Она посоветовала посетить некоторые учреждения города. Ее разъяснения были очень просты: «для нас главное в городской здравоохранительной политике – предотвратить серьезные заболевания. А если уж болезнь настигла, сделать все возможное, чтобы человек как можно быстрее вернулся в рабочее состояние, а когда по медицинским показателям и это невозможно – нужно сделать так, чтобы с нашей помощью он не чувствовал себя исключенным из обычной жизни».

И еще один пример грамотного управленческого решения – больница «Сева» (префектура Токио, город Кодайра). История ее создания – яркий пример решения проблемы от потребностей. Четыре небольших города нуждались в больничных услугах, но каждый в отдельности не имел достаточно средств для построения многофункционального лечебного заведения. Тогда они объединил свои финансовые и организационные усилия и на месте старой и известной больницы «Сева» выстроили новый прекрасный центр. Больница находится в совместном управлении. А чтобы граждан не мучили транспортные проблемы, наладили для населения прямое и удобное сообщение, установив четкий график движения маршрутных автобусов. Именно в этой больнице я в полной мере осознала ту значительную роль, которую играют медицинские сестры в медицинской схеме Японии, многое узнала об их статусе и роли в больницах, системе подготовки и повышения квалификации.

За последние десять лет мне довелось побывать во многих лечебных учреждениях Японии. В свой последний приезд в 2013 г. я посетила один из самых успешных центров лечения рака – Японский Фонд исследований онкологических заболеваний (Japanese Foundation for Cancer Research, JFCR). По данным ОЭСР, Япония имеет один из самых высоких коэффициентов 5-летней выживаемости по онкологическим заболеваниям. Во многом это объясняется ранним выявлением болезни, что, в свою очередь, связано с развитием программы добровольной диспансеризации, которая называется «Нингэн-док». И мне кажется, что я могу сформулировать некоторые принципы, которые лежат в основе политики, организации и управления здравоохранением Японии.

В политике:

1. Главное внимание всегда уделять диспансерным программам и обследованиям.

2. Обеспечивать высококачественную и безопасную (наименее травмирующую) помощь при проведении лечения.

3. Постоянно стремиться к разработке новых методов лечения.

4. Проводить лечение с учетом индивидуальных особенностей пациента (в буквальном смысле – нежными способами).

5. На основе выставленного отдельного диагноза всегда просматривать весь возможный сопутствующий спектр заболеваний.

6. Иметь (воспитывать) персонал с сильным чувством человечности и соучастия к пациентам.

В организации:

1. Главный принцип – пациенту должно быть удобно в медицинском учреждении, с первых шагов он должен быть уверен в том, что его ждут и ему помогут.

2. Выполнению этого принципа подчинены все другие, связанные с организационной структурой, оформлением, размещением служб, функционированием персонала.

В управлении:

1. **Четкое взаимодействие всех подразделений: не пациент будет искать, кто ему поможет, а сотрудник будет озабочен тем, что еще можно сделать для пациента.**

2. Все режимы, выполняемые в медицинском учреждении, рассчитаны до минуты. Всякое нарушение графика рассматривается как катастрофа (потеря лица).

3. Каждый пациент знает свой маршрут, каждый ответственный за этого пациента знает его маршрут.

Надлежащие исполнение этих принципов – залог успешного функционирования всех служб здравоохранения Японии, обеспечивающих качество жизни населения страны.

...Все пытаюсь увидеть свой «пятнадцатый» камень в системе здравоохранения Японии, но в том и загадка «Сада камней», что этот процесс бесконечен. Вся система наблюдения за здоровьем человека в Японии устроена таким образом, чтобы методами профилактики, реабилитации, лечения предотвратить тяжелые заболевания и тем самым не только сдерживать расходы на высокотехнологичную и дорогую помощь, а следовательно, снижать по возможности расходы на здравоохранение, но сделать заботу о здоровье фактором жизни каждого человека. Иметь все, чтобы обойтись малым. Может быть, в этом и есть секрет «пятнадцатого» камня японского сада здоровья?

Н.С. ГРИГОРЬЕВА,
д.п.н., профессор, руководитель Центра сравнительной социальной политики, факультет государственного управления, МГУ имени М.В. Ломоносова

SOVERO press
ГАЗЕТА ИНТЕРФАРММЕДИКА СПЕЦВЫПУСК

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ЗАО «РКИ Соверо пресс»

Президент
В.Б. Тараторкин
Генеральный директор
Е.М. Акимова
Заместители генерального директора
К.А. Бабаскина, А.В. Калгушкина

Редакция газеты «ИНТЕРФАРММЕДИКА»

Главный редактор
М.О. Бочарова
Зам. главного редактора
М.И. Лаптева
Дизайн и верстка
Е.В. Анферова
Редактор
С.М. Сосновская
Спец. корреспонденты
Т.Ю. Целовальникова, М.О. Ольгина, Ю.Ф. Михайлов

Служба маркетинга, PR, рекламы и распространения
kbabaskina@soveropress.ru

Адрес: Россия, 125130 Москва, 4-й Новоподмосковный пер., д. 4
Тел./факс: +7 (499) 159 98 47,
E-mail: soveropress@bk.ru,
www.annaly-nevrologii.ru
www.soveropress.ru

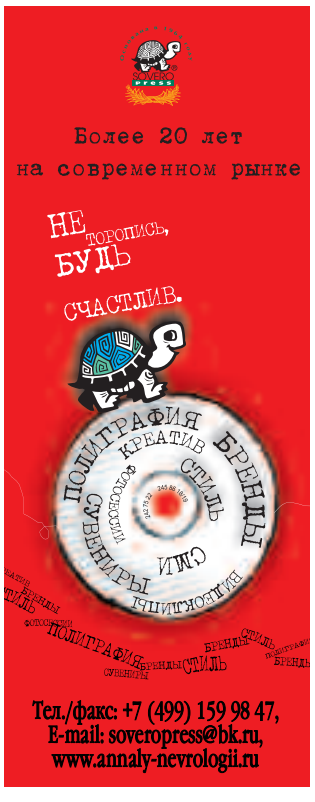
©Дизайн ЗАО «РКИ Соверо пресс»

Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связей и массовых коммуникаций.

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-35244 от 10 февраля 2009 г.

Газета вручается или рассылается каждому участнику выставки, конгресса, съезда, форума, во все медицинские университеты страны, а также на медицинские факультеты, в институты, военные академии, крупные больницы и лечебные центры.

Тираж 5000 экз.

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

Рукописи и иллюстрации не возвращаются. Издатель не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Издатель приветствует письма читателей, но не вступает в переписку. Мнение авторов может не совпадать с точкой зрения редакции.