



Перспективы

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЗАВТРАШНЕГО ДНЯ

Вчера мэр Москвы Сергей Семёнович Собянин был в третий раз избран на должность мэра Москвы

Сергей Семёнович Собянин, в своей программе задаёт правильный вектор развития на сохранение положительной динамики развития здравоохранения и дальнейшего улучшения качества медицинских услуг, на первое место ставя интересы людей, создание условий для их комфортной, удобной, безопасной и здоровой жизни.

Основные планы и идеи на ближайшие 5 лет:

1. Поликлиники.

Самые большие проблемы сегодня сконцентрированы в первичном звене. Мало создать удобную запись к врачу. Нужно добиваться качественного лечения и комфорта во ВСЕХ поликлиниках Москвы. Разработаем и реализуем масштабную программу реконструкции всех городских поликлиник, которая будет включать: капитальный ремонт зданий; оснащение самым современным оборудованием; создание современной регистратуры, организованной по типу «ресепшен»; доукомплектование врачами-специалистами; создание в помощь врачам электронных протоколов и системы клинических подсказок, которые позволят выбирать оптимальные методы лечения, избегать назначения взаимноисключающих лекарств и в целом минимизировать риски ятрогении (ненамеренных врачебных ошибок). Кроме того, продолжим строительство новых поликлиник и больниц в районах, где их не хватает. В результате мы изменим не только материально-техническую базу, но и атмосферу поликлиник, сделав их максимально комфортными для пациентов.

2. Европейский check up.

Регулярная диспансеризация — наиболее эффективный способ раннего выявления заболеваний. Это выгодно для пациента и государства. Но при этом важно не заниматься профанацией и не подвигать лечебные учреждения к припискам. Система прохождения диспансеризации должна стать максимально понятной, удобной и доступной для москвичей. В течение ближайших лет разработаем и внедрим новый московский стандарт бесплатной диспансеризации (check up), основанный на лучших образцах европейской и мировой медицины. Московский check up будет включать первичный этап и углубленные исследования состояния здоровья с помощью наиболее эффективной аппаратуры и широкого спектра анализов. Это, во-первых. Во-вторых, мобильное приложение ЕМИАС позволит в один клик получить персональное время и график прохождения check up. И, в-третьих, четкое разделение бесплатного стандарта и платных услуг. Каждый человек вправе знать, что ему положено в рамках страховки, и в любое время получать исчерпывающую информацию по этому вопросу.

3. Лекарства от инсультов.

Московские врачи добились выдающихся успехов в лечении инфарктов и инсультов. Больничная смертность от инфаркта в Москве сократилась в 4 раза, от инсульта — вдвое. Тем не менее, профилактика этих заболеваний пока оставляет желать лучшего. В следующие 5 лет мы сделаем акцент на профилактическую работу и широкое информирование населения. И самое главное — мы будем следовать лучшим мировым практикам в ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКЕ пациентов. Москвичи с риском развития инфаркта или инсульта будут получать препараты нового поколения, которые потребуют дополнительных затрат бюджета, но спасут сотни жизней москвичей.

4. Рак победим

(Онкологическая программа).

Каждый москвич должен быть информирован о возможностях профилактики и лечения новообразований. Каждый москвич сможет пройти онкологический скрининг. В помощь пациентам будет создан единый онкологический колл-центр. Каждый врач должен быть настороже. Компьютерные программы с искусственным интеллектом, анализирующие электронные медицинские карты и томографические снимки, помогут врачам вовремя распознавать начинающиеся онкологические заболевания. Специальное мобильное приложение



позволит организовать максимально эффективную маршрутизацию пациентов, ускорить получение специализированной помощи и в итоге улучшить результаты лечения. Во всех поликлиниках появится отдельный врач-куратор для пациентов с онкозаболеваниями. Мы внедрим современные виды профилактики онкозаболеваний, в частности — вакцинацию от вируса папилломы человека (вызывает рак шейки матки). Будем расширять возможности химио и лучевой терапии. На базе Морозовской больницы будет построен Центр протонно-лучевой терапии.

5. Медицина для старшего поколения.

Рост продолжительности жизни москвичей выдвигает новые требования к качеству медицинской помощи пожилым людям. Предлагаю продолжить активное создание комплексной системы ухода за пожилыми, немощными и маломобильными москвичами, которая будет включать:

— индивидуальное наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями в поликлиниках;

— медицинский патронаж для москвичей, которые по состоянию здоровья не могут выходить из дома.

6. Детское здравоохранение.

Мы создаем самые лучшие условия для рождения детей, их развития, оказания качественной медицинской помощи молодым мамам и детям. Клиника мирового уровня, Морозовская больница, будет задавать планку для других столичных медучреждений. В 2019-2023 гг. будут отремонтированы и дооснащены современным оборудованием все детские больницы. Кроме того, мы построим новые объекты: неонатальный центр ГКБ им. Виноградова, Перинатальный кардиологический центр ГКБ им. Ворохобова, Современный медицинский комплекс с родильным домом «Новая Москва» в Коммунарке.

7. Забота для московских врачей.

Московские врачи и медицинские сестры — лучшие в России. Они вправе рассчитывать на высокую оплату своего труда и наилучшие возможности для постоянного повышения квалификации. Для этого мы создадим единую образовательную платформу медицины завтрашнего дня. Она будет включать: отбор и поддержку талантливых студентов медицинских вузов (школы профессионального роста) для последующего трудоустройства в поликлиниках и больницах Москвы; систему стимулов (материальное поощрение, статус «Московский врач») к профессиональному росту на каждом этапе карьеры от моло-

дого специалиста до уважаемого профессионала; создание постоянно действующего бесплатного лектория (школы профессионального мастерства) с приглашением ведущих отечественных и зарубежных специалистов. Мы должны избавить врачей от ненужной рутинной работы. Внедрить информационные системы, позволяющие быстрее и лучше диагностировать заболевания и выписывать рецепты.

8. Цифровые технологии — еще один важнейший тренд развития московского здравоохранения.

В ближайшем будущем москвичи смогут: узнавать результаты анализов и обследований в личном кабинете; накапливать информационные консультации врачей; получать электронные рецепты и больничные; контролировать свое состояние при хронических заболеваниях посредством носимых медицинских устройств. Индивидуальный электронный помощник напомнит о дате и времени визита к врачу и необходимости прохождения диспансеризации, составит индивидуальную траекторию прохождения обследований.

9. Стационары.

Мы продолжим серьезную работу по реконструкции и модернизации наших больниц, будем поддерживать на высоком уровне обеспеченность современным оборудованием. Для этого создадим отдельную программу.



Сессия №22 10 сентября 2018**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ТЕРАПЕВТА ПОЛИКЛИНИКИ**

МОСКВА, УЛ. НОВЫЙ АРБАТ, 36, МАЛЫЙ КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ

Сессия приурочена к 160-летию со дня рождения известного интерниста, одного из основоположников клинической эндокринологии в нашей стране Леонида Ефимовича Голубина

ПРОГРАММА СЕССИИ

08:00	Регистрация		
8.30	Клинико-анатомическая конференция на тему: «Повторный инфаркт миокарда» Сопредседатели: Верткин А.Л., Зайратьянц О.В. Рецензент: Шогенов З.С. На разборе конкретного больного и результатов аутопсии будут рассмотрены вопросы клинических рекомендаций по ведению больных, перенесших инфаркт миокарда, в том числе и после операций по реваскуляризации коронарных артерий с целью профилактики повторного инфаркта миокарда в амбулаторных условиях. Особое место займут вопросы медикаментозной профилактики, лабораторного контроля и физической реабилитации		Полинозологический эффект урсодезоксихолевой кислоты Махов В.М. «Сердце, тебе не хочется покоя», но забота необходима Верткин А.Л. Обоснованные терапевтические решения при ведении коморбидного пациента с сахарным диабетом 2-го типа Мкртумян А.М. Просто о сложном: бронхиальная астма в практике врача терапевта Верткин А.Л.
9.45	Перерыв, посещение выставки и специальной экспозиции «Парк амбулаторного периода»		
10.00	Открытие сессии и презентация новых материалов РОО «Амбулаторный врач»		
10.10	Доклад «Собраться вместе – есть начало, остаться вместе – есть прогресс, работать вместе – есть успех» Ревматологические проблемы в практике терапевта. Лиля А.М. В докладе будут представлены поражения опорно-двигательной системы у соматических больных, способы быстрой диагностики и маршрутизации пациентов на этапе поликлиники Доклад «Российские клинические рекомендации по профилактике и лечению НПВП-зависимых эзофаго-гастро-энтеро-колопатий» Лазебник Л.Б. В докладе будет акцентировано внимание терапевтов на побочное действие НПВП, в группах пациентов «особого риска», в том числе пожилые и коморбидные больные, злоупотребляющие алкоголем и др. Представлены наиболее частые клинические проявления нежелательных побочных действий НПВП, их профилактика и лечение Доклад «Кардиоонкология: что должен знать терапевт» Васюк Ю.А. в докладе будут представлены новые представления об особенностях заболеваний сердца у онкологических больных, роли химиотерапии в развитии и прогрессирования сердечной недостаточности и других осложнений патологии сердца Доклад «Остеопороз у соматических больных» Мкртумян А.М. В докладе будут представлены возможности клинической, лабораторной и инструментальной диагностики разных форм остеопороза на поликлиническом этапе, принципы выбора лекарственной терапии для профилактики и лечения остеопороза		16.00 Специальная секция для терапевтов и врачей общей практики: «Эти глаза напротив» Доклад «...А удача – награда за смелость» - Что нужно знать терапевту о наиболее часто встречающихся заболеваниях глаз Гришина Е. Е. Доклад «Глаза в зеркале соматической патологии» Верткин А.Л.
12.00	Семинар: «Клинические рекомендации в амбулаторной практике – гарант клинического баланса» Модератор: профессор Верткин А.Л. — Новая позиция комбинированной терапии в Европейских рекомендациях по АГ 2018 , Карпов Ю.Л. — Фибрилляция предсердий: «У бездны на краю» , Барышникова Г.А., Саяутина Е. В., Носова А.В. — Респираторный дуэлет: ХОБЛ и БА , Верткин А.Л. На семинаре будут представлены основные положения клинических рекомендаций для терапевта поликлиники, алгоритм их применения, рекомендованные правила эффективной и безопасной фармакотерапии, инструкции по внедрению клинических рекомендаций в практику амбулаторного врача. Особое место будет уделено роли курения и выполнения клинических рекомендаций 2018 г. о лечении никотиновой зависимости «Что-то с памятью моей стало» , Верткин А.Л. В очередной раз разговор пойдет о пациенте с хронической ишемией мозга, наиболее частых ее проявлениях и новых возможностях фармакотерапии		16.30 Клинические диалоги на тему: Как избежать побочных действий лекарственных препаратов – соблюдать клинические рекомендации. Нежелательные взаимодействия лекарственных средств: современное представление А.В. Носова Как избежать побочных действий гипотензивных препаратов И.С. Родюкова Как повысить безопасность антиагрегантной и антикоагулянтной терапии Ю.В. Седякина Побочные действия «старых» и высокая безопасность «новых» стратегий лечения пульмонологических больных В.И. Мороз Защита печени от токсического действия лекарств Е.И. Вовк Лекарства неэффективные, но безопасные. Составим списки Е.Г. Силина Разбор клинических случаев познакомит слушателей с актуальностью проблемы безопасности, переносимости и нежелательных взаимодействий лекарственных препаратов. Будут представлены факторы риска побочных действий фармакотерапии, принципы их профилактики и лечения. Основной вывод: соблюдение клинических рекомендаций, которыми будут иллюстрированы все клинические диалоги.
13.45	Кофе-брейк, посещение выставки и «Парка амбулаторного периода»		
14.15	Новости амбулаторной фармакотерапии Распространенные гастроэнтерологические симптомы в лабиринте амбулаторной помощи Верткин А.Л., Вовк Е.И., Седякина Ю.В.		17.30 ЗАКРЫТИЕ СЕССИИ Очередные книжные новинки из серии «Библиотека амбулаторного врача»: Кахексия Газета «Амбулаторный прием» — выпуск 20 Маршруты образования: — «Основные синдромы и симптомы» : Коморбидность. Сахарный диабет — «Как посмотреть больного за 12 минут» : «Социальные» заболевания и их последствия — «Оптимизация амбулаторного приема» : Распространённые гастроэнтерологические симптомы в лабиринте амбулаторной помощи — «Пропедевтика внутренних болезней» : Тромбозомболия легочной артерии. Синдром сухого глаза Алгоритмы: — Диагностические алгоритмы и фенотипы терапии неспецифической боли в спине. — Пациент с бронхиальной астмой (БА) на приеме в поликлинике — Больной с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на приеме в поликлинике — Сахарный диабет Электронная книга из серии «Жизнь замечательных врачей»: «Дифференциальный диагноз внутренних болезней» А.В. Виноградов, Москва, 1980

Продолжение на стр. 3 >

Сессия №22

< Начало на стр. 2

ВЕДУЩИЕ ЭКСПЕРТЫ И ЛЕКТОРЫ

РУКОВОДИТЕЛЬ СЕССИИ

Вёрткин Аркадий Львович

профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова



УЧАСТНИКИ – СПЕЦИАЛЬНЫЕ ГОСТИ



Васюк Юрий Александрович
д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ. Ученый секретарь и заведующий кафедрой госпитальной терапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова



Лиля Александр Михайлович
д.м.н., профессор, директор НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой



Зайратьянц Олег Вадимович
профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой патологической анатомии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, президент Московского и вице-президент Российского обществ патологоанатомов



Лазебник Леонид Борисович
д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, вице-президент РНМОТ, президент научного общества гастроэнтерологов России



Карпов Юрий Александрович
д.м.н., профессор, руководитель отдела ангиологии НИИЦ кардиологии Минздрава РФ



Мкртумян Ашот Мусаэлович
д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

УЧАСТНИКИ

Барышников Г.А.
профессор кафедры семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ

Гришина Е.Е.
профессор, ведущий научный сотрудник МОНКИ им. М.Ф. Владимирского

Махов В.М.
профессор кафедры факультетской терапии № 1, научный руководитель гастроэнтерологического отделения клиники факультетской терапии им. В.Н. Виноградова I МГМУ им. И.М. Сеченова

Вовк Е.И.
к.м.н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Носова А.В.
к.м.н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Родюкова И.С.
к.м.н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Саютина Е. В.
к.м.н., кафедра поликлинической терапии I МГМУ им. И.М. Сеченова

Седякина Ю.В.
к.м.н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Силина Е.Г.
к.м.н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Шогенов З.С.
к.м.н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова, зав. отделением кардиореанимации ГКБ им. В.В. Вересаева

Мороз В.И.
ассистент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Образование в новом формате

ВЕБИНАР: КАК МНОГО В ЭТОМ СЛОВЕ...

Высокая коморбидность среди современного населения требует от клиницистов максимально персонализированного и, что особенно актуально на современном этапе, междисциплинарного подхода к ведению больных

В настоящее время система НМО уделяет большое внимание электронным формам получения информации, главная задача которых состоит в том, чтобы за короткий отрезок времени врач мог получить самую актуальную информацию по той или иной отраслевой проблеме.

В связи с этим РОО «Амбулаторный врач» инициировало совместно с порталом Therapy.School проект «Вебинары», первый цикл которого проходит в виде диалога экспертов нашей страны в области внутренней медицины:

Первый цикл проекта «Вебинары»

Проходит в виде диалога экспертов нашей страны в области внутренней медицины:

- А.Л. Вёрткина, директора терапевтической клиники и заведующего кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова, руководителя РОО «Амбулаторный врач», заслуженного деятеля науки РФ, профессора
- О.В. Зайратьянца, эксперта-морфолога, заведующего кафедрой патологической анатомии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, вице-президента Российского и президента Московского обществ патологоанатомов.

В ходе вебинара ученые обсуждают причины летальных исходов в клинике внутренних болезней, трудности диагностики и адекватности фармакотерапии.

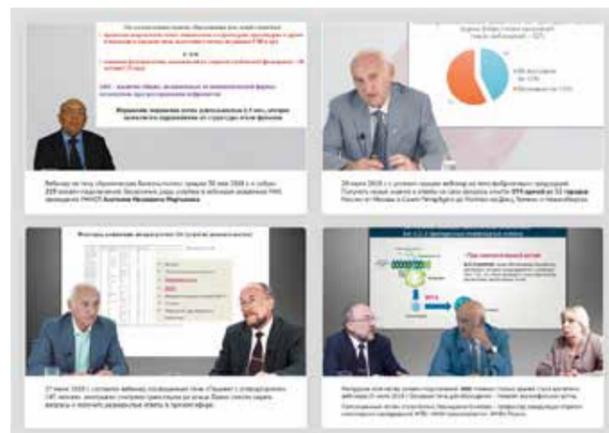


А.Л. Вёрткин О.В. Зайратьянц

Мы полагаем, что диалог клинициста и морфолога – один из эффективных методов непрерывного образования врачей.

Каждый раз новая тема

Визитной карточкой вебинаров «Диалог терапевта и патологоанатома» является изложение материала как с клинической, так и с морфологической позиции, исходя из реальных историй, на основании которых и выстраивается концепция того или иного вебинара. Наряду с морфофункциональными, эпидемиологическими, профилактическими и диагностическими проблемами, на вебинаре досконально изучается самое современное лечение различных заболеваний.



Количество просмотров вебинаров неуклонно растёт

Вебинары транслируются и размещаются на сайтах:

- therapy.school
- ambulatory-doctor.ru

К участию в вебинарах приглашаются терапевты поликлиник, врачи общей практики и скорой медицинской помощи, руководители ЛПУ, сотрудники кафедр терапевтического профиля медицинских вузов, врачи узких специальностей.

Для участия в вебинарах достаточно подключить к Интернету любое электронное устройство.

Основная задача вебинаров состоит в содействии организации НМО по вопросам диагностики, лечения и профилактики социально значимых заболеваний, помощь врачу в максимально эффективном и безопасном ведении амбулаторных пациентов.

НОВОСТИ

Новые перспективы Национального проекта «Здравоохранение»

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова провела брифинг по итогам заседания Президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам. Она рассказала, как на совещании рассматривались перспективы Национального проекта «Здравоохранение».

— Этот национальный проект межведомственный, в его реализации будут принимать участие 10 федеральных органов исполнительной власти, Российский экспортный центр и все 85 регионов страны, — сказала она. — Главная задача, которая стоит перед данным проектом, — исполнить те цели, которые были сформулированы Президентом Российской Федерации в Указе № 204 от 07.05.2018. Это снижение смертности трудоспособного населения от двух основных причин — сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также уменьшение младенческой смертности. Речь идёт о повышении качества и доступности медицинской помощи и в целом жизни, поскольку от здравоохранения напрямую зависит качество жизни людей.

Прежде всего федеральный проект посвящён улучшению доступности, качества и комфортности первичной медико-санитарной помощи. Для этого запланировано завершение формирования сети медицинских организаций в первичном звене, включая труднодоступные районы страны и сельскую местность. До 2021 г. запланировано строительство более 360 новых объектов сельского здравоохранения — ФАПы, врачебные сельские амбулатории, — обновление более 1,2 тыс. объектов и закупка мобильных медицинских комплексов для населённых пунктов, где проживают менее 100 человек.

Всё это делается для того, чтобы в населённых пунктах с численностью жителей более 100 человек первичная медицинская помощь была в шаговой доступности, то есть не более 6 км от места нахождения человека — это примерно час пешком или 15 минут на общественном транспорте.

Важно, чтобы при этом более чем в два раза увеличился охват населения профилактическими осмотрами. Задача, поставленная Президентом, — чтобы каждый россиянин мог раз в год пройти профилактический осмотр. Это очень серьёзная задача. Мы понимаем, что эти осмотры должны быть не формальными, количественный рост не должен формализовать профилактические осмотры и диспансеризацию. В течение ряда лет мы боролись с этой формальностью, с приписками и сейчас от них ушли. Очень важно, чтобы и дальнейшее увеличение охвата было реальным.

Следующий момент — внедрение так называемых бережливых технологий, то есть создание комфортной среды в поликлиниках — и детских, и взрослых.

Мы надеемся, что более 7 тыс. поликлиник и поликлинических отделений до 2024 г. войдут в этот проект. Здесь должна быть удобно работающая регистратура, отсутствие очередей при записи на приём и у кабинетов врача, беспрепятственное прохождение диспансеризации, разделение потоков здоровых и больных пациентов и т.д. — всё, что отработано в пилотном режиме в первых 300 объектах по проекту «Бережливая поликлиника». Кроме того, будет завершена региональная централизация диспетчерской службы скорой медицинской помощи, что очень важно для правильной маршрутизации пациентов, если случается какое-то острое состояние или заболевание. Должно произойти наращивание объёмов санитарной авиации — это очень важно для удалённых труднодоступных районов страны.

Проект сопряжён с проектом по улучшению кадровой ситуации в российском здравоохранении, поэтому отдельный блок в нём посвящён доукомплектованию врачебных должностей, должностей среднего медицинского персонала в первичном звене. Целевой показатель установлен — достичь 95% укомплектования. Это очень высокий показатель и по врачам (ликвидация дефицита более 22 тыс. врачей), и по среднему медицинскому персоналу.

Федеральный проект далее посвящён снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и повышению качества и доступности помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, начиная от профилактики, включая популяционную, развитие здорового образа жизни и индивидуальную профилактику. Безусловно, эти программы также тесно связаны с первой задачей — с прохождением профосмотров, диспансеризацией и коррекцией выявляемых факторов риска. В этом направлении министерство ставит перед собой задачу — внедрить современные клинические рекомендации и протоколы лечения всех пациентов и переоснастить всю сеть первичных сосудистых отделений и региональных центров. Их сейчас 609. Параллельно мы ставим перед собой задачу перевести часть первичных сосудистых отделений — около 30 — на уровень региональных сосудистых центров, дооснастив их дополнительно ангиографами. Это позволит нам примерно в два раза увеличить объём рентгеноэндоваскулярных вмешательств, стентирований, ангиопластики при остром коронарном синдроме, которые часто становятся жизнеиспольными операциями.

При переоснащении особое внимание будет уделено и оснащению ранней реабилитационной службы в рамках работы данных сосудистых подразделений. Планируется снизить смертность от болезни системы кровообращения с 587 до 450, то есть более чем на 130 тыс. Это значит, что в 2024 г. более чем на 200 тыс. сократится число смертей по сосудистым причинам. Это очень амбициозная задача. И решить её можно только комплексно — от профилактики до реабилитации.

Далее — задача по борьбе с онкологическими заболеваниями. Она комплексная и сложная. Суть её заключается в том, что формируется тотальная настороженность к онкологическим заболеваниям

Продолжение на стр. 5 >

Новости

РАБОЧАЯ ВСТРЕЧА

Владимир Путин провёл рабочую встречу с Министром здравоохранения Российской Федерации Вероникой Скворцовой. Министр информировала Президента о внедрении в отрасли новых перспективных программ, направленных на профилактику различных видов заболеваний и оказание качественной медицинской помощи населению. Отдельно рассматривались вопросы развития экспорта медицинских услуг и ситуация в сфере лечения онкологических заболеваний

В.Путин: Добрый день! Поговорим о развитии отрасли в целом?

В.Скворцова: Владимир Владимирович, в майском Указе и в Вашем Послании обозначены очень серьёзные задачи и цели, стоящие перед здравоохранением. Фактически они выливаются в исполнение национальной цели по увеличению продолжительности жизни и снижению смертности во всех возрастных группах.

Вместе с нашими демографами мы остановились для изучения на самом оптимистичном прогнозе — возможности снижения смертности — и заложили показатели, которых мы будем стараться достичь, даже лучше самых оптимистичных прогнозов.

Мы проанализировали, каким образом можно максимально снизить смертность. По лучшим прогнозам Росстата, это может быть к 2024 году минус 160 тысяч смертей. Мы попытаемся достичь минус 228 тысяч. У нас есть всего три такие возможности: это борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями (самый большой вклад в суммарный результат), с онкологическими заболеваниями (несколько ниже) и снижение смертности у детей всех возрастных групп. Здесь, конечно, речь идёт прежде всего о сохранении здоровья наших поколений. Это три основные компоненты, которые легли в основу нашего национального проекта «Здравоохранение».

Важно отметить, что 50 процентов успеха в достижении этих показателей заключается в развитии первичной помощи и профилактике разных видов. И это четвёртая компонента. И, кроме того, это наши «сквозные» программы, которые необходимы для обеспечения основных результатов, это смысловое наполнение. Фактически качество медицинской помощи, которое сейчас уже обеспечивают созданные по Вашему поручению национальные профильные медицинские исследовательские центры.

Фактически это «отраслевые генералы», каждый возглавляет и руководит медицинскими профильными подразделениями всех 85 регионов, это квалифицированные кадры, это отдельные программы и цифровые технологии. На основе этого анализа и составлен национальный проект. Он состоит из восьми федеральных проектов: четыре основных — смысловых, три сквозных — обеспечивающих. И восьмой проект, который Вы нам поручили тоже реализовать, — это развитие экспорта медицинских услуг.

Нужно отметить, что за два года мы достаточно резко увеличили въездной медицинский туризм, уровень [поднялся] с 20 тысяч до более 110 тысяч. В прошлом году это уже было 250 миллионов долларов, которые позволили нашим медицинским организациям дополнительно развиваться. Мы ставим перед собой амбициозные задачи на последующий период, я так думаю, что мы выполним задачу в четыре раза увеличить объём [экспорта медицинских услуг]. Может быть, и больше увеличим.

В основе реализации всех этих федеральных проектов мы заложили пять принципов, которые будут работать в каждом проекте. Прежде всего это профилактика. Это и здоровый образ жизни, мотивирование и параллельно создание условий [для этого]. Это федеральный проект в национальном проекте «Демография», и он уже сейчас активно реализуется силами лучших российских психологов, социологов, плюс нормативная база и инфраструктура.

Вы дали нам поручение перейти в течение шести лет на ежегодный профилактический осмотр всего населения страны. В прошлом году у нас диспансеризация прошла 48,5 миллиона человек, вместе с профосмотрами — 58,4 миллиона человек. Мы планируем уже к 2021 году выйти более чем на 80 миллионов и, соответственно, на 90 процентов населения (это более 130 миллионов) в 2024 году.

Важно отметить, что профосмотры меняют своё качество, регламенты обновлённые. В этом году мы запустили три современных онкологических скрининга на наиболее распространённые виды рака, и на перспективу у нас есть план дополнительно поднять планку профосмотров.

Второй момент — это качество медицинской помощи. Это достаточно сложный сегмент абсолютно для всех наших проектов, поскольку в России никогда не было единых национальных стандартов качества. За последние пять лет мы разработали с нашим экспертным сообществом впервые консенсусные документы, клинические рекомендации, критерии качества. Сейчас они уже широко внедряются по стране. Задачей национальных медицинских центров является их внедрение в профильных подразделениях всех регионов нашей страны.

И конечно, кадры, которые должны будут это реализовывать. Достаточно жёсткие стоят задачи на эту тему в Указе. Мы планируем уже в 2021 году выйти на 92-процентную укомплектованность первичного звена средним персоналом и 88-процентную — врачами. Фактически на тотальную укомплектованность мы выйдем в 2024 году. Расчёты эти все есть. Параллельно мы укомплектовываем сердечно-сосудистую и онкологическую службы.



В этом году уже более 100 тысяч врачей занимаются дистанционно через федеральный портал непрерывного медицинского образования. Мы выйдем, включив туда средний персонал, фактически на два миллиона сотрудников в 2024 году. И из года в год мы вводим аккредитацию, допуск к профессиональной медицинской деятельности, которая позволяет нам фактически допускать к работе на соответствующих должностях только тех, кто соответствует критериям.

Важнейшее направление — это доступность медицинской помощи, большая часть Указа посвящена этому. Уже к концу 2021 года мы полностью обеспечим доформирование первичной медико-санитарной помощи, в том числе на селе. Начиная с этого года в этом году мы построим 315 ФАПов [фельдшерско-акушерских пунктов] и врачебных сельских амбулаторий, закупим 206 мобильных комплексов для населённых пунктов с численностью населения до 100 человек. У нас есть чёткая линейка: каждый год мы знаем, что мы будем делать, в 2021 году проблема перестанет существовать.

Мы не только построим новые ФАПы там, где их не хватает. Хотела бы обратить внимание, что мы работаем на основе геоинформационной системы, которую мы сделали в конце 2015 года. Система живая, обновляемая, и для каждого населённого пункта мы видим в стране, для всех 157 тысяч [населённых пунктов], риски несвоевременного получения того или иного вида медицинской помощи. Мы обновим около 1200 ФАПов, которые находятся в состоянии, близком к аварийному.

Кроме того, мы к 2021 году создадим во всех регионах страны центральные диспетчерские (на самом деле половина регионов уже их имеют), которые фактически соединят скорую наземную помощь и скорую санавиацию. Для нас очень важно уйти от территориально-административного принципа и оказывать помощь той бригадой, которая находится наиболее близко к человеку, которому она требуется.

Безусловно, мы уже активно развиваем телемедицину сейчас. К концу года полностью будет сформирована вертикально интегрированная телемедицинская связь между нашими 22 национальными центрами и, соответственно, всеми 85 регионами. Мы надеемся, что с 2019 года мы пошагово начнём внедрять и новые принципы телемедицины «врач — пациент».

Конечно, не могу не сказать, Владимир Владимирович, о комфортности и уважительности медицинской помощи. Я помню, как менее чем год назад, в августе, мы были вместе в Кировской области и смотрели одну из первых так называемых бережливых поликлиник, поликлиник комфортных. Вы спросили тогда: «Будут ли другие такие?» Сейчас уже 1147 в 40 регионах, и мы планируем в течение трёх лет 3800 поликлиник и детских поликлинических отделений полностью погрузить в эту систему, и потом более половины взрослых [поликлиник] мы тоже успеваем погрузить до конца 2024 года.

Это реально работает, тиражирование этой [системы] не снизило её эффективности. Мы действительно видим от двух до пяти раз снижение времени ожидания и уход от очередей. Кроме того, этот блок имеет ещё один компонент — это развитие страховых представителей этого института. Сейчас их уже 9000, они работают всё лучше и лучше.

В.Путин: Чтобы они были прямо в медучреждениях?

В.Скворцова: Они присутствуют в медучреждениях. В прошлом году они 22 миллиона взрослых пригласили СМС-оповещениями на профилактические осмотры, и 60 процентов людей отреагировало в течение трёх недель. Мы видим, что люди, когда видят какое-то человеческое участие, реально откликаются и отвечают.

Сейчас мы делаем специальные программы для страховых представителей, чтобы они говорили человеку о том, в какую группу здоровья он попал, помогали находить правильных специалистов для диспансерного наблюдения, то есть они становятся членами команды. Мы закладываем такой показатель в нацпроекте, чтобы каждая страховая медицинская организация в каждом из регионов создала офис защиты прав пациента, чтобы уйти от судебных разбирательств, внедрить современные методы медиации и, соответственно, досудебное урегулирование первичных конфликтов.

И конечно, инновации. Мы активно развиваем наш кластер, направленный на инновационное развитие. 2016 год связан у нас с вакцинологией, и мы сделали несколько отечественных оригинальных препаратов, в том числе [применяемых] при особо опасных инфекциях. В прошлом году это были автоматизированные приборы, определяющие биопатоген.

В этом году у нас идет 25 проектов, мы делаем акцент на онкологию прежде всего. Уже к концу следующего года у нас появится несколько уникальных тест-систем. Мы выйдем на методы жидкостной биопсии, которая позволяет задолго до клинической манифестации предполагать возникновение рака. И это персонализированные методы лечения.

В.Путин: Тут есть кооперация с фармацевтической и медицинской промышленностью.

В.Скворцова: Очень активная.

В.Путин: Помните, говорили неоднократно, ОПК особенно обижается, что у них нет заказов.

В.Скворцова: У нас будут на самом деле уникальные препараты. Уже сейчас мы запускаем технологии. Это технологии, когда из человека берут его Т-лимфоциты, модифицируют и запускают обратно, и через шоковое состояние, иммунный сбой, человек выходит из болезни.

Онковакцина, причём персонализированная. Это будет очень интересно, и аналогов пока в мире таких вакцин нет. И онколитические вирусы.

Работает молодая, очень интеллектуальная и оптимистично настроенная команда, собранная практически из всех регионов.

В.Путин: За границей тоже развивают это направление.

В.Скворцова: Мы знаем, соответственно, аналоги, которые они развивают, и фактически опираемся уже на тот опыт, который есть у них, и мы хотим пойти дальше. Исходя не просто из опухолевого биоптата, а из возможности с помощью биоинформационных технологий, математических, определять реперные белки, которые значимы для развития опухоли конкретного человека, и делать «коктейль» из различных белковых препаратов, который может просто вызывать регресс опухоли. Она просто уходит.

У нас есть опыт, так скажем, упрощённого подхода. Один из пациентов у нас получил такое лечение в этом и в прошлом году, и мы видим результат. Потому что речь шла о глиобластоме, уже коме и отёке мозга. На этом препарате ушёл отёк, потом уменьшилась опухоль, человек вышел на работу, с тех пор прошёл уже почти год.

Мы делали уже три подкола этой вакцины. Мы видим на ПЭТ-исследовании, что сохраняются «горячие точки», то есть точки роста, мы не можем пока полностью взять и вылечить его. Нам нужно просто глубже ещё погрузиться и найти одновременное влияние на разные локусы этой опухоли. Поэтому я так думаю, что это правильный путь и будут результаты.

Можно про онкологию два слова сказать?

В.Путин: Конечно.

В.Скворцова: Хочу показать, Владимир Владимирович, с 2012 года у нас есть определённые позитивные результаты, увеличилась пятилетняя выживаемость, снизилась годовичная летальность. Но если посмотреть стандартизованные показатели смертности по онкологии, мы очень близки к Европе. Это стандартизованный показатель по структуре населения. Вместе с тем мы пока отстаём в выявляемости, они выявляют намного больше и на ранних стадиях. И летальность у них ниже, у нас 22,5 процента, у них — 17 процентов.

Мы поставили к 2024 году цель — достичь европейских показателей, так скажем, чуть выше их сегодняшнего уровня. Мы разрабо-

тали программу, которую разрабатывали более 60 наших ведущих профессоров, онкологов, радиологов, радиофизиков, радиохимиков и так далее. Если сумеем её реализовать, мы всю российскую медицину выведем на качественно иной уровень.

Суть этой программы заключается в том, что в первичном звене мы формируем тотальную настороженность через онкоскрининги. В том случае, если есть предположение, мы формируем межрайонные амбулаторно-онкологические центры (их несложно сформировать, они не требуют никакого строительства, это абсолютно организационное мероприятие), которые позволяют в течение двух недель поставить диагноз. В случае сомнений мы формируем 18 референс-центров, которые работают, в том числе в цифровом формате, по морфологии, иммуногистохимии и МРТ, КТ. Задача этого первого периода стоит в формировании правильного диагноза на основе международного кода. К сожалению, сегодня наш код диагностический в большинстве регионов заполняется лишь наполовину — локализация и близкие и отдалённые метастазы. Но много ошибок в морфологии, иммуногистохимии и совсем не смотрится генетика.

Скажем, опухоль молочной железы у женщины одной и той же локализации, но может быть пять генотипов, и это пять разных протоколов лечения с разными абсолютно препаратами. Фактически мы подготовились к этой программе. Мы создали 77 клинических рекомендаций, а внутри их 940 моделей пациентов.

Это первая стадия. А следующая стадия уже лечится совсем по-другому, например рак желудка. Мы не просто прописали это всё. Мы просчитали каждый блок, мы всё сделали с точки зрения международных кодов, с понятным абсолютно распределением препаратов внутри каждой группы.

Таким образом, мы ставим задачу перед всей страной. Вместе с лучшими федеральными силами мы всё это законтурируем на основе информационной онкологической программы. Фактически, как только диагноз предположительный в амбулаторном звене возникает, открывается интерфейс онкологической программы. И дальше мы каждого больного будем видеть на всех этапах, следить за полноценностью терапии и своевременностью.

Наша задача, чтобы сразу больной направлялся туда, где могут оказать помощь в соответствии с клиническим протоколом. Это знание обновлено с созданием минимально достаточного уровня паспортов и для регионального уровня, и окружного, и федерального.

Мы надеемся с 2021 года уже подключить в программу госгарантий протонную терапию как самый высокий уровень ядерной медицины. В декабре мы откроем [центр ядерной медицины] в Дмитровграде. Это четыре новых протонных ускорителя, среди этих четырёх два уникальных. Скажем, детский ускоритель протонный, он второй в Европе. Кроме того, специальный ускоритель для очень маленьких опухолей, менее полутора миллиметров, если это, например, меланома глазного яблока.

В развитии мы очень надеемся, что вместе со всеми регионами мы сможем это реализовать без искажений. От этого, собственно, зависит результат. Но если мы научимся единым, качественным подходам, то вся медицина будет вытянута просто на другую ступень. Будем стараться.

В.Путин: Хорошо. В некоторых странах с развитой системой здравоохранения летальность всё-таки меньше 17.

В.Скворцова: Есть 12, но пока, если брать Евросоюз, у них показатель 17; 16 с чем-то, под 17.

В.Путин: Хорошо. Программа хорошая.

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РОССИЯН

Правительство разработало национальный проект «Демография» по повышению качества жизни россиян.

Программа включает в себя федеральные проекты «Финансовая поддержка семей при рождении детей», «Создание «яслей» — содействие занятости женщин», «Старшее поколение», «Укрепление общественного здоровья», а также «Новая физическая культура населения». Общий объём финансирования нацпроекта составит более 3,5 триллиона рублей.

Старшее поколение и укрепление здоровья

В рамках государственной программы премьер-министр Дмитрий Медведев призвал формировать условия для активного долголетия.

Он отметил, что для россиян нужно создать условия, при которых они не просто будут жить дольше, а будут вести активный, полный и достойный образ жизни.

«Прежде всего, необходима забота о здоровье людей старшего поколения. Всевозможные проблемы со здоровьем надо стремиться выявлять на ранних стадиях, для этого должны быть увеличены масштабы диспансеризации, диспансерного наблюдения», — пояснил он.

Глава правительства также добавил, что в каждом регионе необходимо создать гериатрические центры и сделать систему социального обслуживания и ухода за людьми старшего возраста современной и удобной.

Так, в проект включили меры по ликвидации очередей в соцучреждения для пожилых людей. Под такими учреждениями понимаются дома престарелых, психоневрологические интернаты и геронтологические центры.

Кроме того, правительство планирует продлить льготы по налогу на прибыль для учреждений соцобслуживания до конца 2020 года. Сейчас налог на прибыль для таких организаций обнулен.

Поддержка семей и содействие занятости

Кроме того, проект «Демография» предполагает дальнейшую поддержку семей, в том числе адресные выплаты, материнский капитал и льготную ипотеку.

Медведев отметил важность того, чтобы российские семьи были больше по своему составу, а также чтобы росла рождаемость, особенно в регионах с непростой демографической ситуацией.

Министр труда и социальной защиты Максим Топилин, в свою очередь, рассказал, что около 30 тысяч женщин, которые находятся в отпуске по уходу за ребенком, ежегодно будут участвовать в программе по обучению, переобучению и повышению квалификации.

Частью нацпроекта станет содействие занятости и создание дополнительных мест в детских садах, заявил чиновник. Он напомнил, что стоит задача создать более 250 тысяч новых мест в 2021 году.

Также Топилин сообщил, что с 2020 года на переобучение женщин из федерального бюджета планируется выделить порядка 1,5 миллиарда рублей.

Кроме того, женщины смогут получать гранты на открытие групп ухода за детьми. По словам министра, деньги будут выделяться на обустройство помещений для того, чтобы оно отвечало стандартам для работы с детьми.

Такая мера объясняется необходимостью появления детских садов в регионах, однако «их не построишь везде, где нужна потребность», заявил Топилин.

Нормативные условия для этой программы планируется создать в 2019—2020 годах.

НОВОСТИ

< Начало на стр. 4

в первичном звене, для чего специальному обучению подлежат не только все участковые врачи, но и узкие специалисты, работающие в амбулаторных учреждениях. Разработана специальная иллюстрированная программа, информационная, дистанционная, которая позволяет пройти первичное тестирование и после этого повысить уровень своей квалификации по усвоению этого материала. В настоящее время уже 80% участковых терапевтов прошли эту программу и получили соответствующий сертификат. Нам необходимо подключить к ней и участковых педиатров, узких специалистов и врачей общей практики, семейных врачей. Второй момент — это формирование амбулаторных онкологических служб на межрайонном, межмуниципальном уровне. Третий момент — это переоснащение более 100 региональных учреждений, оказывающих помощь онкологическим больным. Соответственно, произойдёт повышение уровня, дальнейшего развития федеральных онкологических центров с формированием сети протонных центров — наиболее инновационной части ядерной медицины. Параллельно мы создаём сеть референс-центров для второго экспертного мнения по таким самым сложным диагностическим методам, как морфология, иммуногистохимия, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Планируется создать 18 таких центров.

Отдельная часть программы — это не просто устранение дефицита кадров в онкологической службе, а создание новой генерации кадров, включая не только медицинские кадры, но и инженерный персонал. Эта подготовка будет осуществляться в сотрудничестве с Министерством науки и высшего образования РФ. Совместно будут формироваться кластеры по подготовке радиохимиков, медицинских физиков, радиофизиков — тех специалистов, без которых не может развиваться радиология.

Четвёртое направление — совершенствование медицинской помощи детям, в том числе развитие детской инфраструктуры. Оно включает развитие профилактического движения и внедрение новых профилактических технологий. Исполнение поручения Президента по модернизации детских поликлиник и поликлинических отделов детских стационаров — это 3,8 тыс. объектов. Мы должны это сделать в первые три года. Кроме того, это строительство и реконструкция корпусов детских стационаров. В настоящее время мы вместе с субъектами РФ по отработанным критериям определяем перечень необходимых к строительству объектов. Подобное направление должно позволить не просто снизить младенческую смертность до лучших мировых показателей (до 4,5 на 1000 родившихся живыми), но параллельно снизить детскую смертность. И, естественно, улучшить в целом состояние здоровья детского населения.

Пятое направление посвящено кадровой политике в здравоохранении. Прежде всего должен быть устранён дефицит кадров в первичном звене, об этом уже шла речь. Следующей стоит задача по развитию цифровой медицины. К 2022 г. в каждом из 85 регионов должна быть создана полноценная информационная система, соответствующая жёстким единым критериям, с подключением всех медицинских организаций к этой региональной информационной системе. Для этого внедряются единые централизованные серверы, цифровой архив изображений, лабораторных исследований, централизованные региональные диспетчерские скорой помощи, причём не только автодорожной, но и санитарно-авиационной — то есть те системы, которые позволяют обеспечивать преемственность оказания медицинской помощи и мониторить её качество, маршрутизацию пациентов и т.д. Предусмотрено уже до конца этого года завершить формирование вертикально интегрированной телемедицины — между нашими ведущими национальными медицинскими исследовательскими центрами по профилям, за которые они отвечают, и региональными организациями третьего уровня. В течение ближайшего периода времени будет обеспечено под методологическим руководством национальных медицинских центров внедрение современных технологий, клинических рекомендаций, протоколов лечения во всех 750 региональных организациях третьего уровня.

Развивать вторую опцию телемедицины — «врач — пациент» — также планируется поэтапно, начиная с 2019 г.

Существует и проект по развитию экспорта медицинских услуг. Он поднимает имидж российской медицины, привлекает дополнительные ресурсы для развития клиник. Здесь потенциал очень большой — за последние два года серьёзно возросло число иностранных пациентов в больницах нашей страны — с 20 тыс. до более 110 тыс. Это направление позволило только в прошлом году лечебным учреждениям заработать около 250 млн долл. Задача, поставленная Президентом, — увеличить объём поступлений в четыре раза, до миллиарда долларов в год. Для этого будет разрабатываться специальная коммуникационная кампания.

В настоящее время все эти проекты покрыты финансово, и это тот случай, когда у Минздрава России практически нет разногласий с финансово-экономическим блоком. Общая сумма средств, которые потребуются для реализации вышеназванных направлений, достаточно велика, она превышает 1,3 трлн руб.

Безусловно, сложность реализации этого проекта связана с тем, что основные полномочия по реализации оказания медицинской помощи отданы в нашей стране субъектам РФ. Наша задача — так построить управление этим нацпроектом, чтобы не было искажений при его реализации в регионах. Для этого мы планируем на основе в целом одобренного национального проекта создать 85 региональных проектов. Они будут индивидуализированы по конкретным потребностям конкретного региона, в них будут понятны все показатели, выстроенные по годам. Мы будем не просто контролировать, но и очень активно помогать регионам, для того чтобы можно было добиться поставленных целей. Если это всё будет осуществлено так, как запланировано, российская медицина перейдёт на другой качественный уровень.

Каждый человек в нашей стране почувствует произошедшие изменения.

НОВОСТИ

Кардиореволюция

Всего несколько лет потребовалось московским врачам, чтобы до неузнаваемости изменить систему помощи больным с инфарктом миокарда.

В результате, как заявил глава департамента здравоохранения Алексей Хрипун на Московском урбанистическом форуме, смертность от этого грозного недуга снизилась вдвое — до 6,2 процента. Для сравнения: в США и Западной Европе этот показатель составляет от 5 до 7 процентов. Но там современные принципы лечения инфаркта внедрялись значительно раньше — с конца 1990-х годов.

Кардиореволюция началась почти что с нуля. В столице действовал один-единственный центр интервенционной кардиологии с поставленными на поток шунтированием и стентированием. Еще в нескольких клиниках имелся потенциал для этого. Для многомилионного мегаполиса требовался совсем другой уровень. И за несколько лет были открыты порядка тридцати круглосуточно работающих сосудистых центров. За хирургическое лечение инфаркта клиника стала получать в шесть раз больше, чем за привычную консервативную терапию (раньше платили одинаково).

Другой важнейший компонент успеха — тщательно продуманная и отлаженная логистика. Врачи «скорой помощи», поставившие диагноз (норматив — десять минут), везут больного в тот центр, где свободен операционный стол. От первого контакта с больным до введения в закупоренную артерию спасительного баллона должно пройти не больше двух часов. Это международный стандарт. Московские кардиологи порой укладываются и в 60-70 минут — спасибо департаменту транспорта за выделенные полосы на дорогах, с пробками кардиореволюция была бы просто невозможна.

Уже в 2013 году оперировали 30 процентов больных с инфарктом. А сегодня сразу по поступлению в стационар оперируют до 90 процентов. Это не только снижает смертность. Благодаря быстрому «открытию» закупоренной артерии резко уменьшается площадь инфаркта. И через неделю после сердечной катастрофы люди выписываются домой. Им надо пить таблетки, следить за давлением и холестерином, но это жизнь практически здорового человека!

Да, больничных коек в Москве стало, наверное, меньше. Но они работают с совсем другой интенсивностью. И деньги, прежде тонким слоем размазывавшиеся между малоэффективными лечебными учреждениями, шедшие на коммуналку и питание больных (старикам даже ложились в больницу, чтобы сэкономить пенсию), теперь действительно лечат. За то время, что в Москве смертность от инфаркта снизилась вдвое, по России в целом она уменьшилась на 17 процентов. Сосудистые центры строятся по всей стране, но больше пока нигде система оказания помощи не работает столь безукоризненно, в полном соответствии с мировыми стандартами. Впрочем, на горизонте появился новый ориентир: в Израиле смертность от инфаркта всего 4,2 процента. Так что успокаиваться столичным медикам рано.

Главный онколог Москвы развенчал популярные мифы о раке предстательной железы

Миф №1. Рак простаты бывает только у пожилых людей.

- Рак предстательной железы действительно чаще встречается у пожилых людей, однако нередко с ним сталкиваются мужчины в возрасте 40-50 лет. А вот у тех, кто еще не достиг 40 лет, заболевание встречается очень редко. «Основное направление усилий онкологических служб мира и в т.ч. Москвы — это ранняя диагностика, потому что и результаты, и методы лечения принципиально отличаются, когда мы имеем дело с начальной стадией заболевания. Достижение возраста 50 лет для мужчины — это повод впервые сдать анализ крови на онкомаркер рака простаты, который называется ПСА (простат-специфический антиген). В течение двух месяцев, вплоть до 22 сентября, каждую субботу, мы приглашаем москвичей в поликлиники города, где они смогут бесплатно пройти обследование на выявление первых признаков рака предстательной железы. График работы поликлиник на весь период программы размещен на сайте Департамента здравоохранения Москвы в разделе проекта «Я выбираю здоровое будущее», - отметил главный онколог Москвы Игорь Хатков.

Миф №2. Если у моих родственников был рак предстательной железы, то будет и у меня.

- Если у кого-то из родственников был рак предстательной железы, то вероятность заболеть увеличивается в 2 раза, если рак был у двух родственников, риск увеличивается в 5 раз. Однако подобная семейная история рака не гарантирует развитие его развитие у всех членов семьи. Тем, у кого в семье были случаи рака предстательной железы, следует регулярно проходить скрининг на ПСА и начинать его с 45 лет.

Миф №3. Есть характерные симптомы, которые позволяют диагностировать рак предстательной железы.

- На ранних стадиях, когда полное излечение возможно практически в 100%, характерных симптомов может совсем не быть. Наиболее эффективным способом выявить рак простаты на ранней стадии является анализ крови на ПСА, повышенный уровень которого позволит заподозрить вероятное наличие рака простаты и назначить нужное дообследование для его верификации.

Миф №4. Рак предстательной железы развивается медленно, и лечить его не стоит.

- В большинстве случаев рак простаты действительно развивается медленно. Но это ни в коем случае не означает, что его не надо лечить! Выбор метода лечения зависит от множества факторов, начиная от возраста и общего состояния пациента и заканчивая стадией рака простаты и

Продолжение на стр. 7 >

Экспертный взгляд

КЛИНИЦИСТЫ РЕКОМЕНДУЮТ, А МЫ ПРИСЛУШИВАЕМСЯ

Методология составления клинических рекомендаций на современном этапе и механизм их внедрения в повседневную деятельность каждого практического врача — одна из самых актуальных отраслевых задач в настоящее время. Именно разработка таких согласительных документов является ведущим механизмом повышения качества оказания медицинской помощи населению. Так, на протяжении последних нескольких лет в рамках деятельности Министерства здравоохранения РФ аппаратом главных внештатных специалистов Минздрава России по каждой клинической специализации, проводится непрерывная и последовательная работа в этом направлении.

Своим экспертным взглядом на эту тему с нами любезно поделился один из ведущих учёных-интернистов в нашей стране, основоположник отечественной пульмонологии, заведующий кафедрой госпитальной терапии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, академик РАН Александр ЧУЧАЛИН.



- Александр Григорьевич, несколько лет тому назад в нашей стране состоялась крупная международная конференция на тему клинических рекомендаций под вашим председательством. Докатилось ли «эхо» этого мероприятия до нынешних дней?

- Эта конференция имеет свою предысторию, которая относится к началу 1990-х годов. Чтобы это мероприятие состоялось нам нужно пройти путь длиной в четверть века. Собственно говоря, основной целью наших учёных в те, уже далёкие, годы являлось вхождение в международное формирование доказательной медицины. Однако курс развития отрасли в нашей стране в то время был направлен в сторону медико-экономических стандартов. Всё обосновывалось исключительно с экономической точки зрения. Так что наша идея о внедрении в практику клинических рекомендаций сошла на «нет», и только 5-6 лет тому назад «наверху» появилось осознание необходимости и альтернативности клинического подхода к делу.

Но одно дело — идея, а другое дело — практическая деятельность. Я сумел убедить отраслевое руководство в том, что без международного сотрудничества нам не добиться успехов на этом поприще. К сожалению, наши учёные не владеют методологией составления клинических рекомендаций на современном этапе. Так что та конференция стала отправной точкой нашего курса в сторону международного сотрудничества. Мне было приятно, что наши зарубежные коллеги увидели в лице российских медиков необычайно высокую заинтересованность и готовность эффективно работать на самом высоком международном уровне. Наряду с этим необходимо сказать и о том, что данное мероприятие послужило неким мостиком для вхождения наших учёных в мировое сообщество, занимающееся клиническими рекомендациями.

Позитивную атмосферу нашей встречи переоценить очень сложно. Вы же сами там были, вспомните: аудитория конференции представляла собой съезд лучших российских учёных, главных специалистов Минздрава России, директоров ведущих медицинских учреждений. Они пытливы изучали и вникали во все тонкости и подробности деятельности зарубежных коллег на ниве разработки и внедрения в практику клинических рекомендаций, а также всех сопутствующих документов.

Эта конференция направлена не столько в настоящее, сколько в будущее. Так, летом этого года ведущие специалисты по каждому направлению клинической медицины поедут в США для более детального ознакомления с деятельностью своих иностранных коллег,

а также собственного внедрения в мировое сообщество по клиническим рекомендациям. Кроме того, совсем недавно наш министр проводил встречу с главными внештатными специалистами подшефного ей ведомства, где весьма чётко обрисовала сквозную программу по подготовке тех документов, которые мы называем клиническими рекомендациями. Эта программа должна затронуть все этапы медицинского образования: университетское, последипломное, а также предстоящую аккредитацию врачей. Наряду с этим клинические рекомендации — серьёзный документ для страховых компаний, деятельность которых, основанная на соблюдении врачом этих документов, станет более прозрачной и доступной для понимания.

Если нам удастся всё это реализовать, то недавняя конференция будет носить исторический характер, так как именно она станет отправным пунктом в оказании более качественной помощи пациентам, страдающим самыми разными заболеваниями — главным показателем эффективной деятельности отрасли.

- В чём состоит методология составления клинических рекомендаций?

- Очень хороший вопрос. Это весьма непростая работа. Собственно говоря, мы всегда стремились к персонализированному подходу в лечении больных. Для того чтобы эффективно реализовывать современные научные знания на практике нужно исходить из принципов доказательной медицины. Поэтому в основе клинических рекомендаций лежат два документа: систематические обзоры, основанные на проводимых клинических исследованиях, а также мета-анализ. Это строгий математический язык. Всё должно зиждиться на статистически достоверных результатах рандомизированных и мультицентрических исследований.

Пару лет назад я написал большую статью на предмет анализа систематических обзоров и мета-анализов по пневмонии. Стоит вопрос: а нужно ли использовать глюкокортикостероиды при этом заболевании органов дыхания? Я «перелопатил» огромное количество литературы, прежде чем сделать вывод о том, что нужно. За рубежом — это обычная практика — выискивать работы. Клинические рекомендации не пишутся просто так — это путь к деградации самой идеи. И очень хорошо, что наш министр это прекрасно понимает. К сожалению, у нас практически нет учёных, готовых написать систематический обзор или составить мета-анализ. Их этому не учили, они этого не умеют.

Чтобы данная стратегия заработала в нашей стране, нужно приложить немало усилий...

- Что дают клинические рекомендации непосредственно практическому врачу?

- Эти документы, в первую очередь, как раз и пишутся для практикующих врачей, а не для учёных-клиницистов. Клинические рекомендации позволяют специалисту минимизировать врачебную ошибку. Если доктор не пользуется им, он автоматически подвергает себя высокому риску ятрогенной причины невыздоровления больного.

Не «мешают» ли друг другу клинические рекомендации и медико-экономические стандарты?

- И вновь вы задаёте очень хороший вопрос. Такой конфликт есть и всегда будет. Однако бояться его не надо. Клинические рекомендации всегда стремительно развиваются с высокой динамикой. МЭСы же всегда консервативны, одним своим существованием они ставят вопрос: а нужны ли клинические рекомендации? Однако и они (МЭСы) будут меняться и уже меняются под влиянием новых научных знаний. Что же касается юридической защиты врача, то Министерство здравоохранения уже подготовило ряд законодательных документов на предмет клинических рекомендаций. Пока всё ориентировано на стандарты медико-экономической помощи, однако, как известно, всё течёт, всё изменяется...

- Кто и как сегодня разрабатывает клинические рекомендации в нашей стране?

- Собственно говоря, эта колоссальная работа лежит на аппарате главных внештатных специалистов Минздрава России. Каждый трудится в своей области. Однако должен заметить, что у нас нет единого информационного центра, куда поступали бы данные о публикациях на ту или иную тему в ведущих мировых отраслевых научных журналах. Это бы значительно облегчило работу наших клиницистов.

- Каковы принципы работы международного сообщества по клиническим рекомендациям?

- Они достаточно активно работают. У них есть сайт, где, помимо непосредственно текста клинической рекомендации, существует множество обучающих ресурсов для дистанционного образования с целью сдачи тех или иных экзаменов, успешное прохождение которых значительно повышает статус того или иного специалиста в мировом медицинском сообществе.

Вся эта международная структура направлена на поиск информации для формирования клинических рекомендаций самого высокого качества, на основании которых происходит ведение веб-семинаров и конференций, а также онлайн-консультаций пациентов с тем или иным заболеванием. Уверен: подобная практика даст очень многое для развития отечественного здравоохранения.

- Как часто обновляются клинические рекомендации?

- Структура работает так: мониторится публикуемая литература. Как правило, отслеживаются те исследования, которые проводятся на данный момент. Как известно, научные публикации идут только на 3-ей фазе клинического исследования. В основном

отбирают журналы с высоким индексом цитирования. Если «свежая» информация превысила объём существующих рекомендаций на 20%, то эта та критическая масса информации, когда необходимо переопределять клинические рекомендации. В среднем, эти документы обновляются каждые 2 года.

Примечательно, что ежегодно проводится 180 тыс. клинических исследований. По одной только пневмонии их насчитывается 10 тыс. каждый год. Данные этих исследований и являются отправной точкой для пересмотра клинических рекомендаций.

- Планируется ли создание российского общества по клиническим рекомендациям?

- Я не вижу в этом необходимости. Куда важнее – вступление в международное общество. Мы должны быть достойными партнёрами, чтобы удержаться на этой орбите. У нас всё для этого есть. Дело в том, что новое общество появляется тогда, когда есть определённая организационная структура – институт пульмонологии, онкологии и т.д. Я полагаю, что намного эффективнее будет, если мы создадим некую институтскую структуру, которая бы занималась информатикой и подготавливала материал для того чтобы эксперты готовили свои предложения по изменению клинических рекомендаций. Как эта структура будет называться – спрогнозировать сложно. Возможно, с течением времени, по мере того как всё это будет развиваться, мы создадим более серьёзную и значимую организацию, как, например, в США был создан Институт медицины для всего этого дела.

Сейчас же мы говорим о создании референс-центра при каком-либо вузе или научно-исследовательском учреждении. Пока мы находимся на таком этапе: нам необходимо иметь экспертов первого уровня, в обязанности которых входило бы архивирование и классификация необходимой информации по той или иной нозологии. Надо

заметить, что эту группу, как за рубежом, должны составлять не врачи. Это математики, аналитики – те люди, которые могут эффективно работать с информацией: понимать её актуальность, правильно выбирать, складировать и только потом – выходить на клиницистов – экспертов второй группы, которые и будут формировать и писать клинические рекомендации. Необходимо заметить, что сотрудничество между группами экспертов должно быть весьма тесным, а не дистанционным.

Пока же этого у нас нет, наши специалисты (сужу по себе) самостоятельно проделывают работу экспертов первой группы или же обращаются за помощью к аналитикам в индивидуальном порядке, по предоставлению необходимой информации которыми и начинается непосредственная работа над написанием, исправлением и дополнением тех или иных клинических рекомендаций.

Что касается Российского респираторного общества, председателем которого я являюсь, то первые наши клинические рекомендации пришли на 1995 год. Это были рекомендации по ведению пациентов с бронхиальной астмой. Без преувеличения, мы добились потрясающего эффекта: прошло 20 лет, и астма перестала быть тяжёлой проблемой для скорой помощи, а также для стационарного этапа оказания медицинской помощи. На сегодняшний день в нашей стране это заболевание эффективно лечится на амбулаторном этапе: участковым врачом или пульмонологом по месту жительства.

Вот вам яркий пример роли и значения клинических рекомендаций для практического здравоохранения.

*Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ*

Анонс

XIII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ 21-23 НОЯБРЯ 2018, МОСКВА ФОРУМ «АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ»

В рамках XIII Национального конгресса терапевтов, посвящен 120 летию со дня рождения И.А. Кассирского, состоится форум «Амбулаторный приём» – образовательные секции для терапевтов и врачей поликлинического звена.

Основные вопросы

На форуме «Амбулаторный приём» будут рассмотрены актуальные, для врачей поликлинического звена, вопросы:

- Отдельные аспекты гастроэнтерологической патологии;
- Заболевания печени в практике терапевта;
- Профилактика и лечение сердечно-сосудистой патологии;
- Ревматические заболевания в клинике внутренних болезней;
- Инфекционные поражения сердца: эндокардиты и миокардиты;
- Современный подход к антибактериальной и противовирусной терапии;
- Заболевания центральной и периферической нервной системы;
- Поражения почек и мочевыводящей системы в терапевтической практике;
- Инфекционные и обструктивные заболевания дыхательной системы;
- Тромбозы и тромбоэмболии;
- Наиболее значимые российские клинические исследования;
- Клинические рекомендации и отраслевые стандарты.

Руководитель форума

Аркадий Львович ВЁРТКИН

д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Руководитель РОО «Амбулаторный врач»

Общая информация

Национальный конгресс терапевтов – главное ежегодное мероприятие Российского научного медицинского общества терапевтов. Проводится ежегодно начиная с 2006 года. Является фактическим правопреемником Всероссийских и Всесоюзных съездов терапевтов, которые проводились ранее. В рамках конгрессов периодически проходят съезды и пленумы Российского научного медицинского общества терапевтов. Программа Конгресса охватывает максимально широкий спектр вопросов диагностики, профилактики и лечения внутренних болезней. За три дня работы Конгресса в восьми залах проводится около ста тематических секций.

Начиная с 2012 года Конгресс проходит в Международном выставочном центре «Крокус Экспо».

Программа на стр. 13 >

21-23 ноября 2018 года, Москва



НОВОСТИ

< Начало на стр. 6

степени дифференцировки раковых клеток. В некоторых случаях у старых и пожилых пациентов локализованный рак простаты 1й и 2й стадии можно не лечить, но все равно даже эти пациенты требуют регулярного наблюдения у онколога. У пациентов 50-60 лет любая форма рака простаты требует лечения.

Миф №5. На риск развития рака предстательной железы влияет половая активность.

- Это заблуждение! Нерегулярная половая жизнь не является фактором риска развития рака простаты.

Миф №6. Рак предстательной железы передается другим людям.

- Раком простаты невозможно заразить кого-либо. Он не передается не воздушно-капельным путем, ни при поцелуе, ни при половом акте. Этот факт относится и к другим онкологическим заболеваниям.

Два бокала в неделю — максимум? Сколько можно пить

Таковы основные выводы последнего и самого масштабного исследования, когда-либо проведенного в этой области: ученые проанализировали данные почти 600 тысяч людей, периодически употребляющих алкоголь.

Результат их работы звучит безапелляционно: даже в малых дозах алкоголь не несёт никакой пользы, а его вредное воздействие начинает проявляться уже с 50 граммов спирта в неделю — это около двух небольших бокалов вина или двух банок пива.

Сколько мы пьём на самом деле?

Людам, употребляющим спиртное не очень часто и не очень помногу, приятно думать, что таким образом они только укрепляют свой организм. Бокал вина за ужином — особенно красного — принято считать полезным не только для пищеварения, но и для сердечно-сосудистой системы.

В большинстве стран существуют рекомендуемые минздравом нормативы «безопасного потребления» алкоголя — они, впрочем, сильно разнятся в разных культурах.

В Британии, например, врачи рекомендуют выпивать в неделю не более полутора бутылок вина (или пяти пинт пива), не делая при этом различий между мужчинами и женщинами. А вот в Испании этот лимит в 2,5 раза больше для мужчин и в 1,5 раза — для женщин.

Российские нормативы ещё выше. В прошлом году минздрав выпустил обновлённые рекомендации и теперь советует мужчинам выпивать не более 4,5 л пива в неделю (или рюмку водки два раза в день), оставаясь при этом «в зоне низкого риска для здоровья». Впрочем, многие критикуют любые подобные нормативы, утверждая, что всё сугубо индивидуально. Но многие ли следуют подобным рекомендациям? Посмотрим на статистику.

Согласно прошлогоднему отчету ВЦИОМ, алкоголь вообще не употребляют более трети россиян — 39%. Однако эти данные основаны на опросах — а потому неудивительно, что они не слишком согласуются с официальной статистикой продажи спиртных напитков. Если верить официальной статистике, ещё 10 лет назад россияне пили примерно в полтора раза больше. В том же 2017 году средний россиянин выпивал 10 литров чистого спирта в год. Это среднестатистический показатель, который включает всех жителей страны — мужчин и женщин, от грудных младенцев до немощных стариков. И не включает продажи незаконного и самодельного алкоголя (не говоря уже про «Боярышник» и прочие алкогольные суррогаты). Таким образом, чтобы получить реальную картину среднестатистического выпивающего россиянина — совершеннолетнего, не запойного алкоголика, но и не совсем уж трезвенника — официальный среднестатистический показатель нужно умножить в полтора-два раза.

В пересчете на еженедельное потребление это даст нам около 330 мл спирта в неделю. То есть более полутора бутылок водки (200 мл чистого алкоголя), или три с лишним бутылки вина (105 мл), или 13 банок пива. И для такого «среднепьющего» россиянина у учёных очень плохие новости.

Спасти от инфаркта и умереть от инсульта?

Результаты исследования, опубликованные в журнале Lancet, являются результатом подробнейшего анализа 83 независимых научных работ, ставивших своей целью изучить влияние алкоголя на организм (и наше здоровье в целом) в долгосрочной перспективе.

Вне зависимости от конкретной причины, вероятность летального исхода показывает очевидную — хоть и нелинейную — зависимость от количества выпиваемого алкоголя. Причем продолжительность жизни начинает сокращаться уже на минимальном уровне — меньше 100 мл в неделю (в бутылке сухого вина больше 100 мл спирта).

Вероятность инсульта, развития ишемической болезни, сердечной недостаточности, гипертонии или аневризмы аорты со смертельным исходом и вовсе показала прямую линейную зависимость от объёмов выпивки.

Единственное исключение — вероятность инфаркта, которая действительно несколько снижалась по мере роста дозы регулярно потребляемого спиртного. Однако это снижение с лихвой компенсировалось другими заболеваниями.

В целом к 40 годам все участники исследования, употреблявшие алкоголь, показали снижение ожидаемой продолжительности жизни — от полугода у самых малопьющих до пяти лет у тех, кто регулярно употреблял более 350 мл чистого спирта в неделю.

В последнюю группу, напомним, почти попадает вышеупомянутый среднестатистический россиянин.

Это было недавно

ПОД ГРИФОМ «АМБУЛАТОРНО», ИЛИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ НАПРАВЛЕНИИ

Краткий обзор сессии «Амбулаторный приём»
от 13 июня 2018 года

«XX век ознаменовал новую страницу в мире медицины – эру антибиотиков. Она принесла долгожданное избавление от многих, некогда губительных недугов. Инфекционные болезни, уносившие миллионы жизней, стали излечимы, что в корне поменяло ход истории. Однако препараты, спасавшие людей еще 30 лет назад сегодня практически бессильны. Виной – широкое и нерациональное, а зачастую и бесконтрольное применение антибиотиков, которое привело к росту резистентности бактерий – процессу, ставшему заметной проблемой для всего мира. Кроме того, наряду с проблемой резистентности остро стоит вопрос безопасности применения антибактериальных препаратов», – открыл очередную научно-образовательную сессию «Амбулаторный приём», ориентированную, главным образом, на специалистов первичного звена, её бессменный лидер – директор терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, руководитель Общества «Амбулаторный врач», профессор, заслуженный деятель науки РФ Аркадий ВЕРТКИН.



А. Вёрткин

Вскрытие покажет

Выявлению осложнений антибактериальной терапии, а именно антибиотик-ассоциированной диареи и псевдомембранозному колиту была посвящена клиничко-анатомическая конференция. Разбору подверглась история пациента 86 лет, госпитализированного в многопрофильный стационар с направительным диагнозом «Двусторонняя пневмония», жалобами на одышку в покое, повышение температуры тела до 38С и жидкий стул до 10 раз в день. Пациент длительное время страдал артериальной гипертензией, перенёс инфаркт миокарда, ему был установлен ЭКС. Также в анамнезе – каротидная энтертерэктомия справа, ТУР простаты по поводу ДГЖП. В течение 10 лет больного беспокоила одышка, периодически – отеки ног. Незадолго до настоящей госпитализации он проходил стационарное лечение по поводу декомпенсации ХСН и двусторонней пневмонии. После выписки отмечал появление диареи, сохранение субфебрильной лихорадки, в течение 3 дней – нарастание одышки, приступы удушья по ночам, в связи с чем был госпитализирован.

При поступлении состояние пациента тяжелое, температура 37,8, небольшие отеки ног. ЧДД 26 в мин., дыхание в лёгких жесткое, справа резко ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, систолический шум на верхушке, ЧСС до 100 уд. в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул учащенный, жидкий. Пациент госпитализирован в кардиореанимационное отделение. В качестве основного заболевания в клинический диагноз была вынесена ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Хроническая аневризма нижней стенки ЛЖ. Фоновое заболевание: гипертоническая болезнь 3 ст, АГ 3 ст, риск 4. Осложнение: ПЭКС 2016г НК 2Б. Острая декомпенсация ХСН. Тромбоз ушка левого предсердия. Псевдомембранозный колит. Интоксикация. Сопутствующие: ХИГМ. Каротидная энтертерэктомия ВСА справа. Нейросенсорная тугоухость. ДГПЖ, ТУР простаты. Подагра. ХОБЛ вне обострения.

Лабораторно отмечалось нарастание лейкоцитоза, мочевины и креатинина, снижение альбуминов плазмы, повышен Д-димер. Рентгенологически диагностированы явления венозного застоя в МКК, выпот в правой плевральной полости до переднего отрезка VII ребра. При ЭхоКГ отмечается снижение фракции выброса до 36%, митральная и трикуспидальная регургитация 3 ст., дилатация всех полостей сердца, а также значительная легочная гипертензия, диффузный гипокинез,

следы жидкости в полости перикарда, аневризма средней трети МПП с дефектом до 4 мм с лево-правым сбросом (открытое овальное окно). На УЗИ: застойная печень и селезенка, асцит. УЗИ в динамике позволило выявить картину выраженного пареза толстой кишки с внутрипросветным депонированием жидкости, свободную жидкость в брюшной полости.

При колоноскопии – картина псевдомембранозного колита. На 2 сутки на фоне проводимой терапии сохранялась диарея, водно-электролитные нарушения, гипопропротеинемия, гипотония. Тяжесть состояния обусловлена псевдомембранозным колитом. В связи с этим принято решение о переводе пациента в ОРИТ. Проводилось антибактериальное лечение, коррекция белковых, водно-электролитных нарушений. На вторые сутки лечения в ОРИТ появилась отрицательная динамика в виде нарастания интоксикации, гипотонии, дыхательной недостаточности. Пациент переведён на ИВЛ, однако, несмотря на и реанимационные мероприятия, скончался.



Е. Вовк

Патологоанатомический диагноз: Хроническая аневризма передней стенки левого желудочка, межжелудочковой перегородки и верхушки сердца с пристеночным организованным тромбом, тромбом в ушке левого предсердия. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Гипертоническая болезнь. Атеро-артериолосклеротический нефросклероз. Двусторонняя нижнедолевая бронхопневмония с признаками организации. Псевдомембранозный колит с тотальным поражением толстой кишки (длительная антибактериальная терапия по поводу пневмонии). Хроническое общее венозное полнокровие: бурая индурция легких, цианотическая индурция почек и селезенки, мускатная печень. Гидроперикард (50 мл), двусторонний гидроторакс (по 400 мл). Асцит (500 мл). Анасарка. Отёк легких, отёк головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий основания мозга. Атеросклероз аорты с пристеночным организованным тромбом в брюшном отделе. Открытое овальное окно.

В качестве рецензента по данной теме выступила доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ Елена Вовк: «В основе выбора антибактериальной терапии должна лежать не только эффективность, но и безопасность, так как данный клинический пример продемонстрировал, что пациент скончался не только от осложнения основного заболевания ХСН, но и от ятрогенного осложнения, тяжелого псевдомембранозного колита (ПМК)».

Важно отметить тот факт, что ПМК может развиваться как во время антибактериальной терапии, так и через интервал от 1 суток до 12 недель после прекращения лечения, таким образом у амбулаторного врача должна быть настороженность в отношении данной патологии, – прокомментировал выступление коллеги профессор А.Вёрткин.

Зловещий «хамелеон»

Сообщение, посвящённое трудности диагностики инфекционного эндокардита, сделал главный терапевт Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова, заслуженный врач РФ, профессор Владимир Тюрин.

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – одно из немногих заболеваний, представляющих наибольшую трудность на пути постановки диагноза. Сегодня, несмотря на все техническое оснащение более 80% случаев ИЭ не диагностируется на пути направления в стационар, – отметил он.

Для диагностики ИЭ целесообразно использовать «большие» и «малые» критерии. К так называемым «большим» критериям относятся: положительная гемокультура типичных возбудителей ИЭ (в 2 из 2 посевов крови на стерильность до назначения антибиотиков); признаки поражения эндокарда: вегетации на створках клапана или по ходу струи регургитации, абсцесс фиброзного кольца, миокарда, нарушение работы запирающего элемента искусственного клапана, ПЭТ/КТ положительная, ОФЭКТ положительная.



В. Тюрин

«Малые» критерии ИЭ: предшествующее поражение клапанов или в/в наркомания; температура тела выше 38С; сосудистые симптомы (артериальные эмболии, септические инфаркты легких, микотическая аневризма, внутримозговое кровоизлияние, симптом Лукина, пятна Жаневье); иммунологические проявления (гломерулонефрит, узелки Ослера, ревматоидный фактор); положительная гемокультура, не соответствующая большим критериям.

Также к симптомам ИЭ относят суставной синдром (артриты, артралгии, спондилит, спондилоартрит, мышечные контрактуры), внезапную слепоту на 1 глаз, неадекватное поведение (психозы), менингит, миокардит с нарушением ритма сердца.

ИЭ – это хамелеон в медицине. Он может скрываться под множеством других масок, – подчеркнул В.Тюрин.

ПЦР диагностика ИЭ позволяет увеличить частоту выявления возбудителей сепсиса и эндокардита до 92%, а также установить механизмы резистентности у выделенного возбудителя. В диагностике ИЭ также очень важна ранняя ЭхоКГ (должна быть выполнена в первые 12 часов после первичного осмотра больного). Нейровизуализирующее обследование при ИЭ (КТ, МРТ головного мозга) зачастую позволяет выявлять асимптомные неврологические осложнения (инсульт, микотическую аневризму, внутримозговую гематому и др.), а целенаправленный поиск сосудистых осложнений ИЭ позволит улучшить диагностику ИЭ.

Таким образом, типичной для ИЭ считается лихорадка с ознобами и проливными потами ночью со сменой 1-3 рубашек за ночь; у длительно лихорадящих больных или больных с рецидивами лихорадки после коротких курсов антибиотикотерапии необходимо исключить диагноз ИЭ; необходимо чаще назначать УЗИ селезенки, КТ или МРТ головного мозга для поиска эмболических осложнений или подозрения на ИЭ; помнить о разнообразных масках ИЭ, чаще назначать ЭхоКГ больным с необъяснимой лихорадкой.

«Не дай мне бог сойти с ума»

С докладом на тему «Когнитивные расстройства в терапевтической практике» выступил ведущий научный сотрудник лаборатории электрофизиологических исследований в кардиологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук Михаил Дробижев.



М. Дробижев

Таких диагнозов, как дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) и хроническая ишемия мозга (ХИМ) просто не существует, и врачи амбулаторного звена должны бороться с этими выдуманными диагнозами, – начал он своё выступление. – К причинам так называемых ДЭП-ХИМ относят атеросклероз сосудов головного мозга, наследственные ангиопатии, системные или церебральные васкулиты, гипертоническую болезнь, сердечную недостаточность, болезни позвоночника, поражения церебральных вен, гормональные расстройства и т.д. Так что такой диагноз можно поставить каждому, – пояснил М.Дробижев.

Как известно, причиной нейрокогнитивных расстройств в 60% случаев является болезнь Альцгеймера, остальные 40% приходится на корко-подкорковую патологию с острым (инсульт) и медленным началом (экстрапирамидные нарушения, лобно-височная дегенерация, алкогольное поражение и др.). Алгоритм диагноза нейрокогнитивного расстройства при болезни Альцгеймера: состояние соответствует критериям большого нейрокогнитивного расстройства; бессимптомное начало, а также постепенное прогрессирование нарушений как минимум в двух когнитивных сферах.

К критериям большого нейрокогнитивного расстройства относят: признаки значительного снижения познавательной способности; нарушение независимости в повседневной деятельности вследствие когнитивного дефицита; возникновение когнитивного дефицита не только во время делирия; в случае, если когнитивный дефицит не объясняется другим психическим расстройством.

Критерии диагноза сосудистого нейрокогнитивного расстройства: чёткая временная связь с острыми или преходящими нарушениями



мозгового кровообращения; стабилизация вне сосудистых катастроф; частые неврологические расстройства (гемипарез, дизартрия, апраксия-атаксия, недержание мочи), а также данные нейровизуализации (КТ/МРТ).

- Главной причиной нейрокогнитивного расстройства является макроангиопатия (инсульты). Меры профилактики ишемического инсульта действенны по отношению и к сосудистой деменции: антитромботическая, антигипертензивная терапия, статины, а также хирургическое лечение стеноза внутренней сонной артерии, - подытожил свой доклад М.Дробижев.

Многоликий кашель

Заведующий кафедрой оториноларингологии МГМСУ профессор Андрей Овчинников представил доклад на актуальную мультидисциплинарную проблему кашля в практике амбулаторного терапевта. «Кашель – защитный механизм, способствующий очищению дыхательных путей (ДП), - напомнил он многочисленной аудитории. - Это наиболее частая причина обращения за медицинской помощью на амбулаторном этапе, а также самый распространенный симптом респираторных заболеваний. До 40% обращений в поликлинику происходят по поводу хронического кашля, - добавил он. Надо понимать, что кашель нельзя назвать безобидным симптомом. Причин для кашля существует огромное множество, среди них вдыхание раздражающих



А. Овчинников

веществ, аспирация (инородного тела, отделяемого верхних ДП, содержимого желудка), психогенный (невротический) и рефлексорный кашель при патологии наружного и среднего уха. Так или иначе кашель может быть как связан, так и не связан с патологией дыхательной системы.

Однако самая частая причина кашля, по словам докладчика, – это синдром постназального затекания (20-30% пациентов с хроническим кашлем), который объединяет клинические ситуации, характеризующиеся воспалительным процессом верхних дыхательных путей.

- Осведомленность врачей первичного звена в отношении данного синдрома очень важна, поскольку кашель в данной ситуации не всегда правильно трактуется и ошибочно приписывается хроническому бронхиту, - заключил А.Овчинников.

Патологическая зависимость

О том, какие наркологические проблемы встречаются в соматической практике рассказал главный психиатр-нарколог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы профессор Евгений Брюн.

- Заболевания, связанные с зависимостью, являются единым болезненным процессом, имеющим различные клинические формы, в том числе: химические зависимости: алкоголизм, наркомании, токсикомании; пищевые зависимости, гэмблинг (игровая зависимость) и другие формы зависимого поведения, и феноменологически проявляющимся расстройствами влечения, - заявил Е.Брюн. Биологическую основу патогенеза заболеваний, связанных с зависимостью, по словам эксперта, составляет психический дизонтогенез, этиологически выводимый из биохимических нарушений головного мозга (генетическая предрасположенность, травмы, психические и соматические заболевания), психологической дисгармонии, социокультурного и этнического рассогласования, а также искаженной информационной среды. Таким образом, современная наркология признает полиэтиологичность или



Е. Брюн

биопсихосоциальную природу заболеваний, связанных с зависимостью.

- Одновременно с этим необходимо учитывать, что у большинства больных в случаях формирования ремиссии и остановки болезненного процесса (нозоса) остается сумма предрасполагающих факторов, т.е. сохраняется патологическое состояние (патос), что диктует необходимость длительного медицинского наблюдения и противорецидивного лечения, с одной стороны, а также медико-психологической, медико-социальной, профессиональной, юридической, социокультурной и пр. реабилитации при координирующей роли медицины, - резюмировал Е.Брюн.

Юлия ШЕВЧУК



СТАТИСТИКА СЕССИИ №21

«Особые социальные группы: роль терапевта поликлиники»

Организаторами мероприятия выступили:

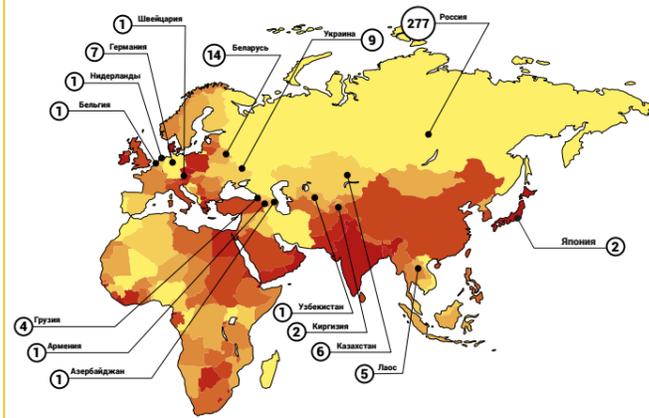
- РОО «Амбулаторный врач»
- Общероссийская общественная организация «Российское научно-медицинское общество терапевтов»
- ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ
- Общероссийская общественная организация «Общество врачей России»
- Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»



УЧАСТНИКИ



ПРОСМОТРЫ



«Кочка» зрения

ЧТО В СЕБЕ ТАИТ ДИСПАСЕРИЗАЦИЯ?

Соответствует ли замысел реальному положению дел?

На бытовом уровне необходимость периодической проверки своего здоровья кажется настолько очевидной и логически неопровержимой, что профилактические медицинские осмотры остаются популярными как среди населения, так и среди политиков на протяжении многих десятилетий. В то же время, как показывает история с вращением Солнца вокруг Земли, очевидное и несомненное не всегда соответствует истинному положению вещей.

Именем массового скрининга

На современном этапе необходимо отчетливо понимать различие между прицельным научно-обоснованным скринингом и комплексными периодическими профилактическими осмотрами. Что касается программ скрининга, то классические критерии оценки их действенности и целесообразности были разработаны еще в середине прошлого века и широко представлены как в зарубежной, так и в отечественной литературе.

Российская же диспансеризация представляет собой типичный комплексный периодический профилактический осмотр, который наряду с несколькими «настоящими» скрининговыми тестами, включает врачебные осмотры и ряд анализов и инструментальных исследований, являющихся чисто клиническими и для скрининга непригодными.

Основной целью скрининга является не обнаружение болезни или состояния, а предотвращение неблагоприятных клинических исходов, т.е. снижение заболеваемости и смертности. Соответственно, для оценки эффективности скрининга проводятся контролируемые клинические исследования, в которых сравнивается заболеваемость и смертность среди тех, кто подвергается и не подвергается изучаемому виду скрининга.

Однако в отношении диспансеризации такие цели никогда не провозглашались. Согласно ст. 46 закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», целью диспансеризации является оценка состояния здоровья определенных групп населения. В методических рекомендациях Минздрава по организации проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения (2013 г.) основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения названы охват населения и уменьшение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях. Не удается также найти отечественных контролируемых исследований, сравнивающих заболеваемость и смертность среди аналогичных групп населения участвующих и не участвующих (или участвующих в разной степени) в диспансеризации.

Таким образом, из всей совокупности накопленных к настоящему времени данных о диспансеризации невозможно установить, оказывает ли она какое-либо влияние на самый ключевой показатель общественного здоровья – смертность населения. Между тем, за рубежом интерес к влиянию профилактических медосмотров на смертность появился практически с началом их распространения.

Ранние оценки

Самая первая попытка оценить влияние периодических медосмотров на смертность была предпринята более 100 лет назад в США страховой компанией Metropolitan Life Insurance, которая до настоящего времени остается крупнейшим международным холдингом в сфере страхования и, кстати, имеет филиал в России. Идея была вполне капиталистической: раннее выявление заболеваний у держателей полисов страхования жизни должно привести к сокращению числа умерших, что, в свою очередь, позволит получить экономию в страховых выплатах.

Профилактические медицинские осмотры за счет страховой компании были проведены среди 6000 застрахованных американцев в 1914 и 1915 гг. Результаты исследования были опубликованы A.S.Knight в статистическом бюллетене компании в 1921г. За 5,5 лет среди прошедших профосмотры умерло 217 человек, в то время, как по расчетам A.S.Knight, ожидаемая смертность в исследуемой социальной группе за этот период должна была составить 303 человека. В результате этого, по заключению автора, 28% снижение смертности позволило сэкономить \$126 000 страховых выплат.

Учитывая, что медосмотры обошлись страховой компании примерно в \$40 000, доходность инвестированного капитала составила более 200%. По современным стандартам эти результаты выглядят

крайне сомнительными, поскольку полностью зависят от точности оценки ожидаемой смертности.

Аналогичный подход к оценке эффективности периодических медосмотров был применен Roberts с соавторами (1969) также в США в значительно более крупном исследовании. Оно продолжалось 15 лет (1950-1964) и включавшем 20648 мужчин, в основном белых из высших слоев общества и занимавших руководящие должности. Программы медосмотров, оплачиваемых работодателями, включали физикальное обследование, анкетирование, ЭКГ, рентгенографию грудной клетки и лабораторные тесты. Результаты исследования также показали значительно меньшую смертность среди его участников по сравнению с ожидаемой. Но здесь авторы были более осторожными с выводами, заключив, что полученные ими результаты требуют проверки в контролируемых исследованиях.

Контролируемые исследования

Среди первых рандомизированных клинических испытаний (РКИ) эффективности периодических медосмотров наиболее крупным было исследование, проведенное в Лондоне (South-East London Screening Study). В исследовании, начатом в 1967г., участвовало около 6,5 тыс. мужчин и женщин в возрасте от 40 до 64 лет, рандомизированных в две равные группы. В контрольной группе медосмотры не проводились, а лица, вошедшие в группу вмешательства, дважды с интервалом в 2 года прошли обследование в объеме, очень похожем на программу диспансеризации середины 2000-х в России. Результаты медосмотра каждого участника направлялись курировавшим их врачам общей практики для принятия решения о необходимости дальнейшего обследования и лечения.

На протяжении 5 лет каждые полгода в обеих группах собиралась информация о количестве врачебных консультаций, госпитализаций, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и смертности. Результаты исследования, подведенные в 1972-1973 гг., показали отсутствие различий между группой вмешательства и группой контроля по всем этим показателям.

Вероятно, самым длительным РКИ по оценке эффективности профосмотров было 30-летнее исследование T. Skaaby с соавторами, начатое в 1982г. В него вошло 17845 жителей Дании в возрасте 30-60 лет. Из них 4789 были рандомизированы в группу вмешательства, а 12994 составили контрольную группу. Участники группы вмешательства с 1982 по 1994 г. прошли до 3 профилактических осмотров, которые по содержанию также были аналогичны программам российской диспансеризации. Данные о смертности, фатальных и не фатальных инфарктах миокарда и инсультах регистрировались в обеих группах до 2012г. За время наблюдения в обеих группах произошло 3209 инфарктов, 2190 инсультов и 6432 смерти. Статистически значимых различий в частоте инфарктов и смертей в группе вмешательства и контроля не было, но среди проходивших профосмотры инсульты происходили чаще, чем в контрольной группе.

В июне нынешнего года А.М. Bender с соавторами опубликовали результаты дополнительных 10 лет исследования Inter99, которое включало лиц в возрасте 30-60 лет, рандомизированных в группы профосмотров (11483 чел.) и контроля (47122 чел.). Авторы по отдельности сравнили 10-летнюю общую смертность и частоту инфарктов и инсультов между группами в районах Копенгагена с низким (35-49%), средним (50-54%) и высоким (55-84%) охватом профосмотрами лиц, входивших в группу профосмотров. В основном, различий в изучаемых клинических исходах также не было. Удивительным оказалось то, что, среди женщин, наиболее охваченных профосмотрами, риск смерти от всех причин был на 32% выше по сравнению с теми, кто в профосмотрах не участвовал.

В 2012г. исследователями Северного Кокрановского центра был опубликован систематический обзор РКИ, в которых сравнивали клинические исходы между группами бессимптомных лиц в возрасте до 65 лет, одни из которых проходили периодические профилактические осмотры, а другие – нет. Всего в обзор было включено 16 РКИ с общим числом участников 182880 человек. Из них в девяти РКИ с участием 155899 человек, из которых 11940 умерло, изучали риск смерти. Результаты исследования показали, что регулярное прохождение периодических профилактических осмотров не снижало ни общую смертность, ни смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и рака. Также прохождение медосмотров не оказало влияния на число госпитализаций и направлений к специалистам, инвалидность и заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Таким образом, множество сравнительных контролируемых исследований, проведенных за последние полвека среди десятков

тысяч лиц без признаков заболеваний, показали, что комплексные профилактические осмотры не приводят к снижению ни общей смертности, ни смертности от главных неинфекционных заболеваний, т.е. не оказывают никакого профилактического воздействия.

«Священная корова» социального популизма

В чем же причина отсутствия пользы от комплексных профилактических осмотров, столь сходных с российской диспансеризацией? Все описанные выше исследования проводились в экономически развитых странах с высокоэффективными системами здравоохранения, обеспечивающими свободный доступ к высококачественной первичной и специализированной медицинской помощи. В этих условиях ранняя диагностика заболеваний на начальных клинических стадиях обеспечивается за счет доступности и качества первичной медицинской помощи.

Выявление же опасных для жизни заболеваний на доклинических стадиях осуществляется путем планового индивидуального скрининга с доказанной эффективностью (на рак шейки матки, колоректальный рак, атеросклероз, в меньшей степени на рак простаты и молочной железы). При такой организации медицинской помощи дополнительные осмотры врачами и проведение без показаний клинических тестов, не имеющих никакого прогностического потенциала (ЭКГ, УЗИ, глюкоза крови, биохимические тесты и др.) и не могли принести никакой дополнительной пользы.

Что касается диспансеризации, то из-за отсутствия контролируемых исследований ее эффективности в российской популяции остается только гадать о том, оказывает ли она какое-либо влияние на клинически значимые исходы, включая смертность. В том числе можно предполагать, что вреда от нее значительно больше чем пользы уже хотя бы потому, что существенные затраты на ее проведение усугубляют финансовую «ишемию» здравоохранения, и без того находящегося на грани «инфаркта». При этом для больных медицинская помощь становится еще более недоступной т.к. врачи в условиях кадрового дефицита заняты бесполезным обследованием здоровых.

О бессмысленности диспансеризации говорит и содержание ее программ. Так, в новом Порядке проведения диспансеризации, предлагаемом к введению с 1 января 2018 г., опять оказалась ЭКГ, хотя давно известно, что наиболее часто встречающихся отклонения ЭКГ от нормы (зубцы Q, гипертрофия левого желудочка, блокады ножек пучка Гиса, снижение сегмента ST) при отсутствии симптоматики не имеют никакого прогностического значения. При этом большинство инфарктов происходит среди тех, кто имеет нормальные данные ЭКГ.

В программу также включена маммография для женщин в возрасте 39-49 лет, хотя в этой возрастной категории из-за низкого абсолютного риска рака молочной железы (1,4%) маммография неэффективна. Но венцом текущего творчества создателей программы стал скрининг на рак простаты для мужчин в возрасте 45 лет и 51 год, в то время как научно доказана некоторая польза этого скрининга только для мужчин в возрасте 55-69 лет.

Можно догадаться, какая логика стоит за этим российским «ноу-хау», но это всего лишь умозрительные упражнения без каких-либо фактических доказательств.

Интригой и «загадкой, завернутой в тайну и помещенной внутрь головоломки» остается реальное отношение к диспансеризации в руководстве отрасли. То есть, они действительно считают ее полезной или просто не смеют возразить высшим руководителям, для которых, как и для других не медиков, диспансеризация населения является эквивалентом техосмотров автотранспорта и служит не очень накладным, незамысловатым, популярным и убедительным проявлением заботы о народе?

Валерий АКСЕНОВ

кандидат медицинских наук
вице-президент Межрегионального общества
специалистов доказательной медицины
Оренбург

Назад в будущее

ЛЕОНИД ЕФИМОВИЧ ГОЛУБИНИН



Леонид Ефимович Голубинин
(1858—1912)

русский врач-терапевт, основоположник клинической эндокринологии в России, профессор Московского университета, директор терапевтической клиники медицинского факультета Московского университета.

Ранние годы

Л.Е. Голубинин родился в Екатеринославе (ныне Днепрпетровске). Происходил из дворян; сын отставного полковника. Окончил Екатеринославскую гимназию (1875).

После окончания медицинского факультета Московского университета (1880) отправился в Санкт-Петербург, где в течение зимы слушал лекции С. П. Боткина и Э. Э. Эйхвальда. В течение 15 лет работал земским врачом в Пензенской губернии, а затем переехал в Москву, где проработал несколько лет сначала в качестве экстерна Мариинской больницы, а затем — ординатора Шереметьевской больницы, где близко познакомился с В. Д. Шервинским и с 1896 года был его ассистентом в общей клинической амбулатории Московского университета.

Выдающиеся учителя

Ученик выдающихся русских терапевтов А.А. Остроумова и отчасти С.П. Боткина. Ближайший сотрудник В. Д. Шервинского, вместе с которым создал терапевтическую школу.



А.А. Остроумов
(1844 - 1908)



В.Д. Шервинский
(1849/1850—1941)



С.П. Боткин
(1832—1889)

Великие ученики

Созданная в начале XX века в Императорском Московском университете (ИМУ) клиническая школа В.Д. Шервинского — Л.Е. Голубинина стала родоначальницей нескольких весомых московских школ 1920–1940-х годов, в значительной степени определивших развитие крупных научных направлений в отечественной терапии. Можно утверждать, что именно эта московская школа, наряду со школами учеников С.П. Боткина в Ленинграде и учеников В.П. Образцова в Киеве и Одессе, сыграла наиболее весомую роль в становлении клиники внутренних болезней в СССР. Многочисленные источники свидетельствуют о том, что у нас нет оснований говорить отдельно о школах В.Д. Шервинского и Л.Е. Голубинина. Наоборот, и при Василии Дмитриевиче Шервинском (1899–1907), как и при его помощнике, а затем преемнике Леониде Ефимовиче Голубинине (1907–1912),



В.Н. Виноградов
(1882–1964)



М.И. Вихерт
(1884–1928)



П.М. Кончаловский
(1875–1942)



М.И. Певзнер
(1872–1952)



Е.Е. Фромгольд
(1881–1942)

факультетскую терапевтическую клинику ИМУ характеризовали сочетание клинко-морфологического и клинко-экспериментального направлений и широкая общетерапевтическая тематика исследований, главным образом, по проблемам эндокринологии, гастроэнтерологии и диетотерапии, пульмонологии и фтизиатрии, гематологии, серодиагностики внутренних болезней, бальнеотерапии. Это обстоятельство и наличие общих учеников позволяют говорить, что в данном случае формировалась единая клиническая школа, где решающая роль в постановке научно-исследовательской работы принадлежала В.Д. Шервинскому, а в процессе врачебно-педагогического воспитания учеников — Л.Е. Голубину.

Известный учёный

В 1896 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины и был избран приват-доцентом общей клинической амбулатории Московского университета. С 1898 г. читал лекции по частной патологии и терапии, в 1897 г. был избран проф. кафедры факультетской терапевтической клиники. В 1907-1912 гг. - директор факультетской терапевтической клиники университета.

Будучи прекрасным диагностом, Л.Е. Голубинин придавал большое значение клиническим исследованиям. Считал основной целью медицины выяснение индивидуальных особенностей больного. Отмечал важную роль окружающей среды в возникновении заболеваний. Одним из первых в России он стал применять метод электрокардиографии для функционального исследования сердца и лечить миелоидную лейкемию рентгенотерапией, разработал комбинированную методику лечения портального асцита, внедрил в клинику искусственный пневмоторакс для лечения туберкулеза легких. Л.Е. Голубинин описал симптоматику сухого плеврита и клиническую картину актиномикоза легких, развил учение о дифференциальной диагностике и прогнозе заболеваний.

Многие его работы не потеряли актуальности до настоящего времени: «О симптоматологии при злокачественных новообразованиях плевры», «Клинические лекции», «Энтероптоз, его патогенез, симптоматология и лечение» и др.

При Голубинине в терапевтической клинике Московского университета в диагностических целях стала применяться реакция Вассермана (с 1909).

Перу Л.Е. Голубинина принадлежат свыше 30 работ преимущественно клинического содержания. Некоторые из них были освещены на международных конгрессах «К этиологии хлороза», М., 1897, «О лечении аневризм аорты подкожными инъекциями желатины», М., 1900, на съездах российских терапевтов «Серодиагностика при внутренних болезнях», М., 1910, «Энтероптоз, его патогенез, симптоматология и лечение», М., 1912. Ряд исследований посвящен развитию отечественной бальнеологии и бальнеотерапии.



Работы Голубинина отличала четкая практическая направленность, он превосходно владел клиническим мышлением, приемами дифференциальной диагностики. Голубинин занимался изучением состава крови и факторов развития анемии, читал курс гематологии в ФТК, директором которой стал в 1907 г.; одним из первых в России стал применять метод ЭКГ, сахарную нагрузку при диабете, заместительную терапию желудочным соком, инициировал чтение первого курса по фтизиатрии. Он собрал, удержал вокруг себя и вырастил многих прекрасных врачей (в том числе М.И. Вихерта и В.Н. Виноградова), добился идеального порядка в клинике. Именно в годы работы Л.Е. Голубинина ФТК получила статус общепризнанного научно-медицинского центра.

Общественная деятельность

Ученый состоял товарищем председателя Московского терапевтического общества (1907-1912), принимал активное участие в съездах Общества российских терапевтов, заведовал отделом внутренней медицины в журнале «Медицинское обозрение».

По духовному завещанию отписал 3/4 своего состояния (около 140 тыс. рублей) на различные нужды Московского университета: на устройство двух стипендий для студентов старших курсов медицинского факультета; на учреждение двух премий для молодых врачей, занимающихся внутренними болезнями в университетских клиниках; на оборудование и содержание дополнительного койко-места в факультетской терапевтической клинике; на пополнение студенческой медицинской библиотеки, в которую передал свои книги; на учреждение пособий для студентов медицинского факультета для уплаты за слушание лекций.

Скончался от рака поджелудочной железы, завещав значительную сумму на нужды Московского университета. Похоронен в Москве на кладбище Новодевичьего монастыря.



Государственный экзамен в Первом Медицинском институте. За столом слева направо: Л.Е. Голубинин, ..., А.Б. Фохт, В.Д. Шервинский, ..., В.К. Рот, С.С. Корсаков



Аудиторный корпус Московского университета на Моховой

На стыке специальностей

ЗЛОВЕЩИЙ ТАНДЕМ

Кардиоонкология: первые шаги к полноценному развитию

В экономически развитых странах наиболее частыми причинами смерти являются сердечно-сосудистые (ССЗ) и онкологические заболевания, однако и в кардиологии, и в онкологии за последние 30 произошли впечатляющие изменения. В мире наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, но одновременно с этим, благодаря более раннему выявлению опухолей, разработке и внедрению новых методов лечения возрастают и шансы на благоприятный исход.

Так, например, 5-летняя выживаемость при ранних стадиях рака молочной железы за годы с 1990 по 2012 повысилась с 79 до 88%. Аналогичные успехи достигнуты в лечении целого ряда других опухолей. Во многих случаях рак из неизбежно фатального, терминального заболевания превратился в хроническое состояние, которое при адекватном лечении может контролироваться годами и непосредственно не определяет прогноз пациента. В результате растет число лиц, переживших злокачественную опухоль. Предполагается, что к 2022 году оно увеличится еще на 30% и только в США достигнет 18 млн.

Бремя сердца

Несмотря на успешное лечение от рака, общий прогноз может оставаться неблагоприятным в связи с развитием осложнений лечения, в первую очередь – ССЗ. Современные химио- и лучевая терапия могут сопровождаться как прямыми, так и косвенными (например, за счет изменения образа жизни) негативными воздействиями на сердце и сосуды. Через 15 и 25 лет после перенесенного в детстве онкологического заболевания кардиальная смертность в 8,2 раза, а частота хронической сердечной недостаточности – в 15 раз превышают аналогичные показатели в сравнимой по возрасту и полу популяции.

У взрослых связь сердечной патологии с химио- и лучевой терапией не так очевидна, поскольку добавляются возраст и другие «обычные» факторы риска. Тем не менее, по данным исследования, опубликованного в минувшем году, и у взрослых через 2 года после установления онкологического диагноза частота ССЗ значительно выше, чем в контрольных группах: при множественной миеломе, например, – на 70%, при раке легкого – на 57%, а при неходжкинских лимфомах – на 41%.

У женщин старше 50 лет, леченных от рака молочной железы, риск смерти от ССЗ существенно выше, чем у их ровесниц, не болевших раком, и выше, чем риск смерти от самой опухоли или ее рецидивов. Кардиальный риск после онкологического лечения варьирует в широких пределах в зависимости от типа опухоли, вида терапии, продолжительности применяемых доз, а также, что не менее важно, от наличия «обычных» факторов риска и сердечной патологии в анамнезе. Это определяет необходимость целевых профилактических программ для пациентов с наиболее высоким риском развития ССЗ.

Наличие кардиологического заболевания, его развитие или усугубление во время химио- или лучевой терапии может существенно повлиять на выбор тактики онкологом, привести к замене препаратов, снижению доз, перерывам в жизнеспасующем лечении. Более того, потенциально важная противоопухолевая терапия может быть вообще отменена (что не всегда на самом деле необходимо) в связи с предполагаемым увеличением сердечно-сосудистого риска.

Как совместить минимизацию кардиотоксичности и сохранение эффективного противоракового лечения? На этот вопрос пытается ответить новое направление медицины, которое сейчас во всем мире принято называть «кардиоонкология». Основная задача этой области – оптимизация кардиологической помощи пациентам с онкологией как во время лечения, так и после его окончания.

Что делать?

Говоря о конкретных наиболее актуальных проблемах в области кардиоонкологии, обычно начинают с антрациклинов, которые давно и эффективно используются в лечении различных злокачественных новообразований и о кардиотоксичности которых известно не только онкологам, но и большинству интернистов. Эти препараты могут повреждать миокард, что приводит к развитию кардиомиопатии, дисфункции левого желудочка и сердечной недостаточности.

До недавнего времени считалось, что антрациклин-индуцированная дисфункция левого желудочка необратима, прогноз при ней был хуже, чем при большинстве других кардиомиопатий. В настоящее время таких пациентов печат, как и больных с сердечной недостаточностью другой этиологии, например, постинфарктной, с применением в первую очередь блокаторов ренин-ангиотензиновой системы и бета-адренорецепторов. Многообещающие результаты получены и при профилактическом применении этих групп препаратов.

Симптомы сердечной недостаточности, что характерно, появляются не сразу, а спустя месяцы и даже годы после химиотерапии, когда произошедшие необратимые изменения миокарда делают терапию малоэффективной. Снижение фракции выброса левого желудочка – недостаточно надежный и тоже относительно поздний показатель кардиотоксичности, в связи с чем в настоящее время большое внимание уделяется поиску ранних и более чувствительных предикторов развития кардиомиопатии. Таким образом, и современная диагностика, и лечение кардиомиопатии, ассоциированной с химиотерапией, требуют участия кардиологов, которые, в свою очередь, должны иметь соответствующие знания и навыки в этой специфической области.

О побочных эффектах других препаратов известно меньше. В частности, фторпиримидины могут явиться причиной острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда, желудочковых тахикардий и внезапной сердечной смерти. Онкологи знают об этих осложнениях, но не всегда могут вовремя их распознать. По данным ретроспективных исследований частота сердечных осложнений составляет 1-3%, а в проспективных работах, учитывающих бессимптомные изменения ЭКГ, достигает 8-12%. Проблема усугубляется и тем, что механизм кардиотоксичности этих препаратов до сих пор не изучен, а средства с доказанной эффективностью для лечения и предотвращения повторных коронарных осложнений при продолжении химиотерапии неизвестны. Фторпиримидины применяются в лечении многих опухолей: кишечника, желудка, печени, головы и шеи, рецидивов и метастазов рака молочной железы, что определяет большое общее число пациентов, подверженных риску осложнений.

Когда есть цель

Внедрены и продолжают разрабатываться новые, нацеленные на клеточные сигнальные механизмы, «таргетные» препараты, которые могут оказывать негативное воздействие не только на опухоль, но также на сердце и сосуды. Многие из этих веществ являются ингибиторами тирозинкиназы, потенциально чреватые целым рядом побочных эффектов, таких как кардиомиопатия, артериальная гипертензия, удлинение интервала QT на ЭКГ и аритмии. Классический пример – ингибиторы HER2 рецепторов, значительно повышающие выживаемость при раке молочной железы. Первый представитель этого класса, по данным ранних клинических исследований вызывал снижение сократимости левого желудочка в 14% случаев, а по данным регистров, включающих более пожилых пациенток, с сопутствующими заболеваниями и факторами риска – в 42% случаев. У большинства больных дисфункция сердца преходящая, и многие могут с успехом завершить полноценный курс лечения, однако оно должно сопровождаться обязательным кардиологическим мониторингом, в особенности, если препарат назначается после антрациклинов.

Ещё одна группа таргетных препаратов – ингибиторы ангиогенеза – вызывают артериальную гипертензию, со всеми ее возможными негативными последствиями. Более того, по некоторым данным повышение АД указывает на противоопухолевую эффективность препарата. Тщательный мониторинг и грамотное применение антигипертензивных средств позволяет не прерывать терапию вследствие гипертензии и ее осложнений.

Вместе с тем, старение населения приводит к тому, что все чаще и чаще у одного и того же пациента имеются и онкологическая, и сердечная патология. Кардиологи и терапевты должны учитывать лекарственные взаимодействия противораковых и кардиологических препаратов, их возможные взаимные влияния на метаболизм, концентрацию и эффективность, а также потенцирование неблагоприятных действий, в частности, удлинения QT и аритмий. Новые и новые лекарства, о побочных эффектах которых мы еще не знаем, выходят на рынок, и кардиологи должны быть насторожены в отношении их потенциальной кардиотоксичности.

Каверзные лучи

Еще один опасный для сердца и сосудов вид лечения – это лучевая терапия, направленная на средостение или левую половину грудной клетки, чаще всего по поводу лимфом или рака молочной железы. Облучение поражает все структуры сердца. Пациенты, вылеченные онкологам, могут заболеть коронарной болезнью, клапанным пороком сердца, перикардитом, сердечной недостаточностью, нарушениями проводимости, требующими искусственного водителя ритма.

У лиц, переживших лимфому Ходжкина, риск смерти от инфаркта миокарда в 2,2-6,7 раза выше, чем в популяции. Риск лучевого поражения сердца не только сохраняется пожизненно, но со временем нарастает. Частота отдаленных кардиальных осложнений через 15 лет после облучения составляет 9,6%, а через 25 лет – как минимум 23%, при этом средний возраст начала клинических проявлений – 48 лет.

Современные методики лучевой терапии позволяют существенно снизить риск поражения сердца, но этими преимуществами смогут

воспользоваться только «новые» пациенты, а те, кого лечили раньше (особенно в детстве или в подростковом возрасте), сейчас еще достаточно молоды и подвержены сердечно-сосудистому риску, который с годами будет только расти. Заболеваемость лимфомой Ходжкина среди молодых людей в 1995 и 2002 годах составляла соответственно 2,7 и 3,6 на 100 тыс. человек, полное выздоровление достигнуто более чем у 85% больных. Если учесть, что поражение внутригрудных лимфоузлов с показаниями к облучению имеется у 60-70% пациентов, и что большинство из них получали лечение в возрасте до 30 лет, можно примерно определить количество лиц, выздоровевших от лимфомы и теперь имеющих шансы заболевания и смерти от лучевой патологии сердца.

Поскольку облучение – аддитивный фактор риска ИБС, пациентам необходимы активная профилактика осложнений атеросклероза и регулярный тщательный скрининг для раннего её выявления, предотвращения инфаркта миокарда и сердечной смерти. Ситуация усугубляется тем, что ишемия миокарда у таких больных зачастую не выявляется и обнаруживается только при целенаправленном обследовании, либо уже при инфаркте миокарда. Лучевые терапевты знают об этом риске, однако первые симптомы сердечной патологии появляются, как правило, тогда, когда пациенты уже давно не наблюдаются у онколога.

Да и методы диагностики, профилактики и лечения лучевых осложнений (ишемии миокарда, рестриктивной кардиомиопатии, констрикции перикарда, блокад сердца и т.д.) – находятся в ведении кардиологов и кардиохирургов. Вместе с тем, не только пациенты, но и терапевты и кардиологи, к которым они обращаются, недостаточно информированы об отдаленных последствиях облучения для сердца. Специалисты говорят о необходимости целенаправленного пожизненного диспансерного наблюдения с применением инструментальных методов для активного выявления поздних лучевых осложнений. Кроме того, необходимы обучение пациентов, направленное на здоровый образ жизни, выявление и коррекция у них всех модифицируемых факторов риска, таких как гипертензия, сахарный диабет 2-ого и дислипидемия. К сожалению, такие программы пока не внедрены в практику здравоохранения.

Совместными усилиями

Наиболее частые сосудистые осложнения в онкологии – тромбозы, обусловленные в частности прокоагулянтным действием опухолевых клеток и химиопрепаратов. Риск тромбозов возрастает при раке в 7 раз, и они вносят значительный вклад в смертность онкологических больных. Это известно и онкологам, и большинству терапевтов и кардиологов, однако больных с тромбозами или высоким их риском часто недо лечивают. В частности, из-за опасений тромбоцитопении (не всегда оправданных) врачи могут снижать дозы и даже отменять антитромботические препараты у больных с фибрилляцией предсердий и даже механическими протезами клапанов.

Число ситуаций при планировании и в ходе противоракового лечения, требующих совместного принятия решения онкологом и кардиологом, а подчас – и целым рядом других специалистов, постоянно возрастает. Сообщества кардиологов и онкологов во всем мире осознают важность сотрудничества, и это уже привело к появлению некоторых документов рекомендательного характера в этой области. Создано международное общество кардиоонкологов, сформирована рабочая группа по кардиоонкологии и в Российском обществе специалистов по сердечной недостаточности. Во многих развитых странах появились отделения и центры кардиоонкологии, основными задачами которых является стратификация сердечно-сосудистого риска перед онкологическим лечением, раннее выявление, предупреждение, мониторинг и лечение кардиотоксичности в ходе лечения и после него.

Вместе с тем, огромное число вопросов пока остаются без ответа, и для их решения нужны серьезные совместные исследования. Сотрудничество специалистов будет играть важную роль в развитии и внедрении моделей ведения пациентов, образовательных программ для врачей и больных, проведении клинических доказательных исследований, направленных на улучшение помощи онкологическим больным.



Мария Георгиевна ПОЛТАВСКАЯ

доктор медицинских наук, профессор кафедры профилактической и неотложной кардиологии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Анонс

< Начало на стр. 7

ФОРУМ «АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ»

НА XIII НАЦИОНАЛЬНОМ КОНГРЕССЕ ТЕРАПЕВТОВ

21-23 НОЯБРЯ 2018, МОСКВА

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА

«Шахматы, подобно музыке, или любому другому искусству, способны делать человека счастливым»

Зигберт Тарраш

«Благодарю, душа моя, что в шахматы учишься. Это непременно нужно во всяком благоустроенном семействе»

Александр Пушкин

Научная программа. День 1

08.00	Лекция: «Алкоголь-ассоциированные состояния в клинике внутренних болезней»
АМБУЛАТОРНАЯ ПАРТИЯ: ДЕБЮТ	
9.15	«Шахматы – как и любовь – требуют партнера» Стефан Цвейг Дебютная стратегия «Амбулаторного приема» Краткая история с видео-презентациями Алгоритмизированный подход и ориентир на социально значимую патологию. Тактика на каждый случай – диагноз в двери кабинета терапевта, подсказки на стенах, алгоритмы диагностики и лечения на рабочем столе
10.45	Музыкальная пауза – конкурс с призами: «Даже в эти 5 минут можно сделать очень много...»
10.50	«Мир навечно разделен на два непримиримых лагеря – шахматистов и не шахматистов» Михаил Ботвинник Итальянская партия – вся правда о фибрилляции предсердий. Первый консенсус экспертов для терапевтов поликлиники, видео сюжеты от известных экспертов, отрывки вебинара РОО «Амбулаторный врач» на тему фибрилляции Испанская партия – сахарный диабет: «Сладкая болезнь с горьким привкусом». Консилиум экспертов в формате видео конференции Хроническая болезнь почек – «Пиковая дама» в королевском гамбите. Специальные гости – нефролог, патологоанатом, кардиолог
АМБУЛАТОРНАЯ ПАРТИЯ: МИТТЕЛЬШПИЛЬ	
12.45	«Шахматы – это война за доской. Задача состоит в том, чтобы сокрушить ум противника» Роберт Фишер Шахматные задачи: клинические диалоги — на приеме пациент с измененным клиническим анализом крови — на приеме пациент с изменениями в биохимическом анализе крови
14.15	Музыкальная пауза – конкурс с призами: «Даже в эти 5 минут можно сделать очень много...»
14.20	«В шахматах в одиночку не создают шедевров. Нужен соперник высшего уровня» Гарри Каспаров Ферзевый гамбит: амбулаторный пациент с ХОБЛ – «Мы бредим от удущья». Специальные гости: ведущие эксперты-пульмонологи Староиндийская защита. Боль в суставах и спине: «Ни сна, ни отдыха измученной душе» Специальные гости: ведущие эксперты-ревматологи и представители пациентских организаций
АМБУЛАТОРНАЯ ПАРТИЯ: ЭНДШПИЛЬ	
15.45	«Шахматы, прежде всего, учат быть объективным» Александр Алехин «Там, где мёртвые учат живых»: Клинико-анатомическая конференция на тему «Коморбидный пациент»
16.45	«Хорошему игроку всегда везёт» Хосе Рауль Капабланка Викторина Викторина «Назад в будущее: по следам великих терапевтов». Победителей ждут призы

Научная программа. День 2

08.00	Лекция: «Социально-детерминированные роли амбулаторных пациентов»
АМБУЛАТОРНАЯ ПАРТИЯ: ДЕБЮТ	
9.15	«Шахматы — это по форме игра, по содержанию — искусство, а по трудности овладения игрой — наука» Тигран Петросян Дебютная стратегия «Амбулаторного приема» Мастер-класс – презентация первого образовательного симуляционного класса для терапевтов поликлиник. Репортаж из Тюмени
10.45	Музыкальная пауза – конкурс с призами: «Даже в эти 5 минут можно сделать очень много...»
10.50	«Шахматы – не для людей слабых духом» Вильгельм Стейниц Дебют четырёх коней: «Революция привычных представлений о модуляции кишечной микрофлоры, или как восстановить ее баланс». Сицилианская защита: гастроэнтерологическая тема
АМБУЛАТОРНАЯ ПАРТИЯ: МИТТЕЛЬШПИЛЬ	
12.45	«Жизнь – как шахматы: всего лишь умелая расстановка нужных фигур на черно-белом поле» Олег Рой Шахматные задачи: клинические диалоги — на приеме пациент с изменениями на рентгенограмме органов грудной клетки — на приеме пациент с изменениями на ЭКГ
14.15	Музыкальная пауза – конкурс с призами: «Даже в эти 5 минут можно сделать очень много...»
14.20	«Играть на ничью белыми – это своего рода преступление против шахмат» Михаил Таль — на приеме пациент с вегетативными расстройствами и другой распространённой патологией ЦНС
15.45	«Шахматы – это море, в котором колибри может напиться, а слон – искупаться» Индийская поговорка Как добиться длительной ремиссии болезней без обострений и нарушения качества жизни
АМБУЛАТОРНАЯ ПАРТИЯ: ЭНДШПИЛЬ	
16.45	«Кто силён в эндшпиле – тот силён в шахматах» Эммануил Ласкер «Там, где мёртвые учат живых»: клинико-анатомическая конференция на тему «Антибиотико-ассоциированная диарея»
17.15	«Хорошему игроку всегда везёт» Хосе Рауль Капабланка Викторина «Назад в будущее: по следам великих терапевтов». Победителей ждут призы

Сессия №22**«Клинические рекомендации для терапевта поликлиники»****КАТАЛОГ КОМПАНИЙ****ООО «Асцензия Диабетическая продукция»**

Россия / Russia

123610 Москва, Краснопресненская наб., 12, оф. 1009
 тел. +7 (495) 967-04-61
 e-mail info.ru@ascensia.com
 web www.diabetes.ascensia.com.ru



Ascensia Diabetes Care – международная компания, основанная в 2016 году в результате приобретения диабетического подразделения концерна Bayer (Bayer Diabetes Care) компанией Panasonic Healthcare Holdings, опирается на более чем 70-летний опыт создания инновационных продуктов и решений в области мониторинга гликемии, которые вносят положительные изменения в жизнь людей с сахарным диабетом.

Ascensia Diabetes Care is a global company established in 2016 through the acquisition of Bayer Diabetes Care by Panasonic Healthcare Holdings. Ascensia Diabetes Care is based on over 70 years of delivering innovative products and solutions that make a positive difference for people with diabetes.

АО «БАЙЕР» / JSC Bayer

Германия / Germany

107113 Москва, ул. 3-я Рыбинская, 18, стр. 2
 тел. +7 (495) 231-12-00
 факс +7 (495) 231-12-02
 web www.bayer.ru



Bayer – международный концерн с экспертизой в области естественных наук: здравоохранения и сельского хозяйства. Продукты и решения компании направлены на улучшение качества жизни людей.

Bayer is a global enterprise with core competencies in the Life Science fields of health care and agriculture. Its products and services are designed to benefit people and improve their quality of life.

ООО «БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ»

Россия / Russia

125171 Москва, Ленинградское шоссе, 16А, стр.3
 тел. +7 (495) 544-50-44
 факс +7 (495) 544-56-20
 e-mail info.ru@boehringer-ingenheim.com
 web www.boehringer-ingenheim.ru



Берингер Ингельхайм – одна из 20 лидирующих мировых фармацевтических компаний. Штаб-квартира расположена в городе Ингельхайм, Германия. Штат компании насчитывает почти 50 000 сотрудников. Берингер Ингельхайм – семейная компания, основанная в 1885 году, ориентированная на разработку и производство эффективных лекарственных препаратов для людей и животных.

ООО «Биотехнос»

Россия / Russia

115432 Москва, пр-т Андропова, 18, корп.6
 тел. +7 (495) 150-24-71
 e-mail office@biotehnos.ru
 web www.alflutop.ru



BIOTEHNOS – это румынская фармацевтическая компания. Основными видами деятельности компании является производство оригинальных лекарственных средств и активных фармацевтических субстанций животного и растительного происхождения. Компания основывает свою деятельность на научно-исследовательской инфраструктуре, аккредитованной на национальном уровне. Ведущим брендом компании является препарат Алфлутоп.

BIOTEHNOS is a Romanian pharmaceutical company. The principal activities of the company is the production of original medicines and active pharmaceutical substances of animal and vegetable origin. The company bases its activities on research infrastructure accredited at the national level. Leading brand of the company is the drug Alflutop.

ООО «Валеант» / VALEANT LLC

Канада / Canada

115162 Москва, ул. Шаболовка, 31, стр.5
 тел. +7 (495) 510-28-79
 e-mail office.ru@valeant.com
 web www.valeant.com.ru



ВАЛЕАНТ (в мире – Bausch Health) – международная фармацевтическая компания. В России представлена в сегментах безрецептурных и рецептурных препаратов, БАДов, медицинских изделий, а также хирургического оборудования.

VALEANT (globally – Bausch Health) is an international pharmaceutical company. In Russia it is represented by prescription and non-prescription drugs, food supplements, medical products and surgical equipment.

АО «Гриндекс» / JSC «Grindeks»

Латвия / Latvia

117556 Москва, Варшавское ш., 74, корп.3
 тел. +7 (495) 771-65-05
 факс +7 (499) 610-39-63
 e-mail office@grindeks.ru
 web www.valeant.com.ru



АО «Гриндекс» – ведущее предприятие Балтии. МИЛДРОНАТ – для сердца, мозга и сосудов, ГРИНТЕРОЛ – для защиты печени, ИПИГРИКС – для нервно-мышечной проводимости, СОМНОЛ – для лечения бессонницы, ТИНГРЕКС – для терапии деменций.

JSC «Grindeks» is the leading enterprise in the Baltics. MILDRONAT for the heart, brain and blood vessels, GRINTEROL for liver protection, IPIGRIX for neuromuscular conduction, SOMNOL for the treatment of insomnia, TINGREX for the therapy of dementia.

ЗАО «ГлаксосмитКляйн Трейдинг» / GSK

Великобритания / United Kingdom

125167 Москва, Ленинградский проспект, 37А, корпус 4, БЦ «Аркус 3»
 тел. +7 (495) 777-89-09
 e-mail reception.m.pharma@gsk.com
 web www.ru.gsk.com



GSK – одна из крупнейших международных фармацевтических компаний, разработчик и производитель инновационных лекарств и препаратов в области респираторной медицины.

GSK is one of the largest international pharmaceutical companies in the world, the developer and manufacturer of innovative medicines and drugs for respiratory disease.

ООО «Майоли Спидлер» / LLC Mayoly Spindler

Франция / France

127051 Москва, ул. Садовая-Самотечная, 24/27, БЦ «Mosenka Plaza»
 тел. +7 (495) 664-83-03
 e-mail vopros@mayoly.ru
 web www.mayoly-spindler.ru



Майоли Спидлер – семейная французская фармацевтическая компания, специализирующаяся в области гастроэнтерологии (RX, OTC, БАД). Компания основана в 1909 году и представлена более чем в 70 странах мира.

Mayoly Spindler - privately held French pharmaceutical company specialized in gastroenterology (RX, OTC, FS). The company is founded in 1909 and represented in more than 70 countries worldwide.

ООО «Новартис Фарма»

Швейцария / Switzerland

123315 г. Москва, Ленинградский пр-т, 72, корп. 3
 тел. +7 (495) 967-12-70
 web www.novartis.ru



GSK – одна из крупнейших международных фармацевтических компаний, разработчик и производитель инновационных лекарств и препаратов в области респираторной медицины.

GSK is one of the largest international pharmaceutical companies in the world, the developer and manufacturer of innovative medicines and drugs for respiratory disease.

ООО «Пфайзер» / Pfizer

Россия / Russia

123112 Москва, Пресненская наб., 10, БЦ «Башня на набережной» (Блок С)
 тел. +7 (495) 287-53-23
 факс +7 (495) 287-53-00
 e-mail Russia@pfizer.com
 web www.pfizer.ru



Pfizer – одна из ведущих биофармацевтических компаний мира. Применяя инновации и используя глобальные ресурсы, Pfizer работает для улучшения здоровья и самочувствия людей на каждом этапе жизни. Портфель продуктов компании включает как инновационные, так и уже давно представленные на рынке препараты: рецептурные лекарственные препараты и вакцины, а также ряд хорошо известных во всем мире безрецептурных препаратов для поддержания здоровья. Вот уже более 160 лет Pfizer старается улучшить жизнь тех, кто рассчитывает на нас.

Since Pfizer was founded by cousins Charles Pfizer and Charles Erhart in 1849, our pharmaceutical company has remained dedicated to discovering and developing new, and better, ways to prevent and treat disease and improve the health and quality of life for people around the world. From the miracle of penicillin to patient assistance programs like Pfizer RxPathways that help people without prescription coverage have access to important medications, we focus on meeting the world's diverse health needs.

АО «Санofi-авентис груп»

Франция / France

125009 Москва ул. Тверская, 22
 тел. +7 (495) 721-14-00
 факс +7 (495) 721-14-11
 web www.sanofi.ru



Санofi – один из глобальных лидеров в области здравоохранения, деятельность которого направлена на удовлетворение потребностей пациентов во всем мире. Компания представлена в 100 странах на пяти континентах, в ней работают около 110 000 сотрудников в мире. Миссия Санofi – охрана здоровья, продление жизни и обеспечение доступности качественных лекарственных препаратов пациентам во всем мире.

Sanofi is a leading global healthcare company. The company is represented on five continents; its headcount is about 110,000 people globally. Sanofi acts to protect health, enhance life and respond to the hopes and potential healthcare needs of 7 billion people around the world.

ООО Тева / Teva LLC

Израиль / Israel

115054 Москва, ул. Валовая, 35, БЦ «Wall Street»
 тел. +7 (495) 644-22-34
 факс +7 (495) 644-22-35
 web www.teva.ru



Тева является ведущим мировым производителем воспроизведенных лекарственных препаратов. Продуктовый портфель компании включает более 1800 молекул, что позволяет производить широкий спектр воспроизведенных лекарств.

Teva is the world's leader of qualitative generics. The company's product portfolio includes more than 1800 molecules, which allows it to be present in most fields of medicine.

Продолжение на стр. 15 >

Сессия №22

< Начало на стр. 14

«Клинические рекомендации для терапевта поликлиники»

ПЛАН ЭКСПОЗИЦИИ



По городам и весям

ВСЁ УПИРАЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКУ

Новая амбулаторная реальность

Реформы системы здравоохранения в нашей стране последних нескольких лет касаются, главным образом, амбулаторного звена: неуклонно растёт количество поликлиник. И в этом есть резон: в экономически развитых странах, где медико-социальные показатели выглядят весьма и весьма привлекательно, около 70% оказания медицинской помощи населению оказывается амбулаторно, в то время как к стационарному виду лечения прибегают лишь в случае возникновения urgentных ситуаций или же обострения хронических патологий. Так, в системе московского здравоохранения за последние 5-6 лет вследствие «амбулаторного» отраслевых реформ, показатели отраслевой эффективности существенно возросли. В этой связи не возникает сомнений в том, что столичный опыт необходимо экстраполировать (не без учёта особенностей того или иного региона, разумеется) и на другие субъекты РФ.

Об этом и многом другом шла речь на научно-практической конференции для врачей амбулаторного звена, состоявшейся 23.07.2018 в Детской республиканской клинической больнице Министерства здравоохранения Республики Бурятия.



Сопредседателями мероприятия выступили заместитель главы местного Минздрава Батор БУДАЕВ, а также один из ведущих терапевтов нашей страны – директор терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова, профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель РОО «Амбулаторный врач» Аркадий ВЁРТКИН.

Аудиторию конференции составили свыше 80 специалистов поликлинического звена региона: амбулаторные терапевты, врачи общей практики, поликлиники узких специальностей терапевтического спектра, а также руководители 30 амбулаторных медучреждений республики. Кроме того, более 70 врачей посмотрели мероприятие в режиме видеоконференцсвязи.

Tempora mutantur et nos mutantur in ilis

— Амбулаторный вектор отраслевого развития – несомненно, позитивная тенденция, – открыл конференцию профессор А.Вёрткин. – В стенах наших стационаров, зачастую, находится немало пациентов, помощь которым можно оказывать в амбулаторных условиях, что никак не отразится на эффективности ведения. Более того, это позволит избежать нозокомиальной инфекции, а также не изменит привычной домашней обстановки для больного. Относительный негатив «поликлинической концепции» состоит в том, что далеко не все врачи оказались готовы к этому. Необходимо понимать, уважаемые коллеги, что отныне терапевты – не диспетчеры, а ключевое звено в системе. Должным образом подготовленный специалист первичного звена должен самостоятельно справляться, как минимум, с 75% обращений больных за медпомощью, не привлекая к лечебно-диагностическому процессу узких специалистов, а также не прибегая к госпитализации пациента безо всяких на то показаний, – подчеркнул он.

Эксперт отметил, что современный врач должен быть ориентирован в модернизированной поликлинике, где необходимо выстраивать принципиально новый алгоритм общения с пациентами в условиях

дефицита времени, заниматься маршрутизацией больных, а также не «плавать» в электронной документации. Таким образом, с точки зрения Аркадия Львовича, основной задачей медицинского образования на современном этапе является овладение искусством амбулаторного приёма.

— Вопреки расхожему мнению, в условиях стационара работать с пациентом проще, – акцентировал внимание аудитории А.Вёрткин.

— Большой проходит через своеобразный «консилиум»: врач приёмного отделения, дежурный по стационару, пациента докладывают на утренней административной и утренней клинической конференциях, его смотрит лечащий врач, заведующий отделением и кафедральный сотрудник. Вероятность ошибки сводится к минимуму, не так ли? В поликлинике всё несколько иначе. Амбулаторному врачу не с кем посоветоваться. От его квалификации зависит диагностическая концепция и тактика ведения больного», – убеждён профессор.

Инструкция по применению

Ни для кого не секрет, что у профессора А.Вёрткина есть свой рецепт. Профессор не сомневается: предварительный диагноз врач поликлиники должен ставить, что называется, с порога: молодой пациент или пожилой, полный или худой, мужчина или женщина и т.д.

— Каждой такой группе в той или иной степени свойственна своя патология. Как следствие – свой алгоритм, – в очередной раз поделился рецептом по изготовлению современного терапевта (на этот раз – с бурятскими коллегами) Аркадий Львович. – Кабинет поликлинического врача должен целиком и полностью «работать» на своего хозяина. Под рукой у доктора должен лежать «рейтинг» основных патологий, встречающихся на приёме в поликлинике. Следует раз и навсегда уяснить, что наиболее распространёнными в амбулаторной практике заболеваниями являются сердечно-сосудистые катастрофы, хроническая обструктивная болезнь лёгких, сахарный диабет 2-ого типа, злокачественные ново-

Продолжение на стр. 16 >

< Начало на стр. 15

образования, а также патология опорно-двигательного аппарата. На каждую группу из этих болезней существует простой перечень вопросов. Это должно быть в виде памятки на столе у врача. Также нельзя не сказать и о социальном уровне больных, среди которых есть злоупотребляющие алкоголем, наркоманы, мигранты, бомжи и т.д. У них свои болезни. Это должно быть проскринировано сразу. С первого взгляда, – добавил эксперт.

В этой связи под эгидой РОО «Амбулаторный врач» на регулярной основе разрабатываются «шпаргалки» для поликлинических врачей. С их помощью врачу куда проще смоделировать диагностическую концепцию и выстроить риски по той или иной патологии. Обществом

также инициирован грандиозный проект – «Кабинет амбулаторного врача», стены которого увешаны всевозможными подсказками: алгоритмами диагностики и ведения пациента в случае той или иной жалобы, перечнями несложных вопросов на выявление той или иной социально значимой патологии и т.д.

— На мой взгляд, в коридорах амбулаторного медучреждения должны быть вывешены образовательные плакаты для больных. Пациенты должны быть образованными наряду с докторами, – отметил А.Вёрткин.

В заключение конференции профессор заявил, что необходимо создавать университетские клиники на базе поликлиник, а не только стационаров, где бы у кафедральных сотрудников была возможность

проведения клинико-анатомических конференций, клинических разборов, консилиумов и т.д.

— Уверен, что администрация медучреждения встретит таких «кафедралов» с распростёртыми объятиями. К этому нас подводит жизнь: вследствие закрытия стационаров многие кафедры лишаются баз. Путь у них один: в поликлинику. Единственное условие – принимать полноценное участие в лечебном процессе. Всё, что происходит в медучреждении, включая педагогическую и научную работу, должно проводиться непосредственно с больным, – заключил эксперт.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ

Vene dignoscitur bene curatur

ЕГО ВЕЛИЧЕСТВО ДИАГНОЗ

Правильная и своевременная постановка диагноза – залог эффективного лечения

В ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого Департамента здравоохранения Москвы под председательством заведующего кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова, руководителя Общества «Амбулаторный врач», профессора, заслуженного деятеля науки РФ Аркадия ВЁРТКИНА состоялась очередная клинико-анатомическая конференция, посвящённая разбору умерших вне стационара больных в Северного административного округа столицы. По традиции аудиторию мероприятия составили руководители поликлиник и амбулаторных центров САО, приглашённые руководители амбулаторных медучреждений из Южного, Юго-Восточного и Юго-западного столичных округов, а также представители Дирекции по координации деятельности медицинских организаций ДЗМ: так, сопредседателем конференции выступила Галина ПАНЧЕВА – начальник отдела по работе с САО г. Москвы.

На конкретных примерах

В рамках мероприятия было рассмотрено 30 летальных исходов с последующей аутопсией. Рецензентами выступили сотрудники кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова, представляющей на протяжении многих лет не только ядро лечебной деятельности терапевтического профиля ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого, но и своего рода консультативно-образовательный центр для амбулаторных медучреждений САО г. Москвы.

Открывая конференцию, профессор А.Вёрткин подчеркнул, что усилиями сотрудников возглавляемой им кафедры была подготовлена памятка, посвящённая современным правилам формулировки диагноза, получить которую в своё распоряжение может каждый, оставив свой электронный адрес.



— Практическую значимость клинико-анатомических конференций переоценить нереально. Лучшие представители нашей с вами, уважаемые коллеги, профессии были буквально вращены на них, – отметил Аркадий Львович. – Главной целью врачебной деятельности является постановка диагноза. В его отсутствие никакое лечение не может обсуждаться. Методологически диагноз состоит из ряда слагаемых: основное заболевание, фоновая патология, сопутствующие болезни и осложнения – абсолютная структуризация. Единственный способ проверки правильной постановки клинического диагноза – патологоанатомическое исследование, что, к сожалению, не всегда происходит в случае смерти пациента вне стационара. Иными словами – поликлинические доктора не имеют возможности проверить объективность поставленного диагноза, они лишены такого учебного пособия – наиболее информативного и показательного, с моей точки зрения, – посетовал он.

Эксперт привёл интересный клинический пример. Так, в один из многопрофильных столичных стационаров поступил пациент 58 лет с небольшим лет. Больной предъявлял жалобы на боли в области грудной клетки, преимущественно – с левой стороны, а также одышку, не связанную с физической нагрузкой и общую слабость, появившиеся в течение двух недель. Ранее за медпомощью не обращался, несмотря на эпизодические повышения артериального давления. На ЭКГ, кроме неполной блокады правой ветви пучка Гиса, других изменений не отмечалось. Мужчина был госпитализирован по «03» с диагнозом «Гипертонический криз» в отделение кардиореанимации, была назначена необходимая терапия. Однако 3 часа спустя больной потерял сознание. Реанимационные мероприятия положительного эффекта не возымели. Была констатирована биологическая смерть пациента. Посмертный клинический диагноз звучал таким образом: «Острый

инфаркт миокарда на фоне гипертонической болезни, осложнённый ТЭЛА и отёком головного мозга».

Казалось бы – всё очевидно: острое начало, болевой синдром, удушье, перегрузка правых отделов сердца и внезапная смерть у «сосудистого» больного. Вывод клиницистов, учитывая чрезвычайно краткое пребывание больного в стационаре, – логичен.

— Всё так, но давайте посмотрим с другого ракурса, – акцентировал внимание аудитории профессор. – Ушёл из жизни относительно молодой человек – муж, отец, сын. У родственников, что закономерно, появляются вопросы к докторам: а всё ли возможное было сделано? А вдруг больница неудачная? Быть может, не хотели вникать? Тем более что многими СМИ активно поддерживается негативное отношение общества к докторам. Как результат – абсолютный конфликт. И лишь патологоанатомическое вскрытие может послужить самым беспристрастным судьёй в данном вопросе, – резюмировал он.

Примечательно, что исследование морфологов отнюдь не совпало с заключением клиницистов. Патологоанатомический вердикт звучал следующим образом: «Рак левого лёгкого с метастазами в регионарные лимфатические узлы, печень. Тромбоз основного ствола легочной артерии».

Волей-неволей приходится констатировать, что (вопреки досужим бытовым разговорам на предмет востребованности вскрытия умерших людей) клинико-анатомические разборы являют собой лучшую школу для врача. Ведь многие заболевания протекают, что называется, «под маской», вводя клиницистов в заблуждение. Однако, что характерно, и морфологам при вскрытии, вопреки распространённому мнению, далеко не всегда всё ясно. Только коллегиальный разбор летального исхода в состоянии дать докторам полноценный ответ о том, что же было с пациентом на самом деле.

— До 95% ответов на свои вопросы доктора получают при вскрытии тела умершего пациента. Именно после вскрытия становится ясно – на каком уровне профессионального развития находится тот или иной врач? Чему следует уделить наибольшее внимание в процессе самоподготовки? В нашей профессии мёртвые учат живых, – заключил А.Вёрткин.

От теории – к практике

На конференции было констатировано, что, несмотря на ощутимые успехи, связанные с проводимыми реформами в столичном сегменте отрасли на протяжении последних нескольких лет (в частности – создание сети сосудистых центров ДЗМ), в структуре общей смертности как Москве, так и в целом по стране продолжают лидировать сердечно-сосудистые заболевания, в спину которым дышат злокачественные новообразования.

Иллюстрацией этому служат результаты более 300 аутопсий, где основными причинами смерти являлись ССЗ. И именно в рамках первичного звена, на амбулаторном приёме терапевт или врач общей практики способен распознать эти, а также другие социально значимые патологии (ХОБЛ, ХБП, сахарный диабет 2-ого типа, болевые синдромы различной этиологии и т.д.) на самых ранних стадиях.

В помощь практическим докторам первичного звена с этой целью Обществом «Амбулаторный врач» и кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова разрабатываются «Алгоритмы профилактики, диагностики и лечения этих нозологий». Как известно, РОО «Амбулаторный врач» твёрдо стоит на позиции алгоритмизированного подхода (не в ущерб персонифицированному) специалиста первичного звена к пациентам. Это обусловлено и ограниченным временем на приём, и спецификой пациентов поликлиник, и пр.

Наряду с этим РОО «Амбулаторный врач» инициировало очередной проект – «Кабинет амбулаторного терапевта», в основе которого лежит симуляционное образование врача, представленное на стенах кабинета алгоритмами лечения наиболее распространённых заболеваний, с которыми специалист первичного звена сталкивается изо дня в день, а также перечень обязательных вопросов, которые необходимо задавать пациенту, чтобы вовремя выявить социально значимые патологии.

— Такого рода «шпаргалки», вне всякого сомнения, существенно повысят качественную составляющую амбулаторного приёма, – выразил уверенность Аркадий Львович. – С их помощью многие вещи будут совершаться на автоматизме, экономя время без ущерба конечному результату.

Демонстрация «Кабинета» происходит из раза в раз в рамках сессий «Амбулаторный приём», а также семинаров «ВиП: Врач и Пациент», проходящих как в Москве, так и во многих других российских городах.

С акцентом на первичное звено

Главным трендом современной системы здравоохранения в нашей стране является стремление к созданию высокоэффективного первичного звена. Так, в Москве и многих других субъектах РФ за последние несколько лет в результате отраслевых реформ значительно увеличилось количество поликлиник, оснащённых всем необходимым для эффективной диагностики и лечения пациентов. Одновременно с этим сокращается число стационаров, что вполне логично: случаи, когда наших больных госпитализируют без каких-либо на то показаний – отнюдь не единичны.

В этой связи всё больше нагрузки и ответственности ложится на специалистов первичного звена – амбулаторных терапевтов и врачей общей практики. Именно они являются ключевым звеном в новой отраслевой модели. И это – общемировая практика: в экономически развитых странах участковый врач самостоятельно справляется с абсолютным большинством клинических ситуаций, прибегая к помощи узких специалистов лишь в казуистических случаях. Примечательно также, что с минувшего года обучение в интернатуре ушло в небытие, и свежеспечённые выпускники-медики оказались тет-а-тет с пациентами на амбулаторном приёме без какой-либо последипломной подготовки.

Именно поэтому на конференции внимание аудитории было акцентировано на следующих вопросах:

1. Правила формулировки диагноза
2. Ведение больных: диагностика и лечение
3. Оформление амбулаторной карты
4. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов

К сожалению, наиболее распространённой ошибкой при ведении больных на амбулаторном этапе является, прежде всего, несоблюдение правил формулировок диагноза.

Например:

1. *Такую форму ИБС как стенокардию нельзя использовать у умерших пациентов, поскольку она является клиническим параметром, никак не выражаясь морфологически*
2. *Гипертоническая болезнь представляет собой фактор риска, в связи с чем должна указываться у подавляющего большинства в разделе фоновой патологии*
3. *Фоновая патология – обязательный атрибут диагноза и указывается только применительно к основному заболеванию*
4. *Наиболее частые причины фоновой патологии: ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет*
5. *При этом смертельные осложнения (к примеру, фибрилляция предсердий) не могут являться фоновой патологией*
6. *Атеросклероз устанавливается прижизненно только при документальном его подтверждении (ангиография, стентирование и др.)*
7. *Кардиосклероз – есть только постинфарктный, атеросклеротический – диагноз морфологический*
8. *Осложнение основного заболевания определяют как патологический процесс, патогенетически и/или этиологически связанный с ним, утяжеляющий его течение и нередко являющийся непосредственной причиной смерти.*
9. *Осложнения всегда должны быть в диагнозе – это есть основная причина смерти*

Сопутствующие заболевания не имеют причинно-следственной связи с основным и могут быть представлены одной или несколькими нозологическими единицами

Сопутствующие заболевания не могут иметь смертельных осложнений

— Подготовленный должным образом терапевт в состоянии эффективно справляться с перечисленными патологиями без привлечения узких специалистов в подавляющем большинстве обращений населения в поликлинику, – убеждён А.Вёрткин. – И только в редких случаях он должен прибегать к помощи своих коллег. Вообще, по моему мнению, к узкому специалисту пациент должен попадать только через врача первичного звена. Ни у одного другого клинициста нет такой миссии. Надлежащая профессиональная подготовка специалистов первичного звена, вне всякого сомнения, сократит количество обсуждаемых случаев на клинико-анатомических конференциях, львиная доля которых так или иначе происходит вследствие неадекватного ведения пациентов на амбулаторном этапе, – заключил он.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ