

СОДЕРЖАНИЕ

4 МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

РЕГИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

6 СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Министр здравоохранения Московской области, д.м.н., заслуженный врач РФ
Н.В. Суслонова

РЕГИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ЦЕЛЕВЫЕ ПРОГРАММЫ

14 УЛУЧШЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

В.И. Краснопольский, академик, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ,
завкафедрой акушерства и гинекологии ФУВ МОНКИ, директор МОНИИАГ

РЕГИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ: КАФЕДРА

20 СИСТЕМА НМО КАК ОСНОВА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ф.Н. Палеев, д.м.н., профессор, директор МОНКИ им. М.Ф. Владимирского

ВРАЧЕБНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ: САМОУПРАВЛЕНИЕ

24 СИСТЕМА ОБЩЕСТВЕННО-ГОСУДАРСТВЕННОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

С.А. Лившиц, д.м.н., председатель правления некоммерческого партнерства
«Врачебная палата Московской области», главный врач МУЗ «Ногинская
центральная районная больница»

28 КАЛЕНДАРЬ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ (СЕНТЯБРЬ 2014 Г.)

МЕДИЦИНСКИЙ АЛЬМАНАХ: ЗОЛОТЫЕ СТРАНИЦЫ АКАДЕМИИ

30 ЛУЧШИЙ ВУЗ РЯЗАНИ

Интервью с ректором ГБОУ ВПО РязГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава
России, д.м.н., профессором Р.Е. Калининым

ТЕРАПИЯ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

40 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

П.Р. Камчатнов, д.м.н., профессор кафедры неврологии и нейрохирургии лечебного
факультета ГБОУ ВПО «РГМУ им. Н.И. Пирогова»

48 ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

В.Е. Балан, д.м.н., профессор, руководитель поликлинического отделения
ГБУЗ МО МОНИИАГ



Журнал непрерывного профессионального образования врачей «Медицинский форум» ЦФО

Пилотный номер

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА:

Руководитель проекта
Т. Бердникова
(e-mail: t.berdnikova@webmed.ru)

Шеф-редактор журнала
Л. Локацкая
(e-mail: liliana_lok@mail.ru)

Ответственный редактор
М. Жукова
(e-mail: m.zhukova@himedtech.ru)

Редактор-корректор
Т. Дека

Дизайн-макет
М. Халилов

Верстка
А. Сайфулин

Корреспондент
В. Локацкий

Отдел продвижения медийной продукции
Ю. Бакланова,
Т. Кудрешова
(e-mail: medmedia@webmed.ru)

Издательский дом Группы
компаний «Медфорум»
127422, Москва,
ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3
Тел.: (495) 234-07-34

Любое воспроизведение материалов
и их фрагментов возможно только
с письменного разрешения
редакции журнала.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов.

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.

Уважаемые коллеги!

Издательский дом «Медфорум» представляет врачебному сообществу концептуально новый Информационно-аналитический проект — журнал непрерывного профессионального образования (развития) врачей «Медицинский форум».

В каждом журнале «Медицинский форум», читательской аудиторией которого являются врачи и специалисты системы здравоохранения из различных регионов России, будут размещены публикации об основных направлениях развития профессионального медицинского сообщества. К ним относятся последние события в региональных медицинских вузах, центрах непрерывного образовательного развития врачей и научно-промышленных кластерах, практические рекомендации экспертов, полезные специалистам амбулаторных медучреждений и стационаров, лабораторий и операционных блоков.

Таким образом, в журнале будет представлена целостная картина регионального здравоохранения России.

В 2014–2015 гг. предполагается выпуск 9 региональных изданий, отражающих специфику здравоохранения в разных федеральных округах России:

- «Медицинский форум» — Центральный федеральный округ — 6 выпусков;
- «Медицинский форум» — Северо-Западный федеральный округ — 4 выпуска;
- «Медицинский форум» — Уральский федеральный округ — 4 выпуска;
- «Медицинский форум» — Сибирский федеральный округ — 4 выпуска;
- «Медицинский форум» — Приволжский федеральный округ — 3 выпуска;
- «Медицинский форум» — Южный федеральный округ — 3 выпуска;
- «Медицинский форум» — Дальневосточный федеральный округ — 2 выпуска;
- «Медицинский форум» — Северо-Кавказский федеральный округ — 2 выпуска;
- «Медицинский форум» — Крымский федеральный округ — 4 выпуска.

Ключевая задача проекта — предоставление врачебной аудитории регионов России информации о высокотехнологичной медицинской помощи: новейшие разработки в мире нанотехнологий, биологической и геномной медицины, инновации в области молекулярно-диагностического и медицинского оборудования, передовой опыт применения в лечении малоинвазивных технологий и методов симуляционного и математического моделирования, результаты последних клинических исследований новых лекарственных средств, а также персонализированные и таргетированные подходы к терапии и профилактике редких и осложненных форм заболеваний.

Основные тематические направления журнала «Медицинский форум»:

- стратегия и тактика развития отрасли, разработанные региональными министерствами здравоохранения и врачебными сообществами;
- экспертный обзор медицинского рынка в разрезе федеральных программ (материнство и детство, онкологическая помощь, кардионеврология, пульмонология, туберкулез, ВИЧ, орфанные заболевания, программа «7 нозологий»);
- фармакоэпидемиологические обзоры;
- реализация социально значимых программ в регионах (профилактика табакокурения, алкоголизма, здоровый образ жизни, спортивная медицина, общества пациентов и благотворительность, центры здоровья и профилактика, вакцинация и демографическая политика, состояние амбулаторно-поликлинического сектора).

Компания «Медфорум» проводит до 80 образовательных конференций в год в 40 городах России. Наиболее интересные лекции и клинические обзоры, а также вебинары с ведущими клиницистами страны будут публиковаться как на страницах «Медицинского форума», так и на ведущих медицинских интернет-ресурсах страны. На страницах журнала предусмотрено освещение лекций и спутных симпозиумов всех наиболее значимых региональных конгрессов, федеральных и региональных клинических школ, циклов непрерывного профессионального образования врачей с высоким рейтингом цитирования.

В разделе «**Врачебный консилиум**» журнала будут представлены клинические, оперативные и информационно-технологические решения, которые ведущие хирурги, гинекологи, урологи, анестезиологи, онкологи, неврологи, кардиохирурги и терапевты России ежедневно применяют в своей медицинской практике. Кроме того, читатели смогут познакомиться с лучшими европейскими клиническими практиками, кейсами, комплеенс-программами, новостями с международных конгрессов и последними данными о результатах регистрации новых лекарственных средств и медицинских изделий.

В разделе «**Лекарственная и медицинская помощь населению региона**» будут публиковаться данные мониторинга, характеризующие проблемы ценообразования, состояние ресурсных и высокотехнологичных центров. Будут регулярно освещаться вопросы кластерной экономики и тендерной политики, государственно-частное партнерство в здравоохранении, публиковаться данные фармакоэкономического анализа, а также регионального нормативного регулирования обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

Изюминкой проекта должен стать раздел «**Медицинский альманах**», который будет готовиться совместно с региональными медицинскими вузами России. Среди его тематических рубрик: золотые страницы академии (кафедра, клинический разбор, дистанционные модули, проблемная лекция, междисциплинарный фокус, актуальный вебинар, юбилеи, мнения опинион-лидеров).

Планируется введение рубрик «**Юридическая консультация**», в которой будут освещаться правовые аспекты медицинской деятельности, и «**Кадровый курьер**» — о вакансиях для врачей и среднего медицинского персонала от медицинских центров, фармацевтических фирм.

И, конечно, номера будут готовиться на основе обратной связи с целевой читательской аудиторией. Все журналы данной серии будут бесплатно распространяться среди врачей по крупным городам федеральных округов (с населением свыше 400 тысяч). Будут организованы специальная подписка для врачей сельских районов и кабинетов общих врачебных практик и центров здоровья (в соответствии с адресными базами данных управлений здравоохранений) и регулярное распространение в портфелях участника на официальных мероприятиях минздравов регионов, крупных региональных мероприятиях. Часть тиража будет распространяться по медицинским вузам и академиям (ФУВ), а наиболее интересные публикации будут выложены на интернет-ресурсах профильных кафедр и факультетов, доступны в качестве модулей дистанционного образования врачей.

До встречи на страницах журнала «Медицинский форум»!

С уважением, редакция журнала «Медицинский форум»

БРЯНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Увеличилось финансирование сосудистого центра по линии Брянского территориального фонда ОМС, проведена кадровая работа, как следствие, выросло количество операций. Об этом рассказал главный врач Брянской областной больницы № 1 А.И. Пехов. За первое полугодие 2014 г. были прооперированы 120 пациентов. В 2013 г. были сделаны операции 90 больным. Стоимость одной операции – почти 190 тыс. рублей.

КАЛУЖСКАЯ ОБЛАСТЬ

15 мая 2014 г. прошло заседание сессии Законодательного собрания, где депутаты рассмотрели поправки в бюджет фонда обязательного медицинского страхования и областной бюджет. В казну фонда планируется поступление 1 млрд 306 млн рублей на строительство перинатального центра, а также 7 млн на единовременные выплаты медицинским работникам.

ТВЕРСКАЯ ОБЛАСТЬ

В Тверской области внедряется новая система оплаты медицинских услуг. С нововведениями специалистов ознакомил помощник министра здравоохранения РФ В.О. Флек: «Будет оплачиваться не койко-день, а лечение конкретного пациента по установленным тарифам. Такая система уже 40 лет работает в США и 20 лет в Европе, она доказала свою эффективность». Эта система призвана сделать расчеты с больницами прозрачными.

МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

Минздрав МО подписал с МГМУ им. И.М. Сеченова соглашение о партнерстве. Оно предусматривает проведение университетом бесплатных консультаций в родильных домах и детских лечебных учреждениях, обеспечение молодых родителей и будущих мам пособиями по профилактике различных заболеваний. Это продолжение инициативы, организованной министерством стратегии по организации санитарно-просветительской работы среди населения.

МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

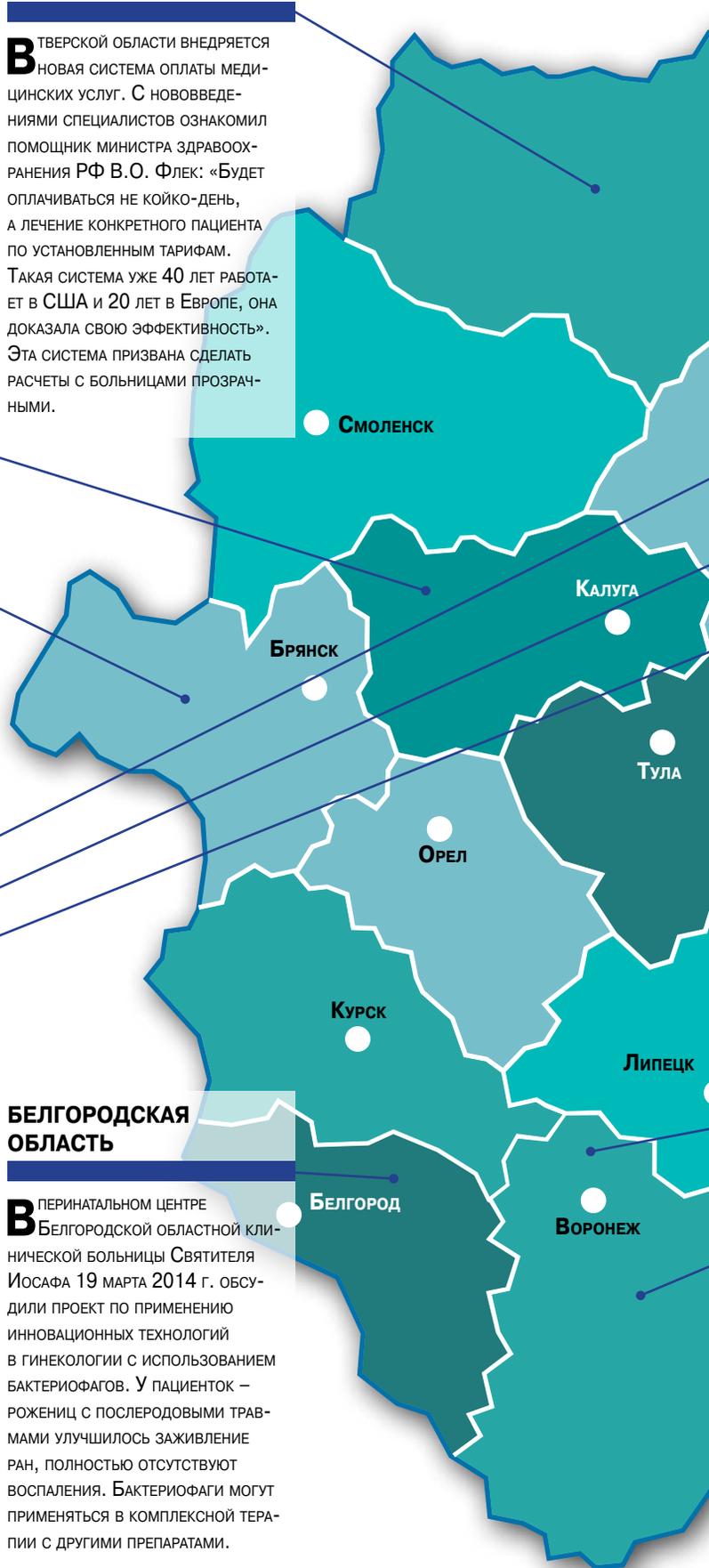
В Подмосковье до 2020 г. построят более 40 диагностических центров. «Они будут специализироваться на поликлинической помощи, лечении на высокотехнологичном оборудовании в догоспитальный и постгоспитальный периоды», – сообщила министр здравоохранения Подмосковья Н.В. Суслонova. До 2019 г. в рамках ГЧП в Московской области планируется реализовать 21 проект в сфере здравоохранения, объем финансирования составит 76 504 млн рублей.

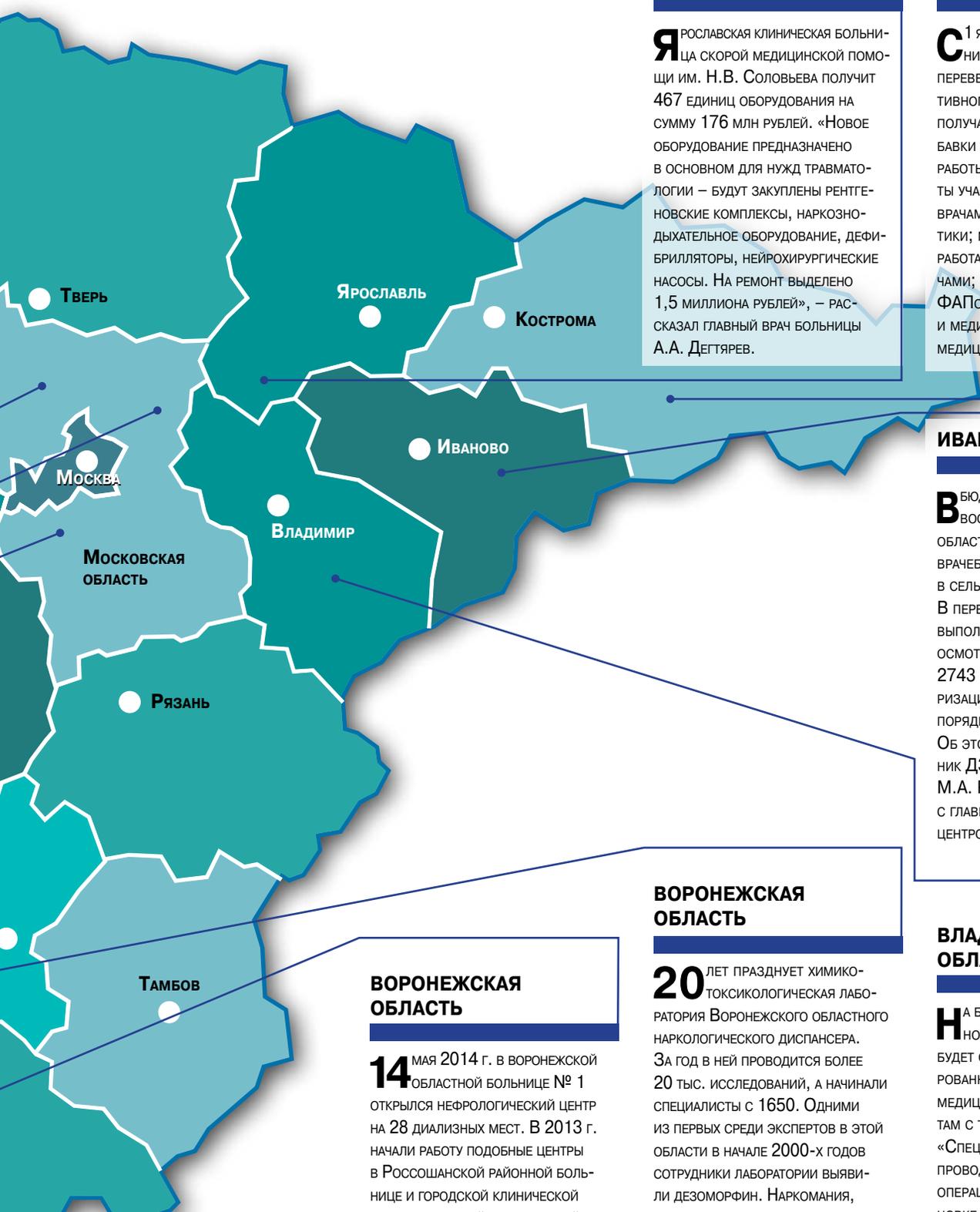
МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

По словам первого зампреда Правительства Московской области Л.Н. Антоновой, «в области до конца года будет открыто 80 офисов врачей общей практики. 11 кабинетов домашних докторов расположатся в строящихся и уже заселенных микрорайонах». В офисе врача общей практики, уверяет руководство региона, можно будет обратиться со всеми распространенными заболеваниями и другими вопросами абсолютно бесплатно.

БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ

В перинатальном центре Белгородской областной клинической больницы Святого Иосафа 19 марта 2014 г. обсудили проект по применению инновационных технологий в гинекологии с использованием бактериофагов. У пациенток – рожениц с послеродовыми травмами улучшилось заживление ран, полностью отсутствуют воспаления. Бактериофаги могут применяться в комплексной терапии с другими препаратами.





ЯРОСЛАВСКАЯ ОБЛАСТЬ

Ярославская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.В. Соловьева получит 467 единиц оборудования на сумму 176 млн рублей. «Новое оборудование предназначено в основном для нужд травматологии – будут закуплены рентгеновские комплексы, наркозно-дыхательное оборудование, дефибрилляторы, нейрохирургические насосы. На ремонт выделено 1,5 миллиона рублей», – рассказал главный врач больницы А.А. Дегтярев.

КОСТРОМСКАЯ ОБЛАСТЬ

С1 января 2014 г. все медработники Костромской области переведены на систему эффективного контракта. Они будут получать стимулирующие надбавки в зависимости от качества работы. К ним относятся выплаты участковым врачам-педиатрам; врачам общей (семейной) практики; медицинским сестрам, работающим с указанными врачами; медицинскому персоналу ФАПов; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи.

ИВАНОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

В бюджетных учреждениях здравоохранения Ивановской области сформировано 64 врачебных бригады для выездов в сельские населенные пункты. В первом полугодии 2014 г. выполнено 1036 выездов, осмотрено 4598 граждан, из них 2743 – в рамках диспансеризации. Осуществлен прием порядка 40 тыс. пациентов. Об этом сообщил начальник ДЗ Ивановской области М.А. Ратманов на совещании с главными врачами межрайонных центров 9 июля 2014 г.

ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛАСТЬ

20 лет празднует химико-токсикологическая лаборатория Воронежского областного наркологического диспансера. За год в ней проводится более 20 тыс. исследований, а начинали специалисты с 1650. Одними из первых среди экспертов в этой области в начале 2000-х годов сотрудники лаборатории выявили дезоморфин. Наркомания, вызываемая употреблением этого кустарно изготовленного психоактивного вещества («крокодил»), особенно стремительно стала распространяться в России после 2005 г.

ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛАСТЬ

14 мая 2014 г. в воронежской областной больнице № 1 открылся нефрологический центр на 28 диализных мест. В 2013 г. начали работу подобные центры в Россошанской районной больнице и городской клинической больнице скорой медицинской помощи № 10. Планируется открытие отделений нефрологии и гемодиализа в Лисках и Борисоглебске, кабинетов врача-нефролога в стационарах.

ВЛАДИМИРСКАЯ ОБЛАСТЬ

На базе владимирской областной клинической больницы будет оказываться специализированная высокотехнологичная медицинская помощь пациентам с тугоухостью и глухотой. «Специалисты из Москвы будут проводить в ОКБ сложные операции, в частности, по установке кохлеарных имплантатов», – сообщил заместитель главного врача по хирургической части В.Л. Фридман. – Раньше пациенты обращались для этого в столичные клиники».



Говорят, что здоровье – это источник счастья. И все мы прекрасно понимаем, что каждый человек заинтересован в том, чтобы качество здравоохранения в Подмосковье было на высоком уровне. На высоком ли уровне мы сегодня с вами? Не всегда. Я хочу, чтобы мы

МИНИСТР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ, д.м.н.,
ЗАСЛУЖЕННЫЙ
ВРАЧ РФ
Н.В. СУСЛОНОВА



объединились и обеспечили качественные преобразования в сфере здравоохранения, чтобы каждый житель, приходя на обследование или обращаясь за помощью, почувствовал эти перемены.

Губернатор Московской области А.Ю. Воробьев

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Московская область (МО) «разноликая»: и по плотности населения, и по степени развития инфраструктуры. Но полномочия по организации оказания медицинской помощи, переданные на уровень субъекта РФ, позволяют сделать эту помощь доступной для всего населения, проживающего на территории региона. Централизация управления учреждениями здравоохранения поможет создать единую систему расчетов заработной платы на уровне территориальных округов; уменьшить количество юридических лиц, сформировать филиальную структуру по территориальному признаку; сократить неэффективные расходы (передача непрофильных видов деятельности сторонним организациям); развить систему добровольного медицинского страхования; внедрить государственно-частное партнерство; централизовать закупки; усилить систему оперативного руководства.

21 МАРТА
2014 Г. В ДОМЕ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
МО СОСТОЯЛСЯ
ПЕРВЫЙ ФОРУМ
МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ
РЕГИОНА
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
ПОДМОСКОВЬЯ.
ПУТЬ К ЛИДЕРСТВУ»



В МО, как и во всей стране, мы активно реализуем задачи, которые поставил перед нами президент РФ В.В. Путин в своих указах № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», № 606 «О мерах по реализации демографической политики РФ» от 7 мая 2012 г., а также губернаторскую программу «Здравоохранение Подмосквья. Путь к лидерству».

В МО с текущего года реализуется государственная программа «Развитие здравоохранения Подмосквья» 2014–2020 гг. Приоритетные стратегические направления деятельности врачебного сообщества и Министерства здравоохранения МО на сегодняшний день:

1. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи.
2. Совершенствование оказания специализированной (включая высокотехнологичную) медицинской помощи, скорой (в том числе скорой специализированной медицинской помощи), медицинской эвакуации.
3. Охрана здоровья матери и ребенка.
4. Развитие реабилитационной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения, оказание паллиативной помощи (в том числе детям).
5. Совершенствование системы лекарственного обеспечения населения МО, в том числе в амбулаторных условиях.
6. Обеспечивающая подпрограмма.
7. Модернизация здравоохранения МО в части строительства перинатальных центров.

За последние годы нам удалось добиться многого. На рисунке 1 представлены показатели младенческой смертности (на 1000 родившихся живыми) в МО: в 2004 г. – 10,4, а в 2013 г. – уже 7,0 (средний по РФ – 8,6). Но работы в этом направлении нам предстоит еще много. В 2018 г. мы планируем снизить показатели младенческой смертности на 40% по сравнению с 2004 г. Среднероссийский показатель, обозначенный президентом страны, должен составить к тому време-

Рис. 1

Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми (с 2012 г. – с учетом 500 г младенцев)

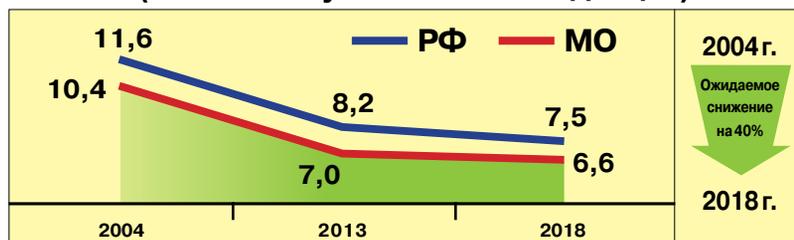


Рис. 2

Демография. Динамика рождаемости и смертности населения (ЦФО и МО)

ни 7,5. У нас, безусловно, есть все предпосылки для того, чтобы довести его в МО до 6,6. И сегодня мы делаем для этого все возможное.

Недавно были закончены работы по строительству родильных домов в городах Ступино, Раменское и Сергиев Посад. В 2016 г. будет сдана в эксплуатацию женская консультация в Егорьевском районе. В 2014 г. начались проектные

работы по строительству 3 перинатальных центров в городах Коломна, Наро-Фоминск и Щелково. Близится к завершению возведение перинатального центра в г. Железнодорожный.

На рисунке 2 показаны статистические данные по демографической ситуации в МО. Рождаемость в регионе выросла (с 11,1 в 2009 г. до 12,1 в 2013 г.), в то время как смертность снизи-



ГУБЕРНАТОР
МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ
А.Ю. ВОРОБЬЕВ
ПОСЕТИЛ С РАБОЧИМ
ВИЗИТОМ
МЫТИЩИНСКИЙ
МУНИЦИПАЛЬНЫЙ
РАЙОН



В ПОЛИКЛИНИКАХ МО УСТАНОВЛЕНЫ 230 ИНФОМАТОВ

лась (с 15,9 в 2009 г. до 14,1 в 2013 г.) Добиться превышения рождаемости над смертностью нам все еще не удалось. Но надеюсь, что к концу 2014 г. наступит переломный момент. Для этого у нас также есть все предпосылки.

Общий показатель смертности населения по МО постепенно снижается, особенно среди людей трудоспособного возраста. Но в последние годы в МО довольно высока смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (рис. 3). К сожалению, это наша большая проблема. До показателя, который мы должны иметь в 2018 г. (ожидаемое снижение – на 37% по сравнению с 2004 г.), еще далеко. Тем не менее в текущем году мы вошли в десятку лучших субъектов РФ по темпам снижения смертности от этих заболеваний.

В течение 2013 г. в МО открылись 4 сосудистых центра и 11 первичных сосудистых отделений, в 2014 г. – 3 региональных и 17 первичных сосу-

дистых отделений, в 2018 г. должно быть 7 региональных и 28 первичных сосудистых отделений.

Предстоит серьезная работа по оптимизации и реорганизации фтизиатрической службы. В рамках целевых программ мы планируем реорганизацию 24 региональных противотуберкулезных учреждений, вместо них будет создано 11 окружных противотуберкулезных диспансеров. Губернатор МО поставил перед нами задачу – вывести их из центров наших городов, создавая реабилитационные центры и центры долечивания. Такая тактика направлена на оптимизацию системы фтизиатрической службы. На рисунке 4 представлены показатели смертности от туберкулеза (на 100 тыс. населения). Они значительно снизились: с 15,5 случая в 2004 г. до 6,9 в 2013 г. По ключевым показателям, которые определены в указе президента РФ, смертность от туберкулеза по сравнению с 2004 г. должна снизиться к 2018 г. в 2,3 раза.

Сегодня также происходит полное преобразование онкологической службы (рис. 5–7). Раньше у нас был единственный региональный онкологический центр – диспансер в Балашихе. С учетом местоположения этого учреждения и особенностей нашей транспортной инфраструктуры у пациентов при обращении к специалистам возникал ряд сложностей. Сегодня в МО создается ряд профильных центров с учетом дислокации на их базе университетских клиник. Мы должны обеспечивать взаимодействие образования, научной и практической деятельности специалистов.

В связи с тем, что через МО проходит большое количество федеральных и местных трасс, нами ведется работа по снижению смертности от ДТП: дооснащаются травмоцентры 2-го и 3-го уровней,

Рис. 3
Смертность от болезней системы кровообращения

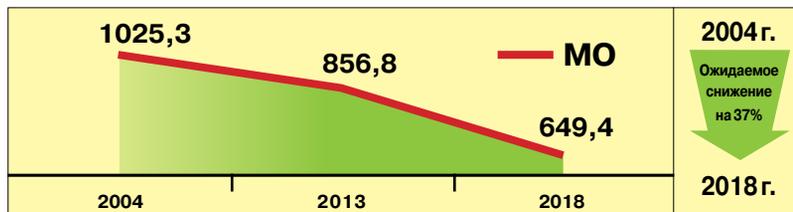
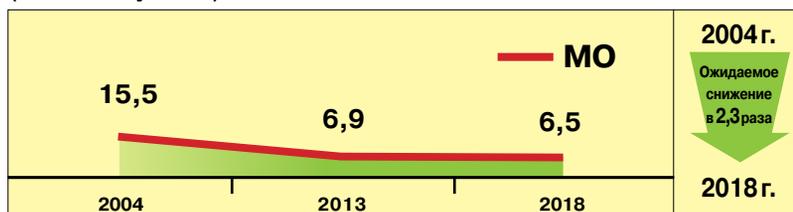


Рис. 4
Смертность от туберкулеза на 100 тыс. населения (число случаев)



служба скорой медицинской помощи использует систему ГЛОНАСС, в текущем году обновлен автопарк (дополнительно введены в работу 100 машин), создана единая диспетчерская служба.

Мы добились определенного снижения смертности от транспортных травм (рис. 8), но еще есть над чем работать. За этот показатель мы отвечаем вместе с Министерством транспорта, поскольку многое зависит от состояния наших дорог. Сейчас реализуется большая программа по развитию транспортной инфраструктуры МО. Это задача № 1, которую сегодня ставит губернатор перед правительством и врачебным сообществом МО. Снизить показатели смертности от ДТП нам позволит как совместное картирование всех трасс, которое мы сейчас проводим, так и инвентаризация всего имущественного комплекса отрасли здравоохранения.

В рамках программы «Модернизация здравоохранения» в 2011–2013 гг. мы значительно укрепили материально-техническую базу медучреждений. Освоено 16 842 млн рублей. За последние 3 года в систему здравоохранения было вложено около 30 млрд.

Мы оснастили ЛПУ области 11 757 единицами современного медицинского оборудования (292 рентген-аппарата, 23 магнитно-резонансных и компьютерных томографа (КТ), 239 УЗ-аппаратов).

В 2013 г. выполнено 70 тыс. КТ-исследований, что на 14,5 тыс. больше, чем в 2012 г. Проведено на 217 тыс. ультразвуковых исследований больше, чем в 2012 г.

Благодаря федеральной программе «Модернизация здравоохранения» нам удалось улучшить и внешний вид наших учреждений. На капитальный ремонт 144 учреждений (522 объекта) было выделено более 9 164 млн рублей. Фактически отремонтировано только 700,1 тыс. кв. м – 21% всех площадей помещений ЛПУ. Эту работу мы продолжаем – теперь из областного муниципального бюджета выделены дополнительные средства, чтобы провести капитальный ремонт или отделочные работы в первую очередь в наших детских поликлиниках.

Сегодня в нашу жизнь прочно вошли информационные технологии. Без информатизации в здравоохранении мы не можем двигаться дальше. Если сегодня пациенты жалуются, что их не устраивает способ записи на прием к врачу, а также очереди в наших поликлинических учреждениях, значит, мы должны оперативно реагировать на все претензии, создавать больным людям максимально комфортные условия для получения медицинской помощи, прежде всего в первичном медико-санитарном звене. В настоящее время в поликлиниках МО установлены 230 информа-

Рис. 5

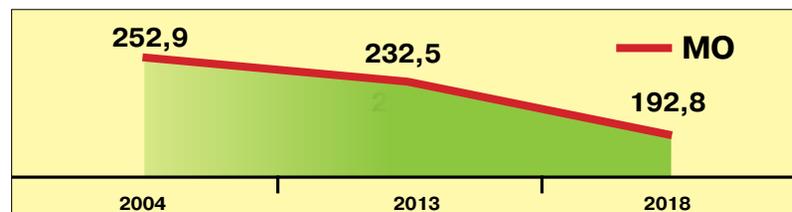
Смертность от новообразований на 100 тыс. человек

Рис. 6

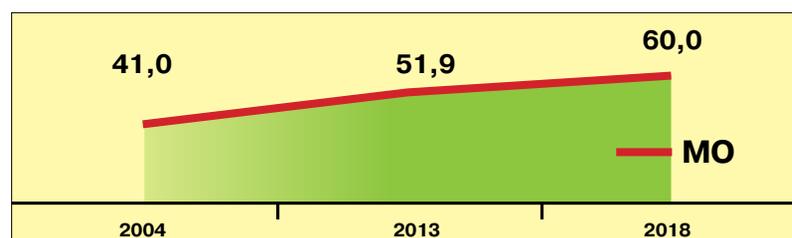
Выявляемость онкологических заболеваний на 1-й и 2-й стадии

Рис. 7

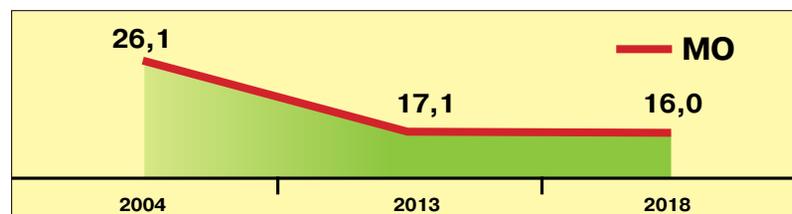
Одиночная летальность

Рис. 8

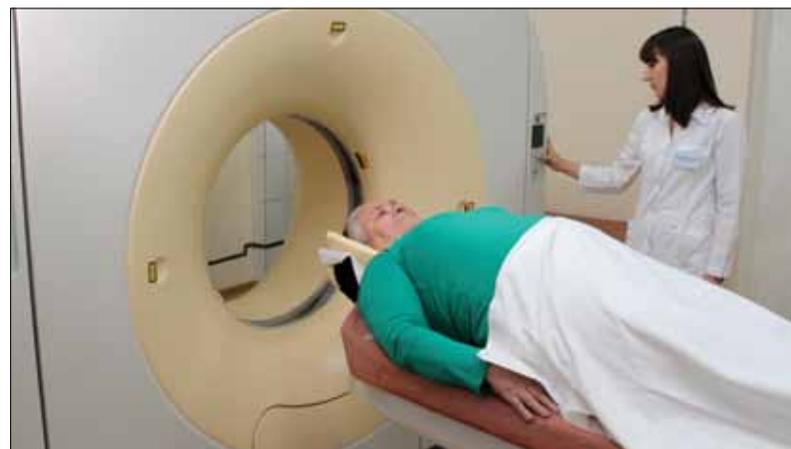
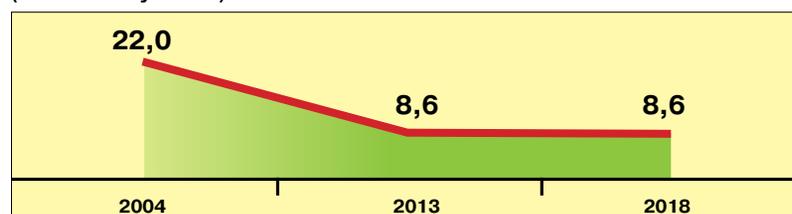
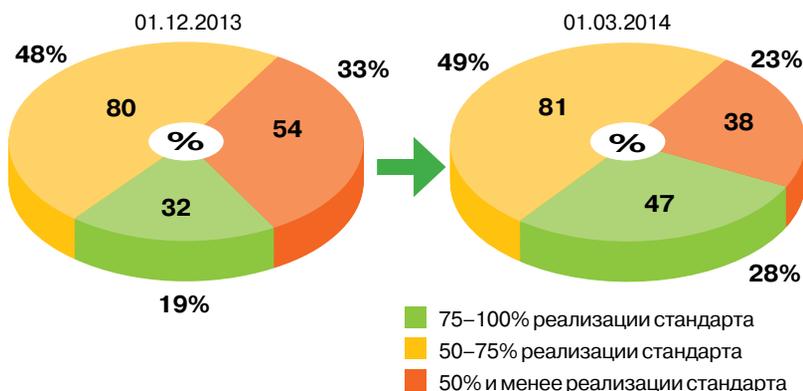
Снижение смертности от транспортных травм (число случаев)

Рис. 9

Динамика изменения рейтинга детских поликлиник за 3 месяца



тов. При помощи электронной очереди на прием к врачу записались 1,5 млн пациентов (более 150 тыс. человек – через Интернет).

В настоящее время мы проводим ряд мероприятий, направленных на реорганизацию системы оказания медицинской помощи. Это:

- формирование трехуровневой системы оказания медпомощи;
- развитие специализированной медицинской помощи с маршрутизацией пациентов;
- оптимизация психиатрической службы;
- реорганизация путем укрупнения медицинских организаций;
- организация клиничко-диагностических центров;
- переход с 2015 г. на подушевое финансирование.

В МО работают 124 офиса врачей общей практики, из которых 24 открыты в 2013 г. В них получили медицинскую помощь более 350 тыс.

человек. Также в 2013 г. приобретено 11 мобильных фельдшерских акушерских пунктов (ФАП).

В 2014 г. будет открыт 41 офис врачей общей практики. Мы поставили перед собой задачу полностью обеспечить область, и в ближайшие 3 года удовлетворим потребность населения региона в таком виде помощи.

Также проводится реорганизация первичной медико-санитарной помощи, включающая организацию межмуниципальных клиничко-диагностических центров для взрослого населения и детей. Мы планируем достигнуть:

- уменьшения очередей в поликлинику;
- шаговой доступности первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- увеличения количества коек дневного стационара;
- развить патронажную службу (патронаж на дому).



Таблица 1

Рейтинг детских муниципальных поликлиник на 01.03.2014

10 лучших учреждений		10 худших учреждений	
1.	Луховицкая ЦРБ, детская поликлиника	1.	Серпуховская ЦРБ, детское поликлиническое отделение п. Пролетарский
2.	Железнодорожный, детская поликлиника	2.	Люберецкая РБ № 1, детское поликлиническое отделение № 2 (п. Октябрьский)
3.	Клинский м/р «ДГБ», детская поликлиника	3.	г.о. Подольск, городская детская поликлиника № 2
4.	Люберецкая районная больница № 3, поликлиническое отделение № 1	4.	Талдомская ЦРБ, детское поликлиническое отделение
5.	Одинцовская ЦРБ, детская поликлиника	5.	Каширская ЦРБ, детская поликлиника, отделение № 1
6.	Химки г/о, Подрезковская поликлиника	6.	г.о. Балашиха, ЦРБ, городская поликлиника № 5
7.	Серпуховская ЦРБ, детская городская поликлиника	7.	г.о. Жуковский, отделение № 2 детской поликлиники
8.	Солнечногорская ЦРБ, детская поликлиника	8.	г.о. Жуковский, педиатрическое отделение № 1
9.	Истринская РБ, детская поликлиника	9.	Сергиево-Посадский м/р, городская больница пос. Богородское
10.	Лосино-Петровская ЦГБ, детская консультация	10.	Щелковский м/р, городская поликлиника № 4

К нам приезжают молодые врачи, которые видят, что в структуре здравоохранения происходят позитивные изменения. Многие желают жить и работать именно в МО. Сегодня по губернаторской программе, действующей на территории региона, мы имеем возможности не только предоставлять в соответствии со стандартами комфортные условия для работы семейного врача, но и обеспечить специалиста служебным жильем (с возможностью последующей его приватизации).

В МО внедрены стандарты организации деятельности детской поликлиники:

- оформления внешнего благоустройства;
- оформления внутреннего благоустройства;
- оформления зоны ожидания приема;
- оформления и организации работы регистратуры;
- организации предоставления информации;
- благоустройства кабинета врача;
- разработка сайта учреждения.

На рисунке 9 представлена динамика изменения рейтинга детских поликлиник за 3 месяца. Также мы составили рейтинг лучших и худших муниципальных поликлиник по уровню выполнения стандартов (комфорт, благоустроенность, доступность медицинской помощи) (табл. 1). Он доступен в режиме онлайн на нашем официальном сайте в Интернете. Надеюсь, что в ближайшее время у нас не останется сектора красного цвета, его полностью вытеснит зеленый. Для этого каждый врач должен стать активным участником процесса преобразований. Составление рейтингов позволяет дать объективную экспертную оценку как деятельности ЛПУ и здравоохранения в целом, так и работы каждого медицинского работника. На мой взгляд, такой подход помогает успешному саморегулированию профессионального сообщества. ■



Задачи Министерства здравоохранения МО на 2014 г.:

- 1. Реализация мер, направленных на повышение роли первичной медико-санитарной помощи в структуре системы здравоохранения МО: увеличение объемов медицинской помощи, оказываемой на дому и в дневных стационарах; проведение капитальных ремонтов и оснащение оборудованием 15 детских поликлиник; строительство поликлиник; обновление автопарка службы скорой медицинской помощи (400 машин).**
- 2. Применение ИТ в обеспечении качества и доступности медицинской помощи: переход на электронную медицинскую карту и начало внедрения электронной истории болезни.**
- 3. Создание комфортных условий оказания медицинской помощи.**
- 4. Передача полномочий по организации медицинской помощи на уровень субъекта РФ.**





В.И. Краснополяский, академик, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, завкафедрой акушерства и гинекологии ФУВ МОНКИ, директор МОНИИАГ

УЛУЧШЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Одним из важных показателей, свидетельствующих об улучшении демографической ситуации в стране, является рост рождаемости, который, в свою очередь, напрямую связан с тем, как в регионе организовано лечение бесплодия.

Реализация целевой программы Московской области «Улучшение демографической ситуации в Московской области» началась в 2007 г. Тогда обращаемость пациенток в женские консультации МО, по данным Минздрава, составляла 15% (300 тыс. женщин). Показатели, характеризующие бесплодие, в регионе соответствовали общероссийским.

В 2007 г. в МО было 75 тыс. бесплодных супружеских пар, нуждавшихся в современных вспомогательных репродуктивных технологиях (ВРТ). Эта цифра — без учета супружеских

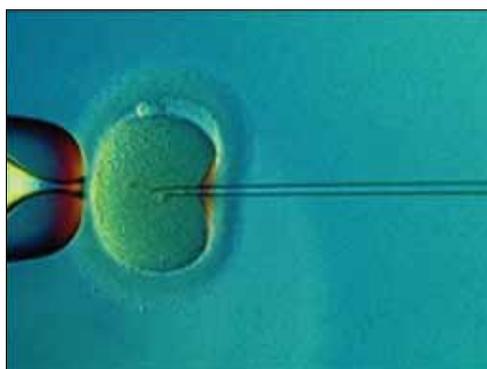
пар с сопутствующей патологией, приводящей к бесплодию, и тех пациентов, которые обращались за помощью в частные клиники.

На рисунке 1 показано, как была сформирована программа «Улучшение демографической ситуации в Московской области». Потребности и интересы общества были определяющими: отдельные семьи нуждались в лечении бесплодия, а государство было заинтересовано в росте рождаемости в стране.

В реализации данной программы медицинское сообщество занимало достаточно ак-

тивную позицию, оказывая населению МО высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП). Был издан целый ряд нормативных документов, которые определяли, что лечить можно, а что медицина сделать не в силах (например, невозможно при отсутствии физиологического резерва восстановить репродуктивную функцию у женщины 50 лет).

Московская область является редким регионом РФ, который имеет два собственных медицинских НИИ: ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический



В СОВРЕМЕННЫХ
ЛАБОРАТОРИЯХ
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО
ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО)
УСПЕШНО РЕШАЮТСЯ
ВОПРОСЫ РЕПРОДУКЦИИ

институт им. М.Ф. Владимирского» (МОНИКИ) и ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (МОНИИАГ). Задачи этих медучреждений, обеспечивающих качественный лечебный процесс в общей системе взаимодействия «общество – государство – медицина», следующие:

- наиболее прогрессивный медицинский подход и применение технологий, дающих максимальный лечебный эффект, полностью безопасный для пациента;
- перманентный учебный процесс подготовки кадров – врачей высшей квалификации, обеспечивающих возрастающие запросы общества;

- разработка организационных предложений по оптимизации оказания лечебной и консультационной помощи в муниципальных районах (открытие специализированных отделений, их оснащение, кадровое наполнение, контингент больных);

- создание научно обоснованных направлений и их реализация на основе доказательной медицины, научно-практическая оценка получаемых результатов и качественных показателей работы отрасли. Развитие собственной научно-практической школы МОНИИАГ по акушерству, гинекологии, репродуктологии, неонатологии и т.д.;

- оказание эффективной лечебной помощи наиболее тяжелому контингенту беременных и гинекологических больных в Московской области с реализацией всего лечебно-диагностического потенциала института.

До принятия специальной программы лечение бесплодия в МО сводилось к восстановлению естественной фертильности консервативными и оперативными методами. После ее принятия в регионе были созданы лаборатории экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) как в МОНИИАГ, так и в перинатальном центре. Они занимались вопросами восстановления фертильности и репродукции, решая задачи по улучшению демографической ситуации.

В сегодняшней системе лечения бесплодия ЭКО – основной метод. Прибегать к нему чаще всего приходится в случаях мужского бесплодия, трубного бесплодия, у женщин старше 38 лет и у женщин с ановуляторным бесплодием до 37 лет. На рисунке 2 изображен алгоритм действий при оказании медицинской помощи пациентам с бесплодием.

На рисунке 3 представлена динамика выполнения программы, направленной на улучшение демографии в МО и реализуемой в отделении репродуктологии МОНИИАГ (количество циклов ЭКО с 2007 г. по настоящее время). Зеленым отмечена доля областного бюджета. В 2009–2010 гг. (когда начался кризис) финансирование несколько уменьшилось, но за счет федеральных льгот объем помощи населению региона, необходимой для реализации программы, был достаточно большим. В 2013 г. количество циклов ЭКО достигло почти 1174 (с учетом средств ОМС). Для успешной дальнейшей реализации этой программы актуальная задача — обеспечить квалифицированными экспертами наш фонд ОМС.

Реализация программы «Улучшение демографической ситуации в Московской области» — это не только внедре-



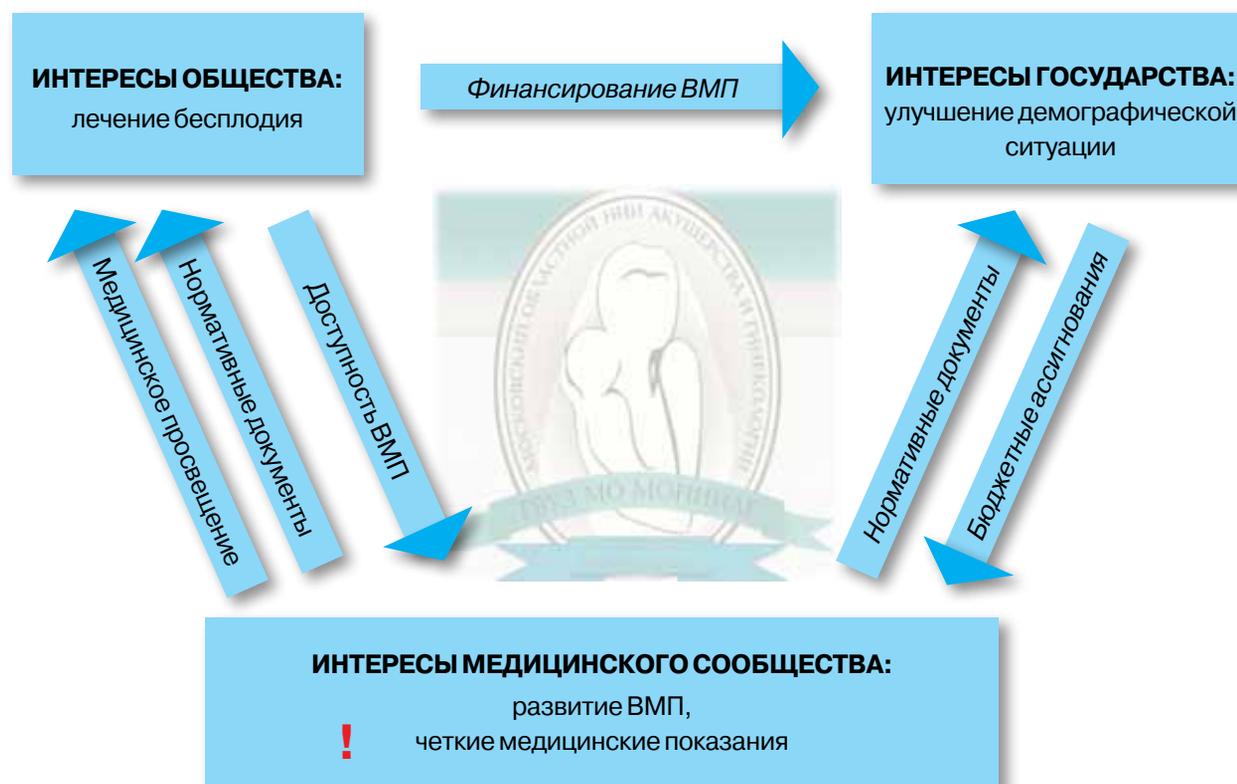
ние ЭКО. За последние 6 лет по внедрению в практику инновационных репродуктивных методик МО вышла на уровень развитых европейских стран. Сейчас среди ВРТ: доля циклов

ЭКО составляет 55%, инъекция здорового сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки (ИКСИ) — 45%; самая современная технология лечения бесплодия — вспомогательный хетчинг

**ПЕРВЫЙ
ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
ПРАВИТЕЛЬСТВА МО
ПО СОЦИАЛЬНОЙ
ПОЛИТИКЕ
Л. Н. АНТОНОВА
ОЦЕНИВАЕТ РАБОТУ
АКУШЕРСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ
(КРАСНОГОРСК)**

Рис. 1

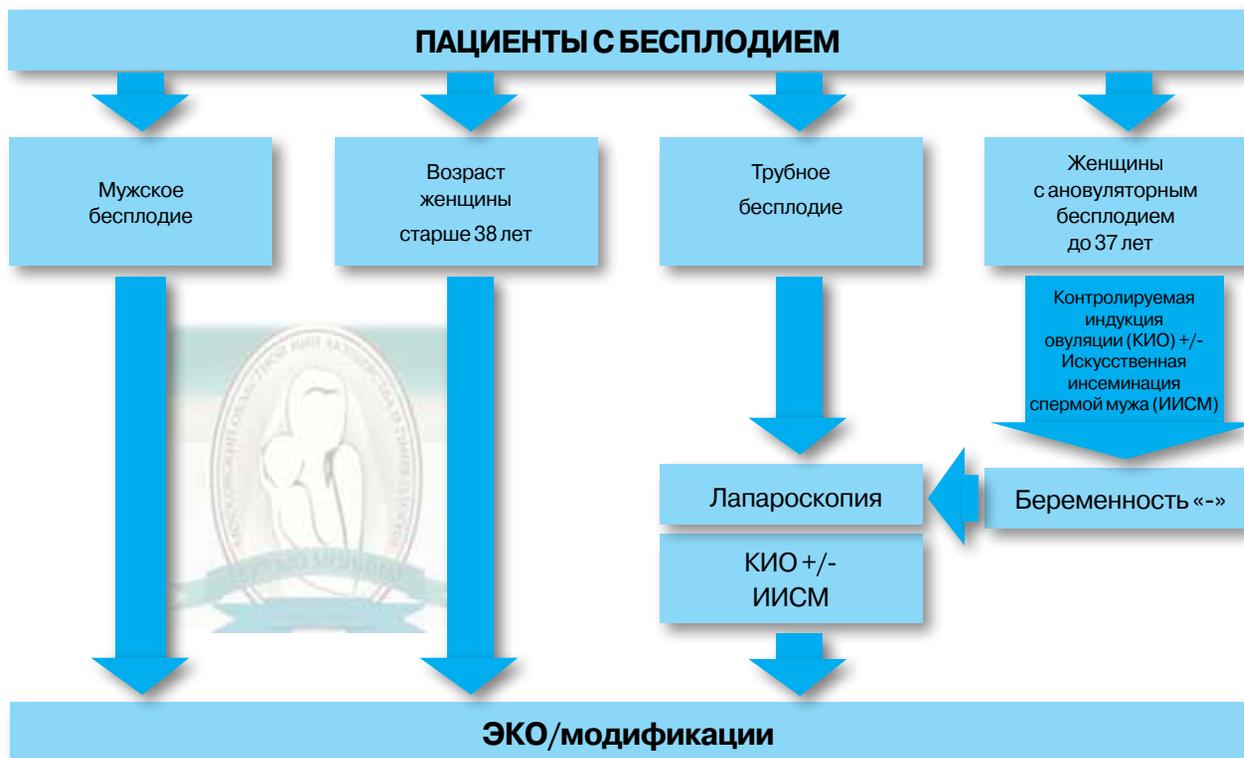
Программа «Улучшение демографической ситуации в Московской области»



ДО ПРИНЯТИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ В МО СВОДИЛОСЬ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ЕСТЕСТВЕННОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ КОНСЕРВАТИВНЫМИ И ОПЕРАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ

Рис. 2

Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с бесплодием



(assisted hatching) – 23%; и, наконец, предмет нашей особой гордости – преимплантационная генетическая диагностика (ПГД) – 4%.

ПГД необходимо развивать не только в отделении репродук-

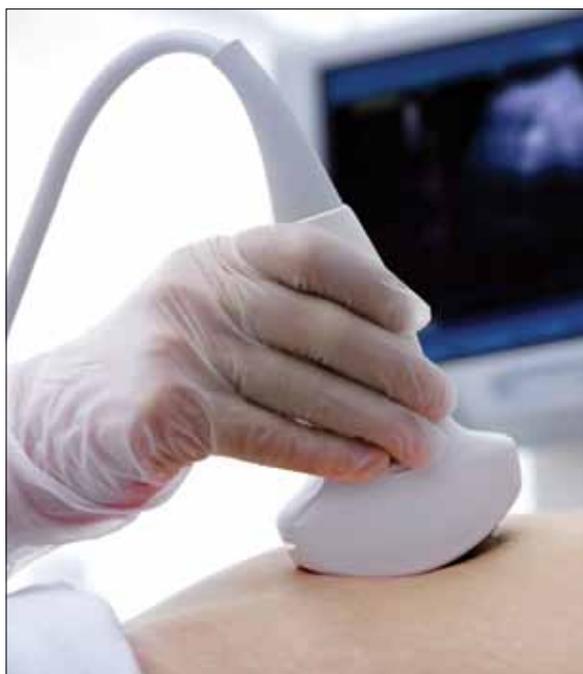
тологии МОНИИАГ (методика представляет ценность для лечения тяжелых форм мужского бесплодия, в связи с неудачными попытками ЭКО в анамнезе, для скрининга хромосомной патологии по желанию женщины, когда возраст супружеской пары старше 38 лет), но и в отделениях патологии беременности (при привычном невынашивании беременности), а также в медико-генетических отделениях (в случае сбалансированных транслокаций у одного из супругов или наследственных заболеваний).

В МОНИИАГ есть сильное генетическое отделение (с возможностью проведения пренатального скрининга). Благодаря возможности медико-генетического консультирования значительно расширен спектр скрининговых исследований (синдромы Дауна, Эдвардса, Патау и т. д.). В таблице 1 представлены данные об эффективности прена-

тального скрининга в регионе. Подмосковье в этом плане является абсолютным лидером в РФ. На сегодняшний день в МО 14 окружных кабинетов пренатальной диагностики (ПД), 30 врачей-экспертов. За два года (2011–2013 гг.) в МО прошли скрининг на экспертном уровне диагностики 80% беременных – 160 тыс. женщин. Эти данные свидетельствуют не только о предотвращении рождения тяжелобольных детей и трагедий в семьях, но и о снижении огромных затрат для государства.

На рисунке 4 показана динамика пренатального выявления внутриутробных пороков развития (ВПР) плода и хромосомных анеуплоидий (ХА). Так, в 2010 г. при пренатальном скрининге выявлен всего 31 случай болезни Дауна, в 2013 г. – 87 случаев.

Реализация государственной программы по улучшению демографической ситуации дала значительные результаты в плане



реализации ВТР. На сегодняшний день в МО 11% бесплодных супружеских пар (в 2007 г. их было 15%).

В таблице 2 показано снижение количества аборт в МО в период с 2009 по 2013 г. В прошлом году их было 32 830. В начале 2000-х годов в МО на 1 роды приходилось 1,5 аборта. И это был не самый худший показатель в РФ. Сейчас на 1 роды приходится 0,4 аборта. Есть ли здесь прямая связь с программой по улучшению демографической ситуации в МО? Цифры говорят сами за себя.

Для реального повышения качества оказания медицинской помощи медработники всегда должны действовать, исходя из запросов общества. Решение этих задач при поддержке государства (должное финансирование целевых программ) позволяет нам достичь высокого уровня медицинского обслуживания населения. Программа по лечению бесплодия — не единственное, что демонстрирует успехи нашего здравоохранения. Это тот случай, когда общество выражает потребность, государство финансирует ее реализацию, а медицинское сообщество решает поставленную задачу. Следуя этим принципам, мы сможем быстро поднять общий уровень здравоохранения в масштабах всей страны. ■

Рис. 3

Количество циклов ЭКО в отделении репродуктологии МОНИАГ



Рис. 4

Динамика пренатального выявления ВПР и ХА (2010 г. / 2013 г.)

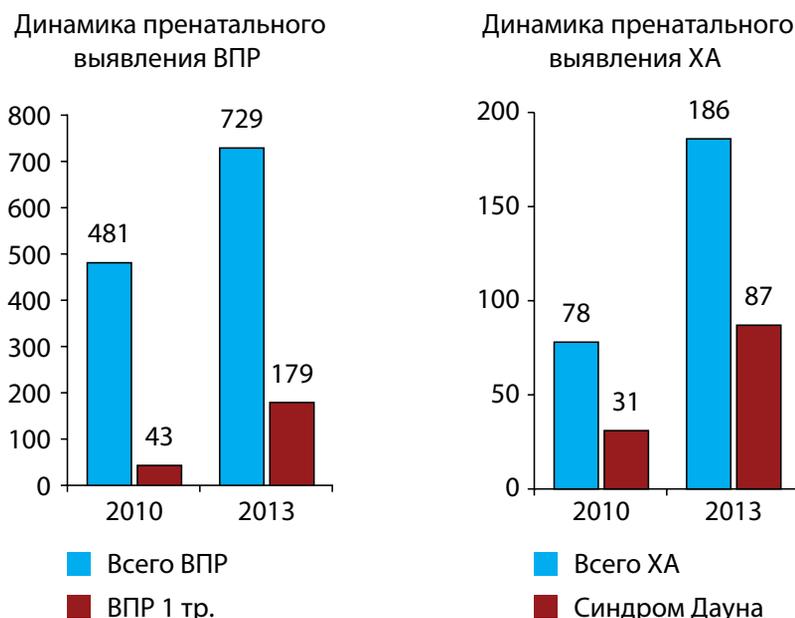


Таблица 1

Эффективность пренатального скрининга в Московской области

Окружных кабинетов ПД в МО	14
Врачей-экспертов	30
Прошли скрининг на экспертном уровне диагностики (2011–2013 гг.)	160 тыс.
Выявлено хромосомных аномалий, из них синдром Дауна	652 293
Диагностировано ВПР	2447
Предупреждено рождение детей с ХА и летальными/ некорректирующимися ВПР	1127

Таблица 2

Динамика количества аборт в Московской области в 2009–2013 гг.

Год	Аборты до 12 недель беременности	Мини-аборты	Медикаментозные аборты	Всего
2009	50 348	1065	3040	54 453
2010	45 491	912	2975	49 378
2011	33 449	871	3215	37 535
2012	32 079	1287	2940	36 306
2013	28 997	831	3002	32 830



В высоком уровне образования врачей заинтересованы все участники лечебного процесса. Если специалисты обладают современными знаниями, то пациентам гарантировано получение качественной медицинской помощи. При решении кадрового

СИСТЕМА НМО КАК ОСНОВА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ф.Н. ПАЛЕЕВ, Д.М.Н.,
ПРОФЕССОР, ДИРЕКТОР
МОСКОВСКОГО
ОБЛАСТНОГО НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬНОГО
КЛИНИЧЕСКОГО
ИНСТИТУТА (МОНИКИ)
ИМ. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО



Государство достаточно четко определило свою позицию, заявив о необходимости непрерывного образования медработников: 7 мая 2012 г., на второй день после инаугурации, президент РФ В.В. Путин подписал важнейшие для отрасли указы (№ 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и № 606 «О мерах по реализации демографической политики в РФ»). На заседании президиума Госсовета в июле 2013 г. В.В. Путин вернулся к теме повышения квалификации медицинских кадров, указав, что «медицина – это не сфера обслуживания в виде медицинских услуг, а искусство врачевания».

Непрерывное образование – это современная система взглядов на образовательную практику, которая провозглашает учебную деятельность человека как неотъемлемую часть его жизни в любом возрасте.

Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова неоднократно подчеркивала, что развитие здравоохранения

вопроса у организаторов здравоохранения есть стимул наладить эффективный с экономической точки зрения лечебный процесс. При этом врачи чувствуют большую защищенность, уверенность в себе, приобретают опыт и стремятся к профессиональному росту.

невозможно без высококвалифицированных кадров и что «качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации медицинских работников», модернизация медицинского образования должна проходить с внедрением инновационных технологий — дистанционных, симуляционных, электронного обучения.

Не секрет, что в медицине нет такого карьерного роста, как, например, в армии. Фактически врач имеет возможность совершенствоваться только профессионально, расширяя свои возможности и получая достойную зарплату. В связи с этим сильно растет роль кадровой службы, которая должна брать на себя ответственность в том числе и за организацию процесса профессионального роста врача.

Весьма целесообразно осуществлять формирование аттестационных комиссий внутри лечебных учреждений, которые занимаются не только аттестацией врачей и определением их профессиональных навыков, основная их функция — направлять врача в плане профессионального роста и образования.

Содержание непрерывного медицинского образования (НМО) в России регламентируется статьей 82 ФЗ № 273, где указано, что «профессиональные программы медицинского и фармацевтического образования должны обеспечивать непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей



жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации работников», а также статьей 76 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья в РФ», где говорится о том, что некоммерческие организации (профессиональные сообщества) могут «принимать участие в разработке программ подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников».

Сегодня в странах Евросоюза предъявляются единые требования к процессу повышения квалификации врачей: у врача должно 250 часов образовательной активности в течение 5 лет, соответственно, не менее 50 часов в год он должен посвятить образованию. Действует балльная система. Предусмотрено посещение семинаров, конференций, самостоятельное обучение по печатным и

электронным учебным пособиям, обучение в симуляционных центрах, участие в мероприятиях по повышению качества медицинской помощи на рабочем месте. Основной контроль проведения НМО и его эффективности в Евросоюзе осуществляют профессиональные медицинские ассоциации вместе с государственными структурами. Одним из гарантов качественной работы этой системы является обязательное членство медицинских работников в профессиональных медицинских организациях.

Программа НМО сейчас широко внедряется в России. В рамках этой программы создан Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования согласно приказу МЗ РФ № 82 от 18.02.2013 г. В его составе 40 членов — представители Минздрава РФ, ру-

**ФУВ МОНИКИ
ИМ. М.Ф. ВЛАДИМИР-
СКОГО ПРИНИМАЕТ
АКТИВНОЕ УЧАСТИЕ
В РЕАЛИЗАЦИИ
ПРОГРАММЫ НМО**



СОТРУДНИКИ
КАФЕДРЫ
ОТОРИНОЛАРИНГО-
ЛОГИИ ФУВ МОНИКИ
ИМ. М.Ф. ВЛАДИМИР-
СКОГО

ководители профессиональных медицинских обществ по специальностям, представители медицинской науки и образования. Возглавляют проект заместитель министра здравоохранения И.Н. Каграманян и председатель Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаль. Контроль за деятельностью совета осуществляет В.И. Скворцова.

Перед Координационным советом стоит задача модернизировать систему повышения квалификации российских врачей, сделать ее непрерывной, гибкой, отвечающей современным запросам практического здравоохранения, разработать нормативную базу НМО, требования к программам повышения квалификации, образовательным

материалам и мероприятиям, порядок внедрения НМО на местах.

Факультет усовершенствования врачей МОНИКИ также включился в реализацию этой программы по двум специальностям: «врачи общей практики» и «организация здравоохранения и общественное здоровье» (рис. 1). С врачами факультет заключает договор об обучении на год. Есть две площадки: портал Координационного совета (*sovetsnmo.ru*) и электронный деканат на платформе moodle (*fuvmoniki.ru*), через который осуществляется индивидуальное планирование для каждого слушателя на год и контролируется выполнение этого плана.

Мы переработали программы и создали два блока (рис. 2). Первый – очное обучение, являющееся неотъемлемой частью образовательного процесса. Второй – дистанционное обучение онлайн и офлайн, позволяющее контролировать работу врача на месте.

Рис. 1

Участие МОНИКИ в НМО



Рис.2

Формы обучения в рамках пилотного проекта по специальностям «Врач общей практики» и «Организация здравоохранения»



В рамках этой программы мы планируем приблизить процесс обучения к рутинной деятельности врача. В частности, речь идет о дистанционных консультациях врачей общей практики. В них также будут участвовать врачи узкой специализации, что позволит проводить обучение в рамках лечебного процесса.

У нас ежегодно выходят справочники о мероприятиях, которые будут проводиться в МОНИКИ и Минздраве Московской области. Со следующего года мы планируем этот сборник издавать по медицинским направлениям. Это позволит каждому специалисту формировать индивидуальный план посещения образовательных мероприятий и конференций.

Контроль качества обучения осуществляется через дистанционные тесты на платформе Moodle электронного деканата www.fuvmoniki.ru, тестирование на учебном портале проекта www.sovetnmo.ru, очные зачеты в рамках практических тренингов и мастер-классов под контролем Российской ассоциации врачей общей практики (ВОП). Применяются интерактивные обучающие технологии с имитацией работы ВОП в клинических учебных базах и симуляционном центре МОНИКИ.

В заключение хочу отметить роль профессиональных некоммерческих организаций в подготовке и контроле образовательного процесса. Необходимо ввести непре-

рывное образование в Московской области и накопительную балльную систему, развивать систему дистанционного образования и контроля знаний, расширять возможность симуляционных центров, которые позволят повысить «выживаемость» знаний у врачей. Очень важно заинтересовать и привлечь к научным исследованиям молодых специалистов, стимулируя их к этому.

В рамках этого направления 15 мая 2014 г. была проведена конференция, посвященная междисциплинарному взаимодействию молодых специалистов и ученых Московской области, которая была организована советом молодых ученых МОНИКИ. ■



С.А. Лившиц, д.м.н., председатель правления некоммерческого партнерства «Врачебная палата Московской области», главный врач МУЗ «Ногинская центральная районная больница»

СИСТЕМА ОБЩЕСТВЕННО-ГОСУДАРСТВЕННОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Общественное и государственное партнерство есть не что иное, как система отношений между обществом и государственной властью, которая обеспечивает соблюдение прав, свобод и реализацию законных интересов граждан в процессе формирования и осуществления госполитики.

На сегодняшний день основным регулятором профессиональной медицинской деятельности в РФ является государство. Именно оно осуществляет контроль за обучением специалистов, постдипломным образованием, регулирует все вопросы, связанные с их аттестацией, сертификацией, решает, по каким стандартам они должны работать, как оценивать этот труд, как его оплачивать, кого, за что и как штрафовать. Почему это происходит? Отсутствие четкой



структуры врачебного сообщества до последнего времени не позволяло определиться, кому можно передать часть функций по управлению профессиональной деятельностью врачей и, самое главное, кто будет нести ответственность за выполнение этих функций. Вот и получается, что государство, с одной стороны, имеет избыточный набор регулирующих контрольных полномочий, а с другой стороны, несет всю полноту ответственности за оказание медицинской помощи.

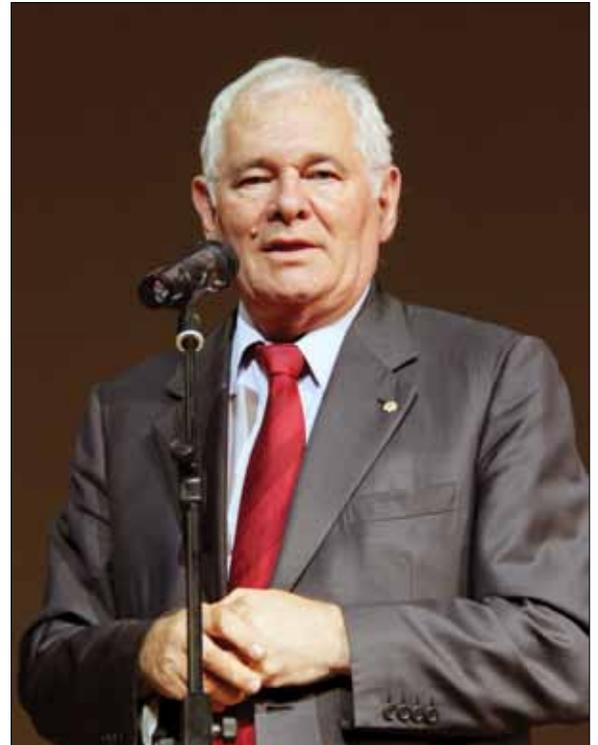
Довольны ли в нашей стране подобным положением вещей? Наверное, вряд ли, если еще в 2002 г. правительством РФ была обозначена стратегия перехода к общественно-государственной модели управления здравоохранением. И тот факт, что на протяжении долгого времени эта стратегия не была реализована, повторю, является главным образом следствием отсутствия самоорганизации врачебного сообщества.

Между тем сегодня зреет понимание, что система исключительно государственного управления здравоохранением недостаточно эффективна и что медицинскому сообществу необходимо влиять на процессы в отрасли, затрагивающие профессиональную деятельность. Неслучайно идея усиления роли профессионального сообщества в управлении системой здравоохранения поддержана президентом РФ В.В. Путиным в его послании Федеральному собранию от 12 декабря 2013 г.: «Нужно серьезно усилить роль профессионального сообщества в управлении системой здравоохранения. Знаю, что идеи на этот счет уже сформулированы и заслуживают поддержки. Прошу Минздрав вместе с ведущими объединениями медицинских работников внести конкретные предложения».

Сегодня есть понимание необходимости развития общественно-государственного партнерства и на уровне нашего отраслевого министерства. «Профессиональное врачебное сообщество лучше всех понимает проблемы и сохраняющееся несовершенство системы оказания медицинской помощи населению», — отметила министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова.

Целью общественно-государственного партнерства (применительно к сфере здравоохранения) является, с одной стороны, реализация законных интересов медиков, а с другой стороны — совместная деятельность Минздрава и профессионального медицинского сообщества, направленная на совершенствование функционирования системы здравоохранения, расширение сферы открытости, прозрачности и позволяющая привлечь дополнительные общественные ресурсы в развитие отрасли.

Именно поэтому в Московской области в 2013 г. была впервые создана профессиональная медицинская организация — некоммерческое партнерство «Врачебная палата Московской области». И мы гордимся правом представлять врачебное сообщество Московской области в Национальной медицинской палате (НМП), возглавляемой профессором Л.М. Рошалем, т. к. в настоящее время НМП является единственным образованием в РФ, которое практически решает вопросы саморегулирования деятельности профессионального медицинского сообщества. С этой организацией взаимодействует Минздрав РФ при подготовке нормативных документов, касающихся профессиональной деятельности врачей. Для этого между министерством и палатой создан координационный совет, в рамках которого про-



водится аудит практически всех приказов, которые планирует выпускать наше отраслевое министерство.

НМП выступает прежде всего за конструктивное взаимодействие с органами государственной власти, не только указывая на существующие проблемы, но и предлагая конкретные решения. Таких примеров на сегодняшний день очень много.

Правовой базой создания Врачебной палаты Московской области является федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». В статье 76 («Профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками и фармацевтическими работниками») указано, что медработники «имеют право на создание на добровольной основе профессиональных некоммерческих организаций, которые могут формироваться в соответствии с критериями: принадлежности к медицинским работникам или фармацевтическим работникам; принад-

С НМП, возглавляемой профессором Л.М. РОШАЛЕМ, ВЗАИМОДЕЙСТВУЕТ МИНЗДРАВ РФ ПРИ ПОДГОТОВКЕ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ, КАСАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ



МИНИСТР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РФ В.И. СКВОРЦОВА
НАСТРОЕНА
НА РАЗВИТИЕ
ОБЩЕСТВЕННО-
ГОСУДАРСТВЕННОГО
ПАРТНЕРСТВА

лежности к профессии (врачей, медицинских сестер (фельдшеров), провизоров, фармацевтов); принадлежности к одной врачебной специальности».

Основными целями создания врачебной палаты Московской области являются:

1) самоорганизация и объединение всего врачебного сообщества для управления профессиональной деятельностью врачей на основе постепенного внедрения системы саморегулирования;

2) выработка согласованной позиции врачебного сообщества Московской области и представление интересов членов Палаты перед государством и обществом;

3) регулирование этических аспектов деятельности врачей при взаимодействии с пациентами, юридическими лицами и иными субъектами профессиональных отношений;

4) создание системы юридической защиты врачей и медицинских организаций;

5) содействие совершенствованию системы охраны здоровья населения путем улучшения качества оказываемой медицинской помощи.

При этом первичным является самоорганизация и объединение врачебного сообщества, постепенное движение к саморегулированию и создание на его основе системы управления профессиональной деятельностью врачей.

Модель общественно-государственного управления здравоохранением предусматривает передачу определенных полномочий, регламентируемых законом, от государства профессиональному медицинскому сообществу. И здесь возникают два главных вопроса. Первый: готово ли государство к передаче этих полномочий? Ответ, на мой взгляд, — готово частично, т. к. не до конца еще сформировано законодательное поле, не определены механизмы контроля за передаваемыми полномочиями. Второй вопрос: а готово ли медицинское сообщество принять на себя эти функции? Ответ тот же — частично.

Пути взаимодействия между государством и профессиональным медицинским сообществом следующие:

1. Представление интересов медицинского сообщества в ходе государственно-общественных консультаций на ранних стадиях подготовки решений:

- участие в разработке и независимая общественная экспертиза подготавливаемых и принимаемых Министерством здравоохранения нормативных документов;

- участие в разработке территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи, в заклю-

чении соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования.

2. Внедрение и использование утвержденных порядков и стандартов по вопросам оказания медицинской помощи и работы медицинских организаций, внесение предложений по их совершенствованию.

3. Рассмотрение жалоб и конфликтных ситуаций, возникающих в деятельности врачей и медицинских организаций, участие в процедурах их досудебного урегулирования.

4. Совершенствование системы непрерывного медицинского образования.

5. Участие медицинского сообщества в оценке профессиональной деятельности, аттестации медицинских работников.

6. Участие медицинского сообщества в сфере контроля качества.

7. Юридическая и финансовая защита представителей медицинского сообщества.

8. Разработка стандартов профессиональной этики.

Первые два пункта — на сегодняшний день де-факто и де-юре реализованные полномочия в Московской области. Это относится к нашему участию в разработке и экспертизе подготавливаемых и принимаемых Минздравом нормативных документов, в разработке территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи, в заключении соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования.

Остальные вопросы требуют совершенствования законодательной базы: в частности, рассмотрение жалоб и конфликтных ситуаций, возникающих в деятельности врачей и медицинских организаций, участие в процедурах их досудебного урегулирования. Могли



бы мы этим заниматься на уровне профессионального сообщества? Я думаю, что могли бы, но в первую очередь это потребует принятия соответствующих изменений, прежде всего в закон об обращениях граждан.

Что касается системы непрерывного медицинского образования, то мы понимаем, что современная система постдипломного образования устарела, не соответствует практическим реалиям современного здравоохранения и нуждается в совершенствовании. Необходимо внести соответствующие изменения в закон «Об образовании в РФ».

И ряд других полномочий может быть реализован при соответствующем изменении законодательной базы. Однако понятно, что процесс передачи любых полномочий и функций не может быть быстрым и должен происходить постепенно.

Ответы на многие вопросы даст закон о саморегулировании в здравоохранении, если такой документ будет принят.

Несмотря на проводимые в последние годы и в настоящее время мероприятия по развитию здравоохранения в Московской области, мы еще не достигли непрерывно высокого уровня качества и высоких показателей удовлетворенности жителей Подмоскovie оказываемой медицинской помощью. На это есть объективные и субъективные причины.

Трудно не согласиться со словами губернатора Московской области А.Ю. Воробьева в его недавнем обращении «Наше Подмоскovie. Идеология лидерства»: «Мы вкладываем деньги в повышение зарплат, обновление оборудования, в обучение специалистов, четко осознавая конечную цель — улучшение качества услуг. Толь-

ко когда человек почувствует перемены, мы сможем сказать, что у нас выстраивается умная социальная политика».

Решение этой задачи невозможно без участия медицинского сообщества, понимания им своей роли в системе здравоохранения и, самое главное, готовности нести ответственность за результаты своей профессиональной деятельности.

У нас на сегодняшний день есть понимание того, каким должно быть конструктивное взаимодействие с Минздравом Московской области. Действительно, впервые за многие годы появился шанс не просто влиять на ситуацию в отрасли, но и реально изменить ее. И этим шансом необходимо воспользоваться. Профессиональное медицинское сообщество не может и не должно оставаться в стороне от происходящих в отрасли процессов! ■

«НАШЕ ПОДМОСКОВЬЕ. ИДЕОЛОГИЯ ЛИДЕРСТВА»: ВЫСТУПЛЕНИЕ ГУБЕРНАТОРА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ А.Ю. ВОРОБЬЕВА

КАЛЕНДАРЬ МЕДИЦИНСКИХ

сентябрь														
пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Дата	Название	Место проведения	Организатор
4.09	Заседание областного научно-практического общества оториноларингологов	Москва	ГБУЗ «МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» www.monikiweb.ru
09.09	Научно-практическая конференция «Заболевания органов пищеварения: фармакотерапия с позиций доказательной медицины»	Москва	ООО «МедЗнания» www.webmed.ru
10–12.09	XIV конгресс Российского общества урологов	Саратов	Российское общество урологов, компания «СТО Конгресс» www.congress-rou.ru
12.09	Всемирный конгресс по вопросам здоровья и старения мужчин под эгидой ISSAM/ESSAM/CSSAM	Алматы	Российское общество урологов www.oou.ru
16.09	Научно-практическая конференция Московской областной ассоциации неврологов «Кардионеврология»	Москва	ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» www.monikiweb.ru
16–18.09	VIII съезд онкологов и радиологов стран СНГ	Казань	ООО «Агентство «АБВ-экспо» kazan2014.com
16–19.09	X юбилейный Всероссийский съезд травматологов-ортопедов	Москва	МОО «Человек и его здоровье», Российская ассоциация травматологов-ортопедов www.congress-ph.ru
17.09	Научно-практическая конференция «Совершенствование внутрибольничной системы обращения с отходами ЛПУ, опасными в эпидемиологическом отношении»	Москва	ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» www.monikiweb.ru
17.09	Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы микологии»	Москва	ООО «МедЗнания» www.medq.ru
17.09	Научно-практическая конференция «Грипп и другие воздушно-капельные инфекции»	Санкт-Петербург	ООО «ДискавериМед» www.discoverymed.ru
17–18.09	IV Балтийский конгресс «Янтарная осень»	Калининград	ГК «Медфорум» www.webmed.ru
17–18.09	II межрегиональная научно-практическая конференция «Сурская осень II»	Пенза	ГК «Медфорум» www.webmed.ru
17–19.09	Научно-практическая конференция «Дженерики и биоаналоги в России и СНГ»	Москва	Marcus Evans www.marcusevans-russia.com
19.09	Научно-практическая конференция «Чрескожное хирургическое лечение камней: от и до»	Санкт-Петербург	MICE агентство «Арт Нева» www.art-neva.spb.ru
17–19.09	XII практическая конференция «Дженерики и биоаналоги в России и СНГ»	Москва	Marcus Evans www.marcusevans-russia.com

МЕРОПРИЯТИЙ (СЕНТЯБРЬ 2014 Г.)

сентябрь

вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Дата	Название	Место проведения	Организатор
18–19.09	XIV Северо-Западная научно-практическая конференция «Междисциплинарный подход в диагностике и лечении ревматических заболеваний»	Санкт-Петербург	МОО «Человек и его здоровье» www.congress-ph.ru
20–22.09	XIV съезд Федерации анестезиологов и реаниматологов «Визуализация в анестезиологии-реаниматологии»	Казань	Федерация анестезиологов и реаниматологов www.far.org.ru, «СТО Конгресс» www.ctocongress.ru
22–23.09	III Национальный конгресс по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием)	Москва	ООО «Диалог» www.expodialog.ru
22–23.09	IX ежегодный конгресс Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины «Современная перинатология: организация, технологии, качество»	Москва	Медицинское маркетинговое агентство www.med-congress.ru
24–25.09	X юбилейная межрегиональная конференция «Акушерство и гинекология»	Республика Башкортостан	ГК «Медфорум» www.webmed.ru
23– 25.09	XII Дальневосточная конференция урологов «Актуальные вопросы урологии»	Якутск	Ассоциация урологов Республики Саха (Якутия) www.uroweb.ru
24–25.09	4-я научно-практическая конференция педиатров и детских гастроэнтерологов «Современные проблемы детской гастроэнтерологии»	Санкт-Петербург	ООО «ДискавериМед» www.discoverymed.ru
24–26.09	Российский национальный конгресс кардиологов	Казань	Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество» cardiocongress.ru
25.09	Научно-практическая конференция «Школа псориаза»	Москва	ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» www.monikiweb.ru
25–26.09	Научно-практическая конференция с международным участием «Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы»	Санкт-Петербург	МОО «Человек и его здоровье» www.congress-ph.ru
25–26.09	XII Международный конгресс «Реабилитация и санаторно-курортное лечение»	Москва	Компания «Экспо Пресс» www.expodata.ru
29–30.09	Научно-практическая конференция «50 лет кардиохирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»	Москва	ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» www.monikiweb.ru
29–30.09	Научно-практическая конференция «Неврология, реабилитология»	Красноярск	ГК «Медфорум» www.webmed.ru



Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова – крупный вуз с богатыми традициями. Ректор РязГМУ, д.м.н., профессор

РязГМУ: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ



Роман Евгеньевич Калинин старается формировать у студентов и готовность воспринимать новое, и приверженность отечественной медицинской школе.

— Роман Евгеньевич, в прошлом году ваш университет отметил 70-летний юбилей. Расскажите, пожалуйста, об истории создания вуза.

— В августе 1943 года распоряжением Совета народных комиссаров был основан Московский медицинский институт Министерства здравоохранения РСФСР. В 1949 году в Рязани отмечалось 100-летие со дня рождения академика И.П. Павлова. Администрация города обратилась в Совет министров СССР с просьбой увековечить имя своего земляка и создать на рязанской земле медицинский вуз. Через год после этого события Московский медицинский институт из столицы перевели в Рязань и переименовали в Рязанский медицинский институт имени академика И.П. Павлова. Думаю, тот факт, что нобелевский лауреат является нашим земляком, и то, что мы носим его имя, поддерживает имиджевый и научный формат нашего университета.

— В какой последовательности открывались факультеты?

— Лечебный факультет был первым и долгое время единственным. Затем у нас открыли медико-профилактический факультет, позже — фармацевтический. Далее последовали стоматологический факультет, факультет обучения иностран-

ных студентов, факультет клинической психологии. Одно время мы развивали гуманитарное направление, открыв факультет менеджмента, а также юридический и филологический факультеты. Сейчас по этим специальностям мы обучение не ведем.

В 2012 году был организован филиал вуза на базе Ефремовского медицинского колледжа Тульской области с более чем 500 учащимися. Присоединение филиала позволило нам лицензировать специальность среднего профессионального образования. Это новое направление, но уже в этом году мы набрали в 2 раза больше студентов, чем год назад. В том же году мы открыли педиатрический факультет.

Сейчас открываем магистратуру по специальности «Организация здравоохранения» для тех, кто хотел бы руководить ЛПУ различного уровня. Так что буквально за послед-

ние четыре года у нас появилось три новых факультета. В дальнейшем мы планируем организацию сетевых программ, взаимодействие не только с российскими, но и с зарубежными вузами. Мы хотим ввести программы двойных дипломов на этом направлении. Надеемся, что все это удастся осуществить в кратчайшие сроки.

— В 2012 году вы открыли музей истории вуза. Расскажите, пожалуйста, о нем.

— Сделать это планировали давно. Еще при Дмитрие Романовиче Раките, который до меня руководил университетом, начали готовить экспонаты для размещения в музее. В этом участвовали и сотрудники вуза, и дети сотрудников. Музей открылся 1 сентября 2012 года. Сейчас подготовлена экспозиция, рассказывающая об истории РязГМУс момента его организации до наших дней.

« Почивать на лаврах сегодня не может себе позволить ни одна образовательная организация. Требования к выпускникам постоянно меняются. Требования к вузам растут. Значит, руководители образовательных учреждений вместе с коллективом должны брать новые рубежи. »



ИСТОРИЯ РЯЗГМУ НАЧИНАЕТСЯ В МОСКВЕ, ТОЛЬКО В 1950-Е ГОДЫ ОН ПРОПИСАЛСЯ НА РЯЗАНСКОЙ ЗЕМЛЕ

Еще есть небольшой уголок гражданско-патриотического воспитания. Но вскоре все изменится: мы работаем над концепцией целого музейного комплекса, в который будут интегрированы музеи кафедр психиатрии, патологической анатомии, нормальной анатомии, кафедры ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии. В целом получится довольно большой музей, который территориально не будет находиться в одном месте,

но, что главное, даст посетителям солидный объем информации о нас и поможет профессиональной ориентации молодежи.

Уже сейчас к нашему музею проявляют интерес не только сотрудники университета и студенты, но и те ребята, которые только планируют поступать в РязГМУ. Приезжают школьники из районов области, приходят студенты других рязанских вузов. Посещение музея стало традиционным мероприятием

Дня открытых дверей, который проводится в нашем университете.

— Каков кадровый потенциал университета?

— У нас работает более 500 докторов и кандидатов наук. В этом отношении вуз соответствует всем лицензионным требованиям. Мы как-то хотели создать галерею портретов знаменитых ученых нашего университета, но затем немного притормозили. Мы подумали, что было бы неправильно выделить знаменитых ученых, но забыть о ком-то, не имеющем звания профессора, но выполняющем научную работу на высоком уровне. Поэтому мы и не сделали подобной экспозиции. Но, тем не менее, планируем ввести звание почетного профессора РязГМУ. Кстати, мне бы хотелось упомянуть о тех ректорах, которые работали в университете до меня. Благодаря им у нас имеется прекрасная база: 16 корпусов, большие учебные площади, 5 общежитий: в этом отношении мы одни из первых среди рязанских вузов.

У нас прекрасные отношения с практическим здравоохранением. Несмотря на то, что РязГМУ не имеет собственной клинической больницы, нас везде принимают. И, по большому счету, у университета не возникает жесткой необходимости иметь отдельные клинические подразделения: мы можем быть добрыми партнерами и гостями. В этом нас поддерживает министр здравоохранения Рязанской области Лариса Николаевна Тюрина.

Наши выпускники — тоже наш потенциал. Они занимают руководящие должности в федеральных региональных государственных органах и учреждениях системы здравоохранения разных регионов страны и на

своим уровне продвигают бренд университета по всему миру.

— **Каков международный статус вашего университета?**

— О том, известен ли РязГМУ в мире, свидетельствует простой показатель — едут ли к нам абитуриенты из ближнего и дальнего зарубежья. Сейчас мы обучаем около тысячи иностранных студентов с Ближнего Востока, из Центральной и Северной Африки, Латинской Америки, некоторых европейских стран и, конечно, постсоветского пространства. В отдельные времена иностранных учащихся у нас было и больше. Но сейчас мы решили пока остановиться на этой цифре, хотя в дальнейшем не исключаем перспективы роста. Знаете, когда мы в этом году построили бассейн, то думали сначала украсить его спортивными лозунгами. Но позже появилась идея вывесить флаги тех стран, из которых к нам приехали на учебу студенты. Оказалось, что их порядка 56. Из каких-то стран приезжает много людей, из каких-то — всего один человек. Но все они здесь хорошо живут.

Говорю это не для красного словца. У нас очень толерантный город, мы с уважением относимся к иностранным студентам. Проводим в университете дни национальной кухни, дни национального костюма — так ребята могут вспомнить родной дом. У некоторых он находится за много тысяч километров отсюда. Недавно ко мне на операцию пришли две студентки из Намибии. Я спросил, сколько им лететь до Москвы. Оказалось, двое суток. Сейчас они уже на пятом курсе.

Кстати, некоторые иностранные студенты остаются после окончания вуза в России и получают вид на жительство с перспективой гражданства. А те, кто поедет домой, вместе



с дипломом о высшем образовании сохраняют особое отношение к русской культуре и Российскому государству. И в этом мы тоже видим свою миссию. Развитие международного направления — большая и интересная задача.

— **Поддерживаете ли вы партнерские отношения с зарубежными вузами?**

— Уже два года у нас существует программа академической

мобильности. Сейчас студенты едут в основном в европейские вузы. Но вскоре мы расширим спектр направлений. Недавно, например, проректор по научной, инновационной и воспитательной работе профессор Валерий Анатольевич Кирюшин с деловым визитом посетил Хайфонский университет медицины и фармации во Вьетнаме. По итогам встречи было составлено соглашение о долгосрочном академическом и научном сотрудничестве между вузами.

СТУДЕНТЫ И ПРЕПОДАВАТЕЛИ 3-ГО МОСКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА. ПОЗДНЕЕ ВУЗ ПЕРЕВЕЛИ В РЯЗАНЬ

УЧЕБНО-
ЛАБОРАТОРНЫЙ
КОРПУС
МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА:
СТУДЕНТЫ
ИМЕЮТ ХОРОШИЕ
ВОЗМОЖНОСТИ
ЗАНИМАТЬСЯ
НАУЧНОЙ РАБОТОЙ



Хотелось бы, чтобы наши студенты познакомились с системами здравоохранения и образования других стран. Очень важно, чтобы будущий доктор имел широкий кругозор. Я хотел бы, чтобы ребята почерпнули что-то для себя, сформировали свой собственный опыт. Уверен, что это не нарушит их приверженности отечественной медицинской школе.

Современный врач должен знать иностранные языки. И мы стимулируем к этому студентов. Ввели факультативные курсы, программу дополнительного профессионального образования – готовим переводчиков в сфере профессиональных коммуникаций.

На что еще хотелось бы обратить внимание? Мы поддерживаем командировки сту-

дентов не только в пределах России, но и за границу. Существуют программы академической мобильности по разным направлениям учебной и научно-исследовательской деятельности. Все дороги открыты, если быть активным. Еще одно важное направление – интеграция в международное образовательное пространство немислима без доступа к современным электронным ресурсам. В этом году мы подключили базу данных Scopus. Можно пользоваться Кокрановской библиотекой, MedLine и другими сервисами, находить там самую современную информацию. Мы создаем единый образовательный континуум, который поможет студенту получить знания, сгенерировать идею, выполнить работу и в перспективе поехать на стажировку в ведущие мировые центры для того, чтобы продолжать работу на более высоком уровне. В любом слу-

« *Некоторые иностранные студенты остаются после окончания вуза в России и получают вид на жительство с перспективой гражданства. А те, кто поедет домой, вместе с дипломом о высшем образовании сохраняют особое отношение к русской культуре и Российскому государству. И в этом мы тоже видим свою миссию.* »



чае я надеюсь, наши ученики будут возвращаться и работать в России.

— Какие еще инновационные технологии вы применяете в образовании?

— У нас работает центр симуляционного обучения. Врач должен обладать не только знаниями, но и практическими навыками. Именно поэтому мы уделяем большое внимание практическим занятиям. Симуляционный центр, оснащенный современными тренажерами, симуляторами и фантомами (некоторые из них находятся на профильных кафедрах), имеет сетевую структуру и расположен в нескольких местах. А в медико-профилактическом корпусе мы собрали более современные машины, в том числе для факультета дополнительного профессионального образования (для интернов, ординаторов).

При этом центр развивается — мы постоянно приобретаем новые тренажеры.

Дистанционное образование, которое считалось инновационным в 2011 году, в 2013 уже вошло в новый закон об образовании. Сейчас мы начинаем развивать сетевые программы. Это новшество тоже впервые было отражено в законе, и мы будем работать в данном направлении. В свое время новым направлением было внедрение мультимедийных технологий в лекционный процесс.

Что такое классическая лекция? Это устное изложение преподавателем учебного материала. Лекцию читают. Я, например, никогда не читал текст лекции, а стремился вести диалог с аудиторией, но с точки зрения классического подхода лекцию надо именно читать.

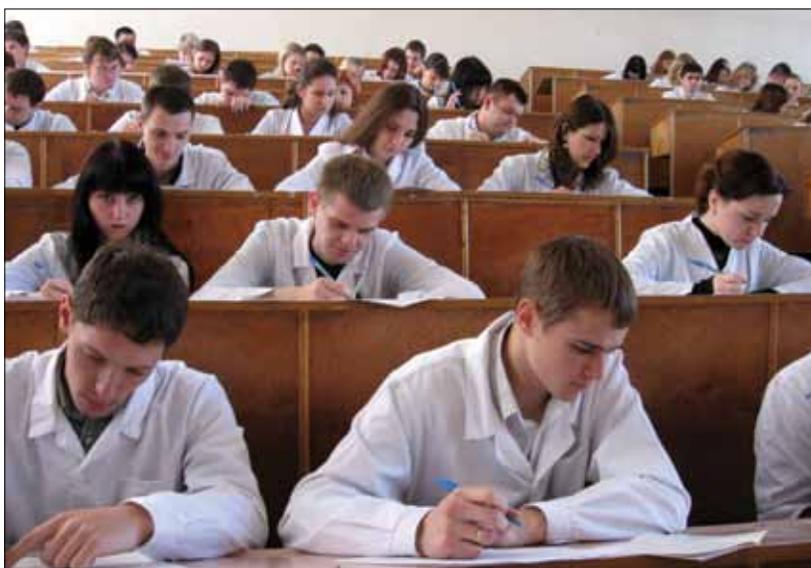
Сейчас во всех аудиториях есть микрофоны, мультимедийные системы, с помощью которых можно наглядно пред-

ставить материал. Ведь классика классикой, но наглядность существенно повышает уровень образовательного процесса. Однако истинная инновационность состоит не в этом. Сам материал лекции должен быть инновационным. Лекция, которую читают из года в год, не должна быть пятилетней давности. Современная медицина динамично развивается. По насыщенности информационными поводами и обновляемости информационных ресурсов она не уступает, условно говоря, обновлениям современных мобильных устройств. Мы стараемся, чтобы наши преподаватели отслеживали эти изменения.

Именно инновационные идеи задают направление развития, помогают избежать стагнации. Например, работа малых инновационных предприятий, которая в августе 2009 года, когда только вступил в силу № 217-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодатель-

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОБРАЗОВАНИЮ ТРЕБУЕТ НАГЛЯДНОСТИ

ПРОФЕССОРА
И СТУДЕНТЫ
РЯЗГМУ – ЦЕННЫЙ
КАДРОВЫЙ
КАПИТАЛ ВУЗА



ные акты Российской Федерации по вопросам создания бюджетными научными и образовательными учреждениями хозяйственных обществ в целях практического применения (внедрения) результатов интеллектуальной деятельности», была новинкой в медицинских вузах, а сейчас становится рутинной. Значит, пришла пора искать другие пути. Если наступает затишье, это плохо. Значит, мы успокоились и почиваем на лаврах. А этого сегодня не может себе позволить ни од-

на образовательная организация. Ведь требования к выпускникам постоянно повышаются. Требования к вузам растут, и это правильно. Значит, руководитель образовательного учреждения вместе с коллективом должны брать новые рубежи, искать вершины, к которым надо стремиться. Именно это является основным залогом инновационного развития.

– **Как университет заботится о качестве предлагаемых услуг? Сертифицирован ли**

вуз на соответствие требованиям международного стандарта ISO 9001:2008?

– Университет сертифицирован с 2008 года. Сейчас мы проводим и внешние, и внутренние аудиты. Конечно, это очень важный момент контроля качества. Если мы стартовали с разработки технологических процессов, то сейчас можем обратить внимание аудиторов на актуальную обновляемость программ. Эту работу проводят кафедры, мы также осуществляем внешний контроль. А еще обязательно собираем отзывы студентов, выпускников, отслеживаем, на что надо обратить внимание потребителей, что нужно совершенствовать и делать лучше. Контроль качества проводится на всех этапах. И я бы отметил два момента. Во-первых, наши выпускники не состоят на бирже труда. Во-вторых, конкурс среди абитуриентов растет. Это объективные показатели. Значит, вузу доверяют. Значит, он имеет достаточный рейтинг, доверие со стороны потребителей.

– **Сегодня университет осуществляет обучение специалистов по программе «Фармация». Поддерживаете ли вы связи с фармпредприятиями, на которых в дальнейшем будут трудиться выпускники вуза?**

– Конечно, наши выпускники работают в аптеках и фармацевтических компаниях в качестве менеджеров. Но мы сейчас думаем не об этом. Сегодня меняется отношение к фармпромышленности. Ее развитие названо в числе национальных приоритетов. Мы готовим технологов и химиков, востребованных в фармацевтической промышленности. В Рязанской области введен в строй фармкластер, которому нужны



ЗДАНИЕ НАУЧНОЙ
БИБЛИОТЕКИ
РЯЗГМУ.
НАУЧНАЯ РАБОТА
НАЧИНАЕТСЯ ЗДЕСЬ

наши специалисты. Это очень важное и интересное направление. Надеюсь, что в ближайшее время конкурс на фармацевтический факультет будет расти. Ничего не имею против продвижения и продажи лекарств: все профессии нужны, все профессии важны. Но все-таки мне бы хотелось, чтобы наши выпускники находили себя именно в производстве. Там они нужнее. Определенные наработки в этом направлении имеются, наших выпускников приглашают на практику и на работу. Но сотрудничество осуществляется пока не в полном объеме.

— В 2011 году вы получили грант для государственной поддержки молодых российских ученых, занимающихся изучением механизмов атеросклероза. Какая работа в этом направлении была проведена за 3 года?

— В этом году уже мой ученик выиграл грант президента РФ. Так что работа продолжилась — по этому направлению

защищено несколько кандидатских диссертаций, одна докторская. Самое главное — наши результаты мы применяем на практике. В отделении сосудистой хирургии мы внедрили наш алгоритм профилактики рестеноза и видим реальное улучшение результатов лечения пациентов. Мы будем и дальше активно развивать это направление — подаем сейчас заявки на гранты РФФИ и Российского научного фонда. Это очень важно, поскольку все финансирование науки, по сути, становится грантовым. Надеюсь, что мы не будем останавливаться на достигнутом. Но тот грант стал пионерским, он очень помог

формированию определенного направления и в деятельности кафедры, и в научной деятельности вуза.

— На базе вашего университета работает Центральный научно-исследовательский комплекс с виварием. Какие исследования проводятся на его базе?

— Центральная научно-исследовательская лаборатория — это, по сути, инструментальный центр выполнения всех научно-исследовательских работ. Там сконцентрировано самое современное оборудование. Практически любое исследование идет там,

« Хотелось бы, чтобы наши студенты познакомились с системами здравоохранения и образования других стран. Очень важно, чтобы будущий доктор имел широкий кругозор. »

В УНИВЕРСИТЕТЕ СУЩЕСТВУЕТ СПЕЦИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ. ОНИ ДОЛЖНЫ ВЫЙТИ ИЗ ВУЗА НЕ ТОЛЬКО ХОРОШИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ, НО И ЗДОРОВЫМИ ЛЮДЬМИ



и грантовые программы, и договорные. И студенты часто выполняют в ЦНИЛ свои работы. Одно из направлений хотелось бы особо выделить — генную диагностику. Предрасположенность к заболеваниям, механизм их формирования, профилактика осложнений — все это изучается в ЦНИЛ. Мы продолжаем приобретать приборы, современные лабораторные комплексы. Надеюсь, что и в этом году ЦНИЛ тоже что-нибудь получит, и мы рас-

ширим спектр возможных научных направлений. В виварии работают операционные для лабораторных животных. В студенческих кружках по хирургическим направлениям формирование навыков начинается с операций на лабораторных животных. Это старая традиция русской медицинской школы, и она у нас поддерживается. Сейчас мы также ведем в виварии несколько экспериментальных научных работ. Одно время в науке был

определенный вакуум, когда экспериментальных работ почти не было. Но теперь мы снова возвращаемся к этому интересному и перспективному формату.

— Имеется ли у специалистов РязГМУ международный сертификат GCP о надлежащей клинической практике?

— В подавляющем большинстве случаев. У нас очень активно выполняются клинические

исследования, и любая уважающая себя компания, включая центр в программу исследований, обязательно проведет тренинг и выдаст сертификат. Поэтому таких сертификатов накапливается несколько. Мы, кстати, проводили через такие тренинги не только тех, кто участвует в клинических исследованиях, но и тех, кто преподает, чтобы они могли рассказывать об этом студентам. Думаю, что для них это значимый шаг в профессиональном развитии.

— **Какие бы вы отметили достижения, награды вашего вуза?**

— Особенно стоит выделить благодарность Министерства здравоохранения РФ, которую мы получили в связи с 70-летием вуза. Бесспорным достижением является и то, что два года подряд мы становимся победителями Международного фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников и обладателями кубка Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России. Два года назад мы выиграли его в Твери, затем подтвердили это звание в Красноярске в упорной борьбе. Это одна из важных наград. Она говорит об определенной атмосфере в университете и о том, что мы способствуем творческому развитию личности врача. Выделить чью-то награду не хотелось бы — другие тоже достойны. Вот, например, множество дипломов наши студенты привезли с нескольких олимпиад по стоматологии, проходивших в Москве. Стоматологический факультет точно сказал бы, что они этим гордятся, ведь там несколько первых мест. Собственно, это и есть внешний контроль качества подготовки, объективная оценка вуза.



— **Какие места занимает РязГМУ в рейтингах медицинских вузов?**

— Мы были и в десятке, и в пятерке. Честно говоря, я очень спокойно к этому отношусь. И прислушиваюсь к мнению ректора МГУ Виктора Антоновича Садовниченко, который упоминал о некоторых несправедливых нюансах рейтинговых систем. Мне лично сейчас гораздо интереснее тема контроля качества. Вуз должен прежде всего этим заниматься. Мы сейчас осуществляем объективный и масштабный контроль и развитие по направлениям, которые, как мы считаем, в этом нуждаются. Иного пути не будет. А те, кто составляет рейтинги... Что же, это их работа.

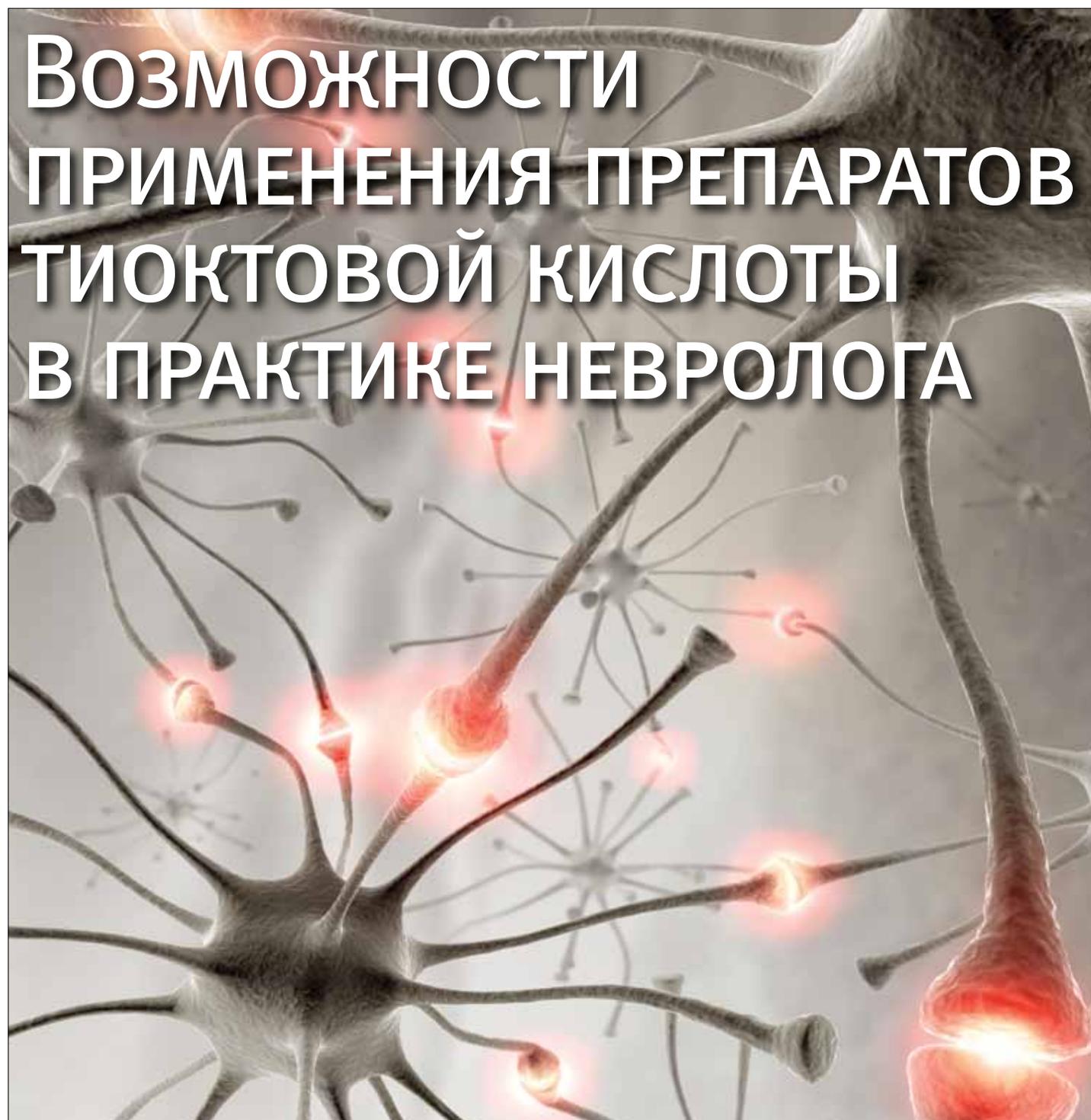
— **Ваш вуз позиционируется как вуз здорового образа жизни. Что под этим подразумевается?**

— У нас есть вся инфраструктура для того, чтобы ребята могли заниматься спортом. Здоровый образ жизни подразумевает доступность этих объектов, а также отказ от вредных привычек, употребления алкоголя и курения. Это и здоровое питание: у нас есть диетические столы в столовой; планируем отказаться от продажи чипсов. Эта комплексная программа направлена на формирование здорового образа жизни у студента, а значит, в перспективе у врача. Мы надеемся, что сможем подготовить не только хороших специалистов, но и здоровых людей. ■

« *Наши выпускники — тоже наш потенциал. Они помнят свою альма-матер, уважают рязанскую землю и на своем уровне продвигают бренд университета по всей стране.* »



*П.Р. Камчатнов, д.м.н., профессор кафедры неврологии и нейрохирургии
лечебного факультета ГБОУ ВПО «РГМУ им. Н.И. Пирогова»*



ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

Имеющиеся данные свидетельствуют о целесообразности применения препарата Нейролипон в лечении пациентов с диабетической полинейропатией (ДПН) и другими заболеваниями периферической нервной системы. Своевременное выявление таких больных, раннее начало лечебных мероприятий, адекватная длительность их проведения способны повысить эффективность терапии.

На протяжении последних лет при изучении механизмов развития как раннего, так и отсроченного повреждения мозгового вещества различного генеза все больший интерес привлекает оксидантный стресс (ОС). Многочисленные продукты свободно-радикального окисления принимают активное участие в разнообразных процессах, протекающих в нормальных условиях в организме. В естественных условиях свободные радикалы выполняют функции регуляторов целого ряда метаболических и физиологических процессов в различных клетках и тканях организма. Они принимают активное участие в синтезе ряда биологически активных соединений (простагландинов, некоторых ферментов), реакциях окислительного фосфорилирования, регуляции обмена катехоламинов. Образующиеся в микроглии свободные радикалы участвуют в процессах элиминации патогенов – продуктов распада погибших вследствие травмы, ишемии, дегенерации нейронов, способствуют уничтожению вредоносных микроорганизмов, представляющих опасность для организма.

Степень выраженности регулируемых свободными радикалами реакций определяется потребностями адаптационных механизмов в конкретной ситуации. Динамический баланс активности про- и антиоксидантных влияний в клетке определяет способность клеток к миграции, пролиферации, дифференцировке, адгезии. В норме интенсивность процессов свободно-радикального окисления контролируется собственными антиоксидантными системами. Утилизация образующихся свободных радикалов осуществляется ферментативным путем (участвуют супероксиддисмутаза, глутатионпероксидаза, каталазы), а также с использованием антиоксидантов, не являющихся ферментами (витамины Е и С, убихиноны, трансферрин и пр.).

В условиях целого ряда патологических состояний образование продуктов свободно-радикального окисления приобретает избыточный характер, полностью утрачивая свое адаптационное назначение. В частности, это

связано с неэффективностью функционирования антиоксидантных систем, их истощением и неспособностью нейтрализовать значительное количество образующихся радикалов. Это характерно для острой церебральной ишемии и последующей реперфузии, травмы, острого воспаления. В пораженную мозговую ткань поступает избыточное количество кислорода, который не может быть утилизирован в ходе физиологических процессов. Кроме того, запасы собственных антиоксидантов в ткани мозга оказывается недостаточно для контроля образования радикалов, и их выработка приобретает неконтролируемый характер. В условиях реперфузии продемонстрировано резкое угнетение синтеза клетками мозга ряда антиоксидантных ферментов, принимающих участие в нейтрализации свободных радикалов, в частности, супероксиддисмутаза.

Показана связь интенсивности процессов свободно-радикального окисления и исхода поражения головного мозга. Установлена связь уровня циркулирующих в крови продуктов перекисного окисления липидов с активностью параоксоназы и тяжестью течения инсульта. Имеется зависимость концентрации в крови естественных антиоксидантных ферментов трансферрина, церулоплазмينا от характера клинического исхода ишемического инсульта. Такая связь не всегда имеет линейный характер, состояние интенсивности свободно-радикального окисления зависит не только от размера очага, но и от целого ряда конкретных условий как в зоне ишемии, так и на уровне целостного организма.

Особую роль ОС играет в реализации поражения ткани организма при сахарном диабете (СД) 2-го типа. За последние десятилетия регистрируется значительный рост числа таких больных. Считается, что в значительной степени это связано с вредоносными воздействиями окружающей среды, избыточным потреблением высококалорийных пищевых продуктов, дефицитом физических нагрузок, некоторыми другими факторами. Благодаря совершенствованию методов ранней диагностики СД 2-го



типа сейчас удастся выявить заболевание на ранних стадиях развития. Это позволяет обеспечить последующее назначение пациентам адекватной терапии и предупредить развитие осложнений.

Одним из наиболее частых осложнений СД 2-го типа является диабетическая полинейропатия (ДПН), проявляющаяся нейропатическим болевым синдромом, вялыми дистальными парезами конечностей, вегетативными и трофическими нарушениями. Поражение периферической нервной системы при СД 2-го типа ассоциировано с тяжелыми локальными трофическими расстройствами, формированием диабетической стопы. Наличие ДПН резко ограничивает работоспособность пациентов, снижает качество их жизни, увеличивает объем расходов на проведение лечебных мероприятий, способно создавать угрозу для жизни пациента, например, при наличии инфицированных ран, развитии вегетативной полинейропатии. Своевременное выявление ДПН, коррекция метаболических расстройств, симптоматическая терапия, направленная на устранение основных клинических проявлений, способны обеспечить улучшение состояния пациентов, увеличить срок их полноценной жизни.

В основе развития ДПН лежит комплекс биохимических изменений, обусловленных нарушениями углеводного обмена. Важнейшим моментом метаболических нарушений является активация гексозоаминового пути утилизации глюкозы с последующим накоплением в тканях продуктов ее обмена, в частности глюкозо-6-фосфата. Это приводит к активации ряда киназ (в частности, протеинкиназы С) с образованием большого числа конечных продуктов — гликированных белков. В результате указанных изменений развиваются эндо-

телиальная дисфункция с преимущественным поражением микроциркуляторного русла, нарушения чувствительных, двигательных и вегетативных функций периферической нервной системы.

В патогенезе ДПН важную роль играет активация перекисного окисления липидов с образованием большого количества свободных радикалов, приводящих к поражению нейронов центральной и периферической нервной системы вследствие поражения мембран клеток и их органелл, разрушения митохондриальной ДНК, включения некоторых других патогенетических механизмов повреждения нейронов и клеток глии. Имеется связь избыточной активации процессов перекисного окисления и инициации таких важных процессов, как митохондриальная дисфункция с дальнейшим усугублением расстройств энергетического метаболизма, нарушением кальциевого гомеостаза, активацией апоптоза. Быстрое формирование поражения нервной системы с выраженным неврологическим дефицитом наблюдается у пациентов с недостаточностью эндогенной антиоксидантной системы. Генетически детерминированные особенности функционирования антиоксидантной системы организма в значительной степени определяют характер течения болезни, в частности, темпы прогрессирования ДПН.

Выявление основных механизмов развития ДПН позволило разработать основные направления предупреждения и лечения данного состояния. Ключевыми направлениями являются коррекция углеводного обмена, восстановление микроциркуляции, стимуляция трофического обеспечения нервных клеток, однако даже эффективное устранение гипергликемии и поддержание уровня глюкозы в крови на оптимальном уровне не всегда явля-



ются залогом предупреждения развития ДПН, что требует широкого применения в клинических условиях и других методов лечения.

Перспективным направлением лечения пациентов с ДПН является применение антиоксидантов, способных уменьшать содержание свободных радикалов, предупреждая развитие ОС, ограничивая их повреждающее действие. Мощный антиоксидант — тиоктовая (альфа-липоевая) кислота (АЛК), применяемым в клинической практике препаратом которой является Нейролипон. Антиоксидантный эффект АЛК обусловлен свойствами «ловушки» свободных радикалов, а также участием в восстановлении ключевого естественного антиоксиданта организма — витамина Е. Кроме того, АЛК оказывает мощное антиоксидантное действие в нейронах, установлена способность препарата повышать выживаемость Шванновских клеток, обеспечивающих формирование оболочки периферических нервов. В экспериментальных условиях продемонстрировано, что введение АЛК обеспечивает угнетение процессов апоптоза вследствие ингибирования активности каспаз (3 и 9). Вследствие этого повышается сохранность не только самого тела нейрона, но и оболочки его аксонов. Важным итогом данного исследования явилось установление того факта, что применение АЛК способствует выживаемости нейронов не только при стойкой гипергликемии и ее последствиях, но и при интермиттирующей гипергликемии, связанной с резким повышением образования свободных радикалов и развитием оксидантного стресса.

В клинической практике препараты АЛК широко используются для лечения пациентов с ДПН и целым рядом других заболеваний периферической и центральной нервной системы. Имеется опыт клинического при-

менения препаратов АЛК у больных с ДПН. Результаты серии рандомизированных клинических исследований (ALADIN I, ALADIN III, SYDNEY) свидетельствуют о высокой эффективности применения АЛК у таких больных. Положительный эффект в виде достоверного 50% уменьшения выраженности болевого нейропатического синдрома, регресса парестезий, восстановления изначально сниженной чувствительности наблюдался более чем у половины пациентов. Результаты клинических наблюдений были подтверждены данными электрофизиологических исследований (ЭММГ, ЭНМГ).

Интерес представляет возможность применения препаратов АЛК у пациентов с ДПН с преобладанием вегетативных нарушений. Показана эффективность их применения у пациентов с СД 2-го типа, ДПН и эректильной дисфункцией. Применение препарата по 600 мг в сутки парентерально на протяжении 7 дней стартовой терапии и последующий прием поддерживающей дозы 600 мг в сутки перорально на протяжении 11 недель продемонстрировали значительный положительный эффект. Помимо непосредственной коррекции эректильной дисфункции было отмечено достоверное повышение целого ряда параметров качества жизни.

Аналогичное исследование было посвящено изучению эффективности АЛК у пациентов с ДПН с преобладанием вегетативных нарушений. В ходе исследования 40 пациентов с СД 2-го типа в возрасте от 40 до 70 лет на протяжении 3 недель получали по 600 мг препарата АЛК в сутки внутривенно, а затем по 600 мг в сутки перорально на протяжении еще 3 недель. Авторы отметили значительное улучшение различных показателей функционирования вегетативной нервной системы, в частности,

ПОЛНОЕ
ФИЗИКАЛЬНОЕ
ОБСЛЕДОВАНИЕ
СТОП ПРИ
ДИАГНОСТИКЕ ДПН

нормализацию параметров variability сердечного ритма (табл. 1). Положительный эффект авторы отметили с третьей недели проводимого лечения.

По мнению авторов указанного исследования, положительный эффект был обусловлен способностью препарата уменьшать выраженность ОС, о чем свидетельствовало уменьшение содержания в периферической крови конечных продуктов перекисного окисления липидов — малонового диальдегида (табл. 2).

В целом ряде стран, в том числе в РФ, препараты АЛК зарегистрированы в качестве средства терапии больных с ДПН, некоторыми другими полинейропатиями, в частности алкогольной полинейропатией, а также патологическими состояниями, проявляющимися поражением печени и поджелудочной железы. Препараты АЛК могут рассматриваться в качестве средств выбора для симптоматической и патогенетической терапии таких пациентов.

Метаанализ серии 58 исследований применения АЛК у больных с болевой дистальной ДНП, в который были включены 11 883 пациента, продемонстрировал, что применение АЛК оказывало противоболевой эффект (оценивался как уменьшение интенсивности болевого синдрома на 50%), который достоверным образом не отличался от такового у amitriptилина, притом что частота побочных эффектов была существенно меньше при использовании АЛК.

Другой метаанализ имел задачу оценить не только клиническую эффективность АЛК у больных с ДПН, но и установить, насколько значимое влияние оказывает введение препарата на электрофизиологические показатели. Авторами были проанализированы результаты 15 рандомизированных клинических исследований, в ходе которых больные получали АЛК по 300–600 мг в сутки на протяжении 2–4 недель или другие препараты, в настоящее время используемые для лечения пациентов с поражением периферической нервной системы у больных СД 2-го типа (группы сравнения). Было установлено, что даже несмотря на относительно короткий срок лечения, имел место достоверный положительный эффект в виде уменьшения интенсивности так называемых «позитивных» симптомов (в отечественной литературе — симптомы раздражения), к которым относятся нейропатическая боль, аллодиния, парестезии. Клиническое улучшение состояния больных подтверждалось результатами электронейромиографии, которые продемонстрировали достоверное нарастание скорости проведения импульса по нервам

Таблица 1

Изменение числа последовательных интервалов RR, превышающих 50 мс

	Исходные показатели	21 сутки	42 сутки
В покое	0,8 ± 0,2	0,9 ± 0,2*	1,2 ± 0,3*
При гипервентиляции	5,9 ± 0,7	8,4 ± 0,8*	12,1 ± 0,4*

* — отличия достоверны по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$)

Таблица 2

Динамика содержания малонового диальдегида в плазме крови и эритроцитах (нмоль/мг)

	Исходные показатели	21 сутки	42 сутки
Плазма	3,2 ± 0,5	1,7 ± 0,3*	1,2 ± 0,2*
Эритроциты	5,1 ± 0,5	2,4 ± 0,6*	1,7 ± 0,3*

* — отличия достоверны по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$)

верхних (срединный) и нижних (большеберцовый) конечностей. Результаты исследования подтвердили преимущество применения АЛК по сравнению с другими вариантами терапии у больных с ДПН. Также были подтверждены хорошая переносимость и отсутствие значимых лекарственных взаимодействий с другими препаратами.

На сегодняшний день продемонстрирован положительный эффект применения препаратов АЛК и у пациентов с полинейропатией сочетанного генеза — диабетического и алкогольного (табл. 3). Значительное клиническое улучшение в виде уменьшения выраженности двигательных и сенсорных нарушений подтверждалось результатами электронейрографии, свидетельствующей об увеличении скорости распространения импульса по периферическим нервам. Результаты исследования продемонстрировали, что даже двухнедельный курс терапии позволяет добиться значимого регресса неврологического дефицита. Полученные данные являются веским основанием для дальнейшего проведения антиоксидантной терапии препаратами АЛК для достижения стойкой ремиссии и регресса имеющейся симптоматики у пациентов с полинейропатиейми сочетанного генеза.

Принимая во внимание, с одной стороны, роль ОС в патогенезе широкого спектра заболеваний нервной системы и, с другой, способность препаратов АЛК уменьшать выраженность их патогенного действия, проводится изучение эффективности применения таких препаратов у пациентов с различными невро-

Таблица 3

Динамика показателей электромиографии на фоне лечения (исследование n. tibialis)

	До лечения	После лечения
Скорость проведения по двигательным волокнам (м/сек)	28,4 ± 4,3	42,7 ± 5,1*
Амплитуда М-ответа (мв)	2,1 ± 0,5	4,2 ± 0,6*

* – отличия достоверны по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$)

Таблица 4

Динамика состояния когнитивных функций на фоне лечения (MMSE, баллы)

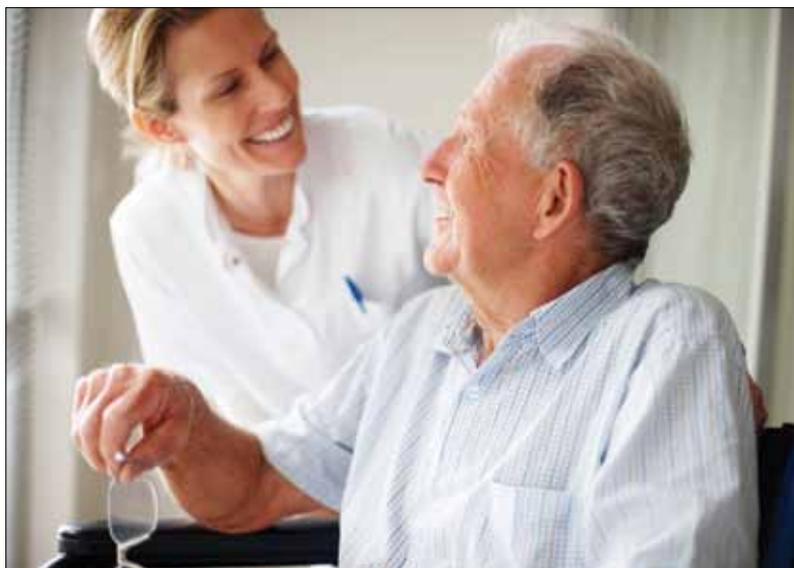
	Исходные показатели	1 месяц	2 месяц
Нормогликемия	24,7	26,7	27,3
СД 2 типа	21,7	25,4	25,6

логическими заболеваниями. Несомненный практический интерес представляют также сведения о применении АЛК у пациентов с хронической поясничной болью. Существование связи между хроническим болевым синдромом и активацией процессов перекисного окисления липидов, последующим формированием депрессивных и тревожных расстройств получило подтверждение в условиях как экспериментальных, так и клинических исследований. Вместе с тем сведений об эффективности применения препаратов, обладающих антиоксидантным действием у такого рода пациентов, явно недостаточно. Авторы цитируемого исследования наблюдали 98 больных с хронической поясничной болью (длительностью не менее 12 недель). На протяжении 60 суток пациенты ежедневно получали 600 мг АЛК и 140 МЕ супероксиддисмутазы. На момент окончания исследования оказалось, что из 73,5% больных, изначально нуждавшихся в постоянном приеме противоболовых препаратов, их прием продолжили только 8,0%. На основании как индивидуальной оценки своего самочувствия, так и объективных тестов было установлено, что комбинированная терапия позволяла не только уменьшить интенсивность боли и снизить потребность в противоболовых препаратах, но и обеспечивала возможность значительного расширения двигательного режима, соответственно чему повышалось качество жизни больных. Достоверные отличия от исходного уровня регистрировались начиная с 3–5-й недели терапии. Лечение характеризовалось хорошей переносимостью – только

4 больных прекратили его вследствие неприемлемой персистирующей боли, которая не могла быть купирована использованными препаратами (болевого синдрома не был обусловлен приемом АЛК и супероксиддисмутазы). Полученные сведения позволили авторам рассматривать комбинацию указанных препаратов в качестве эффективного адъювантного лечебного средства у пациентов с хроническим болевым синдромом. Очевидно, существует возможность применения препаратов АЛК для рассматриваемого контингента пациентов, наблюдаемых в амбулаторных условиях, в том числе и врачами общей практики.

В ходе экспериментальных и клинических исследований получены данные об эффективности применения препаратов АЛК и при широком спектре заболеваний центральной и периферической нервной системы. В качестве основного механизма действия препарата рассматривается его антиоксидантный эффект, вместе с тем предполагается наличие у него и других возможностей способствовать выживанию нейронов в условиях ишемии, гипоксии, повреждения, обусловленного воздействием других факторов. В экспериментальных условиях продемонстрирован выраженный защитный эффект АЛК при тупой травме (пережатии) спинного мозга у крыс. Авторы установили, что протективный эффект АЛК, вводимой в дозе 50–150 мг/кг массы тела, оказался сопоставимым с таковым при введении метилпреднизолона (30 мг/кг массы тела). По мнению исследователей, необходимы дальнейшие исследования, которые позволят не только уточнить механизм нейропротективного действия АЛК, но и установить оптимальные дозы препарата и сроки терапии.

Несомненный интерес представляют исследования, посвященные применению АЛК при церебральных поражениях. Так, было проведено пилотное исследование эффективности использования АЛК у больных с болезнью Альцгеймера, причем в качестве препаратов сравнения использовались производные омега-3-жирных кислот. Наряду с проведением психометрического тестирования (стандартные шкалы MMSE и ADAS-cog, шкала оценки повседневной активности) авторами исследовалась динамика активности маркеров ОС. Оказалось, что применение АЛК, в частности, в комбинации с полиненасыщенными жирными кислотами, на протяжении 12 месяцев сопровождалось достоверным замедлением темпов прогрессирования когнитивного снижения. По мнению авторов исследования, относительно небольшой размер выборки



больных, а также малый срок наблюдения за ними затрудняют вынесение окончательного суждения об эффективности рассматриваемого вида лечения, однако положительные предварительные результаты делают необходимым проведение дальнейших клинических исследований в этом направлении. Результаты экспериментальных исследований позволяют предполагать, что протективный эффект АЛК при болезни Альцгеймера обусловлен как уменьшением образования свободных радикалов, так и активацией процессов энергопродукции. Следует отметить взаимосвязанность этих процессов, а также возможность существования и других путей реализации терапевтических эффектов препарата. Получены данные о том, что применение АЛК на ранних стадиях заболевания повышает эффективность утилизации глюкозы, способствует насыщению субстратами цикла трикарбоновых кислот, что в особенности имеет значение на ранних стадиях заболевания, характеризующихся наличием областей гипометаболизма в определенных участках головного мозга.

Несомненный интерес представляют результаты проведенного в РФ многоцентрового исследования ПОБЕДА, посвященного изучению возможности применения АЛК у больных в восстановительном периоде ишемического инсульта. Помимо достоверно более полного восстановления двигательных и речевых функций на фоне проводимой терапии авторы отметили значительно более полное восстановление когнитивных функций у пациентов, которые получали АЛК (табл. 4). Положительный эффект регистрировался как у больных СД 2-го типа, так и у пациентов без нарушений углеводного обмена.

В целом сопоставимыми оказались результаты исследований, посвященных изучению возможности применения АЛК у пациентов с болезнью Паркинсона. Представляется вполне обоснованным ее применение в данной ситуации, учитывая роль ОС в патогенезе заболевания, нарастание уязвимости как нейронов в целом, так и органелл, в первую очередь митохондрий, с возрастом, к повреждающему действию свободных радикалов. В данной публикации авторы рассматривают возможность одновременного применения и целого ряда других лекарственных препаратов, обеспечивающих нормализацию энергетического метаболизма нейронов и уменьшающих последствия разрушительного воздействия ОС.

Рассматривается возможность применения АЛК у пациентов с острым травматическим поражением головного мозга. Теоретической предпосылкой такого терапевтического мероприятия является активация процессов свободнорадикального окисления при остром травматическом поражении паренхимы мозга, инициации ее вторичного повреждения в условиях ОС и активации клеток глии с развитием воспалительного процесса. В условиях эксперимента было установлено, что применение АЛК не только ингибирует образование свободных радикалов и снижает степень структурного поражения ткани мозга, но и способствует активации неоангиогенеза, процесса, являющегося неотъемлемой составной частью феномена нейропластичности. Аналогичным образом накоплен значительный клинический опыт применения АЛК у пациентов с острым ишемическим инсультом. Применение препарата в условиях комбинированной терапии обеспечивало угнетение образования продуктов перекисного окисления наряду с регистрировавшейся тенденцией к уменьшению выраженности неврологического дефицита.

Нейролипон выпускается как в виде капсул для перорального применения, содержащих 300 мг препарата, так и в виде концентрата для инфузий (ампулы 600 мг – 20 мл № 5). Как свидетельствуют результаты клинических испытаний, эффективной зарекомендовала себя схема применения Нейролипона у больных с СД 2-го типа и другими полинейропатиями, согласно которой лечение проводится на протяжении длительного периода времени – 2–4 мес. (при необходимости курс терапии может быть повторен), в сутки назначается 600 мг препарата. Показано, что внутривенное введение более высоких доз препарата (1200 мг в сутки) не продемонстрировало значимого преимущества перед использованием

Нейролипон

Тиоктовая кислота

Почувствуй жизнь каждой клеткой

меньшей дозы (600 мг), в связи с чем считается обоснованным начинать терапию с введения 600 мг препарата в сутки. Что касается поддерживающей терапии, положительный эффект был отмечен при использовании различных дозировок препарата, что может быть связано с индивидуальными метаболическими и генетическими особенностями включенных в исследования пациентов, характером течения СД 2-го типа. Вместе с тем получены данные о том, что малые дозы препарата (150–300 мг в сутки) оказывают меньшее действие, а оптимальным является введение препарата из расчета 10–15 мг/кг массы тела.

Нейролипон характеризуется высокой биодоступностью, которая остается таковой даже у пациентов с вегетативной нейропатией. Как свидетельствуют результаты исследований, проведенных с использованием меченого радиоактивным изотопом препарата, всасывание его из желудочно-кишечного тракта достаточно высоко и у пациентов с другими соматическими осложнениями СД 2-го типа. При необходимости суточная доза может быть увеличена. Длительность курса терапии выбирается индивидуально в зависимости от тяжести клинических проявлений заболевания и эффективности стартовой терапии. Учитывая хронический характер основного патологического процесса, имеющиеся нарушения метаболизма и, соответственно, риск прогрессирования ДПН, желателен проведение повторных курсов введения препарата. Вследствие того, что одновременный прием пищевых продуктов способен изменять всасывание АЛК из кишечника, Нейролипон следует применять за 30–40 минут до еды, желателен до завтрака.

Накопленный значительный опыт применения АЛК свидетельствуют о хорошей переносимости препарата. Частота побочных эффектов при его применении не превышает такую у пациентов контрольных групп, которые получали плацебо. Наиболее частыми побочными эффектами являются аллергические реакции, кожный зуд, диспептические нарушения. Эти расстройства выражены умеренно и не требуют отмены препарата. Назначение Нейролипона может сочетаться с одновременным назначением других лекарственных препаратов, в частности, оказывающих влияние на метаболизм нервной ткани.

Убедительных сведений о документированных случаях лекарственных взаимодействий при применении препарата представлено не было. Несомненно, что его хорошая переносимость обеспечивает высокую приверженность пациентов к лечению. ■



Лечение диабетической и алкогольной полинейропатии

Формы выпуска: 0,03/мл – 20мл №5 амп. – концентрат для раствора для инфузий.

Способ применения: 600мг/сут. в/вен с 0,9% р-ром NaCl
Номер регистрационного удостоверения ЛП-001253

Формы выпуска: 0,3 №30 – капсулы.

Способ применения: 0,3 – 0,6 г 1 раз в сутки за 30 мин до еды (натощак)
Номер регистрационного удостоверения ЛП-001279

ПАО «Фармак»
04080, Украина, г. Киев, ул. Фрунзе, 63

Представительство в России:
г. Москва, ул. Верейская, д. 29 с 154, оф. 44
тел.: +7 (495) 269-08-14

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА
ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ



В.Е. Балан, д.м.н., профессор, руководитель поликлинического отделения
ГБУЗ МО МОНИИАГ

ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Основной симптом и «символ» климактерического синдрома — появление приливов. Второй по значимости маркер эстрогенного дефицита — атрофические изменения в урогенитальном тракте. Это одна из самых частых и сложных проблем в климактерии, которую женщины зачастую считают естественным проявлением старения. Нередко и врачи неверно трактуют эти симптомы и назначают пациенткам не совсем адекватную терапию.

Урогенитальные расстройства (УГР) в климактерическом периоде — комплекс вагинальных и мочевого симптомов, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогенозависимых тканях и структурах нижней трети мочевого тракта: мочевом пузыре, мочеиспускательном канале (уретре), влагалище, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна. Синонимом УГР является термин «урогенитальная атрофия» (УГА).

Частота УГА колеблется от 13% в перименопаузе до 67% в постменопаузе длительно — более 5–10 лет.

Наибольшая частота и выраженность УГА наблюдаются

у курящих женщин, а также у пациенток, получающих лечение по поводу рака молочной железы. Последние получают антиэстрогены, прием которых усугубляет проявления УГА. Имеет право на жизнь целый ряд симптомов, связанных с атрофией влагалищных структур (вагинальная атрофия), и симптомов, обусловленных расстройствами мочеиспускания (цистуретральная атрофия).

Симптомы вагинальной атрофии включают:

- сухость, зуд, жжение во влагалище,
- диспареунию,
- рецидивирующие выделения из влагалища,

- контактные кровянистые выделения,
- опущение стенок влагалища,
- сексуальные нарушения (30% сексуальных расстройств связаны именно с атрофическими изменениями в урогенитальном тракте).

Расстройства мочеиспускания при УГА включают:

- рецидивирующие «циститы» (дизурические симптомы, боль и жжение при мочеиспускании),
- поллакиурию (мочеиспускание более 6–8 раз в день);
- ноктурию (более 1–2 эпизодов мочеиспускания за ночь);

- ургентные (неотложные) позывы к мочеиспусканию;
- ургентное (неотложное) недержание мочи;
- стрессовое недержание мочи или недержание мочи при любом физическом напряжении (абдоминальное давление суммируется с внутривузырным, превышает давление в уретре, и женщина теряет мочу при физической нагрузке);
- рецидивирующие инфекции мочевых путей.

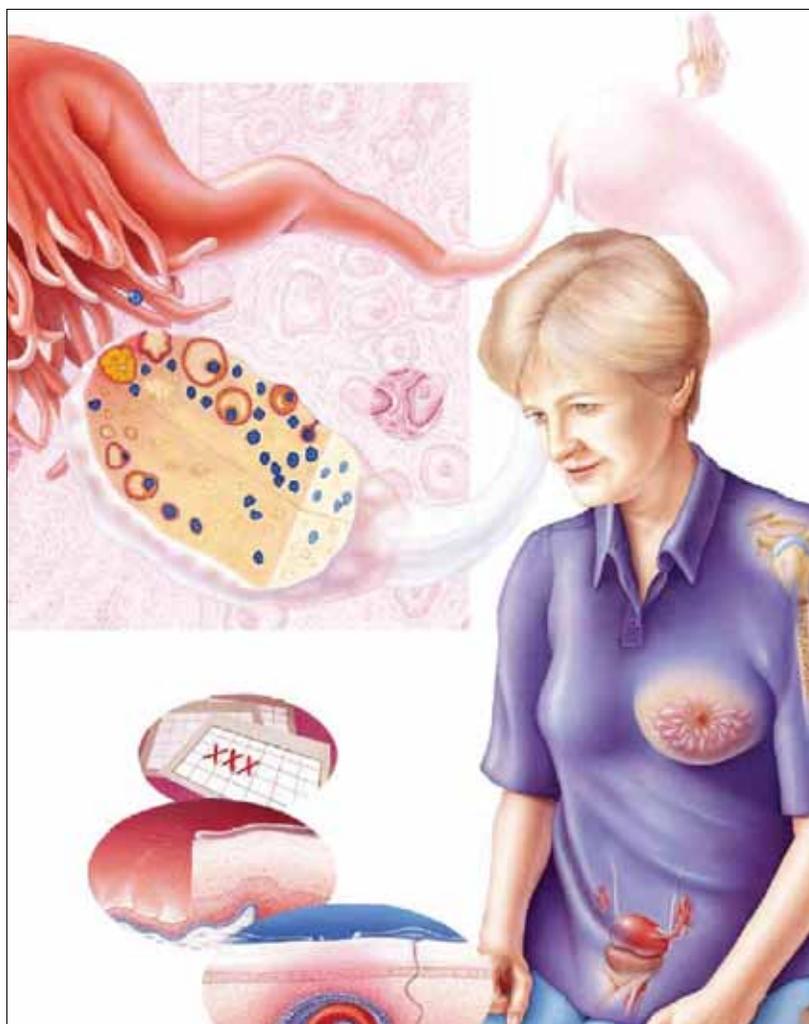
Мочевые симптомы относят к УГА в том случае, если их первое появление по времени совпадает с наступлением климактерия. Поллакиурия, nocturia и дизурические симптомы в климактерии чаще всего связаны с эстрогенным дефицитом, их достаточно легко купировать, если начать лечение сразу, как только женщина обратилась за помощью.

Если частные дневные мочеиспускания сочетаются с ургентными позывами и ургентным недержением мочи, такой симптомокомплекс называют «гиперактивный мочевой пузырь». В этой ситуации к базовому лечению добавляют препараты из группы М-холинолитиков, которые блокируют действие ацетилхолина на мышцу мочевого пузыря и купируют симптомы ургентного недержения мочи.

Основными звеньями влияния эстрогенного дефицита на структуры урогенитального тракта являются:

- нарушение кровоснабжения стенки влагалища, мочевого пузыря, развитие ишемии детрузора, уретры, влагалищной стенки, уменьшение трансудации;
- нарушение пролиферации эпителия влагалища и уретры;
- изменение синтеза и обмена коллагена в связочном аппарате малого таза. Как следствие, отмечаются опущение стенок влагалища и нарушение подвижности и положения мочеиспускательного канала, развитие стрессового недержения мочи;
- уменьшение количества α - и β -адренорецепторов в мочеиспускательном канале, шейке и дне мочевого пузыря;
- изменение чувствительности мускариновых рецепторов к ацетилхолину, снижение чувствительности миофибрилл к норадреналину, уменьшение объема мышечной массы и сократительной активности миофибрилл, их атрофия;
- уменьшение кровоснабжения и оксигенации стенки влагалища, а также трансудации, что приводит к диспареунии.

Показано, что УГА является ведущим фактором риска развития рецидивирующих инфекций мочевых путей у женщин в постменопаузе. Это обусловлено следующими механизмами: резким снижением кровотока, развитием ишемии мочевого пузыря, всех слоев уретры и стенки влагалища, повышается синтез маркеров воспаления (цитокинов, интерлейкинов, простагландинов), участвующих в формировании болевого синдрома и дизурических симптомов. Происходит изменение вагинального био-



ценоза за счет снижения пролиферативной активности уротелия и вагинального эпителия; резкое снижение популяции *Lactobacillus* или их элиминация.

В норме уротелий и вагинальный эпителий имеют 4 слоя: базальный, парабазаальный, промежуточный и поверхностный. Только при наличии промежуточного и поверхностного слоев вырабатывается гликоген, а из него — молочная кислота. *Lactobacillus*, которые защищают урогенитальный тракт от возможности развития восходящей инфекции, могут обитать во влагалище лишь при наличии питательной среды — гликогена и молочной кислоты. Несмотря на элиминацию из биотопа лактобацилл ряд исследований показали, что восходящие инфекции в урогенитальном тракте развиваются только у 4–18% женщин. Полагают, что определенные особенности локального иммунитета влагалищной стенки препятствуют развитию восходящей инфекции. Этот защитный механизм, вероятно, является своеобразным механизмом, поддерживающим колонизационную резистентность вагинального биотопа, которая приходит на смену *Lactobacillus*, и именно за счет особенностей локального иммунитета при резком снижении или элиминации лактобацилл. УГА не приводит к тяжелым последствиям, но крайне отрицательно влияет на качество жизни.

Диагностика УГР осуществляется на основании жалоб пациентки, анамнеза, данных осмотра, расширенной кольпо- и вульвоскопии. При необходимости определяют рН влагалищного содержимого, значение зрелости вагинального эпителия (ЗЗВЭ) и про-

водят комплексное микробиологическое исследование вагинального отделяемого.

Для определения интенсивности симптомов вагинальной атрофии используют пятибалльную шкалу D. Barlow, где 0 — отсутствие симптомов, 5 — симптомы тяжелой степени.

Терапия симптомов вагинальной атрофии включает гормональные и негормональные препараты. Для того чтобы полностью проявилось влияние эстрогенов на структуру урогенитального тракта, необходимо проводить терапию не менее 3-х месяцев и более. Только в течение этого периода в урогенитальном тракте восстанавливается кровоток, возобновляются процессы пролиферации в уротелии и вагинальном эпителии, восстанавливается популяция *Lactobacillus*, нормализуется сократительная активность миофибрилл влагалищной стенки, детрузора и уретры, улучшается иннервация урогенитального тракта, повышается синтез α - и β -адренорецепторов, мускариновых рецепторов и восстанавливается чувствительность к норадреналину и ацетилхолину, улучшается эластичность коллагена за счет деструкции старого и синтеза нового (III тип), оказывается должное влияние на локальный иммунитет.

Системная гормонотерапия при климактерическом синдроме в 20–45% случаев не оказывает действия на сухость, зуд, диспареунию. Эффективность немедикаментозной терапии (увлажняющие мази, гели) приближается к эффективности плацебо. На сегодняшний день только локальные (введенные местно) формы эстрогенов оказывают минимальное системное воздействие и приводят к ре-

грессу атрофических изменений в урогенитальном тракте. При прекращении лечения через 2–3 недели все симптомы возвращаются. Поэтому локальная терапия при УГА проводится практически пожизненно и может быть начата в любом возрасте (даже если характерные жалобы появляются у женщины старше 75–80 лет).

В настоящее время в Европе для проведения локальной терапии используется множество различных эстрогенов (17 β -эстрадиол, эстрадиола валерат, конъюгированные эстрогены, эстриол в виде вагинальных кремов, колец, таблеток). В ряде фундаментальных исследований начала 1980-х гг. показано, что наименьшим системным эффектом обладает Эстриол® (свечи, крем) по сравнению с другими вагинальными формами эстрогенов. Эстриол® отличается самая низкая системная абсорбция, он меньше всего всасывается в кровь, связывается с эстрогеновыми рецепторами только на 1–4 часа, и, соответственно, не влияет на другие органы и системы. Это особенно важно для женщин, перенесших рак молочной железы.

Проведенное с позиций доказательной медицины в 2010 г. исследование показало, что именно локальные эстрогены быстрее купируют симптомы рецидивирующей инфекции мочевого тракта у женщин в постменопаузе. Особенно сложно проводить лечение пациенткам в возрасте старше 60 лет (если длительность постменопаузы более 10 лет). Ведь время, когда идеально было бы начать терапию, уже упущено. Частые дизурические проявления (жжение, боли в мочевом пузыре и уретре), как правило, приводят женщину на прием

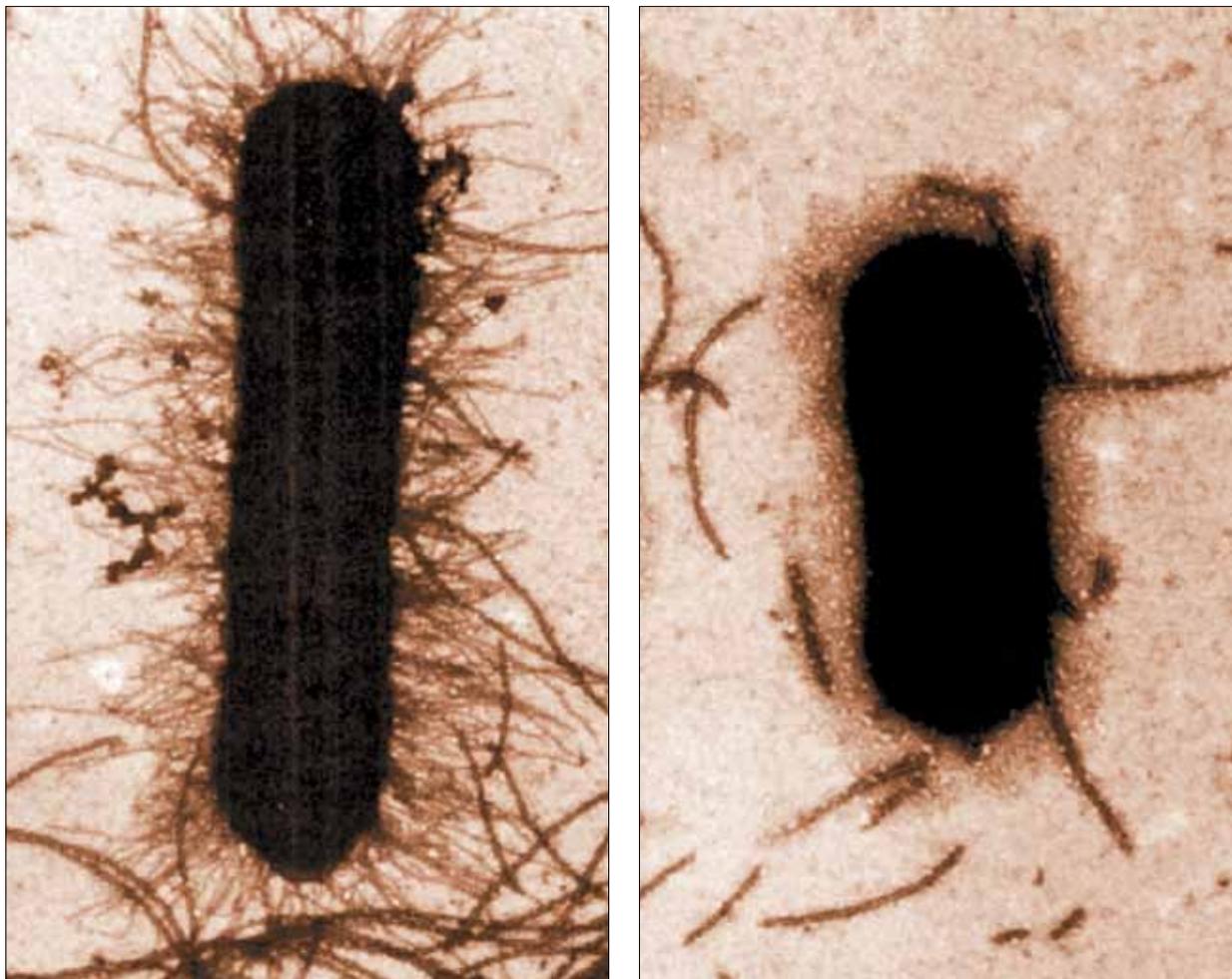


РИС. 1.
ИЗОБРАЖЕНИЕ
E. COLI ДО И ПОСЛЕ
ОБРАБОТКИ
ПРЕПАРАТОМ

не к гинекологу, а к урологу. Ставится «стандартный» диагноз «цистит» (острый, хронический, интерстициальный), и назначается антибактериальная терапия. Как правило, у этих пациенток не обнаруживается бактериурия или определяется очень низкое количество микробов (в основном *E. coli*). При терапии один антибиотик чаще всего сменяет другой. Их прием становится почти постоянным, но без желаемого терапевтического эффекта, с коротким временным облегчением. Со временем симптомы становятся тяжелее, а проблема усугубляется. Эффективную помощь этой пациентке, как правило, могут оказать гинекологи, назначив адекватную терапию локальными эстрогенами. Если паци-

ентка неоднократно лечилась антибиотиками, нужна дополнительная медикаментозная поддержка препаратами экстракта клюквы. Это растение из семейства вересковых (*Vaccinium macrocarpon*, *V. oxycoccus* и *V. eruthrocarpum*) тысячелетиями использовалось нашими предками в качестве лечебного средства от «мочевых проблем».

Экспериментальные данные показали, что клюква, являясь хорошим антиоксидантом, обладает множеством специфических воздействий на многие системы организма.

Эффекты, оказываемые экстрактом клюквы:

- кардиопротективное действие;
- активность в отношении профилактики рака молоч-

ной железы, прямой кишки, предстательной железы, легких, шейки матки, поджелудочной железы, полости рта, меланомы и лейкоза;

- защита в отношении кариозного поражения зубов;
- защита в отношении заболеваний ЖКТ, ассоциирующихся с инфекцией *Helicobacter pylori*;
- противовирусная активность (в отношении ретровирусов, ротавирусов и вируса гриппа).

Съесть необходимое для терапевтического эффекта количество клюквы вряд ли удастся. В связи этим целесообразно регулярно принимать препарат Монурель, в состав которого входит экстракт клюквы, содержащий про-

антоцианидины, — вещества, препятствующие адгезии различных патогенных микроорганизмов на эпителий мочевого пузыря (предположительно за счет ингибирования I и P-типа фимбрий). Также проантоцианидины угнетают образование биопленок. Например, *E. coli* обладает свойством в мочевом пузыре образовывать свою копию, которая покрывается пленкой, делая микроорганизм недоступным для антибактериальной терапии. Под воздействием проантоцианидинов экстракта клюквы, содержащихся в препарате Монурель, кишечная палочка не погибает, а лишается «фимбрий», при помощи которых она обычно прикрепляется к эпителию мочевого пузыря (рис. 1).

Кохрановский обзор 2010 г., содержащий анализ 10 рандомизированных клинических исследований (1049 участников), в которых оценивалась эффективность экстракта клюквы (в среднем 36 мг антоцианидинов в сутки), показал, что прием в течение 12 месяцев оригинального препарата

Монурель®, выпущенного итальянской фирмой «Замбон», значительно снижал частоту рецидивов инфекций мочевых путей у женщин.

Лекарственная форма в виде сока использовалась в 7 исследованиях, таблетированные формы — в 4 исследованиях (в одном исследовании оценивались обе лекарственные формы).

Также было проведено исследование, которое отслеживало рецидивы инфекции за 6 месяцев применения Монуреля®. В контрольной группе рецидивов было 36%, у женщин, получавших для профилактики только лактобактерии, — почти 40%, а в группе, получавшей экстракт клюквы, — лишь 16%. Это реальные результаты, демонстрирующие преимущества препарата Монурель для профилактики возникновения рецидивов.

На сегодняшний день относительно растительных препаратов мало доказательных исследований, и часть из них посвящены профилактической эффективности (А) экстракта клюквы.

Рациональное ведение женщин с УГА в постменопаузе (взгляд гинеколога):

- использование антибиотиков только при угрозе восходящей инфекции;
- длительное (практически пожизненное использование локальных эстрогенов);
- прием проантоцианидина Монурель® (производитель — компания «Замбон») более 3 месяцев;
- применение локальных комбинированных препаратов, содержащих эстриол и лактобациллы.

Таким образом, пациенткам с симптомами УГР в климактерическом периоде и рецидивирующими так называемыми «циститам», которые много лет необоснованно лечат антибиотиками, необходимо проводить комбинированную терапию локальными эстрогенами (Эстриол®), а с целью профилактики инфекций мочевых путей назначать экстракт клюквы (Монурель®) в течение длительного времени.

По показаниям назначают пробиотики. ■

