



Scientia potentia est. Знание — сила.

ALMA MATER

№ 8 (156)
31 октября 2017 г.

Газета ученого совета Института повышения квалификации
специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.

*«Призвание врача — это воля
учиться от жизни и непрерывно
совершенствоваться».*

Ипполит Васильевич Давыдовский

- ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА -

Здравоохранение Дальнего Востока: состояние и перспективы



Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова — об изменениях в системе медпомощи на Дальнем Востоке накануне открытия Восточного экономического форума в интервью телеканалу «Россия 24».

Только в 2016 году в ДФО было построено 32 медицинских объекта, из них 24 — это фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), 199 — отремонтированы, из них 50 — ФАПы. Это особенно важно для дальневосточного региона с его колоссальными расстояниями и рассредоточением населения.

Чтобы можно было увидеть районы, не охваченные медицинской помощью, мы создали принципиально новый цифровой инструмент — геоинформационную карту, которая дает многослойную картину населенных пунктов и медицинских организаций, позволяя оценивать доступность того или иного вида медпомощи. Если говорить о Дальнем Востоке, то карта содержит информацию обо всех населенных пунктах региона, всей его транспортной инфраструктуре, а также 2,7 тыс. медицинских организаций и их структурных подразделений.

Второе организационное решение в условиях больших расстояний — развитие санитарной авиации. Предпринятые в рамках исполнения поручений президента и правительства меры позволили только в этом году провести в Дальневосточном федеральном округе медицинскую эвакуацию почти 3 тыс. человек, многим из которых это спасло жизнь.

Конечно, авиация не может и не должна решать все медицинские вопросы, особенно тогда, когда требуется обмен информацией между специалистами или плановая консультация. Именно поэтому особую важность приобретает развитие цифровых технологий, прежде всего телемедицины.

Наша отрасль всегда была одной из самых наукоемких, и внедрение в организацию оказания медицинской помощи передовых информационных технологий стало важным этапом в формировании пациентоориентированной модели здравоохранения.

Использование в здравоохранении информационных технологий не только облегчает жизнь пациентам, но и позволяет оптимизировать работу врача, создать для него более комфортные условия, снизить бремя «бумажной» работы. На сегодня в нашей стране компьютеризировано более 75 % рабочих мест врачей. Этот показатель на Дальнем Востоке также стремится к общероссийскому уровню.

Но комфорт на рабочем месте — это еще не всё. Достойный уровень оплаты труда врача — это гарантия сохранения кадров на своих местах и привлечения в профессию новых специалистов. Сегодня на Дальнем Востоке врач получает в среднем более 65 тыс. рублей в месяц, средний медицинский персонал — более 38 тыс. рублей, младший — 24 тыс. рублей. Это самые высокие средние показатели, если сравнивать с другими федеральными округами. Высокий уровень приходящих в профессию медиков обеспечивает Тихоокеанский медуниверситет, широко известный не только в нашей стране, но и за рубежом как флагман медицинского образования на Дальнем Востоке.

Многое сделано в самом восточном регионе страны, но многое еще предстоит осуществить. Развитие медицины на Дальнем Востоке — один из приоритетов в работе Министерства здравоохранения РФ. Оптимальные организационные решения для этого особого региона мы вырабатываем с экспертами на целом ряде площадок, главной из которых, вне сомнения, стал Восточный экономический форум.

В.И. Скворцова выразила уверенность, что совместные усилия позволят найти те решения, которые станут еще одним важным шагом к тому, чтобы сделать дальневосточную медицину по-настоящему передовой — медициной восходящего солнца.

Вместе с тем министр отметила, что на Дальнем Востоке в разы выше число сопряженных с избыточным потреблением алкоголя заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, сообщает ТАСС. «Если оценивать уровень хронического алкоголизма и алкогольных психозов — в целом по стране заболеваемость составляет 60 человек на 100 тысяч. Средний показатель по Дальневосточному округу — больше 120. А на Чукотке — 330 случаев на 100 тысяч», — заявила министр.

70 % мужчин до 35 лет умирает на Дальнем Востоке из-за причин, связанных с пьянством, также сообщила министр.

За последние годы здоровье жителей Дальневосточного федерального округа серьезно изменилось к лучшему. Главными индикаторами реальных перемен в этом плане являются демографические показатели — продолжительность жизни и смертность. Благодаря предпринимаемым усилиям, с 2012 года ожидаемая продолжительность жизни на Дальнем Востоке увеличилась более чем на два года, впервые в истории превысив 69 лет. Смертность, напротив, снизилась с 13,1 до 12,5 на 1 тыс. населения.

Когда-то Константин Симонов сказал, что Дальний Восток — это край, где хочется начинать жизнь. И сегодня дальневосточные медики делают всё, чтобы начало этой жизни было счастливым.

За пять лет уровень младенческой смертности в регионе снизился на 40,4 %, впервые в истории края достигнув в 2016 году 6,5 на 1 тыс. родившихся живыми, а за семь месяцев 2017-го этот показатель снизился уже до 5,8 на 1 тыс. родившихся живыми.

Климатические и географические условия Дальнего Востока диктуют свои требования по организации медицинской помощи населению. И здесь ключевой вопрос — обеспечение доступности. Человек не может ждать, когда до него доберется качественная медицинская помощь вместе со строителями дорог. По этой причине мы действуем по двум направлениям: ввод новых медицинских объектов и развитие выездных форм работы, прежде всего санитарной авиации.

Два года назад Минздравом впервые с советского времени были утверждены требования к размещению медицинских организаций исходя из количества жителей населенного пункта и его удаленности от ближайшей медицинской организации. Это дало результат: удалось остановить повальное сокращение маломощных медучреждений, в особенности на селе.

www.rosminzdrav.ru

30 % младенческой смертности обусловлено акушерскими причинами

Главный неонатолог Минздрава РФ Дмитрий Олегович Иванов раскритиковал работу региональных акушерских служб. По его оценкам, около 30 % случаев младенческой смертности во многих регионах происходит по вине сотрудников перинатальных центров, родильных домов и отделений. Главные недостатки организации акушерских служб – плохая диагностика пороков развития, отсутствие эффективной маршрутизации, несоблюдение клинических рекомендаций и в целом низкий уровень ответственности главных врачей медучреждений.

«Давайте прекратим эти разговоры насчет маловесных детей. У нас проблема не маловесные дети, не в них дело – гибнут доношенные дети. Более того, около 30 % младенческой смертности обусловлено чисто акушерскими причинами. А если мы сюда присовокупим еще 20 % не диагностированных в антенатальном периоде пороков развития, которые, к сожалению, часто потом приводят к летальному исходу, то половина младенческой смертности у нас в стране обусловлена акушерской службой», – сказал Д.О. Иванов на X Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» в Сочи.

По мнению главного неонатолога, эта проблема связана с тем, что врач УЗИ либо вовсе не наблюдал беременную, либо просто не смог определить наличие пороков развития плода. В результате женщина не поступает вовремя в профильный стационар, например кардиохирургический, и не родоразрешается там. Однако кардиохирургическая и другие службы тоже не готовы к работе с беременными.

Минимальный показатель младенческой смертности в 2017 году, по словам Иванова, составляет 5,3 промилле. Самой низкой отметки удалось добиться перинатальному центру в Липецкой области – на уровне 2,3 промилле.

Еще одна проблема – маршрутизация пациенток, которая, как утверждает Д.О. Иванов, сегодня зачастую выглядит как «договоренность кого-то с кем-то»: «Когда в истории болезни пишется, что беременная по согласованию переводится с третьего уровня на третий уровень, то совершенно непонятно, куда она маршрутизируется. Маршрутизация предполагает

систему, которая основана на интересе больного и определяется тяжестью его состояния. Маршрутизация и ее выполнение – ответственность главного врача».

Среди других недостатков, напрямую влияющих на показатели младенческой смертности, которые акушерская служба пока никак не может преодолеть, – позднее принятие решения о кесаревом сечении, несоблюдение клинических рекомендаций, отсутствие необходимых навыков у персонала, санэпидрежим (внутрибольничные инфекции) и неэффективная организация акушерской службы.

Например, в одном из регионов функционируют три учреждения третьего уровня, в каждом из них по 6–12 реанимационных коек. В день посещения этих медцентров Дмитрием Ивановым в каждом из отделений находилось всего по два ребенка. «И сразу говорят: сегодня такой день, а так полная загрузка. После этого мы говорим о том, что у нас недостаток врачей-реаниматологов. Сделайте одно нормальное отделение, будет хватать и врачей, и зарплату они будут получать. Ничего подобного», – возмутился главный неонатолог.

Другой типичный пример – избыточное нахождение рожениц в стационаре. В одном из регионов средняя продолжительность пребывания в стационаре составляет семь суток. «Почему? И кто за это все платит-то? У нас вообще деньги не считают», – констатировал Дмитрий Иванов, призвав главных врачей уделять больше времени организации процессов и контролю качества оказания медпомощи и расходования средств.

www.vademec.ru

Росздравнадзор недоволен работой большинства новых перинатальных центров

Росздравнадзор проверил, как запускались и работают перинатальные центры, уже построенные по Программе развития перинатальных центров в РФ на 2013–2016 годы, и выявил массу нарушений. Среди них отсутствие нормативных документов, сформированной медицинской бригады, перегрузка или, наоборот, простой оборудования, а также использование незарегистрированных медизделий и просроченных расходных материалов.

«Там, где центры организовывались de novo, уровень хаоса на этапе старта был разным, но везде он был просто колоссальным. Нельзя запускать перинатальный центр и сразу создавать стрессовую нагрузку, запуская его по полной программе, не подготовив нормативные документы, бригады и так далее. Получается так, что мы открываем перинатальные центры и начинаем замазывать определенные огрехи», – возмутился глава Росздравнадзора М.А. Мурашко, выступая на X Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» в Сочи.

Как показала проверка Росздравнадзора, в уже введенных в эксплуатацию перинатальных центрах были обнаружены следующие нарушения: отсутствие полного комплекта нормативной документации, неуккомплектованность штата, отсутствие или неполное выполнение клинических протоколов, отсутствие системы резервного бесперебойного питания, использование незарегистрированного медоборудования и медизделий, а также применение просроченных расходных материалов, отсутствие системы мониторинга за ведением беременности.

М.А. Мурашко привел несколько примеров. В одном из проверенных сотрудниками Росздравнадзора перинатальных центров в отделении детской реанимации отсутствовала возможность определения газов крови у детей, помещенных на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), т.е. не было возможности оценить эффективность вентиляции. «Это просто преступление, чистой воды халатность! Подобные вещи недопустимы! Пациент без контроля газов крови на ИВЛ не может находиться в принципе, а новорожденный тем более», – сказал Мурашко.

В другом перинатальном центре не работала система кондиционирования – была отключена в целях экономии. При этом, по словам Мурашко, в таких условиях – 32–33 градуса в помещении – хранились лекарства, в том числе реанимационные. Другой пример – перегрузка лаборатории, из-за чего микробиологические анализы не выполнялись даже после того, как в центре случилась смерть младенца от сепсиса.

«Как можно? Мы сегодня настолько в определенных вещах программу развития перинатальных центров начинаем дискредитировать. Нельзя! Каждый работающий в перинатальном центре организатор, который прилагает к этому руку, должен четко понимать, как его запустить, какими этапами, без чего он вообще не может называться перинатальным центром, – отчитывал присутствующих на заседании главврачей и представителей региональных минздравов и профильных департаментов Мурашко. – И только после этого вы можете спокойно и комфортно выходить, вешаете себе орден на грудь, вас хвалят пациенты. А у нас сегодня по факту то Брянск, то Барнаул в публикациях».

О нарушениях при строительстве перинатального центра в Барнауле в феврале 2017 года сообщил депутат Госдумы Александр Петров: по его обращению проверку медучреждения начала Генпрокуратура. Собственную проверку организовал и Росздравнадзор. Следом в поле зрения

общественности и правоохранительных органов попал, едва открывшись, перинатальный центр в Брянске: он открылся в начале марта 2017 года, и за три месяца работы в нем скончались 11 детей. По данному факту возбуждено уголовное дело по ч. 3 ст. 293 УК РФ (халатность, повлекшая по неосторожности смерть двух или более лиц).

«Претензий я не имею, наверное, только к одному перинатальному центру, который запущен в городе Ачинске Красноярского края. Потому что персонал, работающий в одном учреждении, просто перешел на новые площади», – констатировал Мурашко, подчеркнув, что во многом проблемы формировались потому, что медицинский персонал перинатальных центров не мог влиять на технологическую и концептуальную сторону проекта во время строительства. Сейчас, по его словам, этот аспект учитывается на строящихся объектах.

Строительство сети перинатальных центров ведется в соответствии с Программой развития перинатальных центров в Российской Федерации на 2013–2016 годы, согласно которой до конца 2016 года в 30 регионах страны должны были открыться 32 перинатальных центра. Девелопером почти половины центров (15 объектов) выступает корпорация «Ростех», за строительство остальных 17 клиник отвечают власти регионов. Однако уложиться в сроки исполнителям проекта не удалось. Еще осенью 2016 года Минздрав попросил перенести срок сдачи центров на конец 2017 года. В результате Правительство РФ согласовало это предложение. В настоящее время продолжается строительство центров в Карелии, Бурятии, Красноярском и Краснодарском краях, Ленинградской, Смоленской, Тамбовской и Ульяновской областях.

www.vademec.ru

Медики бьют тревогу: антибиотики больше не помогают

Эксперты ВОЗ отмечают, что нет новых лекарств, способных бороться с современными инфекциями. Из-за этого значительно увеличилось количество штаммов бактерий, которые почти невозможно победить.

ВОЗ бьет тревогу: в мире кончаются антибиотики. Всемирная организация здравоохранения опубликовала доклад, посвященный недостаточному числу новых антибиотиков в разработке. Эксперты ВОЗ отмечают рост количества резистентных штаммов бактерий, которые почти невозможно победить. Насколько серьезна проблема нехватки антибиотиков?

Если срочно не расширить программы разработки новых антибиотиков, «человечество будет отброшено в те времена, когда люди боялись обычных инфекций и рисковали своими жизнями во время незначительных операций», – с таким заявлением выступил директор ВОЗ Аданом Гебрейесус. В чем, собственно, проблема?



Вроде бы сейчас антибиотиков вполне достаточно, зачем нужны новые? Дело в том, что бактерии постоянно мутируют, и новые штаммы становятся невосприимчивыми к существующим препаратам, объясняет директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Лариса Попович: «Проблема устойчивости к антибиотикам возникла, можно сказать, через несколько лет после первого применения пенициллина. Стало понятно, что мутации происходят в бактериях значительно быстрее, чем способность фармацевтической отрасли находить новые антибиотики. Широкое распространение и увлечение антибиотиками в прошлые периоды привело к тому, что и пища наша напичкана ими, и животных, и растения обрабатывают

антибиотиками для борьбы с вредителями. Мы часто употребляем их без должных на то, в общем-то, причин. И это действительно подтолкнуло мир бактерий к быстрой перестройке своих защитных сил».

Наглядную демонстрацию этого процесса провели в Гарвардской медицинской школе. Метровый поднос с питательным желе разделили на зоны с различными концентрациями антибиотика – от нулевой до 1000-кратной дозы. После этого на край подноса поместили немного бактерий кишечной палочки, уязвимой для данного препарата. На ускоренной съемке видно, как штамм сначала распространился до края безопасной зоны и уперся в полосу антибиотика. Затем одна из бактерий мутировала, и ее «потомки» заняли всю вторую зону. Ситуация повторилась в третьей, четвертой и максимальной зоне. Весь процесс адаптации к 1000-кратной концентрации антибиотика занял у кишечной палочки 11 дней. Эксперимент призван подчеркнуть важность ограниченного использования антибиотиков: если пить их по поводу и без, в итоге, образование устойчивого штамма неизбежно.

Георгий Викулов, иммунолог, кандидат медицинских наук, отмечает: «Есть практика нерационального применения препаратов, в том числе самолечение, короткий курс, неверные дозировки. В советское время все-таки антибиотики отпускались по рецептам, как правило. Но в настоящее

время в России и в странах Восточной Европы многие антибактериальные препараты, антибиотики можно приобрести без рецепта. И это, к сожалению, порочная практика, в том числе неправильного, необдуманного и не согласованного со специалистами применения данных препаратов».

По оценкам британского фонда Wellcome Trust, уже сейчас от устойчивых к антибиотикам заболеваний ежегодно умирают более 700 тысяч человек. ВОЗ призывает в срочном порядке увеличить финансирование разработок новых антибиотиков, принять меры по ограничению массового их использования в пищевой промышленности и расширить программы вакцинации, поскольку прививки позволяют организму самому бороться с бактериями.

Разработанный, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, план по борьбе с устойчивостью к антибиотикам был внесен российским Минздравом в правительство в начале сентября. В рамках стратегии планируется ужесточить контроль за рецептурным отпуском антибиотиков в аптеках и повысить осведомленность пациентов.

www.bfm.ru

фото: depositphotos.com

Ошибка ценою в жизнь

Адвокат Анатолий Кучерена поделился мнением о врачебных ошибках, их причинах и правовых последствиях.



Недавно газета The Washington Post предала гласности ужасный случай. В 2013 году некий Стивен Хейнс обратился к урологу, жалуясь на постоянные боли в правом яичке. Ультразвуковое исследование показало, что оно атрофировалось в результате полученных травм. Доктор назначил орхизктомии – оперативное удаление поврежденного органа.

Хорошая новость – операция прошла успешно.

Плохая новость – хирург удалил здоровое яичко вместо пораженного. На следующий год Стивен Хейнс подал в суд на госпиталь и на хирурга. Через три года неторопливое американское правосудие вынесло свой вердикт: пациент должен получить \$870 тыс., из которых \$620 тыс. являются компенсацией за причиненный ему ущерб и \$250 тыс. – штрафные санкции в отношении хирурга и госпиталя. Получит ли он эту сумму – большой вопрос: госпиталь и хирург могут подать апелляцию в суд высшей инстанции, вплоть до Верховного суда страны. Но будем всё же надеяться на лучшее.

Подобные случаи в США далеко не единичны. Сообщалось, например, что пациенту, страдавшему раком легких, хирурги удалили здоровое легкое вместо пораженного. Естественно, больной обратился в суд, который проявил чудеса оперативности и присудил ему более \$1 млн компенсации. Увы, жертве нерадивых хирургов деньги уже не потребовались: вскоре после оглашения вердикта присяжных он скончался.

Считается, что ежегодно в США от 50 до 100 тыс. пациентов погибают в результате врачебных ошибок. А ведь речь идет об одной из самых высокотехнологичных, квалифицированных и высокооплачиваемых систем здравоохранения в мире. Но всё же наличие развитого гражданского общества, независимого суда и высокие профстандарты американских медицинских корпораций позволяют не замалчивать допущенные ошибки и компенсировать ущерб пострадавшим. В других странах, к сожалению, дела обстоят иначе.

Исторически отношение общества и государства к врачебным ошибкам варьировалось в чрезвычайно широких пределах. За 2 тыс. лет до н.э.

во времена вавилонского царя Хаммурапи за смерть больного врач мог отрубить руку, отрезать язык или выколоть глаза. В одной из русских летописей описан такой эпизод. Врач, некий немец Антон, лечил князя Каракуча, однако князь умер. Великий князь Иоанн III повелел убить лекаря – «свели его на Москву-реку под мост зимою и зарезали ножом, яко овцу».

Однако постепенно времена и нравы смягчались, и уже в XIX веке ни в Европе, ни в России врачи не несли никакой ответственности за результаты своих действий. Как следствие, медики получили возможность ставить над своими пациентами самые рискованные эксперименты. В эпоху, когда отсутствовала антисептика и асептика, а операции производились без наркоза, хирурги, например, пытались удалять у больных злокачественные опухоли желудка. Попутно они производили переливания крови, хотя группы крови еще не были открыты. Уже в 20-е годы XX века ученики И.П. Павлова проводили опыты по изучению условных рефлексов у беспризорных детей, подвергая их мучительным операциям.

Далеко не всегда, однако, вред больным наносился в результате рискованных или заведомо преступных медицинских экспериментов. До революции в России, например, молодой выпускник медицинского факультета получал право делать операции, принимать роды, лечить любых больных. Но при этом у него в лучшем случае имелись некоторые теоретические познания, но совершенно отсутствовал практический опыт. Следствием этого становились грубейшие ошибки, приводившие к смерти больных. В своих «Записках врача» Викентий Вересаев приводит немало примеров из собственной медицинской практики, которые в наше время могли бы послужить поводом к возбуждению против него уголовного дела по ч. 2 ст. 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего выполнения лицом своих профессиональных обязанностей».

Современная система подготовки врачей делает подобные ситуации маловероятными. Прежде чем выпускника медицинского вуза допустят принимать самостоятельные решения, он несколько лет работает под контролем опытных специалистов. И, тем не менее, ошибки случаются. В том числе и те, ценой которых становится жизнь пациента.

Эти ошибки бывают двух видов. Первые описываются философской сентенцией «Людам свойственно ошибаться». Ни один, даже самый гениальный, медик не способен во всех случаях предусмотреть все варианты развития болезни и выбрать оптимальную стратегию лечения. Такие ошибки должны становиться предметом анализа со стороны профильных министерств и ведомств и самой медицинской корпорации.

Другие ошибки обусловлены преступной халатностью. Это и случаи удаления здоровых органов вместо больных, и оставление в организме

- ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ -

пациентов инструментов, и путаница с результатами анализов. Лица, допустившие такие ошибки, должны привлекаться к ответственности; больные же должны иметь возможность добиться достойной компенсации. Такие случаи, кстати, уже имеют место в России. В СМИ сообщалось, например, как в одной из больниц Сахалина женщине назначили операцию, в которой не было никакой необходимости. В результате она потеряла почку. Суд постановил выплатить ей 1 млн рублей. Сумма, разумеется, более чем скромная, с учетом нанесенного тяжелейшего вреда здоровью.

И всё же следует помнить: лучший способ борьбы с врачебными ошибками – это не судебные преследования медиков, а повышение ква-

лификации и роли врача в обществе. Труд врача, как никакой другой, требует от человека призвания, таланта, полной самоотдачи и, если угодно, фанатизма. Задача государства и общества – сделать так, чтобы люди, посвятившие себя этой благородной профессии, не испытывали никаких материальных и бытовых затруднений и могли уделять всё свое время профессиональному самосовершенствованию.

Автор: А. Кучерена

www.todaykhv.ru

- ОБРАЗОВАНИЕ -

Минздрав закроет доступ к portalу НМО не вошедшим в Федеральный регистр медработникам

Медицинские специальности сократят. По мнению экспертов Минздрава, это позволит унифицировать номенклатуру и привести ее к европейским стандартам.

Пользоваться порталом непрерывного медицинского и фармацевтического образования в перспективе смогут только специалисты, числящиеся в Федеральном регистре медицинских работников, остальным Минздрав закроет доступ. Об этом сообщила директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Татьяна Семенова.

По ее словам, уже сегодня идентификация медработника, зашедшего на портал edu.rosminzdrav.ru, происходит через коннект ЕГИСЗ с Федеральным регистром медицинских работников. В перспективе это смогут

делать только участники регистра. Татьяна Семенова заверила при этом, что пользование порталом всегда будет оставаться бесплатным.

«У портала есть ряд минусов. Например, мы пока не можем перевести его на мобильное устройство. В перспективе будет создано мобильное приложение», – пообещала представитель Минздрава на конференции «Актуальные вопросы непрерывного медицинского образования. Использование средств нормированного страхового запаса территориального ФОМС при организации дополнительного профессионального образования».

www.medvestnik.ru

А как же баллы и кредиты?

4 октября на портале regulation.gov.ru завершился этап публичного обсуждения проекта приказа Минздрава РФ о внесении изменений в приказ 2012 года № 66н – тот самый, который регламентировал порядок и сроки совершенствования медицинскими и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков. Как известно, проходить дополнительные профессиональные образовательные программы в образовательных и научных организациях предписывалось не реже одного раза в пять лет, в объеме 144 академических часов.

Федеральным законом № 389 выдача сертификатов специалистов пролонгирована до 2021 года, а право на осуществление медицинской деятельности на основании данных сертификатов – до 2026-го. С 2016-го по 2021 год в стране был введен переходный период, и предполагалось, что на смену прежней системе придет НМО, где каждый медработник будет обязан учиться ежегодно на конференциях, семинарах, в аудиториях и онлайн, накапливая по 50 кредитов, итого 250 за 5 лет. Для того чтобы это заработало, необходимо было внести изменения в многочисленные нормативно-правовые акты не только Минздрава, но и Минобра. Ходили слухи, что это и стало одним из основных камней преткновения – найти компромисс ведомствам оказалось непросто. По сию пору никаких законов, регулирующих НМО уже не в тестовом, а в рабочем режиме, не принято.

Проект приказа, который в ближайшее время отправится на антикоррупционную экспертизу, предусматривает сохранение старой системы, однако предоставляет врачу и провизору право выбора.



«Первый вариант, прописанный в проекте, – это освоение дополнительных профессиональных образовательных программ объемом 150 часов не реже одного раза в пять лет, – говорит ведущий эксперт РТР «Медицина» Дмитрий Пивень. – Он практически тождественен сегод-

няшней практике, только увеличивает продолжительность обучения на 6 часов. Второй вариант – освоение по 30 академических часов ежегодно в течение пяти лет, то есть суммарно получаем те же 150 часов. Никакие кредиты в данном проекте не упоминаются. И будем надеяться, что приказ будет утвержден в нынешнем виде».

www.medvestnik.ru

Диссертация вернется

В министерстве образования и науки принято положение об обязательной защите диссертаций аспирантами. Об этом в ходе работы Восточного экономического форума-2017 сообщила министр образования и науки Ольга Васильева.

О необходимости вернуть аспирантуре статус научной деятельности, закрепив это в законе о науке, давно говорят руководители Российской академии наук.

С 2014 года аспирантура стала третьей ступенью высшего образования. Сегодня лишь предусматривается защита в конце третьего года

обучения, но она не является эквивалентом кандидатской диссертации. В этом случае по окончании аспирантуры выпускнику присваивается квалификация «преподаватель-исследователь», а не ученая степень. Защита кандидатской диссертации в настоящее время не входит в обязательную программу аспирантуры.

«Российская газета»

№ 199 (7365) от 6 сентября 2017 г.

В России сократят медицинские специальности: вместо 94 оставят 65

Медицинские специальности сократят. По мнению экспертов Минздрава, это позволит унифицировать номенклатуру, и привести ее к европейским стандартам.

В рамках проходившего в Москве конгресса трансплантологов выступил заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Министерства здравоохранения РФ А.И. Тарасенко. Он заявил, что в настоящее время готовится нормативно-правовая база для унификации Номенклатуры медицинских специальностей.

«Когда мы начали с медицинским сообществом анализировать, то оказалось, что на данный момент актуально оставить 63–65 специальностей. Сегодня вместе с профессиональным сообществом, с главными внештатными специалистами мы пришли к пониманию, что специальностей

должно остаться не более 65, и под это сейчас готовится нормативно-правовая база», – сказал Тарасенко.

Сроки подготовки в ординатуре для врачей разных специальностей также изменят. Сейчас ведется обсуждение этого вопроса с профессиональным сообществом.

«Мы переходим на модульный принцип подготовки в ординатуре: от 1 года до 5 лет, но продолжительность обучения по той или иной специальности будет зависеть от профессионального сообщества, именно на ваше мнение мы и ориентируемся», – отметил чиновник. – Уже есть специальности, которые унифицированы до 1 года, и профессиональное сообщество считает, что этого достаточно, а для некоторых и двух лет подготовки недостаточно, квалифицированный высококлассный специалист – это 3–4 года обучения».

www.zdrav.ru

- ПОЧУВСТВУЙТЕ РАЗНИЦУ -

Минздрав подготовил законопроект о признании клинических рекомендаций обязательными к использованию



Минздрав подготовил и внес в Правительство РФ согласованный проект закона о признании клинических рекомендаций обязательными к использованию на территории РФ. Об этом сообщила директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Татьяна Семенова.

«Будем надеяться, что в осеннюю или весеннюю сессию законопроект будет рассмотрен в Госдуме», – сказала она на конференции «Актуальные вопросы непрерывного медицинского образования. Использование средств нормированного страхового запаса территориального ФОМС при организации дополнительного профессионального образования». Мероприятие проходило 12 сентября в НУЗ «НКЦ ОАО «РЖД».

По словам Татьяны Семеновой, также ведется работа над профессиональными стандартами – впервые расширен перечень требований

к навыкам и компетенциям специалистов. За ними последует обновление профессиональных образовательных стандартов. Формирование системы подготовки специалистов с медицинским образованием и повышение эффективности деятельности медорганизаций предполагает также разработку и внедрение критериев качества оказания медицинской помощи, независимой экспертизы качества, подготовку экспертов оценки качества медицинской помощи в системе ОМС с учетом клинических рекомендаций, а также внедрение образовательного сертификата, подготовку управленческих кадров и внедрение эффективного менеджмента.

www.medvestnik.ru

фото: www.e-stomatology.ru

- ПОЧУВСТВУЙТЕ РАЗНИЦУ -

Минздрав: клинические рекомендации не следует путать со стандартами медицинской помощи

Минздрав России счел нужным высказаться по теме применения клинических рекомендаций. Как говорится в сообщении ведомства, в соответствии с международной практикой и разработками Всемирной организации здравоохранения, клинические рекомендации являются документами, которые устанавливают алгоритм ведения больного, диагностики и лечения.

«Клинические рекомендации не устанавливают единообразных "шаблонных" требований к лечению всех пациентов, а содержат логическую структуру действий врача с использованием доказавших свою эффективность методов диагностики и лечения, выбор которых определяется индивидуальными особенностями течения болезни, сопутствующими заболеваниями, половозрастными характеристиками пациента и другими факторами. Лечение любого больного всегда индивидуально, и определение тактики лечения в каждом конкретном случае относится к компетенции лечащего врача», – подчеркивается в сообщении.

Особый раздел в структуре клинических рекомендаций составляют критерии качества оказания медицинской помощи при данном заболевании. Это свод обязательных требований, исполнение которых прямо и высокодостоверно влияет на исход заболевания. Критерии качества утверждаются отдельно приказами Минздрава России и являются обязательными для исполнения, добавили в ведомстве.

«Клинические рекомендации не следует путать со стандартами медицинской помощи. Стандарты – это технологические карты, разработанные на основе клинических рекомендаций, представляющие собой перечень услуг, лекарств, медицинских изделий и других компонентов лечения, которые могут использоваться при конкретном заболевании, с усредненной частотой и кратностью их представления в группе больных с данным заболеванием. Стандарты не могут использоваться лечащим врачом: это документы, используемые организаторами здравоохранения для планирования и экономических расчетов, в частности при подготовке программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи», – сказано в сообщении Минздрава.

www.medvestnik.ru

- ЗА РУБЕЖОМ -

Британские семейные врачи массово оставляют работу

По данным агентства NHS Digital, с апреля 2016-го по март 2017 года в Англии уволились более 5,1 тысячи семейных врачей. Иными словами, Национальная служба здравоохранения (NHS) ежемесячно теряет свыше 400 медработников. Это ставит под угрозу обещание правительства Великобритании добиться сокращения очередей и обеспечить население доступной медицинской помощью.

Власти пытаются восполнить недостаток специалистов: Национальная служба здравоохранения NHS выделит агентствам по трудоустройству до 100 млн фунтов стерлингов, чтобы привлечь 5 тысяч семейных врачей, при этом около половины из них – из-за рубежа.

Азеем Маджид, профессор первичной помощи Имперского колледжа Лондона, полагает, что к 2020 году в Англии будет не хватать 12,1 тысячи медиков.

Недостаток названных специалистов в Великобритании имеет ряд причин. Сталкиваясь с возрастающей нагрузкой и при этом падающими доходами, семейные врачи оставляют свою работу до достижения пенсионного возраста. Будущие доктора, только закончившие обучение, по тем же причинам не стремятся работать в государственных клиниках, а новых абитуриентов отпугивает высокая плата за обучение.

Согласно опросу Королевского колледжа врачей общей практики, 39 % докторов заявили, что в течение ближайших лет планируют уволиться. Если эта тенденция не изменится, обещание правительства обеспечить всех граждан доступной медпомощью выполнить не удастся.



Весной 2016 года в Англии прошла серия забастовок врачей, протестовавших против высокой нагрузки и низкой оплаты труда. В апреле 2016 года Национальная служба здравоохранения Великобритании сообщила, что 112 856 амбулаторных приемов и 12 711 запланированных операций будут перенесены в связи с двухдневной забастовкой младших медиков (Junior doctors), которая состоялась 26 апреля. Это была уже пятая забастовка молодых врачей с начала 2016 года, они протестовали против предложенной правительством новой системы оплаты труда.

Из-за отказа правительства отменить решение о введении новых контрактов для молодых врачей Британская медицинская ассоциация (BMA) провела 26 апреля 2016 года 48-часовую забастовку, во время которой младшие врачи отказались оказывать не только плановую, как раньше, но и неотложную медицинскую помощь. В акции протеста приняли участие дежурные в реанимациях, родильных отделениях и приемных отделениях скорой помощи.

В связи со сложившимися обстоятельствами Национальная служба здравоохранения Великобритании выпустила рекомендации для пациентов. В документе служба здравоохранения предупредила пациентов, что в госпитале оказывать скорую помощь будут только людям с серьезными заболеваниями, например, пациентам со сломанными конечностями и тяжелыми травмами головы, болью в груди, в случае потери сознания, тяжелых ожогов, аллергических реакций и сильных кровотечений, которые нельзя остановить без медицинского вмешательства. Беременным женщинам, которым может потребоваться помощь или консультация, было предложено связаться с родильным отделением заранее. Женщинам, чей срок близок, также рекомендовалось обсудить заранее план действий на случай схваток.

О проведении двух 48-часовых акций протеста ВМА предупредила в марте 2016 года. Напомним, что 6 апреля 2016 года состоялась акция

протеста, во время которой в поддержку молодых врачей выступила британская Ассоциация пациентов, а также многие британские знаменитости, в частности актриса Ванесса Редгрейв.

Конфликт между правительством и ВМА начался из-за введения новых трудовых договоров, согласно которым основная часть зарплаты медиков увеличивается на 11 %, однако другие виды выплат снижаются, в том числе за работу во внеурочное время и выходные. Таким образом, власти планируют подготовить лечебные учреждения NHS к переходу на круглосуточный режим работы семь дней в неделю.

www.vademec.ru

фото: ibitimes.co.uk

Перчинка долголетия

Главными долгожителями планеты из года в год признаются японцы. И вот неожиданное открытие: вскоре их опередят южнокорейцы.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) регулярно составляет прогноз того, сколько лет в среднем проживут мужчины и женщины в разных странах. Главными долгожителями уже многие годы она признает японцев. Однако недавнее исследование, проведенное ВОЗ совместно с Имперским колледжем Лондона по усовершенствованной методике, полностью меняет это представление. Этот прогноз, опубликованный в медицинском журнале The Lancet, который по авторитетности сопоставим с Science и Nature, охватывает 35 стран с наиболее высокой продолжительностью жизни на данный момент. Так что Россия с показателями 76,3 года среди женщин и 64,7 года среди мужчин (опять же данные ВОЗ) в нем, понятное дело, не представлена.

— Самая высокая продолжительность жизни ожидается в Южной Корее: женщины, которые там родятся в 2030 году, в среднем проживут больше 90 лет. Продолжительность жизни увеличится повсеместно, однако динамика будет сильно отличаться по странам, — объясняет соавтор исследования Маджид Эззати, профессор факультета медицины Имперского колледжа Лондона. — Мужчины сократят разрыв, и все-таки женщины по-прежнему будут жить дольше них.

Ученые объясняют феномен Южной Кореи тем, что, начиная со второй половины 1980-х годов, страна демонстрирует рекордный рост продолжительности жизни. Тогда она занимала 29-е место в мире с показателями 75 лет среди женщин и 65 лет среди мужчин, а по последнему отчету ВОЗ (опубликован в 2016 году) это уже 85,5 и 78,8 года соответственно. «По нашему прогнозу высокий темп роста сохранится, — добавляет профессор Эззати. — Это и обеспечит Южной Корее лидерство по продолжительности жизни».

Продолжительность жизни — показатель не только будущего страны, но и ее настоящего и прошлого. Ученые рассчитывают ее по демографической

статистике и состоянию экономики: чем выше качество жизни и меньше рисков, тем более долгая жизнь ждет население. Ожидаемая продолжительность жизни позволяет корректировать политику в области здравоохранения, пенсионную систему, медицинские разработки — все, что может улучшить человеческую жизнь. Государства, которые преуспевают в борьбе за долголетие, выигрывают дважды, ведь они еще и зарабатывают на стремлении менее успешных в этом отношении стран воспроизвести у себя лучшие практики лидеров. И вполне очевидно, что новый лидер вводит моду на свой рецепт долголетия.

Выявляя факторы, которые обеспечивают более долгую жизнь, исследователи замечают: у Японии и Южной Кореи много общего. Прежде всего, это благополучные страны, где населению доступна высокотехнологичная медицина и где успешно занимаются новыми медицинскими разработками. Как следствие, и там, и там сравнительно низкие показатели смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также ДТП — причин, которые по общемировой статистике чаще всего приводят к летальному исходу. В обеих странах к тому же эффективно противостоят инфекциям и хроническим болезням.

При этом исследование Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) показывает: жителей Южной Кореи отличает еще и особая ипохондрия. Лишь треть южнокорейцев удовлетворена состоянием своего здоровья. Это самый низкий показатель по странам ОЭСР, где средний результат — 69,2 %. В Японии — ближе к 40 %. То есть большую роль в снижении смертности в обеих странах играют повышенное внимание к своему здоровью и ранняя профилактика заболеваний.

Японцы и южнокорейцы живут дольше других еще и потому, отмечают исследователи, что у большинства населения в норме индекс массы тела и артериальное давление. В переводе с научного языка это означает, что долголетие связано с особенностями национальной диеты. И если в японском рационе преобладает пища с низким содержанием жиров, жители употребляют много рыбы, то в Южной Корее любят еду поострее и погорячее.

На южнокорейском рынке обычно продается сразу все — от мелкого ширпотреба до крупногабаритной мебели. И проще всего в этих торговых лабиринтах найти продуктовые ряды. Для этого нужен только нос: оттуда с прилавков разносится «дух» кимчи.

Это национальное корейское блюдо — острая смесь из пекинской капусты, редьки, зеленого лука, чеснока, имбиря, красного перца и чоткала — соленого соуса из ферментированных анчоусов, креветок или рыбы. Это, пожалуй, самый распространенный рецепт, но вообще у кимчи множество вариаций. Главное — способ приготовления. Ведь Южная Корея — страна с теплым влажным климатом, а ферментация позволяет сохранять продукты. Кимчи могут «выдерживать» и несколько дней, и больше года: этот вариант — мугынчи — для гурманов.

Южнокорейцы едят кимчи в любое время — утром, в обед, вечером. При всей жгучести оно считается диетическим продуктом с массой полезных свойств: снижает уровень холестерина, имеет антиканцерогенное действие, хорошо влияет на кожу и даже улучшает настроение. К слову, питание и лечение в представлении жителей Южной Кореи — неразрывные понятия: в случае болезни сначала ее надо ослабить пищей, а потом побороть лекарствами.

Южнокорейский стол — это обычно отварной рис, суп и несколько панчхан — закусок к рису, чаще всего овощных салатов. Обязательный



ингредиент – острые приправы: твенджан (соевая паста), канчжан (соевый соус) или кочхуджан (паста из красного перца – его, к слову, завезли в страну из Южной Америки португальцы в XVI веке).

В рационе южнокорейцев есть супы, лапша, каши. Так, например, чук (каша) прежде предназначался людям с ослабленным пищеварением, в том числе старикам. Но со временем его стали готовить из разных круп с добавлением овощей, и это многим понравилось настолько, что начали даже открываться кафе, специализирующиеся на чуке.

Как и китайцы, южнокорейцы любят свинину, как и японцы, едят много рыбы. А еще одно национальное корейское блюдо – пибимпап – содержит говядину вперемешку с рисом, овощами и яичницей. Считается, что присутствие пибимпапа в рационе способствует профилактике заболеваний. Как тонизирующее средство в летнюю жару в Южной Корее употребляют посинтан – суп-кашу с собачьим мясом. Но это скорее дань традициям, которые молодежь в большинстве своем не поддерживает.

Меж тем южнокорейцы, заботясь о здоровом питании, не прочь выпить. Самый популярный у них алкоголь – макколи (рисовая брага крепостью 6–7 градусов) и соджу (корейская водка, 20–30 градусов). К тому же жители Южной Кореи – кофеманы. Страна занимает 7-е место в мире по импорту кофе. Житель Южной Кореи в среднем выпивает 438 чашек кофе в год.

При таком питании в Южной Корее доля людей с избыточным весом составляет 31,5 % – это один из самых низких показателей среди стран ОЭСР (меньше только в Японии – 24,1 %). На результат, вероятно, влияет и озбоченность южнокорейцев тем, чтобы быть стройными, привлекательными и, по идее, здоровыми. В стране это явление получило название – lookism (от английского look – вид, внешность). Его критикуют как навязывание стандартов красоты, но, получается, и оно работает на долголетие.

www.kommersant.ru

фотом: surfingbird.ru

- ОПЫТ КОЛЛЕГ -

Направления и результаты работы по снижению заболеваемости туберкулезом в среде коренных малочисленных народов Камчатского края

Начиная с каменного века Камчатка была заселена коряками, айнами и ительменами. В середине XIX века началось заселение полуострова эвенгами. Редкое население занималось в основном охотой и рыболовством.

С начала освоения в XVII веке Сибири и Дальнего Востока одними из первых в 1697 году сюда добрались казаки экспедиции В.В. Атласова. Постоянное русское население появилось на полуострове в 30-х годах XVIII столетия и вследствие своей немногочисленности в значительной степени смешалось с аборигенами. К началу XX века на Камчатке насчитывалось около 3500 человек местного русско-ительменского населения, которое представляло одну этнографическую группу камчадалов с общими чертами культуры и быта и русским языком общения.

В октябре 1740 года в Авачинскую губу прибыли пакетботы «Святой Павел» и «Святой Петр» 2-й Камчатской экспедиции под руководством Витуса Беринга. Экспедицией был основан Петропавловский острог, впоследствии ставший городом Петропавловском-Камчатским.

В настоящее время население Камчатского края составляет 316 328 человек, из них русских и украинцев 83 %, коряков, эвенов, ительменов, чукчей, алеутов, айнов и др. – 13 % от общего числа населения. Плотность населения – 0,7 человека на 1 кв. км, что в 13 раз ниже, чем в целом по России.

Местные природные условия в значительной мере определили хозяйственную деятельность, быт и культуру коренного населения. Хозяйство у коренного населения комплексное: рыболовство, охота, в том числе на морского зверя, оленеводство и собирательство, т.к. ни одна из этих отраслей в отдельности не может полностью обеспечить жизненные потребности.

Экономический спад, субсидирование региона по «остаточному принципу», невостребованность привели к росту алкоголизма среди местного населения. Отсутствие медицинской профилактики, асоциальный образ жизни провоцируют не только развитие социальных проблем в регионе, но и постоянный рост заболеваемости туберкулезом.

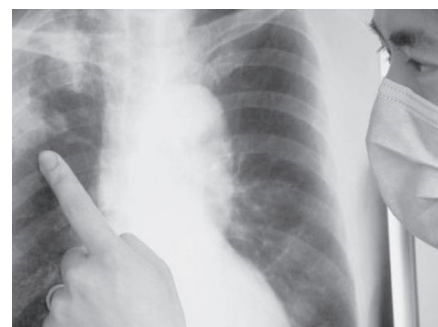
Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди представителей малочисленных народов севера остается сложной по сей день. В процентном соотношении по сравнению с русским населением показатели туберкулеза остаются высокими, чаще наблюдаются осложнения и хуже эффективность лечения и прогноз заболевания. В частности, это связано с условиями и образом жизни, что приводит к нерегулярному, периодическому лечению заболевания и возникновению вторичных форм. Условия проживания местных крайне неблагоприятны. В небольших квартирах и домах проживают вместе дети и другие родственники больных туберкулезом, находящихся на лечении в амбулаторных условиях.

Так, в 2013 наблюдалось увеличение количества случаев заболевания активными формами туберкулеза. Наиболее сильный рост зафиксирован в Корякском округе, в том числе в Тигильском, Пенжинском и Олюторском районах.

Среди малочисленных народов севера Камчатки присутствуют не только классические формы инфильтративного туберкулеза, но и много других различных форм. Встречаются формы туберкулеза легких, имитирующие нижне-, среднедолевые пневмонии.

Особенностями клинического проявления с различными осложнениями туберкулеза легких у представителей коренных народов Камчатки являются деструктивные формы туберкулеза с легочным кровотечением и преобладанием лимфогематогенной диссеминации и характерными частыми рецидивами, что в большинстве случаев приводит к формированию казеозно-некротической пневмонии и образованию каверн.

Рентгенологическими характеристиками является то, что очаги диссеминации располагаются преимущественно по ходу бронхов и сосудов. Некоторые из очагов находятся непосредственно в стенках бронхов с поражением кровеносных сосудов, разрушая специфическим воспалительным процессом их анатомическую структуру – стенку, с формированием



- ОПЫТ КОЛЛЕГ -

каверны, тем самым способствуя развитию легочного кровотечения. Кроме этого особенностью деструктивных форм туберкулеза является развитие эмпиемы плевры.

Для лечения различных форм туберкулеза осуществляется комплекс мер по профилактике и нераспространению, контроль за проведением дезинфекционных мероприятий в очагах туберкулеза на Камчатке. Администрация края оснащает центральные районные больницы современными дезинфекционными камерами.

Совершаются ежегодные профилактические, диагностические выезды фтизиатрических бригад врачей-специалистов по районам Камчатского края с использованием цифрового мобильного флюорографа. Совершаются обходы по домам местного населения краевыми специалистами-фтизиатрами.

В 2010 году в поселке Палана (Корякский округ) состоялось открытие нового противотуберкулезного диспансера. Его строительство началось в 2002 году в рамках Федеральной целевой программы «Экономическое и социальное развитие Дальнего Востока и Забайкалья на период до 2013 года». Больничный комплекс рассчитан на 60 коек, общая площадь составляет 7,4 тыс. кв.м.

С 2015 года на Камчатке с целью снижения заболеваемости туберкулезом была значительно активизирована работа кабинетов флюорографии. На 40 % увеличилось число флюорографических осмотров взрослого населения, на 19,1 % – подростков в возрасте 15–17 лет, на 2,9 % выросло число лиц, которым была проведена туберкулинодиагностика. Эти мероприятия были предусмотрены планом по снижению в регионе смертности от туберкулеза на период 2014–2016 гг.

В 2015 году проведены профилактические осмотры в 5 муниципальных районах, врачи осмотрели более 2 тыс. человек. В крае проводят высокотехнологичные операции по торакальной хирургии. За минувший

год в краевом противотуберкулезном диспансере было проведено более 50 операций, способствовавших выздоровлению пациентов. На обеспечение больных туберкулезом высокоэффективными лекарственными препаратами из средств бюджета края ежегодно дополнительно выделяется более 60 млн рублей.

Кроме того, в крае идет активная санитарно-просветительная работа, в том числе с помощью СМИ. Населению рассказывают об опасности и последствиях заражения туберкулезом, о мерах личной и общественной профилактики этой инфекции. Специалисты участвуют в «Ярмарках здоровья», организуют тематические акции «Белая ромашка». Повышается и квалификация специалистов: ежегодно в крае проводятся научно-практические конференции для врачей общей лечебной сети и фтизиатров края, в том числе с участием ведущих специалистов РФ, Сибири и Дальнего Востока.

В результате проделанной работы в 2015 году в Камчатском крае было отмечено снижение заболеваемости туберкулезом на 1,7 % по сравнению с предыдущим годом. Особенно заметна положительная динамика среди детей – заболеваемость уменьшилась в 2 раза, впервые за несколько лет этот показатель опустился ниже среднероссийского уровня.

В Камчатском крае продолжается планомерная работа, направленная на дальнейшее совершенствование системы выявления, профилактики, лечения и снижения уровня заболеваемости туберкулезом среди представителей коренных народов Камчатки.

А.В. Бондаренко,

заведующий отделением лучевой диагностики

ГБУЗ КК «Петропавловск-Камчатская городская больница № 2»

В.П. Янчук,

доцент кафедры лучевой и функциональной диагностики

КГБОУ ДПО ИПКЗ

- В МИРЕ НАУКИ -

Объявлены лауреаты Нобелевской премии по медицине 2017 года

В 2017 году лауреатами ежегодной Нобелевской премии по медицине стала группа американских исследователей: Джеффри Холл, Майкл Росбаш и Майкл Юнг. Премия с формулировкой «за открытие молекулярных механизмов, контролирующих циркадный ритм» была вручена за открытие гена, отвечающего за суточные биологические ритмы.

Лауреаты 2017 года награждены за то, что объяснили механизм работы биологических ритмов и выяснили, как живые существа их адап-

тируют. Используя в своем проекте фруктовых мушек, американские исследователи изолировали ген, который контролирует нормальный ежедневный биологический ритм, и доказали, что этот ген кодирует белок, который накапливается в клетке в течение ночи, а затем деградирует в течение дня. Впоследствии они идентифицировали дополнительные белковые компоненты, участвующие в механизме самоподдержания биологических ритмов.

Циркадные ритмы (биологические часы) приспособливают физиологические процессы организма к различным фазам дня, регулируя уровень гормонов, сон, температуру тела, обмен веществ.

С 1901 года лауреата премии по медицине и физиологии, согласно завещанию Альфреда Нобеля, выбирает Каролинский институт в Стокгольме. В 2016 году премию по медицине вручили профессору Токийского университета Йошинори Осуме за открытие механизмов аутофагии («переваривания» клеткой собственных ненужных компонентов), а в 2015 году – ирландцу Вильяму Кэмбеллу, японцу Сатоси Омуре и китайке Юю Ту – за открытия в области лечения паразитарных заболеваний и малярии.



www.vademec.ru

фотом: www.ideologs.com

Разрабатывается новый метод борьбы с онкологическими заболеваниями

Когда в 2016 году Нобелевскую премию по химии присудили за создание молекулярных машин, многие в научном мире посчитали это изобретение своего рода «игрушкой для ума», не имеющей в настоящее время практической ценности из-за сложности процессов создания, высоких затрат и неясных перспектив применения.

Однако в сентябре 2017 года стало известно, что группа исследователей из Даремского университета (Великобритания), университета Райса и университета Северной Каролины (США) разработала новый тип молекулярных машин, способных уничтожать раковые клетки, высверливая сквозные отверстия в их клеточных мембранах.

Процесс сверления происходит под воздействием ультрафиолетового излучения с помощью частей молекул, вращающихся со скоростью 2–3 миллиона оборотов в секунду. Молекулярная машина может быть введена в организм пациента любым из доступных способов. После попадания в кровотока эти молекулы за счет их особых химических свойств обнаруживают раковые клетки и закрепляются на их поверхности. Поданное извне ультрафиолетовое излучение активирует «бур» молекулярной машины, и в клеточной мембране раковой клетки появляется сквозное отверстие, что приводит к ее гибели.

По сравнению с другими существующими методами борьбы с раком, новый метод можно считать неинвазивным. Он работает гораздо быстрее и не имеет отрицательных побочных эффектов, которые свойственны методам химио- и радиотерапии.

В последнее время все чаще регистрируются случаи появления раковых образований, стойких к препаратам, используемым в химиотерапии. Однако клетки таких новообразований беззащитны перед молекулярными наномашинками, что может сделать их идеальным средством борьбы с любыми видами рака.

Справка:

Молекулярная машина – отдельная молекула или молекулярный комплекс, которая способна осуществлять квазимеханические движения, направленные на совершение полезной работы. Такой термин обычно применяется к молекулам, которые в той или иной мере имитируют работу макромашин. Название широко распространено в нанотехнологии, где и был предложен целый ряд сложных молекулярных машин.

В общем случае молекулярные машины можно разделить на две большие категории: искусственные и биологические.

«Российская газета»
№ 199 (7365) от 6 сентября 2017 г.,
www.dailytechinfo.org

Новый терапевтический подход к лечению рака пройдет доклинические испытания уже до конца 2018 года



Томские ученые совместно с зарубежными коллегами разрабатывают принципиально новый подход к лечению онкологических заболеваний. Он заключается в том, чтобы «научить» клетки микроокружения опухоли препятствовать ее росту и метастазированию.

Исследованиями занимаются ученые Томского государственного университета (ТГУ), Томского национального исследовательского медицинского центра, Гейдельбергского университета и Латвийского

биомедицинского исследовательского центра, сообщает пресс-служба ТГУ.

Как пояснила зав. лабораторией молекулярной онкологии и иммунологии НИИ онкологии Томского НИМЦ, ведущий научный сотрудник лаборатории трансляционной клеточной и молекулярной биомедицины ТГУ Надежда Чердынцева, стандартная терапия рака направлена на уничтожение злокачественных клеток. Однако такая терапия зачастую не приводит к регрессии опухоли и прекращению метастазирования, а это, в свою очередь, влечет за собой неблагоприятный исход для пациента.

Поэтому исследователи пошли по другому пути, изучая возможности воздействия на микроокружение опухолевых клеток, которое может способствовать либо препятствовать прогрессии злокачественного новообразования.

По словам Надежды Чердынцевой, одними из ключевых элементов регуляции микроокружения опухоли являются макрофаги. «Опухолевые клетки способны программировать их на взаимодействие, в таком случае макрофаги «работают» на поддержание прогрессии опухоли. Однако потенциально эти клетки обладают всеми необходимыми функциями, чтобы препятствовать росту новообразования и его способности к метастазированию», – отметила эксперт.

И сейчас ученые работают над поиском методов воздействия на них. В частности, хитиназо-подобный белок подавляет способность макрофагов помогать опухоли расти. Доставлять его в нужную зону планируется с помощью инактивированного альфа-вируса.

Ожидается, что новый терапевтический подход будет разработан и пройдет доклинические испытания до конца 2018 года. Новая методика лечения онкологических заболеваний может быть использована как самостоятельно, так и в комбинации с химиотерапией.

www.sibmeda.ru

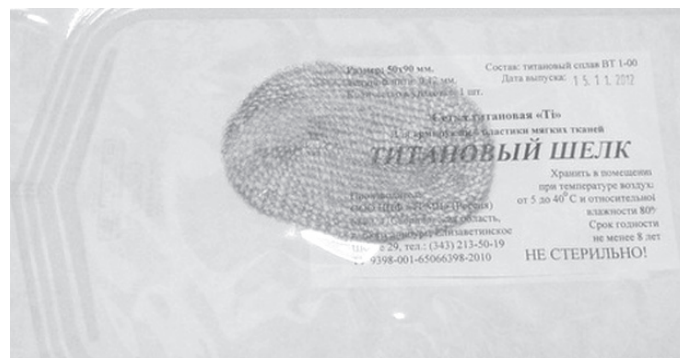
Российские ученые создали универсальный имплантат для восстановления тканей человеческого организма

Российские ученые изобрели титановый шелк – эластичную сетку из титана, которая оказалась идеальным имплантатом, применимым почти в любой области медицины. Она уже используется для оперирования паховых грыж, успешно опробована в гинекологии, челюстно-лицевой хирургии и травматологии. Изучение свойств продукта и клиническая практика показали, что его возможности почти безграничны.

Эластичные титановые имплантаты – разработка Центральной клинической больницы РАН. Они были созданы в качестве альтернативы полипропиленовой сетке, которая применяется при оперировании грыж. Сейчас в хирургии используется огромное количество синтетических эндопротезов для грыжесечения. Однако срок их службы в организме ограничен. Постепенная деградация материала провоцирует воспаление, которое приводит к отдаленным осложнениям. Чтобы решить эту проблему, ученые разработали группу эндопротезов из инертного материала – титана.

«Хирургический титановый шовный материал "Титанелл" может быть использован при оперативных вмешательствах в различных областях хирургии – абдоминальной, стоматологической, ортопедической», – говорит зам. главного врача по научной работе ЦКБ РАН, д.м.н. Александр Алехин.

Кроме того, из титановой нити научились изготавливать имплантаты – как тонкие, так и весьма объемные. Титановый шелк – это сетка, связанная из сверхтонкой (диаметром 30–38 мкм) титановой нити. Технология вязания



позволяет в 2–3 раза облегчить имплантаты, сделать их значительно эластичнее, а также придать им новые эргономические свойства.

«ЦКБ РАН провела доклинические и клинические испытания титанового шелка и уже зарегистрировала его для продвижения в практическое здравоохранение. Управляя параметрами титановой нити, мы можем производить имплантаты для пластики мягких тканей, костей, шовный материал. Новый имплантат превосшел по качеству своего предшественника», – рассказал Александр Алехин.

www.medvestnik.ru

- МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО -

Подписан протокол о намерениях сотрудничества в области медицины

Подписание документа между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством здравоохранения и благосостояния Республики Корея прошло в Тихоокеанском государственном университете 6 сентября 2017 года. Протокол подписан в целях развития и укрепления связей между организациями, участвующими в подготовке и повышении квалификации медицинских кадров.

Выступая по итогам подписания, Вероника Скворцова отметила готовность российской стороны к дальнейшему взаимодействию с южнокорейскими партнерами, в частности в сфере информатизации здравоохранения, учитывая уровень развития электронной промышленности Республики Корея.

Напомним, что сотрудничество двух стран в сфере здравоохранения имеет продолжительную историю.

Основой договорно-правовой базы российско-корейского взаимодействия служит Меморандум о взаимопонимании между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством здравоохранения и благосостояния Республики Корея от 13 ноября 2013 года (г. Сеул, Корея), а также трехсторонний Меморандум между Минздравом России,

Минвостокразвития России и Минздравом Кореи, подписанный 2 сентября 2016 года в г. Владивостоке.

Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России является наиболее активным российским медвузом, осуществляющим сотрудничество с южнокорейскими медицинскими образовательными организациями.

Среди основных направлений сотрудничества можно выделить: обмен преподавателями, учеными и студентами, научной информацией и публикациями; проведение совместной научно-исследовательской деятельности, а также конференций и семинаров.

www.rosminzdrav.ru

Центр превентивной медицины в Хабаровске откроют на базе Дорожной больницы

Российско-японский центр превентивной медицины и диагностики создадут на базе Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД» в Хабаровске. Как сообщает пресс-служба Минвостокразвития, меморандум о сотрудничестве заключили Агентство Дальнего Востока по привлечению инвестиций и поддержке экспорта, Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии, Центральная дирекция здравоохранения ОАО «РЖД».

В рамках реализации проекта запланирована реконструкция одного из корпусов хабаровской Дорожной клинической больницы, а медперсонал Центра пройдет обучение у японских специалистов. Японская сторона также обеспечит постоянную научно-методическую и образовательную поддержку.

Напомним, в декабре прошлого года стороны договорились продвигать превентивную медицину на Дальнем Востоке России, в частности в Хабаровске. Создание на базе Дорожной клинической больницы медицинского центра станет первым шагом к реализации договоренностей.

Как ранее рассказывали ИА «Хабаровский край сегодня» в ДВЖД, планируется построить три блока: диагностический, профилактический и реабилитационный. Появится также центр телемедицины для проведения дистанционных консультаций и видеоконсилиумов с японскими врачами.

www.todaykhv.ru

ВЦИОМ: почти 40 % россиян не употребляют алкоголь

В 2009 году четверть опрошенных ВЦИОМ россиян заявляли, что не употребляют спиртные напитки, а в текущем году – уже 39 % (среди женщин и 18–24-летних – по 47 %).

Время от времени выпивают 59 % граждан, однако в подавляющем большинстве случаев – не чаще нескольких раз в месяц. В целом по выборке два-три раза в месяц употребляют алкогольные напитки 16 % респондентов, среди мужчин – 23 % (11 % среди женщин). При этом выше всего эта доля среди 25–34-летних и 35–44-летних.

Лишь 4 % потребителей спиртного признались, что стали пить больше.

Социологи выяснили, что абсолютное большинство россиян (80 %) уверены в негативном влиянии всех видов алкоголя. С этим согласна и большая часть тех, кто пьет спиртное, – 65 %. В существование безвредного для организма алкоголя верят лишь 15 % опрошенных. Такими напитками они считают вино, пиво и коньяк.

www.vedomosti.ru

Минздрав готов к борьбе с гриппом в сезоне 2017–2018

По сообщению заместителя министра здравоохранения РФ Сергея Краевого, Минздрав готов к предупреждению эпидемий гриппа. В этом сезоне планируется использовать отечественные вакцины, в которые будут включены антигены трех штаммов.

«С поставщиком вакцин компанией "Нацимбио" уже заключены все контракты, и первые партии уже пошли в регионы», – сказал Сергей Краевой.

По прогнозам ВОЗ, в сезон 2017–2018 на территории России будут циркулировать 3 штамма – вирус гриппа группы В (Брисбен), вирус группы А – H2N3 (гонконгский) и H1N1 (Мичиган, или свиной).

В этом году планируется выйти на 90 % общего охвата населения вакцинацией от гриппа: 70 % населения из групп риска (дети, лица преклонного возраста, с метаболическими нарушениями, ССЗ, эндокринными заболеваниями, беременные) и до 100 % лиц из профессиональных групп (врачи, воспитатели, учителя и т.д.).

Почти 20 млн доз вакцины «Совигрипп» уже поступили в государственные медучреждения для бесплатной сезонной иммунизации от гриппа и ОРВИ.

www.medvestnik.ru

Минтруд: с 1 января 2018 года медработники получают повышение зарплат

В бюджете предусмотрены все необходимые средства для того, чтобы обеспечить выполнение майских указов в части повышения зарплат медицинским работникам.

Бюджет РФ до 2020 года предусматривает выделение средств на исполнение майских указов президента в части повышения зарплат бюджетников, заявил министр труда и соцзащиты Максим Топилин. «Проектом бюджета предусмотрены все необходимые средства для того, чтобы обеспечить выполнение майских указов работникам бюджетного сектора: это

врачи, учителя, средний медперсонал, младший медперсонал, социальные работники, работники науки, культуры», – сказал Топилин.

В 2018 году будут безусловно обеспечены зарплаты врачей в размере 200 % от средней по региону, среднего медицинского персонала – 100 %.

Согласно проекту Бюджета РФ, расходы на здравоохранение в следующем году составят 438,3 млрд рублей – на 15 % больше, чем в 2017-м.

www.zdrav.ru

Средняя продолжительность жизни россиян впервые достигла 72,5 лет

Впервые в истории средняя продолжительность жизни россиян достигла 72,5 лет, сообщила глава Минздрава РФ Вероника Скворцова.

«Согласно данным Росстата за семь месяцев текущего года, продолжительность жизни россиян увеличилась на 0,63 года, впервые в нашей истории достигнув 72,5 лет», – приводит пресс-служба Минздрава слова Скворцовой.

В пресс-релизе уточняется, что у мужчин продолжительность жизни увеличилась на год – с 66,5 до 67,5 лет, а у женщин составила 77,4 лет.

Скворцова напомнила, что за семь месяцев текущего года в стране умерло на 23,7 тыс. человек меньше, чем за аналогичный период прошлого

года. «Смертность населения снизилась на 2,3 % и составила 12,7 на 1000 населения (за семь месяцев 2016 года – 13,0 на 1000 человек)», – отмечает Скворцова.

Что касается младенческой смертности, то она за семь месяцев снизилась на 11,7 % и составляет 5,3 на 1 тыс. родившихся живыми. «При этом более чем в половине регионов (в 43 из 85 субъектов Российской Федерации) этот показатель уже ниже 5, что соответствует лучшим мировым результатам», – отмечает глава ведомства.

Кроме этого, по словам Скворцовой, смертность населения трудоспособного возраста снизилась на 8,5 %.

www.interfax.ru

Медики помогут хабаровчанам сохранить семью

В Хабаровске в октябре начнет работу проект «Школа молодой семьи». По информации городского управления здравоохранения, специально приглашенные специалисты медицинских центров помогут хабаровчанам сохранить семейные ценности, прочтут лекции и дадут советы по укреплению здоровья.



– Школа откроется 18 октября, занятия будут проходить по средам – с 19.00 до 20.00, бесплатно. Темы каждый раз разные. Ходить еженедельно необязательно, пара может выбрать и какую-то одну заинтересовавшую ее тему. Их будет много, так как «Школа молодой семьи» продолжит работать до конца текущего года. А если участники выразят желание, то продлит свою деятельность и в следующем, – сообщила заведующая отделом планирования, мониторинга и информационного обеспечения управления здравоохранения администрации г. Хабаровска Елена Орлова.

Новый проект укрепления здоровья семьи и повышения медицинской грамотности будет проходить в Хабаровском городском ресурсном центре некоммерческих организаций. Как только темы утвердят, узнать расписание занятий можно будет на сайте zdorovyyhabarovsk.rf

www.todaykhv.ru

фото: footage.framepool.com

Опубликован проект порядка оказания телемедицинской помощи

18 сентября Национальная телемедицинская ассоциация (НТМА) подготовила и направила в Минздрав проект порядка оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Документ призван конкретизировать положения закона о телемедицине, который вступит в силу 1 января 2018 года.

Проект документа описывает порядок работы телемедицинских операторов – организаций, занимающихся оказанием медицинских услуг, а также устанавливает гарантии прав пациента и инструменты правовой защиты врача. Согласно порядку, медпомощь с применением телемедицинских технологий может оказываться как по программе госгарантий, так и в качестве платной услуги. Однако телемедицина – это не самостоятельный вид или форма медпомощи, а только технологический способ дистанционного взаимодействия.

Главное условие для назначения и коррекция лечения – первичный очный прием. Обязанности и ответственность участников процесса оказания дистанционных медицинских услуг четко разграничены: клиника оказывает медицинские услуги и отвечает за их качество, а различные сервисы и платформы – «операторы иных информационных систем» – отвечают только «за качество услуг по приему и передаче информации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

Документ направлен в Минздрав.

www.vademec.ru

- ПРАВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ -

Федеральный закон от 29 июля 2017 г. № 256-ФЗ «О внесении изменений в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации»

*Дата подписания 29 июля 2017 г.
Опубликован 2 августа 2017 г.
Вступает в силу 1 октября 2017 г.*

Принят Государственной Думой 20 июля 2017 г.
Одобен Советом Федерации 25 июля 2017 г.

Статья 1

Внести в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 1, ст. 3; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 27, ст. 2878; 2013, № 23, ст. 2883) изменения, дополнив ее частями восьмой – одиннадцатой следующего содержания:

«Должности руководителей, заместителей руководителей медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации или органам местного самоуправления, руководителей филиалов медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, замещаются лицами в возрасте не старше шестидесяти пяти лет независимо от срока действия трудовых договоров. Лица, занимающие указанные должности и достигшие возраста шестидесяти пяти лет, переводятся с их письменного согласия на иные должности, соответствующие их квалификации.

Учредитель имеет право продлить срок пребывания в должности работника, занимающего должность руководителя медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации или органу местного самоуправления, до достижения им возраста семидесяти лет по представлению общего собрания (конференции) работников указанной медицинской организации.

Руководитель медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации или органу местного самоуправления, имеет право продлить срок пребывания в должности работника, занимающего должность заместителя руководителя указанной медицинской организации или должность руководителя филиала медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, до достижения им возраста семидесяти лет в порядке, установленном уставом медицинской организации.

Помимо оснований, предусмотренных настоящим Кодексом и иными федеральными законами, основанием прекращения трудового договора с руководителем, заместителем руководителя медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации или органу местного самоуправления, руководителем филиала медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, является достижение предельного возраста для замещения соответствующей должности в соответствии с настоящей статьей».

Статья 2

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 октября 2017 года.
2. Трудовые договоры, заключенные с руководителями, заместителями руководителей медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации или органам местного самоуправления, руководителями филиалов медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, которые достигли возраста шестидесяти пяти лет на день вступления в силу настоящего Федерального закона

закона или достигнут возраста шестидесяти пяти лет в течение трех лет со дня вступления в силу настоящего Федерального закона, сохраняют действие до истечения сроков, предусмотренных этими трудовыми договорами, но не более трех лет со дня вступления в силу настоящего Федерального закона.

Президент Российской Федерации В. Путин

Ошибка, но не халатность!

Есть разные толкования понятия «врачебная ошибка». Нередко ошибкой называют ненадлежащее исполнение медработником своих обязанностей, что попадает под действие Уголовного кодекса. Как отличить ошибку от халатности, рассказал доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. А.И. Евдокимова, к.м.н. Иван Олегович Печерей.



Юридического определения понятия «врачебная ошибка» не существует. При этом в медицинской литературе представлены десятки вариантов определений. Пожалуй, самое классическое дано в 1946 году патологоанатомом И.В. Давыдовским (академик АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат Ленинской премии, вице-президент АМН СССР). Врачебная ошибка, по Давыдовскому, – это «следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей».

То есть врачебная ошибка исключает умышленность преступных действий, а также халатность или непрофессионализм.

Врач, должным образом оказывая медицинскую помощь, принял неверное решение, основываясь на тех данных, которые были им получены. Ошибка в интерпретации была допущена не в силу незнания, а из-за того, что болезнь имела особенное течение (казуистические случаи), либо данные исследования были не совсем объективными, но в этом не было вины самого врача.

Опираясь на данное определение, можно сделать вывод: врачебная ошибка не подразумевает вину медицинского работника.

В то же время сегодня часто под врачебной ошибкой понимаются именно виновные действия, т.е. халатность, ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей. И здесь для медработников и медицинских организаций возникают большие риски оказаться виновными и понести наказание. Проигранное дело в рамках гражданского процесса для организаций означает, как правило, выплату пострадавшей стороне компенсации за причиненный вред. Для медиков риск более серьезен – вероятность привлечения к уголовной ответственности.

Верные вопросы

Ни одно дело о врачебной ошибке не обходится без судебно-медицинской экспертизы. Она назначается в тех случаях, когда есть основания предполагать, что негативные последствия, проявившиеся у пациента, были причинены неправильными действиями медработников либо медицинской организацией при оказании медицинской помощи.

При назначении судебно-медицинской экспертизы перед экспертом ставятся вопросы. От того, как они будут сформулированы, зависит многое в исходе дела.

В моей практике был случай, когда девушка 25 лет внезапно скончалась. Она болела ОРВИ, состояние ухудшалось, пациентка была госпитализирована и умерла в больнице. Родители обвиняли бригаду скорой помощи и персонал больницы в несвоевременной госпитализации и в неверном лечении. При этом причина смерти пациентки не была установлена. Были проведены две судебно-медицинские экспертизы, ни одна не дала ответ на вопрос о причине смерти. По всей видимости, пациентка умерла от сепсиса, но в процессе экспертиз анализы и исследование на выявление сепсиса не проводились.

В итоге в отношении медработников не было возбуждено уголовное дело, но больницу все же обязали выплатить компенсацию в несколько миллионов рублей родителям умершей.

Часто со стороны медицинской организации отсутствует системное понимание, какие вопросы нужно ставить перед экспертом. Например, защищая доктора, которого обвиняли в неверной установке имплантов, приведшей к повреждению тройничного нерва у пациентки, мы сформулировали ряд вопросов для судебно-медицинского эксперта. Просили указать, в каких стандартах медицинской помощи или литературных источниках содержатся указания по технике установки имплантов. Таких источников не было, были только национальные клинические рекомендации, которые рекомендованы к исполнению, но не обязательны, а значит, правовым источником и эталоном не являются.

Здесь следует пояснить, что на эталон в лечении пациентов должен опираться как врач, так и судебно-медицинский эксперт, оценивающий результаты лечения. Эталонами могут служить стандарты медицинской помощи (при этом основная функция стандартов медпомощи – расчет стоимости лечения, но никак не оценочный критерий). Поскольку результаты экспертизы были построены на информации из клинических рекомендаций, не являющихся эталоном, мы оспорили ее результаты, заявив, что экспертиза была проведена ненадлежащим образом.

Условия вины

Судебно-медицинская экспертиза проводится для того, чтобы установить условия вины медицинской организации и врача, наличие причинно-следственной связи между действием медработника и наступившими негативными последствиями. Например, хирург при операции забывает в операционной полости инструменты либо салфетку. Пациента благополучно выписывают, а через какое-то время он умирает. Тут важно определить причинно-следственные связи: если пациент с инородным телом в животе умирает от острого нарушения мозгового кровообращения, причинно-следственная связь, скорее всего, не будет установлена, а значит,

и о вине медицинского работника и организации говорить не приходится. А если у пациента случился перитонит, связь между ошибкой и негативными последствиями налицо.

Несколько лет назад на одной из шахт произошла авария, несколько пострадавших в крайне тяжелом состоянии были доставлены в районную больницу, где впоследствии скончались. В этот момент в городе случилась техногенная катастрофа, прекратилась подача электричества. Собственный генератор в больнице не смогли завести, соответственно, не работали аппараты ИВЛ.

На судебно-медицинской экспертизе был поставлен вопрос: умерли пациенты в результате отсутствия ИВЛ или по другим причинам? Эксперты вынесли заключение, что вне зависимости от того, работал аппарат ИВЛ или нет, к смерти привели травмы, не совместимые с жизнью.

Условий для наступления юридической ответственности должно быть четыре: факт причинения вреда здоровью пациента, неправомерность действий персонала медицинской организации, прямая причинная связь между ними, вина персонала медицинской организации.

Если хотя бы одного из четырех условий вины нет, говорить, что во врачебной ошибке виноваты врачи или медорганизация, нельзя. Но это в теории. На практике мне встречались дела, когда, несмотря на отсутствие

причинно-следственной связи и прямое указание Верховного суда РФ на то, что отсутствие такой связи не делает причинителя вреда виновным, суды выносили решения против медицинских организаций и медработников. Стоит иметь в виду, что подобные прецеденты возможны.

Любое обращение в суд – это трата нервов и времени как для врача, так и для потерпевшего, именно поэтому я всегда советую договариваться с пациентом на досудебном этапе. Если же пострадавший все же планирует обратиться в суд, важно проинформировать его, что рассмотрение врачебных дел длится, как правило, долго. Это связано с длительным сроком проведения экспертизы. Стоит задать вопрос пострадавшему: готов он ждать и тратить свои нервы и время на все эти заседания, подставляя других пациентов, которые недополучат помощь, потому что врач будет ходить на слушания в суде? Беседа в таком ключе часто помогает пойти на мировую в досудебном порядке.

www.medvestnik.ru

29 октября – Всемирный день борьбы с инсультом

Инсульт – это внезапное нарушение кровообращения мозга, закупорка или разрыв какого-либо сосуда головного мозга. При закупорке сосудов возникает ишемический инсульт, при разрыве – геморрагический. Его принято считать самым распространенным заболеванием головного мозга у взрослого населения. Причем с возрастом риск возникновения инсульта значительно возрастает. По статистике, в год инсульт поражает 0,1–0,4 % населения в зависимости от страны проживания. Инсульт является лидером среди причин инвалидности человека и занимает 3-е место среди причин смертности населения.

Научные исследования доказали, что раньше инсульт поражает мужчин, но и женская половина человечества немало страдает от этого заболевания. Поэтому каждому нужно обязательно знать первые признаки инсульта, чтобы своевременно оказать помощь больному человеку, ведь промедление в этом случае недопустимо.

Еще до активного развития инсульта у больного могут появляться признаки переходящего нарушения кровообращения мозга.

Предвестники инсульта:

- человек ощущает внезапную и ничем не объяснимую головную боль. Она появляется не из-за стресса или каких-то иных объяснимых причин;
- появляется головокружение, теряется координация движений или равновесие;
- может онеметь какая-то часть тела: язык, лицо, рука или нога, туловище. Такое явление присутствует на одной стороне тела – на правой или на левой, и сопровождается слабостью;
- неожиданно ухудшается зрение. Больному становится плохо видеть, как одним, так и двумя глазами;
- нарушаются сознание и ориентация в окружающей обстановке;
- может быть расстройство речи.

Вышеописанные ощущения появляются резко и пропадают через несколько минут или часов. И если такие атаки повторяются регулярно, то у человека за год развивается инсульт разной степени тяжести. Не нужно ждать, что всё скоро закончится, следует сразу же вызвать «скорую помощь».

До приезда бригады «скорой помощи» нужно сделать следующее:

– успокоить больного и уложить его в постель. Желательно, чтобы он повернул голову набок. Если человек возбужден, постоянно уговаривайте его, чтобы он успокоился. До приезда медиков его нельзя перемещать в другое место;

– на голову пострадавшего от инсульта положить намоченное в холодной воде полотенце. Подойдет и пакет со льдом или любые замороженные продукты;

– измерить артериальное давление. Если оно высокое, нужно дать больному препарат, который понижает давление, но препарат должен быть тем, который обычно принимает больной;

– создать доступ свежего воздуха в помещение. Нужно сразу же убрать больного из душного, особенно накуренного помещения. Обязательно откройте окна, расстегните стесняющую дыхание одежду – нужно как можно больше воздуха.

Чтобы проверить, что это признаки инсульта, можно провести несложный тест: попросите улыбнуться; если половина лица остается неподвижной – это инсульт. Попросите удержать руки поднятыми вверх, при слабости мышц это не удастся сделать. Попросите повторить простую фразу, если вслед за вами повторить не удастся, значит, есть проблемы с артикуляцией, и это острый приступ нарушения кровообращения. Попросите высунуть язык – его кончик отклоняется в сторону очага в головном мозге, если есть инсульт. Если такие симптомы возникают – это ишемический инсульт, симптомы которого однозначны и позволяют предположить нарушение кровообращения мозга. Чем раньше будет оказана экстренная

медицинская помощь, тем более благоприятным будет прогноз столь тяжелого заболевания. *Оптимально обратиться за помощью в течение 2–3-х часов после начала приступа.*

Отличие инсульта и его причин у женщин от инсульта у мужчин

Женщин инсульт поражает в основном после 60 лет, у мужчин же риск появляется уже после 40 лет. Ранее считалось, что инсульт – удел пожилых людей, и женщин инсульт поражает реже, чем мужчин, а также что после 60 лет риск одинаков как у мужчин, так и у женщин. Однако в возрасте 18–40 лет у женщин инсульт стал происходить чаще, чем у мужчин. У беременных тоже выше вероятность инсульта. Молодые женщины зачастую игнорируют симптомы преходящей ишемии. Женщины переносят инсульт тяжелее, чем мужчины. Смертность у женщин от инсульта выше, чем у мужчин. Меньший процент женщин способен вернуться к прежнему ритму жизни после инсульта, мужчины лучше справляются с этим. «Нетрадиционные» ранние первые признаки инсульта у женщин могут отмечаться чаще, чем у мужчин. К общеизвестным факторам риска у женщин добавляются прием оральных контрацептивов, патологическое течение беременности, мигренозные боли, у женщин выше предрасположенность к тромбозам и сосудистым осложнениям. Женщины с частыми перепадами настроения, не стрессоустойчивые, не уравновешенные, со склонностью к закливаниям на проблемах больше подвержены инсульту головного мозга. У курящих женщин после 30 лет и принимающих противозачаточные средства на 22 % увеличивается риск инсульта. В последние десятилетия очень часты случаи тяжелых ишемических инсультов, связанных с популярностью такого метода контрацепции, как оральные контрацептивы.

Признаки инсульта у женщин

Симптомы заболевания, как у женщин, так и у мужчин, прежде всего будут зависеть от той части мозга, которая подверглась атаке недуга. Если поражена его правая часть, то симптомы болезни появляются в левой половине тела, и наоборот – при поражении левой части головного мозга изменения ощущаются на органах, которые находятся справа.

Основные симптомы инсульта у женщин бывают следующие:

- невыносимая головная боль без веских на то причин;
- лицо начинает неметь, присутствует слабость мимических мышц;
- немеют по одной стороне тела нога и рука;
- женщина неспособна жестикулировать;
- нарушается речь, больная не может сказать ни слова или говорит невнятно, также она не может понять, что говорят ей;
- нарушается зрение, вплоть до его потери, это актуально особенно для одного глаза. Может двоиться в глазах;
- нарушается координация движений;
- может быть резкая потеря равновесия; в ногах, руках или другой половине тела появляются судороги;
- больная может упасть, так как появляется ничем не объяснимое головокружение;
- при инсульте возможно развитие депрессии, и женщина не может управлять своими эмоциями – плачет или смеется без причины;
- появляется тошнота, вплоть до рвоты, икота, повышается температура, нарушаются глотательные функции;



– на небольшой промежуток времени может быть потеря сознания. Перед этим лицо у женщины становится красное, она начинает часто и глубоко дышать, пульс понижается, а зрачки перестают реагировать на свет.

Признаки инсульта у мужчин

Главные симптомы заболевания у представителей мужского пола практически такие же, как у женщин. К ним относятся:

- невыносимая внезапно появляющаяся головная боль, которая сопровождается головокружением;
- появляется резкая слабость, которую ничем не объяснить;
- начинает неметь пораженная недугом часть тела. Если инсульт левосторонний, то боль и онемение ощущаются в правой части тела, а если болезнь задела правую сторону – то онемение с болевыми ощущениями присутствуют слева;
- может быть ухудшение зрения и расстройство речи;
- очень часто бывают судороги, тошнота, переходящая в рвоту, повышение температуры тела, потеря сознания и даже кома.

Также специалистами были выявлены атипичные симптомы. К ним относят сухость во рту, боль в груди, психические нарушения. По отдельности они не вызывают подозрений на апоплексический удар, но в комплексе с типичными симптомами дают серьезные основания для немедленного обращения к врачу.

Симптомы геморрагического инсульта у молодых людей

Эта болезнь поражает не только людей зрелого возраста, она развивается и у молодежи. На это влияет разрыв аневризмы церебрального сосуда, такое явление чаще всего наблюдается в молодом возрасте. В оболочку головного мозга происходит кровоизлияние, и появляется такая сильная головная боль, что человек кричит от невыносимых болевых ощущений. Дальше начинаются рвота и потеря сознания, но потом больной приходит в сознание. Такие больные чувствуют постоянную сонливость и заторможенность, которые не покидают их несколько дней подряд, при этом сильно болит голова, возможна рвота, но параличей нет.

Предотвратить инсульт поможет правильное питание и здоровый образ жизни

Ни один человек на планете не застрахован от страшных болезней или преждевременной смерти. Но у каждого есть возможность предотвратить беду. В случае с инсультом у женщин, особенно молодых, специалисты рекомендуют придерживаться следующих рекомендаций. Некоторые из этих полезных советов помогут предотвратить инсульт не только у женщин, но и мужчин любого возраста:

- сократить употребление соленой и жирной пищи;
- воздержаться от курения и одновременного принятия гормональных противозачаточных средств;
- в случае заболевания сахарным диабетом необходимо тщательным образом контролировать уровень сахара в крови;
- не злоупотреблять алкогольными и энергетическими напитками;
- заниматься спортом или ежедневно делать зарядку;
- следить за режимом сна – недосыпание также может привести к нарушению кровообращения в сосудах головного мозга;
- следить за весом – лишние килограммы подталкивают организм к множеству заболеваний;
- употреблять больше фруктов и пить побольше чистой воды.

Т.А. Щербаносова,
заведующая кафедрой нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии
КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»

С.В. Горбулина,
ассистент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии
КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»

Книжные новинки

Научная библиотека планомерно пополняется актуальными изданиями. Сегодня мы предлагаем вашему вниманию некоторые из книжных новинок, поступившие в сентябре текущего года. В серии «Стандарты медицинской помощи» вышли выпуски «Химиотерапия в онкологии» и «Скорая медицинская помощь».

Химиотерапия в онкологии / сост. А.С. Дементьев [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 800 с. – (Стандарты медицинской помощи). – Библиогр. : с. 795. – ISBN 978-5-9704-4353-8. В данном справочнике собраны все актуальные порядки и стандарты оказания медицинской помощи по профилю «онкология» (химиотерапевтическое лечение). Представлены стандарты по самостоятельной химиотерапии, неoadъювантной и адъювантной химиотерапии, а также по паллиативной и сопутствующей помощи в онкологии. Стандарты сгруппированы по анатомическому принципу, что облегчает поиск нужной информации. В конце книги даны краткий справочник лекарственных средств, указанных в стандартах, и соответствующие коды МКБ-10. Издание предназначено врачам-онкологам, химиотерапевтам, радиологам, клиническим фармакологам, организаторам здравоохранения, работникам фондов ОМС и ДМС, а также специалистам, ответственным за контроль качества и безопасность медицинской деятельности.

Скорая медицинская помощь / сост. А.С. Дементьев [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 504 с. – (Стандарты медицинской помощи). – ISBN 978-5-9704-4178-7. В издании представлены все актуальные порядки и стандарты оказания скорой, в том числе специализированной медицинской помощи. Особое внимание уделено применению стандартов по сердечно-сосудистым заболеваниям (аритмиям, острому коронарному синдрому и др.), болезням органов дыхания (пневмонии, бронхиальной астме, стенозу гортани и др.), заболеваниям нервной и эндокринной систем, психическим расстройствам, травмам. Справочник предназначен врачам и фельдшерам скорой помощи, врачам общей практики.

Руководство по диспансеризации взрослого населения / под ред. Н.Ф. Герасименко, В.М. Чернышева. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 664 с. – ISBN 978-5-9704-4167-1. Это издание получило диплом 1-й степени Второго международного отраслевого конкурса изданий для вузов «Университетская книга 2017» в номинации «Лучшее издание по здоровью». В книге рассмотрена одна из важнейших проблем современности – организация диспансеризации населения и повышение ее эффективности. Наряду с вопросами организации: правовыми, управления, информатизации, экспертизы временной нетрудоспособности и определения эффективности, – в ней рассматриваются и вопросы формирования здорового образа жизни, скрининговой оценки состояния здоровья и ранней диагностики заболеваний. Для тех, кто осуществляет диспансерное наблюдение, значительный интерес представляют разделы, посвященные реабилитации, рациональному питанию, фитотерапии и рекомендации по проведению гигиенического обучения и воспитанию населения. Отдельные главы посвящены наблюдению за пациентами при отдельных заболеваниях, в том числе за лицами, получившими высокотехнологичную медицинскую помощь. Издание предназначено для организаторов здравоохранения всех уровней и практикующих врачей.

Фармацевтическое право / И.В. Понкин, А.А. Понкина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 144 с. – ISBN 978-5-9704-4349-1. Данное издание посвящено новой, находящейся в начале своего развития отрасли права. В книге отражены общие методологические подходы к пониманию природы, особенностей предметно-объектной области регулирования, структурного

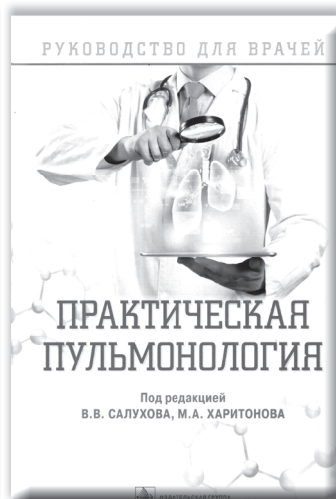
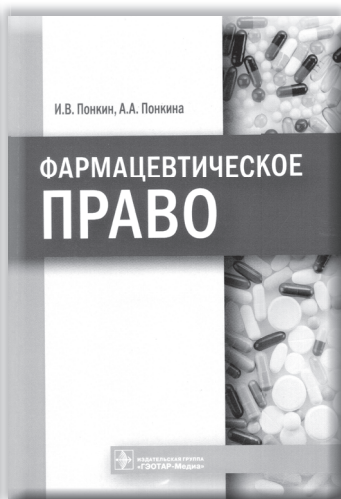
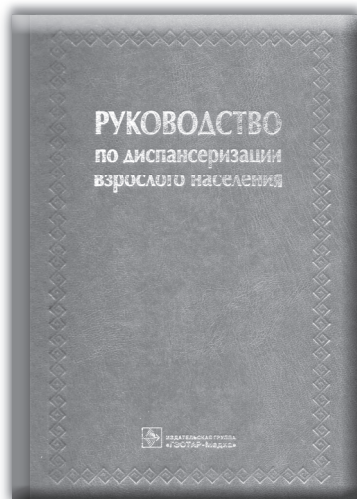
состава, содержания и пределов фармацевтического права. Издание предназначено для юристов и администраторов в сфере фармацевтики, а также провизоров и фармацевтов.

И еще два интересных издания, с которыми наши читатели могут ознакомиться в отделе обслуживания:

Жила, Н.Г. Амбулаторная травматология детского возраста : рук. для врачей / Н.Г. Жила, В.И. Зорин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-4119-0. В руководстве подробно рассмотрены клиническая и инструментальная диагностика, а также консервативное лечение травматических повреждений мягких тканей и костно-суставного аппарата у детей в условиях детского городского травматологического пункта. Акцентируется внимание на обеспечении преемственности со специализированным стационаром. Руководство предназначено врачам травматологам-ортопедам, детским хирургам и педиатрам.

Практическая пульмонология : рук. для врачей / под ред. В.В. Салухова, М.А. Харитонов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 416 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-4235-7. В руководстве с позиции практического врача подробно изложены современные данные о клинической картине, этиологии, патогенезе, диагностике, лечении и оказании неотложной помощи больным с наиболее частой патологией органов дыхания. Особое внимание уделено принципам и методам функциональной, лучевой и эндоскопической диагностики болезней органов дыхания, детально освещены вопросы клинической оценки результатов функциональных тестов. Представленные дифференциально-диагностические алгоритмы отражают доказательную базу международных и отечественных клинических рекомендаций и консенсусов. Особым достоинством руководства является большое количество блок-схем и рисунков, облегчающих восприятие материала, а также наличие резюме в конце глав и некоторых разделов с перечислением ключевых положений изложенного. Издание предназначено практикующим врачам-терапевтам, пульмонологам, врачам общей практики, интернам, ординаторам, аспирантам.

Информацию предоставила
библиотекарь
научной библиотеки
И.Г. Якимова



Форум инвалидов

20 сентября 2017 года в КГБУК «Краевой дворец дружбы «Русь» состоялся Хабаровский краевой социальный форум инвалидов «Мы любим жизнь!» Хабаровская краевая общественная организация «Ассоциация стоматологов» была приглашена на это, без сомнения, очень важное мероприятие для профессионального консультирования в вопросах профилактики стоматологических заболеваний.

Нам было предоставлено место для тренингов и индивидуальных консультирования. Проблемы с зубами для нашего населения общие – кариес, заболевания пародонта. Но индивидуальные особенности в мобильности, способности удерживать зубную щетку, рассмотреть свои зубы, услышать – у участников форума различные. Если кто-то может использовать ручную зубную щетку, то для других предпочтительны электрические или зубные щетки с большой прорезиненной ручкой. Кто-то может использовать флоссы, а кому-то это недоступно, и им подойдут флоссеты. Большой интерес вызвала демонстрация зубных пенок, которые подходят для применения в условиях, если гигиена рта обычными средствами

затруднена. Важно было «показать» людям с плохим зрением, какой должна быть хорошая современная зубная щетка. Много вопросов «задавали» молодые ребята – инвалиды по слуху. Они расспрашивали и о зубных пастах, и о жевательных резинках, и о зубочистках, пробовавали ирригатор, смело «красили» свои зубы, чтобы увидеть налет на зубах.

Своими впечатлениями поделились врачи-стоматологи, принявшие участие в мероприятии.

Санюкова Мария Валерьевна: «Для меня очень интересен тот факт, что люди с ограниченными физическими возможностями отличаются особой душевной теплотой. Та доброта и полное доверие, с которой они нас встречали, не могут не подкупить. И, закончив нашу просветительскую деятельность, я ушла отсюда с полным ощущением спокойствия и отрады за этих людей. С мыслью о том, что они порой более счастливы, чем мы. Ведь они гораздо больше оберегают то, что имеют, и ценят то, что им дала природа».

Моисеева Татьяна Сергеевна: «20 сентября у нас была чудесная возможность пообщаться с людьми с ограниченными возможностями,

- ПОМОГАЕМ И ПОДДЕРЖИВАЕМ -



повысить свои профессиональные навыки в обучении методам личной гигиены рта «особенных» пациентов. Полезно пересмотреть свои знания в расчете на индивидуальные особенности таких людей и, из небольшого арсенала доступных им средств гигиены, подобрать и порекомендовать те, которыми можно пользоваться без хлопот, без стеснения, быстро, удобно и с хорошим клиническим эффектом».

Саяпина Оксана Альбертовна: «Отличная возможность услышать наших пациентов и понять, что даже рутинная чистка зубов для многих – это большой ежедневный труд».

Л.Ф. Лучшева,
к.м.н., доцент,

президент ХКОО «Ассоциация стоматологов»

- ПОЗДРАВЛЯЕМ -



- УЧИТЕЛЯМ ОТ БЛАГОДАРНЫХ УЧЕНИКОВ -

Слушатели цикла «Охрана здоровья детей и подростков» (04.09. – 30.09.2017 г.) от души благодарят заведующую кафедрой сестринского дела в педиатрии **ТКАЧЕНКО Ирину Владимировну**, преподавателя кафедры **ЩЕРБУ Ларису Васильевну** за высокий уровень преподавания дисциплин цикла, благодаря чему слушатели получили новые знания и практические навыки, необходимые для дальнейшего совершенствования и профессионального роста.

* * *

Слушатели цикла «Ультразвуковая диагностика заболеваний сердца» (04.09. – 30.09.2017 г.) выражают признательность и благодарность всему профессорско-преподавательскому составу кафедры лучевой и функциональной диагностики за прекрасную организацию учебного процесса, созданные возможности для овладения методами работы непосредственно на диагностической аппаратуре, профессионализм, отзывчивость и доброжелательность.

- ЮМОР -

* * *

Доктор – пациенту:
– Можете быть совершенно спокойны. С Вашим сердцем Вы проживете до семидесяти лет.

– А мне и есть семьдесят.

– Ну вот, видите!

* * *

Петров – три дня как врач.
Иванов – двадцать лет как больной.
Что победит – молодость или опыт?

www.vrachirf.ru

