



В НОМЕРЕ:

В Национальной
медицинской палате

Стр.2

Слово главному специалисту:
интервью с главным
трансфузиологом области
К.Хальзовым

Стр.3

Юбилей октября

Стр.6-7

Медицинские новости

Стр.8

НОВОСИБИРСКИЕ КАРДИОЛОГИ В ЧИСЛЕ САМЫХ СЕРДЕЧНЫХ ДОКТОРОВ СТРАНЫ



На днях в Международном Деловом Центре Санкт-Петербурга состоялась торжественная Церемония вручения премии общественного признания «Сердечный доктор». Лучшие кардиологи и кардиохирурги были награждены дипломами лауреатов и номинантов за верность клятве Гипократа, приверженность профессии, способность лечить не только знаниями, но и сердцем.

Премия общественного признания «Сердечный доктор» стартовала в 2013 году, но уже получила многочисленные положительные отклики и поддержку со стороны врачебного сообщества. Это проект, призванный не только поощрять профессиональные заслуги врачей, но и стимулировать их к повышению уровня квалификации, саморазвитию, а также – пропагандировать внимательное и бережное отношение к каждому пациенту.

В этом году по результатам опроса пациентов было выявлено 14 лауреатов и 28 номинантов в четырех категориях. Среди них новосибирцы. Так лауреатом стал Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер в номинации «Лучший кардиодиспансер». А его главный врач Наталья Георгиевна Мезенцева – лауреат в специальной номинации «Сердечный доктор». «Я благодарна организаторам премии «Сердечный доктор» за оказанное внимание и «титул» «Самого сердечного доктора». Это, безусловно, приятно, ведь я являюсь бессменным главным кардиологом Новосибирской области уже более 25 лет. И, конечно, всё, что сделано мною за эти годы и всё, что ещё будет сделано – ради здоровья и продления жизни пациентов», — подчеркнула главный кардиолог Новосибирской области, заслуженный врач РФ, Н.Г. Мезенцева.

Еще один новосибирский доктор – Юрий Семенович Синельников, заведующий кардиохирургическим отделением новорожденных Новосибирского НИИПК им. академика Е.Н. Мешалкина – стал победителем в специальной номинации «За достижения в детской кардиохирургии».

ТРИ ПРОЕКТА В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ ПОЛУЧАТ ПОДДЕРЖКУ ОБЛАСТНОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА

Научный экспертный совет принял решение поддержать три новосибирских компании, представивших проекты в сфере медицины.

По условиям конкурса, субсидия может быть направлена на завершение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ; изготовление опытного образца и патентование; выпуск опытной партии продукции; внедрение в производство принципиально новой или с новыми потребительскими свойствами продукции (товаров, работ, услуг); создание и применение новых и модернизацию существующих способов производства, распространения и использования продукции.

Так правительство Новосибирской области выделит 6 млн руб. ООО НПК «Рэлсиб», разработавшей беспроводные

системы контроля за физическим состоянием человека. Как сообщил директор компании «Рэлсиб» Игорь Ландочкин, сейчас компания разрабатывает приборы, которые могут измерять температуру, давление и пульс, глубину и частоту дыхания человека и отправлять эти параметры на мобильные устройства компании Apple.

«Это будет небольшой термометр в виде флешки. Можно сделать так, что какой-то человек будет носить этот градусник, а другой у себя на телефоне контролировать его температуру, где бы тот ни находился», — пояснил Игорь Ландочкин, добавив, что это поможет родителям заболевших детей следить за их состоянием во время сна. К весне «Рэлсиб» собирается изготовить первые образцы продукции, а в 2015 году

начать производство.

Кроме того, правительство НСО окажет финансовую поддержку еще двум медицинским проектам. ООО «Лаборатория дендритных клеток» получит 2 млн руб. на разработку клеточных протоколов стимуляции противоопухолевого иммунного ответа, а ООО НПК «Вектор-Вита» — 3 млн руб. на разработку фармацевтической субстанции на основе наносеребра для лечения инфекционных заболеваний.

По словам представлявшего проект директора компании «Вектор-Вита» Василия Бурмистрова, разработка более эффективна по сравнению с аналогами за счет меньшего размера наночастиц, а субстанция получается более дешевой за счет оригинальной технологии производства. Он

отметил, что опыты на животных показали обнадеживающие результаты.

Проект «Разработка клеточных протоколов стимуляции противоопухолевого иммунного ответа с помощью антиген-активированных дендритных клеток к культуре моноклеарных клеток больных немелкоклеточным раком легкого» — фактически, противораковой вакцины.

«Дендритные клетки — это уникальные клетки, способные обучать иммунную систему распознавать и атаковать раковые клетки, более того, «программа обучения может быть задана, исходя из типа опухоли. Так появилась идея вакцины от рака», — рассказала научный сотрудник «Лаборатории Дендритных Клеток» Анна Ширшова.

В МОСКВЕ ПРОШЛО ЗАСЕДАНИЕ СОВЕТА НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

В Москве состоялось заседание Совета Национальной медицинской палаты, в котором приняли участие представители профессиональных медицинских объединений из 55 регионов России.

В ходе Совета обсуждались вопросы изменения системы обеспечения и контроля качества медицинской помощи, пути решения кадровых проблем, результаты первых шагов в ориентации государственной политики на мнение медицинского сообщества и многое другое.

Одной из самых насущных проблем для профессионального сообщества сейчас являются вопросы качества оказания медицинской помощи. «Только сейчас начинаем строить современную систему оценки качества оказания помощи, которая давно и хорошо работает на Западе», — говорит Президент НМП Леонид Рошаль. «У нас не отлажена система последилового подготовки. А ведь доступ к знаниям для врача должен быть бесплатным и непрерывным. У нас нет также и государственной системы контроля качества в целом. За рубежом есть специальные институты, которые регулируют качество конкретной работы конкретного доктора, конкретного медицинского учреждения. И самое главное, у нас в России нет системы независимой

профессиональной экспертизы, обезличенной экспертизы, когда врачу или пациенту необходимо получить ответ на вопрос «Правильное лечение или неправильное лечение». Вот такую систему мы тоже хотим создать в России», — отметил Леонид Рошаль. В решении вопросов оценки и управления качеством медицинской помощи Палата рассматривает на конструктивное сотрудничество с Министерством здравоохранения. «Мы переходим от политики конфронтации к политике совместной работы. Это совсем не значит, что мы согласны со всем тем, что делается сегодня в министерстве здравоохранения. Потому что уже новое министерство издало несколько приказов, которые встречены с неодобрением в медицинском сообществе. Это касается вопросов профилактики и диспансеризации, которые имеют большие нарекания. Оказалось, что никакого экспертного мнения на эти приказы ведомство не получало. Поэтому наша роль как экспертов в отраслевых вопросах сейчас очень велика», — сказал Л. Рошаль.

Заместитель Министра здравоохранения Игорь Каргаманян также подчеркнул важность взаимодействия с НМП: «Сотрудничество обусловлено тем, что Палата не просто ставит вопросы, но она предлагает их

решение. Высоко значение Национальной медицинской палаты, региональных лидеров, экспертов профессионального сообщества в решении непростых, порой конфликтных ситуаций, возникающих в субъектах РФ при проведении различных организационных мероприятий в сфере здравоохранения. Палата ставит непростые, принципиальные, а, порой, и критичные вопросы. Но все эти вопросы продиктованы жизнью. И от того, насколько мы совместно и конструктивно их будем решать, зависит достижение тех целей и задач, которые перед нашей, важнейшей для страны, отраслью здравоохранения ставит руководство страны и наш народ», — отметил замминистра здравоохранения.

Глава Роспотребнадзора Михаил Мурашко также считает необходимым активное участие профессионального сообщества в решении вопросов качества оказания медицинской помощи: «Создание системы независимого контроля качества нужно. В этом сегодня заинтересованы и врачи, и пациенты. Независимый институт контроля качества не заменяет существующие системы контроля качества, а дополняет их», — подчеркнул он.

Заместитель председателя Комитета ГД РФ по охране здоровья Сергей Дорощев считает, что подход к управлению отраслью на основе государственно-общественных принципов управления также предполагает усиление контроля над качеством оказания медицинской помощи, однако потребует изменения нормативно-правового поля: «Есть система контроля качества, скажем, государственная, а есть еще система внутрикорпоративная. Саморегулируемая организация обеспечивает качество работы своих членов и контролирует их. Однако такой подход требует изменений в законодательстве».

Одним из достижений Национальной медицинской палаты, несомненно, стало

заключение договора о сотрудничестве с Министерством здравоохранения РФ и создание в его рамках Координационного совета для решения отраслевых проблем. Его возглавили министр здравоохранения России Вероника Скворцова и президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль. В рамках деятельности Координационного совета образовано 11 рабочих групп. Среди них: рабочая группа по совершенствованию нормативных актов, в рамках которой ставится задача не просто анализа правоприменительной практики, отраслевых приказов и подзаконных нормативных актов с точки зрения их совершенствования, но и привлечение на стадии их разработки представителей профессионального медицинского сообщества в лице Национальной медицинской палаты. Это делается с целью исключить некорректные положения в принимаемых нормативных актах. Среди направлений других рабочих групп — решение кадровых проблем, вопросов защиты профессиональной ответственности медицинских работников, участие в разработке клинических рекомендаций и стандартов по вопросам оказания медицинской помощи, определение принципов саморегулирования профессиональной деятельности, подходов к независимой экспертизе качества медицинской помощи и многое другое.

На расширенном Совете Палаты также прозвучали доклады, которые рассказывали о работе региональных ассоциаций. Так заместитель председателя Новосибирской областной ассоциации врачей Игорь Воробьев рассказал о создании реестра НОАВ, опыте проведения областного конкурса профессионального мастерства «Врач года». Представители Тюмени поделились опытом работы по страхованию профессиональной ответственности врачей.

Марина Есикова

ДЕФИЦИТ КАДРОВ СВЯЗАН С НЕЖЕЛАНИЕМ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ РАБОТАТЬ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

К такому выводу пришли исследователи по результатам социологического исследования по изучению миграционных процессов в отрасли, проведенного по заказу Министерства здравоохранения при поддержке Национальной медицинской палаты. В исследовании приняли участие 2084 респондента (1488 медицинских работников, 595 учащихся СУЗ и ВУЗ) из 5 субъектов РФ.

Исследование показало, что дефицит кадров вызван в первую очередь недостаточным притоком в отрасль молодых специалистов, что обусловлено, прежде всего, низким уровнем привлекательности работы в сфере здравоохранения. Именно выпускники медицинских вузов являются одной из наиболее уязвимых категорий с точки зрения потери медицинских кадров для отрасли: 22% студентов планируют уехать за границу для получения дальнейшего образования, а 11% не планируют работать после окончания вуза в медицинских организациях.

Исследование показало, что уже в процессе обучения, молодые люди выказывают желание уехать за рубеж. О намерении получить образование за границей заявили 22% студентов и 18% учащихся учреждений среднего образования. Говорящий сам за себя факт — студенты в большинстве своем считают, что на Западе медицинское образование лучше. По мнению респондентов, оно способно повысить «профессиональную стоимость» студентов, вернувшихся на родину, а также обеспечить трамплин для эмиграции на запад. Из тех, кто планирует получить образование за границей, после окончания обучения хотят остаться работать за рубежом 44%.

Привлекают потенциальных трудовых эмигрантов за рубежом, в первую очередь, перспективы профессиональной реализации — развитие и возможность использовать в своей практике новейшие медицинские технологии (63%). Возможность обеспечить достойное материальное будущее себе и своей семье на втором месте — 46%. На данный момент ограничивают миграционный поток студентов: боязнь трудностей, с которыми придется столкнуться при трудоустройстве и работе (33%), несоответствие квалификации требованиям к медицинским работникам за рубежом (22%) и незнание языка (22%).

Исследование показало, что из молодых специалистов, решивших работать в России — 47% планируют работать в учреждениях государственной медицины, а 25% — в

медицинских учреждениях коммерческого типа, 3% — в учреждениях ведомственной медицины. Не планируют работать в медицинских организациях 11% выпускников, а 14% затруднились с выбором.

Лидером в рейтинге мест трудоустройства студентов являются стационары: 28% планируют устроиться на работу туда, в поликлиники хотят работать всего 10% опрошенных. Выбор обусловлен желанием получить уникальный опыт, повысить свою профессиональную квалификацию и обеспечить стабильную занятость. Учреждения коммерческой медицины, на которые ориентированы студенты, не могут обеспечить выполнение этих требований.

Из тех молодых специалистов, которые остаются работать в стране, лишь малый процент видит перспективы в работе на периферии. Лишь 21% врачей в возрасте до 35 лет, а также 17% выпускников медицинских вузов рассматривают для себя возможность работать в сельских и отдаленных районах.

Факторы, которые делают работу в сельской местности непривлекательной для молодых специалистов и студентов, связаны в первую очередь с неудовлетворительными профессиональными условиями для работы: профессиональная изолированность и отсутствие возможности обмениваться опытом, использовать в своей практике медицинские достижения (отметили 65% студентов, 61% врачей в возрасте до 35 лет).

Причин для отказа работы в сельской местности множество, но показательно, что на первое место врачи ставят возможность профессионального роста, для которого не видят условий в деревнях и селах.

Результаты исследования показали, что ядром целевой аудитории, на которую рассчитана программа «Сельский доктор», являются, в первую очередь, молодые специалисты, которые так или иначе связаны с сельской местностью (например, родом из села).

Среди основных причин невысокой эффективности программы «Сельский доктор» эксперты отмечают точность ее воздействия на фоне отсутствия других мер поддержки молодых специалистов. Вместе с тем «предложение», которое способно компенсировать для молодых специалистов недостатки работы на селе лежит преимущественно в материальной плоскости. Среди лидирующих мер социальной поддержки, которые могут

повлиять на изменение решения студентов и молодых врачей поехать работать в сельскую местность, — решение жилищных проблем: 60% молодых врачей и 55% студентов отметили, что в случае предоставления жилья в собственность они согласились бы уехать работать в сельскую местность.

На втором месте в рейтинге условий, способных привлечь молодых специалистов для работы в сельской местности, — материальные стимулы. Это повышение заработной платы на 25% (44% молодых врачей и 33% студентов) и единовременные компенсационные выплаты (33% молодых врачей и 33% студентов).

Важным условием, которое может обеспечить приток молодых специалистов для работы в сельской местности, является наличие социальных гарантий. Это отметили 22% молодых врачей и 32% студентов. Важную роль для врачей при принятии решения о работе в отдаленных и сельских районах играет возможность дальнейшей перспективной карьерного роста, а именно обязательная ротация, т.е. перевод в другое медицинское учреждение после определенного времени работы в сельской местности. Об этом сказали 23% молодых врачей и 30% студентов.

Остальные мероприятия — компенсация аренды жилья, предоставление кредитов на льготных условиях, предоставление субсидий на образование не являются привлекательными мерами для молодых специалистов при работе в отдаленных и сельских районах.

Участникам исследования предлагалось оценить эффективность тех или иных мер по привлечению молодых специалистов на село.

Наряду с решением жилищных, социальных и материальных проблем как эффективные меры участниками исследования расцениваются — целевой набор на медицинские факультеты с последующим обязательным трудоустройством по месту жительства: 62% студентов и 54% молодых специалистов отметили эту меру как эффективную, и прохождение интернатуры в местах последующего трудоустройства (63% молодых специалистов и 43% выпускников вуза).

Обязательное распределение выпускников вузов в представлении респондентов — менее эффективная мера. Она не вызывает поддержки среди студентов и молодых специалистов (52% и 55% соответственно

сочли ее эффективной).

Реализацию программ непрерывного образования и программ повышения квалификации для работников сельской медицины, максимальное приближение образовательных услуг к месту работы расценили как эффективную меру 57% всех опрошенных врачей и в большей степени, чем остальные, поддержали сельские работники здравоохранения (61%).

Все приведенные выше данные ярко свидетельствуют о том, что в кадровом вопросе в отрасли требуются кардинальные перемены.

Напомним, что весной Национальная медицинская палата предложила правительству принять минимальный «Социальный пакет» для медицинского работника. В минимальный «Социальный пакет» НМП включила решение жилищных проблем медицинских работников. В частности, внеочередное предоставление жилья по договорам социального найма и обеспечение внеочередности получения бесплатного жилья. Компенсация на оплату жилищно-коммунальных услуг у медицинских работников лечебных учреждений регионального уровня подчинения должна быть не ниже компенсации работникам федеральной системы здравоохранения, считают разработчики пакета.

В «Социальный пакет» НМП также входит комплекс мер по вопросам медицинского обслуживания — внеочередное получение медицинской помощи, включая высокотехнологичную, обеспечение бесплатного санаторно-курортного лечения, страхование медицинских работников, работа которых связана с угрозой жизни и здоровью. Это меры, которые также должны гарантироваться работникам сферы здравоохранения на федеральном уровне, наряду с необходимостью льготного лекарственного обеспечения медицинских работников.

По мнению Национальной медицинской палаты, медицинским работникам должно гарантироваться предоставление внеочередных мест в школьных и дошкольных учреждениях, а также право на бесплатное пользование образовательными, методическими и научными услугами организаций, осуществляющих образовательную деятельность.

По материалам НМП

СЛОВО ГЛАВНОМУ СПЕЦИАЛИСТУ

ОДИН ИЗ ЛУЧШИХ В СТРАНЕ

Новосибирский Центр крови отметил свое 75-летие. Из небольшой станции переливания крови, «квартировавшей» в нескольких кабинетах центральной поликлиники, где главными оборудованием были простенькие микроскопы и пробирки, Центр крови вырос в одно из лучших учреждений службы крови России.

Просторные помещения, передовая техника и ведущие мировые технологии, коллектив высочайших профессионалов, работа в круглосуточном режиме - таков сегодня Новосибирский Центр крови.

Как написал в своем блоге главный врач НЦК, главный трансфузиолог Новосибирской области, к.м.н. Константин Хальзов, «пожалуй, единственное, что связывает нас с той эпохой, и что во все времена составляет суть работы службы крови - это невероятная степень ответственности за качество и безопасность выдаваемой нами продукции, понимание важности донорства крови, а также глубочайшее уважение к людям, готовым стать донорами».

Воспользовавшись юбилеем, как проводом, редакция «Новосибирской врачебной газеты» попросила Константина Васильевича рассказать о том, какие задачи сегодня решает региональная служба крови:

- Служба крови глобально делится на две составляющие: производственную и клиническую. Переработкой крови у нас в области занимаются Центр крови и его филиал в г.Куйбышев. Кроме того, работают девять отделений заготовки крови на базе центральных районных больниц и пункты заготовки крови на базе крупнейших клиник г.Новосибирска.

Что касается оснащения, то в Центре крови есть абсолютно все необходимое, причем, это оборудование экспертного класса, что обеспечивает максимальную степень качества компонентов крови, которые мы передаем в лечебную сеть. Тем не менее, в 2012 году была принята региональная целевая программа совершенствования службы крови на территории Новосибирской области. В рамках этой программы мы дооснащаем ОПК в районных больницах, чтобы и там тоже гарантированно получать качественные и безопасные компоненты крови.

В частности, в рамках программы закупаются иммуногематологические комплексы, которые позволяют быстро получать достоверную информацию по

группам крови и доноров, и реципиентов. В ЦРБ данное оборудование будет использоваться как в отделении заготовки крови, так и в клинике, где эту кровь будут переливать.

У нас давно и, по моим оценкам, эффективно отлажено взаимодействие с лечебными учреждениями города и районов области. Если же говорить о задачах, то на сегодня не решена, пожалуй, только одна. Сегодня в каждом стационаре есть трансфузиологическая служба со штатом врачей-трансфузиологов. Оптимально, чтобы в больницах, которые оказывают экстренную хирургическую помощь, отделения переливания крови работали в круглосуточном режиме. Это связано с тем, что все введения компонентов должны либо производиться врачом-трансфузиологом, либо с ним согласовываться. Речь идет ни много, ни мало о безопасности гемотрансфузий для пациентов.

- Есть еще одна сторона работы службы крови - привлечение доноров. Как на этом сказало принятие в начале 2013 года нового закона о донорстве крови?

- Действительно, популяризации донорства мы всегда уделяли много внимания, проводили общегородские акции, работали с вузами, предприятиями, с бизнес-сообществом. И, надо сказать, донорское движение в столице Сибири сформировано, перебоев у нас не было.

В январе был принят новый закон, который очень жестко разграничил понятия безвозмездного и возмездного донорства. И мы были обязаны вместо денежной компенсации на питание выдавать донорам продуктовые наборы. Части доноров эта замена пришлась не по душе, мы почувствовали снижение донорской активности и в Центре крови, и в отделениях заготовки по городу и области.

Хорошо, что на тот момент сохранилась возможность выплачивать компенсацию в условиях выездной заготовки крови, и мы перераспределили свою работу в сторону выездной. Благодаря этому в феврале-марте удалось сохранить необходимый объем крови. И я горжусь, что ни одно лечебное учреждение в Новосибирске или области не осталось без крови, ни одна операция по этой причине не была отложена.

В июне появился Приказ министерства здравоохранения РФ, который дает

возможность донору выбирать или продуктовый набор, или денежную компенсацию на питание. Причем важно, что денежную компенсацию привязали к прожиточному минимуму трудоспособного населения в регионе - 5% от данного показателя, - и каждый квартал эта сумма индексируется.

В настоящее время ситуация стабильная, но доноры должны приходить каждый день, потому что мы объективно не можем создать запас крови на долгую перспективу. К примеру, срок хранения тромбоцитов - всего 5 дней. Стоит нам не поработать по заготовке тромбоцитов 4 дня, и запаса не будет.

- 16 сентября в Новосибирском

ДЛЯ СПРАВКИ

- в Новосибирской области на сегодняшний день донорами являются 40 тысяч человек, 10 тысяч имеют звание «Почетный донор России»;
- ежегодно в Новосибирском Центре крови сдают кровь 30 тысяч человек, из них каждый третий - впервые;
- показатель повторного донорства в нашем регионе - 70%;
- ежегодно в лечебные учреждения Новосибирска и районов области направляется около 20 000 литров компонентов донорской крови для переливания больным.

центре крови проходило выездное заседание Координационного центра по организации, развитию и пропаганде добровольного донорства крови при Общественной палате РФ, где Вы выступили с рядом предложений. В чем их суть?

- На заседании Координационного совета обсуждались пути и механизмы развития донорства крови. Мы убеждены, что для этого необходимо принять ряд решений на государственном уровне. В частности, по экономическому стимулированию корпоративного донорства.

Когда разговариваешь с руководителями предприятий и учреждений, то все они - за развитие донорства. Но, по закону, работодатель должен предоставить донору день для сдачи крови и оплатить его, а потом еще предоставить и оплатить дополнительный день к отпуску. И получается, что экономически руководителям не выгодно ни развивать, ни поддерживать донорское движение в своих коллективах.

Мы предлагаем разработать систему налоговых преференций для предприятий, организаций и учреждений, где число доноров составляет 10% и более от общей численности работников, а также



предусмотреть механизмы возмещения фондом социального страхования затрат, которые несет работодатель, выплачивая работнику заработную плату за донорские дни.

Второе наше предложение касается дополнительных мер поощрения для «Почетных доноров России», которые, получив это звание, продолжают сдавать кровь. Это может быть перерасчет ежегодной денежной выплаты Почетному донору с учетом количества донаций в течение года. В нашей области, к примеру, звание «Почетный донор России» имеют 10 тысяч человек. И если бы они все продолжали сдавать кровь, то для нас это было бы важно.

Наши предложения поддержали и представители Общественной палаты России, и коллеги из регионов, которые принимали участие в форуме. Предложения от Новосибирской области внесены в Решение заседания Координационного центра и более того, они имеют все основания стать реальной законодательной инициативой и быть приняты, как дополнения к федеральному закону «О донорстве крови ее компонентов».

Марина Есикова

В ПРАВЛЕНИИ НОАВ

ПРОЕКТ ОДОБРИЛИ С УСЛОВИЕМ

Правление НОАВ на своем заседании рассмотрело проект территориальной программы государственных гарантий на 2014 год. Принято решение, одобрить проекта с условием его доработки с учетом положений Федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (после ее официального принятия) и материалов Госсовета по здравоохранению.

Правление НОАВ рекомендовало регламентировать в программе более понятно для населения порядок и

условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке. Кроме того, согласно позиции Президента РФ Владимира Путина, озвученной на заседании Госсовета по здравоохранению, разработать и внести в территориальную программу госгарантий четкий перечень бесплатных услуг, а также понятные каждому пациенту правила их предоставления. Решение Правление НОАВ направлено в Министерство здравоохранения Новосибирской области.

ВРАЧИ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ОБЪЕДИНЯЮТСЯ

1 октября прошла рабочая встреча Председателя НОАВ Сергея Борисовича Дорофеева с руководителями профильных медицинских научно-практических обществ и ассоциаций, работающих на территории нашей области.

Сергей Борисович рассказал о перспективах развития врачебного самоуправления в России, работе, которую ведет в этом направлении Национальная медицинская палата и деятельности областной ассоциации

врачей.

Собравшиеся обсудили возможные пути взаимодействия профильных медицинских организаций с Ассоциацией врачей, взаимные интересы.

По итогам обсуждения было принято решение о заключении договоров о сотрудничестве между научно-практическими обществами, профильными ассоциациями и Новосибирской областной ассоциацией врачей.

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Среди патологии сердечно-сосудистой системы инсульту отводится особое место из-за его распространенности, заболеваемости, летальности и инвалидизации. Возможность снизить риск повторного инсульта можно благодаря эффективной вторичной профилактике. Антиагреганты остаются одними из основных средств в достижении этой цели. Среди антиагрегантов ацетилсалициловая кислота остается «золотым стандартом» в профилактике инсультов. Однако имеющиеся побочные эффекты АСК заставляют искать новые формы, обладающие протективными свойствами в отношении гастроинтестинальных осложнений, и достигающие основной цели терапии – снижение риска развития повторных инсультов. Лекарственная форма соединяющая в себе АСК и гидроокись магния (Кардиомагнил) сочетает в себе эффективность и безопасность.

Результаты недавно проведенных исследований показали, что в последнее десятилетие в большинстве промышленно развитых стран заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой патологии не только не снизилась, но, напротив, отметилась тенденция к ее увеличению.

Среди патологии сердечно-сосудистой системы инсульту отводится особое место из-за его значительной распространенности, высокой летальности. Кроме того, инсульт является одной из основных причин инвалидизации населения, в том числе и тяжелой.

Задача снижения заболеваемости, смертности и инвалидизации от инсульта может быть решена только при широком и системном подходе в отношении профилактики инсульта. Известно, что прогноз больного, перенесшего инсульт, остается печальным. Общий риск повторного инсульта в первые два года после впервые развившегося инсульта составляет по разным данным от 4 до 14%.

Основная цель вторичной профилактики ишемического инсульта направлена на предупреждение повторного инсульта. И строится она не только на знании факторов риска и возможности их коррекции у конкретного больного, но и на знании этиологии и патогенеза перенесенного остро нарушения мозгового кровообращения, так как при развитии повторного инсульта его патогенетические механизмы во многих случаях остаются прежними. Как известно, около 85% инсультов являются ишемическими, причем в большинстве случаев основным патогенетическим механизмом развития его служит атеротромботический.

Несмотря на гетерогенность патогенеза, в основе различных подтипов ишемического инсульта лежит общий анатомический субстрат в виде эндотелиальной дисфункции артерий как крупного так и мелкого калибра, хронического неспецифического воспаления, а в случае атеротромботического характера ишемического инсульта также вносит вклад в патологический процесс повреждение поверхности атеросклеротической бляшки, замедление кровотока, формирование внутрисосудистого тромба (атеротромбоза).

При повреждении эндотелия сосудов различной локализации, в том числе и мозговых артерий, отмечены локальные (регионарные) и системные изменения свертывающих характеристик крови в сторону гиперкоагуляции за счет повышения агрегационной и адгезивной активности тромбоцитов и эритроцитов, активации плазменных коагуляционных факторов (фибриноген, фибринстабилизирующий фактор, появление фибриномономерных комплексов). Это ведет к истощению активности противосвертывающих компонентов крови и угнетению фибринолиза. Тесная взаимосвязь процессов атерогенеза и тромбообразования делает патогенетически оправданным проведение долговременной антитромботической терапии с целью предупреждения повторных ишемических инсультов. Известно, что тромбоциты первыми реагируют на разрыв атеросклеротической

бляшки, повреждение эндотелия, запускают коагуляционный каскад и составляют основу формирования артериального тромба, и следующую за этим мозговую катастрофу.

Сравнительно немногие методы терапии доказали свою эффективность и безопасность для снижения риска возникновения повторного ишемического инсульта. К одному из ключевых методов можно отнести антиагрегантную терапию. Антиагрегантная терапия остается основным средством для предотвращения развития повторного ишемического инсульта. В настоящее время в арсенале невролога для вторичной профилактики инсульта используются три препарата с антиагрегантным действием – ацетилсалициловая кислота (АСК), АСК в комбинации с дипиридамолом (форма медленного высвобождения) и клопидогрель; для первичной же профилактики инсульта одобрена только АСК.

О проведении первого рандомизированного клинического испытания эффектов антиагрегантной терапии для профилактики инсульта было сообщено в 1969 году. За ним последовало много других исследований с достаточно противоречивыми результатами. Однако доказательства, устраняющие сомнения в преимуществах антиагрегантной терапии у лиц с высоким риском при длительной профилактике инсульта, инфаркта миокарда и сосудистой смерти, появились только в 1988 году, когда был опубликован систематизированный обзор всех испытаний (Antiplatelet Trialists' Collaboration (1988)). В том же году было установлено, что аспирин является эффективным средством лечения пациентов с острым инфарктом миокарда (ISIS-2 Collaborative Group, 1988). Более широкий анализ мировой литературы в 1994 году выявил 174 рандомизированных клинических испытания, в которые было вовлечено свыше 100 000 пациентов. Преимущества антитромбоцитарной терапии по сравнению с контролем давно доказаны, значительно меньше данных о сравнении одной формы терапии с другой. В Antiplatelet Trialists' Collaboration (1994) было только 32 исследования (примерно 14 000 больных) с прямым рандомизированным сравнением одного антитромбоцитарного режима дозирования с другим. Самым эффективным оказалось применение средних доз АСК (75 – 325 мг в день). Тем не менее, доверительный интервал был широким и не мог исключить возможность того, что низкие дозы АСК (30 – 50 мг/сут) лучше (или хуже) средней дозы. Добавление дипиридамола к АСК не дает больших преимуществ, но может вызвать возрастание побочных эффектов (например, рикошетную головную боль). Поэтому в основе выбора препарата должны лежать безопасность, стоимость и наличие побочных эффектов. Всем этим критериям удовлетворяет АСК. Так как побочные эффекты АСК (тошнота, диспепсия, запор и т.д.) зависят от дозы (UK-TIA Study Group, 1991) считается, что следует подобрать оптимальную эффективную дозу АСК от 75 до 300 мг/сут. Для небольшого числа больных, у которых имеется истинная непереносимость АСК, альтернативным вариантом является клопидогрель. Лица, у которых сохраняется высокий риск из-за наличия в анамнезе инсульта или ТИА, должны принимать АСК пожизненно, контролируя побочные эффекты. У больных, перенесших ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку, прием ацетилсалициловой кислоты уменьшает риск развития не смертельного инсульта на 23%. Ацетилсалициловая кислота используется в медицинской практике более 100 лет. В артериальном кровотоке АСК может предотвращать распространение тромба в дистальном и проксимальном направлениях и реэмболизацию. В микроциркуляторном русле уменьшает агрегацию тромбоцитов, а также высвобождение тромбоксана и других нейротоксичных эйкозаноидов (Antiplatelet Trialists' Collaboration (1994)).

Механизм действия АСК обусловлен ингибированием циклооксигеназы (ЦОГ) в тканях и в тромбоцитах, что вызывает блокаду образования тромбоксана А₂,

одного из главных индукторов агрегации тромбоцитов. Блокада ЦОГ тромбоцитов носит необратимый характер и сохраняется в течение всей жизни безъядерных пластинок – на протяжении 7–10 дней, что обуславливает продолжительность эффекта, который сохраняется и после выведения лекарства из организма. Существуют и другие механизмы действия АСК: она оказывает ингибирующее влияние на образование фибрина через подавление образования тромбина и функционального состояния фибриногена, активирует фибринолиз через высвобождение активаторов плазминогена и «разрыхления» волокон фибрина. Действие ацетилсалициловой кислоты начинается через 5 минут после приема внутрь, достигает максимума через 30–60 минут (4–6 часов для кишечнорастворимых форм с замедленным высвобождением), остается стабильным на протяжении следующих 24 часов. Для восстановления функционального состояния тромбоцитов требуется не менее 72 часов после однократного приема малых доз ацетилсалициловой кислоты.

Необходимо учитывать возможность нечувствительности больных к АСК, то есть неспособность АСК угнетать синтез тромбоксана А₂ и подавлять агрегационные функции тромбоцитов. По данным зарубежных и отечественных исследований, частота резистентности к АСК колеблется в широких пределах от 1 до 61% в целом в популяции. При этом причины развития клинической и лабораторной резистентности к АСК могут быть довольно разнообразными:

1. Снижение биодоступности;
2. Нарушение связывания с ЦОГ-1 (одновременный прием с другими нестероидными противовоспалительными препаратами, которые затрудняют доступ АСК к рецепторам ЦОГ-1);
3. Наличие источников синтеза тромбоксана А₂ нетромбоцитарного происхождения (эндотелий сосудов, моноцитарная/макрофагальная ЦОГ-2);
4. Альтернативные пути активации тромбоцитов (индуцированная эритроцитами, стимуляцией коллагена, АДФ, адреналина, тромбоиновых рецепторов на тромбоцитах);
5. Ускоренное обновление пула активных тромбоцитов костным мозгом;
6. Генетический полиморфизм (ЦОГ-1, ЦОГ-2, синтазы тромбоксана А₂ и других ферментов, участвующих в метаболизме арахидоновой кислоты и факторов гемостаза);
7. Потеря антитромбоцитарного эффекта АСК при длительном применении, (повышенная концентрация ЛПОНП и ЛПНП);
8. Табакокурение.

К сожалению надежных тестов, для подтверждения аспиринорезистентности *in vitro* нет. У пациентов с высоким риском тромботических осложнений и вероятной нечувствительностью к АСК необходимо дополнять или заменять ее другими антитромбоцитарными средствами (клопидогрель, антагонисты P₂/Y₁₂а гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов).

Помимо риска кровотечений, который повышен у пожилых пациентов, при одновременном приеме кортикостероидов, а также при наличии язвенной болезни в анамнезе, выявляются частые побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта. Возникновение эрозивно-язвенных поражений желудка на фоне приема АСК даже в малых дозах – общеизвестный факт. Эти язвы эффективно лечат теми же препаратами, что и язвенную болезнь. Как правило, рубцевание язвы происходит быстрее, если АСК отменена, при этом условия сроки рубцевания аналогичны срокам рубцевания при язвенной болезни – на 4–8-й неделе лечения. Однако если терапия АСК продолжать, несмотря на выявленное эрозивно-язвенное поражение желудочно-кишечного тракта, показатели рубцевания достаточно удовлетворительные: к 4 неделе лечения рубцуются 60–75% язв.

Для уменьшения этих побочных эффектов, до недавнего времени широко

использовали энтеральные формы АСК. Однако ряд авторов отметили образование эрозий и язв желудка даже при применении таблеток АСК, покрытых кишечнорастворимой оболочкой. Таким образом влияние АСК на желудочно-кишечный тракт оставалось и более того, применение энтеральных форм АСК у пациентов с аспирином-индуцированными язвами не вело к интенсификации рубцевания язв при терапии циметидином и антацидами.

Поэтому созданы новые лекарственные формы АСК, предлагающие иные способы защиты желудочно-кишечного тракта.

Особый интерес представляет препарат Кардиомагнил – соединение АСК (в наиболее эффективных и безопасных дозах – 75 и 150 мг) с невсасывающимся антацидом – гидроокисью магния.

Невсасывающиеся антациды являются одними из наиболее часто используемых препаратов для лечения заболеваний желудка, в том числе и язвенной болезни. Свой положительный эффект они реализуют, адсорбируя соляную кислоту. Кроме того, невсасывающиеся антациды обладают и рядом других позитивных свойств. Они снижают протеолитическую активность желудочного сока (посредством адсорбции пепсина, повышения pH среды, в результате чего пепсин становится неактивным), обладают обволакивающими свойствами, связывают лизолецитин и желчные кислоты, оказывающие неблагоприятное воздействие на слизистую желудка. Но, пожалуй, самым важным для профилактики аспирином-индуцированных осложнений являются данные о цитопротективном действии антацидов, опубликованные в последние годы. В частности, антациды способны предотвращать в экспериментальных и клинических условиях возникновение повреждений слизистой оболочки желудка при применении нестероидных противовоспалительных препаратов. Было установлено, что цитопротективный эффект антацидов обусловлен повышением простагландинов в стенке желудка (снижение простагландинов в стенке желудка – основной механизм язвообразования при применении АСК), усилением секреции бикарбонатов и увеличением гликопротеинов желудочной слизи. Также гидроокись магния, входящая в состав Кардиомагнила является наиболее быстродействующим антацидом (в отличие от гидроокиси алюминия). Это очень важный момент, поскольку АСК быстро всасывается из желудка: значимые концентрации в плазме достигаются всего через несколько минут. При этом результаты специально проведенных исследований показали, что гидроокись магния не влияет на всасываемость АСК.

Наконец, самым частым побочным эффектом АСК со стороны желудочно-кишечного тракта является диспепсия (по данным некоторых авторов – в 50% случаев и более), причем эзофагогастродуоденоскопия не выявляет эрозивно-язвенных и воспалительных изменений. Этот вроде бы безобидный симптомокомплекс на самом деле является наиболее частой причиной отказа пациента от приема АСК. Соединение АСК с гидроокисью магния (Кардиомагнил) позволяет резко снизить частоту диспепсии и повысить приверженность пациентов к лечению.

На основании вышесказанного, антиагрегантная терапия является ключевым подходом к фармакологической вторичной профилактике ишемического инсульта. А одним из самых востребованных антиагрегантных препаратов, остающимся «золотым стандартом» во вторичной профилактике ишемических инсультов является АСК, которая характеризуется наиболее изученным профилем безопасности и переносимости.

Л.А. Щепанкевич, Е.В. Вострикова, П.И. Пилипенко ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра клинической неврологии и алгологии ФПК и ППВ

НАДО НАСТРАИВАТЬ СЕБЯ НА ПОЗИТИВНЫЙ ЛАД

Приз зрительских симпатий областного конкурса профессионального мастерства «Врач года – 2013» коллеги единодушно присудили Оксане Васильевне Цыганковой, врачу-терапевту Больницы скорой медицинской помощи № 2, доценту кафедры неотложной терапии ФПК и ПП НГМУ. Она удивительно совмещает в себе любовь к практической работе врача и преподавание, занятие наукой и стремление как можно больше внимания отдавать своим детям. О том, как ей это удается, Оксана Васильевна согласилась поделиться с читателями «Новосибирской врачебной газеты».

- Оксана Васильевна, Вы же из медицинской семьи, и проблема выбора профессии перед Вами, наверное, не стояла?

- Да. Моя бабушка была фельдшером в небольшом селе. Все ее четверо детей получили высшее медицинское образование. Мама – Заслуженный врач РФ, работает заведующей отделением. В детстве я ходила с ней на работу, и она растила меня с мыслью, что я буду ее продолжением. Правда в выпускном классе я чуть было не выбрала профессию журналиста, но вовремя опомнилась. Окончила мединститут в 1999 году с отличием и осталась работать на кафедре неотложной терапии у Зои Геннадьевны Бондаревой.

Я благодарна судьбе, что она свела меня с Зоей Геннадьевной. Я училась у нее не только профессии, но тому, как общаться с людьми, с аудиторией. Да просто, как быть женщиной.

- Вы занимаетесь наукой, клинической практикой, преподаете. Что вызывает большее удовлетворение?

- Мне нравится просто быть врачом, работа с людьми. Я вообще филантроп – люблю людей. Если что-то не складывается в человеческих отношениях и ваш визави не совсем корректно, как вам хотелось бы, ведет себя, то лучший выход найти для этого оправдание в каких-то внешних причинах: неприятности на работе, усталость, недомогание и т.д.

Вообще, я всегда стараюсь настраивать на позитивный лад, ведь мир как зеркало отражает нам те эмоции, с которыми мы смотрим на него. Очень помогают найти внутреннюю гармонию книги. К сожалению, чтение художественной литературы сегодня для многих является непозволительной роскошью в связи с хроническим дефицитом времени. Я стараюсь выкроить время хотя бы для нескольких книг в год. Одна из последних – Элизабет Гилберт «Жить, молиться, любить». Там есть замечательная фраза о том, что надо мысли выбирать так же, как женщина выбирает одежду с утра. Надо думать, о чем ты будешь думать, и притягивать к себе хорошее.

- Профессия врача – самая благодарная в случае, если удается помочь человеку. А если нет? Как Вы воспринимаете неудачи?

- Бывают неудачи не только потому, что ты бессилён в данной ситуации. У каждого врача бывают ошибки. У нас ошибки очень дорого обходятся, но без них нет пути в профессии. Когда падаешь и больно ударяешься, а потом поднимаешься, то идешь на ступень выше. Я просто стараюсь сделать то, что я могу в данной ситуации. Просто сказать доброе слово. Улыбнуться. Просто позвонить по телефону, дать кому-то свой личный номер. Порой участие, доброе отношение значат не меньше, чем грамотно подобранное лечение.

- Ваши студенты – опытные врачи, сложившиеся люди. Какие задачи Вы ставите для себя, когда идете в аудиторию?

- Я считаю очень важным не просто выдать информацию, а зажечь слушателей. Лекции должны быть не только информационные, но и мотивационные, чтобы захотелось больше узнать, почитать, иначе посмотреть на пациента. Вот это для меня важно. Поэтому я всегда эмоционально читаю лекции. Работа преподавателя – это сродни работе на сцене. Шесть часов я должна говорить так, чтобы люди слышали и усваивали. Этому пришлось учиться. И я

до сих пор к каждой лекции психологически готовлюсь. А к своим слушателям я всегда отношусь с большим уважением. В аудитории сидят врачи, которые в своих областях знают больше меня.

- Больница скорой помощи – это очень высокий темп работы, дополнительные нагрузки. Почему Вы выбрали работу именно здесь?

- Просто так сложилось. Наша кафедра всегда работала в больницах скорой помощи. Я другого не знаю. Вначале была больница № 34, теперь вторая больница скорой помощи. Втягиваешься и не понимаешь, как можно иначе. Темп у нас интенсивный не только в лечебной части, у нас очень много командировок. Да еще дети. Это же тоже работа и очень ответственная.

- Как Вам все удается совмещать?

- Сложно, конечно, уложить все в 24 часа. Маргарет Тэтчер сказала: «Семья – это центр жизни женщины, но не ее граница». Семья – это, безусловно, центр моей жизни. Поэтому порой моя работа начинается после 11 часов вечера. Мы с дочерьми сделаем уроки, поговорим, почитаем. И когда я уложу их спать, у меня начинается рабочая ночь: лекции, статьи, докторская диссертация. И так часов до 4 утра.

- Как вы отдыхаете?

- Всегда с семьей. Мы очень ценим возможность побыть вместе. По-настоящему вместе. Вот уже много лет всей семьей посещаем бассейн, и дети всегда ждут этого. Мы стараемся выключить телевизор, когда обедаем или ужинаем, обсуждая за столом различные бытовые мелочи, школьные успехи и сложности, строим планы на будущее, мечтаем, куда поедем отдыхать в следующем году. Много ходим с детьми по театрам. Я дочерям читаю книги, каждой свою. По полчаса в день одной и другой. И это время только для них.

- Чем было для Вас участие в конкурсе «Врач года»?



- Это способ еще раз сказать о нашей больнице. Выход в финал, приз зрительских симпатий – это не моя личная победа и достижение. Так сложилось, что выбрали для участия в конкурсе меня. И хорошо, что звучала больница, главный врач А.В. Подергин, как руководитель этого сложного большого механизма, напоминающего муравейник, кафедра. Надеюсь, что в последующие годы мои коллеги будут также принимать участие в этом мероприятии, пусть им сопутствует удача!

- Что бы Вы пожелали коллегам?

- Не выгорать профессионально. Физическую усталость преодолеть не сложно. А на то, чтобы избавиться от усталости эмоциональной могут уйти годы. Поэтому хочу пожелать, чтобы их никогда не коснулись опустошенность и нежелание идти на работу.

Марина Есикова

ВЗАИМНОЕ СТРАХОВАНИЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Такое решение было принято по итогам совещания по вопросу подходов к страхованию профессиональной ответственности медицинских работников. В нем приняли участие представители созданного Минздравом и Национальной медицинской палаты Координационного совета и приглашенные эксперты.

Недавно Национальная медицинская палата подвергла критике предложенный для публичного обсуждения проект закона «О страховании вреда пациентам при оказании медицинской помощи». Вердикт профессионалов однозначен – в таком виде принимать закон нельзя, необходимо менять концепцию страхования. Об этом говорили и представители врачебных сообществ Новосибирска, Тюмени, Екатеринбурга, и приглашенные экономисты и юристы.

Так, Капитолина Турбина, профессор МГИМО, подчеркнула, что с точки зрения медицинских работников страхование вреда, причиненного пациенту, не решает главной проблемы, а именно – не снимает гражданско-правовую ответственность с медицинских учреждений. Не решает и закон проблем пациентов – компенсируется только причиненный серьезный вред здоровью – инвалидность и смерть. Ежегодные же выплаты страховым компаниям как посредникам в реализации такого страхования, остаются по итогам выплаты у них на счетах и засчитываются как их прибыль.

На смену проекту закона «О страховании вреда пациенту при оказании медицинской помощи» Национальная медицинская палата предложила взять за основу модель Общества взаимного страхования медицинских работников, когда страхует профессиональная

ответственность, а выплаты пациентам зависят от факта наличия врачебной ошибки, приведшей к причинению вреда здоровью.

Как отметила К. Турбина, «Речь идет о том, чтобы на территории субъектов федерации сформировать территориальные общества взаимного страхования ответственности медработников, которые финансировались бы за счет двух источников: взносов врачей и взносов медучреждений. Почему и тех, и других? Потому что на врача может быть наложена обязанность компенсировать медучреждению суммы, установленные трудовым законодательством. Поэтому он кровно заинтересован в том, чтобы иметь защиту от такого рода притязаний со стороны работодателя. Кроме того, в случае неустраиваемости, эти деньги остаются в фонде и накапливаются в резерв. Тогда как, если мы страхуемся в страховой компании, неустраиваемые деньги она забирает себе. Это большой плюс обществ взаимного страхования. Они могут сами распоряжаться своими средствами. Это инструмент, который позволит и врачей заинтересовать, и Минздрав, и территориальные фонды ОМС».

В сегодняшнем законодательстве есть статьи, регламентирующие обязанности и права медработников. В числе этих прав – страхование рисков своей профессиональной ответственности. То есть страхование риска своей профессиональной ответственности является правом медработников и не предполагает обязательного страхования.

Иск к конкретному медицинскому работнику может быть предъявлен только в рамках его трудовой правовой ответственности. Несмотря на то, что сейчас

врач не является субъектом права, эта тема уже активно обсуждается. А после введения лицензирования деятельности медицинских работников обязательное страхование станет необходимостью.

Поэтому в контексте развития саморегулирования наличие такой конструкции – это своего рода компенсационный фонд для того, чтобы иметь возможность компенсировать ущерб, причинный пациенту. Найдет место в такой страховой модели и институт независимой экспертизы качества медицинской помощи, а СРО смогут взять на себя функции досудебного регулирования. «За рубежом 80% всех жалоб разрешается на досудебном уровне через эту систему» В Германии, например, есть Комиссии по врачебным ошибкам», – подчеркнул президент НМП Леонид Рошаль.

Однако главный вопрос, который был поднят на совещании – за счет каких средств должно проводиться такого рода страхование? Капитолина Турбина назвала следующие источники финансирования: внебюджетные средства медицинских организаций и добровольные отчисления самих врачей. Леонид Рошаль отметил, что на переходном периоде необходимо предусмотреть финансирование отчислений в Общество взаимного страхования от медицинских организаций за счет средств ОМС и привел нашумевший пример с арестом счетов Калининградской больницы: «Мне, например, также завтра присудят иск на три миллиона. Так придется закрыть институт – все 40 000 больных я лечу бесплатно, у меня внебюджетных фондов нет», – сказал Президент НМП.

Участники совещания в целом одобрили этот подход предложенный

НМП. Создание Общества взаимного страхования как инструмента совместного несения рисков за причинения вреда при оказании медицинской помощи дает возможность обеспечить защиту интересов лечебных учреждений и медицинских работников, отказаться от дорогостоящих услуг адвокатов и консультантов, сформировать полноценную систему экспертизы и в итоге уравновесить интересы врачей, медицинских организаций, пациентов и государства.

«Правила страхования должны быть совместно утверждены Минздравом и Нацмедпалатой. Это дало бы основания для определения порядка расчета морального вреда в рамках этого страхования. Предлагаем следующий механизм: страховые премии уплачиваются медицинскими работниками ежемесячно (совокупный размер на год для врачей основных специальностей в пределах 3 тыс. руб) и ТФОМС за медицинские организации в пределах выделенных смет с учетом необходимого совокупного страхового взноса в расчете на одного медицинского работника с учетом индивидуального риска (вид медицинской деятельности, профессиональная квалификация, ответственность и пр.). Размер страховой суммы на одного пациента составит три миллиона рублей», – отметила К. Турбина.

В настоящее время Министерство здравоохранения совместно с НМП создает комиссию по разработке основных положений взаимного страхования рисков при оказании медицинской помощи, а также финансово-экономическое обоснование реализации проекта в пилотном регионе.

РОВЕСНИЦА НОВОСИБИРСКА

Новосибирская Дорожная клиническая больница в этом году отметила 120 лет. Она – ровесница города и ее появление связано со строительством железнодорожного моста через Обь, который и положил начало Новониколаевску-Новосибирску.

В далеком 1893 году было принято решение об организации врачебно-питательного пункта с приёмным покоем на три койки. Располагался этот крошечный пункт медицинской помощи в одноэтажном деревянном бараке. Сегодня, спустя 120 лет, Дорожная клиническая больница является одним из наиболее авторитетных и надежных лечебных учреждений города Новосибирска, сохраняет лидирующие позиции в медицинской системе ОАО «РЖД».

ИННОВАЦИИ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ

Передовые методы лечения давно стали



для Дорожной больницы визитной карточкой. Неудивительно, что и в юбилейном году она в очередной раз удостоилась почетных наград в сфере высоких технологий. За разработку, исследование и успешное внедрение современных медицинских технологий диагностики, лечения, реабилитации и

профилактики по специальностям хирургического профиля Дорожная клиническая больница была награждена большой золотой медалью на выставке «Медсиб-2013»

Хирургическая служба стационаров больницы – особая гордость коллектива. Приоритеты ее работы – малоинвазивная, органосохраняющая и реконструктивная хирургия, которые значительно сокращают срок нетрудоспособности, реабилитации и существенно улучшают качество жизни пациента. Немаловажно, что использование высоких медицинских технологий отличается основательностью подхода, которая определяется широким профилем возможностей медицинской помощи. Нейрохирургический центр, центр хирургической гастроэнтерологии Дорожной больницы с их уникальными технологиями известны далеко за пределами Новосибирска.

О применении нейрохирургических технологий, используемых в больнице, стоит сказать отдельно. На базе больницы функционирует Нейрохирургический центр, оказывающий высокотехнологичную медицинскую помощь. В состав Центра входят неврологическое, нейрохирургическое и нейрореанимационное подразделения, которые оснащены самым современным оборудованием. Высокую эффективность квалифицированной медицинской помощи обеспечивает слаженная работа всех этих подразделений, а также использование новейших медицинских технологий. К таковым относятся нейроэндоскопия, микроангиохирургия, эндоваскулярная нейрохирургия, радиочастотная деструкция при болевых синдромах, функциональная нейрохирургия и другие.

Здесь же проводятся совершенно уникальные занятия для восстановления функции равновесия и улучшения работы вестибулярного аппарата, для разработки мелкой моторики кисти, восстановления памяти, речи, навыков самообслуживания после инсульта. Важно, что реабилитация предлагается пациенту сразу же после проведения нейрохирургического лечения, начиная с пребывания в палате.

В больнице так же оказывается хирургическая помощь больным с гинекологическими, отоларингологическими, урологическими патологиями, травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, болезнями глаз. Всего же в Дорожной клинической больнице оказывается медицинская помощь по 29 медицинским направлениям. Благодаря такой многопрофильности в клинике с успехом помогают особо сложным пациентам, имеющим сочетанную патологию.

Дорожная больница давно прославилась своей диагностической службой.



центра микрохирургии глаза НУЗ ДКБ Павел Лебедев стал лауреатом в номинации «лучший офтальмолог». Заведующая кардиологическим отделением Наталья Андришина, войдя в число номинантов областного конкурса 2012 года, заняла II место в номинации «Лучший врач-кардиолог» на российском конкурсе «Лучший врач России». Неоднократно занимали первые места на российских и городских конкурсах профессионального мастерства врачей-стоматологов больницы.

Руководитель нейрохирургического центра больницы Алексей Кривошапкин давно не нуждается в представлении, ведь его имя известно на весь мир. Алексей Леонидович имеет огромный практический опыт работы в области нейрохирургии как в России, так и за рубежом. На его счету огромное количество спасенных жизней и людей, получивших возможность полноценно жить благодаря его высокому профессионализму. Будучи одним из

поезда оснащены высокотехнологичным медицинским оборудованием из России, Германии, Японии и Франции. С помощью этого оборудования жители отдаленных районов проходят подробную диагностику по современным стандартам. Это позволяет выявлять патологии у жителей отдаленных населенных пунктов на ранних стадиях и своевременно направлять на лечение тех, кто нуждается в стационарном лечении.

Все эти годы Дорожная больница активно участвует в обеспечении медицинской составляющей безопасности движения поездов на железной дороге, способствуя сохранению здоровья железнодорожников. Ежегодно в поликлинике больницы проходит осмотр огромное количество работников железной дороги. Именно Дорожная клиническая больница проводит отбор поступающих на работу железнодорожников по состоянию здоровья. Важно, что работники ОАО «Российские железные дороги» имеют

Одна из ее особенностей состоит в том, что данные, полученные при обследовании внутренних органов и сосудов с помощью ультразвуковой диагностики, дополняются результатами спиральной компьютерной и магниторезонансной томографии. Подробное и полноценное комплексное исследование, которое позволяет провести современное диагностическое оборудование, включающее высокоинформационные тест-системы, оказывают неоценимую помощь в постановке верного диагноза и при необходимости оперативного вмешательства.

Важно и то, что качественная диагностика выполняется в кратчайшие сроки. Так, весь спектр исследования крови проводится всего в течение часа. Этому способствует использование автоматических анализаторов – биохимического, гематологического и мочевого.

О НИХ ЗНАЕТ МИР

Все эти годы статус больницы на высоких позициях удерживает профессиональный кадровый состав. Среди них немало специалистов, известных за пределами страны. Ежедневно за жизнь тысяч сотрудников, в том числе пять заслуженных врачей России, пять докторов и 60 кандидатов медицинских наук.

Профессиональные заслуги специалистов клиники постоянно получают признание в своей сфере. Так, Дорожная клиническая больница признана лауреатом Международной Премии «Профессия – Жизнь» в номинации «За достижения в области клинической медицины».

Кроме того, специалисты больницы принимают участие в ежегодном конкурсе профессионального мастерства «Врач года», где неоднократно входили в число лауреатов и финалистов. Так в 2013 году врач-офтальмолог Дорожной клинической больницы, руководитель Междорожного



ведущих нейрохирургов России, Алексей Кривошапкин состоит в Королевском колледже хирургов Англии, является членом-корреспондентом РАМН.

Владимир Анищенко, руководитель центра хирургической гастроэнтерологии Дорожной больницы, в 2010 году вошел в десятку самых авторитетных врачей России по версии журнала «Русский репортер». Владимир Владимирович имеет более 4500 самостоятельно выполненных лапароскопических операций и является российским лидером по внедрению технологии N.O.T.E.S. – выполнение операций через естественные отверстия. Ряд операций Владимир Анищенко выполнил впервые в регионе.

НА ОСОБОМ КОНТРОЛЕ

На протяжении многих лет в Дорожной больнице сохраняется традиция совершать добрые дела. Так, на базе диагностического центра больницы работает поезд «Здоровье», который посещает малодоступные населенные пункты и промышленные предприятия, имеющие подъездные пути. Вагоны

возможность своевременно выявлять патологии на самых ранних стадиях, что определяет эффективность лечения.

«Залог успеха Дорожной больницы, как и других учреждений железнодорожной отрасли, заключается в принадлежности к холдингу ОАО «Российские железные дороги», в стратегии развития медицинских организаций компании, разработанной Департаментом здравоохранения ОАО «РЖД», в поддержке и тесном сотрудничестве с руководством Западно-Сибирской железной дороги, а также в сотрудничестве со специалистами медицинских учреждений и кафедрами отечественных и зарубежных медицинских вузов, – говорит Евгений Юшков, директор НУЗ «Дорожная клиническая больница». – В наших планах на будущее – дальнейшее совершенствование качества и безопасности медицинских услуг, выход на новые рубежи технического прогресса, и, конечно, неизменная забота о пациентах. Их доверием мы уже заручились. А это – главная инвестиция в наше совместное будущее».

Маргарита Евдокимова

КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ № 27 – ТРИДЦАТЬ ПЯТЬ ЛЕТ



медицинских технологий позволяет выполнять полный объем диагностических исследований в поликлинике и на дому. Кроме того, различные виды реабилитации с целью восстановления здоровья доступны пациентам в дневном стационаре и в стационаре на дому.

Надо отметить, что поликлиника всегда была в лидерах по внедрению новых форм обслуживания пациентов. С 1998 года работает дневной стационар, который осуществляет семейную реабилитацию, здесь лечат детей и взрослых. Немаловажно, что весь лечебный процесс проходит в удобных комфортабельных палатах с применением современных медикаментозных препаратов. С 2004 года впервые в городе Новосибирске здесь внедрена новая форма организации оказания медицинской помощи населению – стационар на дому. Это позволило приблизить медицинскую помощь лицам с ограниченными возможностями и сократить число госпитализаций в

круглосуточный стационар.

На базе поликлиники работают две кафедры Новосибирского государственного медицинского университета.

Но все достижения были бы невозможны без профессиональной, добросовестной работы коллектива. Сегодня в поликлинике трудится около 230 сотрудников. В том числе более 100 средних медицинских работников и около 100 врачей, большинство из которых имеет высшую квалификационную категорию, двое – ученую степень доктора наук и двое – кандидата медицинских наук. Коллектив принимает активное участие в областном конкурсе профессионального мастерства «Врач года». Дважды врачи поликлиники признавались лучшими в номинации «Терапия»: в 2007 году Татьяна Александровна Косолапова и в 2012 году Ольга Владимировна Глазкова.

За достижения и успехи в здравоохранении



Одно из крупнейших амбулаторно-поликлинических учреждений области – ГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 27» – отметило 35-летний юбилей. Первых пациентов поликлиника приняла в 1978 году. А первым главным врачом был Анатолий Карпович Мелешкин. Сегодня поликлиникой руководит д.м.н., профессор Александр Викторович Калининко.

Поликлиника обслуживает более чем 50 тысяч жителей Центрального округа Новосибирска, как взрослых, так и детей.

Внедрение и применение новейших

форм обслуживания пациентов. С 1998 года работает дневной стационар, который осуществляет семейную реабилитацию, здесь лечат детей и взрослых. Немаловажно, что весь лечебный процесс проходит в удобных комфортабельных палатах с применением современных медикаментозных препаратов. С 2004 года впервые в городе Новосибирске здесь внедрена новая форма организации оказания медицинской помощи населению – стационар на дому. Это позволило приблизить медицинскую помощь лицам с ограниченными возможностями и сократить число госпитализаций в

Консультативно-диагностическая поликлиника № 27 удостоена двух Золотых и одной Серебряной медалей Сибирской ярмарки «Медсиб», отмечена дипломами и наградами конкурса продукции, услуг и технологий «Новосибирская марка» в различных номинациях (2008, 2010, 2011, 2012 гг.) Поликлиника отмечена грантом за активное участие в проекте «Сибирь – здоровое сердце», внесена в Федеральный реестр «Всероссийская книга почета» и занесена на Доску почета г. Новосибирска.

Елизавета Майорова

ИСКИТИМСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ – 80 ЛЕТ



25 октября 2013 года одно из крупных многопрофильных медицинских учреждений Новосибирской области – «Искитимская центральная городская больница» отмечает 80-летний юбилей.

А начиналось все осенью 1933 г., когда в Искитиме открылась больница на 45 коек. У жителей района появилась возможность получать специализированную медицинскую помощь по терапии, хирургии, педиатрии, акушерству-гинекологии и зубопротезированию.

Шли годы, менялись реалии нашей жизни. Время предъявляло новые требования к организации медицинской помощи. За свою историю больница повидала многое.

Но самые значительные изменения она пережила за последнее десятилетие. Почти во всех отделениях проведен капитальный или косметический ремонт. В декабре 2007 г. сдан в эксплуатацию новый хирургический корпус, новая газовая котельная.

Но главное, как считают сами сотрудники больницы, изменилось их мировоззрение. В больнице внедрены новые методики обследования и лечения больных. Так врачи-травматологи освоили внеочаговый остеосинтез аппаратами типа Илизаро-

ва, эндохирургические операции, «блокирующий синтез костей голени и бедра» и многое другое. В Искитимской больнице не только врачи-кардиологи, но и врачи и фельдшера скорой медицинской помощи проводят тромболизис больным с острым инфарктом миокарда. Больница компьютеризована. На вооружении «ИЦГБ» хороший парк компьютерной техники, учреждение буквально обвито оптоволоконном, в стационарах врачи работают с «электронной историей болезни», что позволяет значительно сэкономить время медиков и пациентов.

Профессия врача постоянно требует совершенствования, освоения новых знаний и методик. И в больнице созданы для этого все условия. Специалисты больницы проходят обучение не только в Новосибирском государственном медицинском университете, но и других городах России и за рубежом.

Искитимская больница славится врачебными династиями: Байбаковых, Егоровых, Кайгородовых, Коротковых, Корниенко, Мальченко, Рыжковых, Селевёрстовых, Селивановых, Торшинных.

Коллектив больницы – высокопрофессиональный, с активной гражданской позицией. Так 97% врачей больни-

цы являются членами Новосибирской областной ассоциации врачей, а первичная организация НОАВ ГБУЗ НСО «ИЦГБ» стала победителем смотра-конкурса среди первичных организаций Новосибирской областной ассоциации врачей. Самое активное участие врачи Искитима принимают в областном конкурсе профессионального мастерства «Врач года». В 2005 году лауреатом конкурса стала врач-пульмонолог Л.Я.Морозова, в 2006 г. – врач-стоматолог М.С.Захарова, а в 2007 г. лауреатами стали сразу 2 врача «ИЦГБ» – зав. рентгенологической службы А.А.Габерлах и зав. отделением травматологии А.И.Полудницын. В 2008 году лауреатом стала зав. отделением функциональной диагностики Т.А.Рыбакова. Лауреатом областного конкурса «Врач года-2009» стала врач анестезиолог-реаниматолог Е.В.Черникова. А в 2010г. Лауреатами областного конкурса «Врач года» стали врач – акушер-гинеколог, заведующая женской консультацией Л.А.Песцова и врач анестезиолог-реаниматолог И.Г.Благодарова В 2011г. дипломантом областного конкурса «Врач года» в номинации «За верность в профессии» стала врач акушер-гинеколог Р.И.Барч. В 2012г. лауреатами и победителями

областного конкурса «Врач года» стали сразу три врача: Приз зрительских симпатий получила заведующая отделением скорой медицинской помощи Н.Ю. Григорьевская, первое место в номинации «За преданность врачебной профессии» заняла врач хирург Р.К.Хлюстина, врачебный стаж которой составляет 47 лет, а заведующая физиотерапевтическим отделением В.И. Боярищева стала лауреатом. Она же заняла первое место в номинации Лучший врач медицинской реабилитации» на всероссийском конкурсе «Лучший врач России – 2012».

Сильны в больнице и спортивные традиции. Уже много лет два раза в год – летом и зимой – проводятся больничные спартакиады. В последнее время для участия в них приезжают и команды соседних районных больниц.

В канун предстоящего юбилея хочется от всей души поздравить с юбилеем главного врача А.А.Кайгородова и весь коллектив медицинских работников. Пожелать всем новых профессиональных побед, здоровья, благополучия.

Секретарь первичной организации НОАВ ГБУЗ НСО «ИЦГБ» Н.Ю. Григорьевская

НАЙДЕН СПОСОБ ВЫРАСТИТЬ БЕТА-КЛЕТКИ ПРИ ИНСУЛИНОЗАВИСИМОМ ДИАБЕТЕ

Американские ученые обнаружили разновидность иммунных клеток, которая способствует росту бета-клеток при сахарном диабете первого типа. Это исследование является еще одним доказательством важной роли клеток иммунной системы в развитии инсулинозависимого диабета. Полученные результаты, опубликованные на сайте Джослинского центра исследований диабета (Joslin Diabetes Center), появятся в январском выпуске журнала Diabetes.

При сахарном диабете первого типа клетки иммунной системы проникают в островки Лангерганса поджелудочной железы и уничтожают бета-клетки, которые производят инсулин. Однако исследования на мышах-диабетиках, не

страдающих ожирением (линия мышей NOD), навели на мысль о том, что иммунные клетки могут также способствовать сохранению данных клеток.

Последние исследования Джослинского центра показали, что у пациентов, которые живут с диабетом первого типа в течение 50 лет и более, остается некоторое количество производящих инсулин бета-клеток. В новом исследовании специалисты Центра изучили, каким образом иммунные клетки могут способствовать росту бета-клеток, а также выяснили тип клеток и механизмы, лежащие в основе этого эффекта.

Ученые вводили мышам линии NOD лимфоциты типа В или Т из панкреатических островков от мышей-доноров той

же линии и проводили оценку их влияния на бета-клетки. В ходе исследования было обнаружено, что с повышением уровня всех маркеров роста бета-клеток связано воздействие Т-лимфоцитов (подтипы CD4+ и CD8+), а инъекции В-лимфоцитов не оказали какого-либо влияния на рост этих клеток.

Как отмечает ведущий автор Рохит Кулкарни (Rohit Kulkarni), дальнейшие эксперименты с клеточными культурами показали, что CD4+ и CD8+ Т-клетки выделяют воспалительные цитокины и хемокины (интерлейкин-2, интерлейкин-6, интерлейкин-10 и др.), которые при совместном действии усиливают размножение бета-клеток. Это первое

исследование, свидетельствующее о том, что данная группа факторов участвует в росте этих клеток поджелудочной железы.

Следующим шагом ученых, по словам доктора Кулкарни, будет изучение воздействия иммунных клеток на рост бета-клеток человека. Производимые Т-лимфоцитами факторы имеют терапевтический потенциал усиливать рост бета-клеток островков Лангерганса, что может помочь предотвратить или отсрочить развитие сахарного диабета первого типа, полагают авторы.

НОВОСИБИРСКИЕ ЛИМФОЛОГИ МОГУТ ПРЕДСКАЗЫВАТЬ ВАРИКОЗ ЗА 5 ЛЕТ ДО ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ

В новосибирской клинике Института лимфологии СО РАМН более 20 лет ведется успешная научно-медицинская работа по установлению причин различных заболеваний лимфатической системы. Специалистами клиники накоплен огромный аналитический и практический материал, в том числе и по такому опасному заболеванию, как варикозное расширение вен. В свое время клиника Института лимфологии стала первым медицинским учреждением сибирского региона, где было

внедрено УЗИ вен. Многие методики этой диагностики апробировались и применялись на практике именно в рамках специализированного кабинета УЗИ клиники.

Как рассказал руководитель данного направления, к.м.н., врач УЗИ диагностики клиники ФГБУ «НИИКЭЛ» СО РАМН, Рустам Хапаев, ему удалось, на основе накопленной базы исследований, установить, что развитие варикоза можно предположить еще до появления начальных признаков заболевания.

Как показывает практика, с помощью УЗИ, при определенных манипуляциях с исследуемыми венами, можно установить признаки объемной перегрузки подкожного венозного русла. Это еще не варикоз, и даже не его первичная стадия, но наличие, так называемого, «мозаичного кровотока» позволяет с уверенностью сказать пациенту, что существует серьезная предрасположенность к варикозной болезни. Если в этом случае пренебрегать профилактикой и рекомендациями специалистов, то варикоз

обязательно себя проявит в течение нескольких ближайших лет.

Понятия «признаки объемной перегрузки подкожного венозного русла» и «мозаичный кровоток», предложенные Хапаевым, оказались весьма полезны при наблюдении женщин, решивших зачать ребенка. УЗИ вен, проведенное с учетом новых данных, способно показать спровоцирует физическая нагрузка во время беременности варикоз или нет.

НАУЧНАЯ «БОМБА» ОТ НОВОСИБИРСКИХ АРИТМОЛОГОВ

Руководителя центра хирургической аритмологии Евгения Покушалова пригласили стать экспертом ведущей мировой профессиональной организации – Американского колледжа кардиологов.

Приглашение демонстрирует признание мировой научной и врачебной общественностью результатов исследований и разработок коллектива новосибирских аритмологов. «Одна из наших последних статей о применении ренальной денервации в лечении пациентов с фибрилляцией предсердий стала своего рода научной «бомбой», вызвавшей целую волну новых исследований в ведущих клиниках мира, – говорит заместитель директора по научно-экспериментальной работе, д-р мед. наук, профессор Евгений Покушалов. – В 2010 году мы высказали

гипотезу, которая, на первый взгляд, казалась странной. Мы предположили, что патологический процесс нарушений ритма сердца стимулируется нервными сплетениями в области почечных артерий и, разрушив эти сплетения, мы усилим эффект хирургического лечения. В настоящее время процедура успешно выполнена более 100 пациентам. И в некоторых случаях результат превзошел даже смелые ожидания».

Электрод проводится к месту воздействия через небольшой прокол в бедренной артерии, контроль осуществляется с помощью рентгена. Процедура выполняется под местной анестезией. После операции у больных снижается патологическое артериальное давление, в среднем на 25 мм рт. ст., существенно уменьшается количество эпизодов фибрилляции предсердий,

уходит риск внезапной смерти, снижается доза или вообще отменяются медикаменты. Наблюдается значительное улучшение качества жизни пациента.

Новый метод лечения показал превосходные результаты также в лечении желудочковой тахикардии. «Признание, своего рода международная аккредитация центра хирургической аритмологии, открывает для новосибирских специалистов широкие возможности участия в научной работе на всех мировых площадках, – уверен Евгений Покушалов. – Это позволит нам быстрее внедрять передовые научные идеи в медицинскую практику, на равных войти в основные мировые исследовательские проекты, получить в партнеры наших исследований ведущие клиники и научные центры и, что важно, обеспе-

чить финансирование этой работы со стороны медицинских компаний».

PS.

Разработанные в центре хирургической аритмологии методы диагностики и лечения фибрилляции предсердий включены в 2010 году в рекомендации Европейского общества кардиологов по лечению фибрилляции предсердий. Рекомендации обновляются раз в четыре года и обобщают передовой клинический и научный опыт. Российские специалисты представлены в рекомендациях впервые (European Heart Journal, 2010. V. 31).

НОВОЕ ЛЕКАРСТВО ОТ АЛЛЕРГИИ УСПЕШНО ПРОШЛО ИСПЫТАНИЯ

Группа канадских и британских исследователей провела успешные испытания нового лекарственного препарата от аллергии на траву и пылевых клещей. Действующее вещество антигистаминного средства входит в новый терапевтический класс синтетических иммунорегулирующих пептидов (SPIREs).

Результаты исследования опубликованы на сайте университета Макмастера. Авторы работы полагают, что полученные результаты будут полезны миллионам людей, которые из-за аллергии

испытывают такие симптомы, как чихание, зуд в глазах и насморк, существенно влияющие на самочувствие и работоспособность.

По оценкам ВОЗ, данные аллергены ответственны более чем за 50 % аллергических заболеваний дыхательных путей. Только в США и Европе от 15 до 25 % населения имеют повышенную чувствительность к пыльце различных видов трав, и каждый четвертый человек страдает аллергией на пылевых клещей.

Во второй фазе клинических испытаний препарата против поллиноза

(аллергии на пыльцу), получившего название Grass-SPIRE, приняло участие 280 человек. У тех испытуемых, которые получили оптимальный краткий курс экспериментальной терапии, к концу третьего месяца испытаний значительно улучшилось самочувствие и сгладились симптомы поллиноза, по сравнению с теми, кто получал плацебо.

Клинические испытания препарата против аллергии на пылевого клеща, названного учеными HDM-SPIRE, были проведены на 172 пациентах, которые получили четыре лечебные дозы в

течение 12 недель. Как показали исследования, существенный лечебный эффект препарата проявился спустя год после начала лечения.

Как отмечают исследователи, противоаллергический препарат хорошо переносился всеми участниками эксперимента. «Результаты применения препарата предполагают, – процитировал Science Daily слова ведущего исследователя Марка Ларше (Mark Larche), – что испытанный метод может быть использован при многих распространенных видах аллергии».