

От новых технологий — к повышению эффективности лечения

По материалам IV Украинской гастроэнтерологической недели

Одним из интереснейших мероприятий в рамках IV Украинской гастроэнтерологической недели (22-23 сентября, г. Киев) стал научно-практический симпозиум, который был посвящен новым возможностям лечения заболеваний печени и поджелудочной железы.

Участники форума — ведущие специалисты в области гастроэнтерологии из Российской Федерации в сообщениях сделали акцент на ведении пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и хроническим панкреатитом — наиболее распространенными и вместе с тем сложными для диагностики и лечения заболеваниями.



Доклад «От новых технологий к новым терапевтическим возможностям», подготовленный совместно с доктором медицинских наук, профессором Ю.П. Успенским,

представила ассистент кафедры внутренних болезней с курсами гастроэнтерологии и эндоскопии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова, кандидат медицинских наук Екатерина Владимировна Балукова.

— Сегодня так называемые болезни цивилизации привлекают все большее внимание специалистов, так как научно-технический прогресс способствовал значительному изменению образа жизни населения. Превалирование интенсивного умственного труда при низкой двигательной активности, увеличение количества стрессовых ситуаций, снижение производства натуральных продуктов питания и переориентация на выпуск высококалорийной дешевой продукции признаны факторами, провоцирующими развитие метаболического синдрома (МС), который Всемирная организация здравоохранения называет пандемией XXI века.

В популяции старше 30 лет распространенность МС составляет 10-30%. С возрастом заболеваемость этой патологией увеличивается. Так, среди населения старше 60 лет доля больных с МС достигает 42-43,5%, однако в последние годы также отмечается грозная тенденция к увеличению заболеваемости МС среди детей и подростков. По прогнозам, к 2025 г. прирост количества больных МС составит 50%.

За последние годы представления о ведении пациентов с МС претерпели существенные изменения: если ранее лечением таких больных занимались преимущественно кардиологи и эндокринологи, то сегодня ведущим признан мультидисциплинарный подход с активным участием врачей общей практики, терапевтов, гепатологов, гастроэнтерологов, диетологов и психологов.

Патогенез МС до конца не изучен, и до сих пор нет единого мнения о первопричине каскада метаболических нарушений. Доказано, что в основе МС лежат инсулинорезистентность и предрасположенность к ней, которая реализуется в условиях низкой физической активности и избыточного питания. Можно

утверждать, что МС является совокупностью факторов риска развития сердечно-сосудистых катастроф, а также сахарного диабета и хронической почечной недостаточности. К указанным факторам риска относятся инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, абдоминальное ожирение, нарушение толерантности к глюкозе, НАЖБП, артериальная гипертензия, дислипидемия, атерогенный профиль, микропротеинурия, гиперкоагуляция, гиперурикемия.

Одним из факторов, провоцирующих развитие МС, является ожирение. В Японии количество жителей с ожирением достигает 15%, в Швейцарии, Болгарии, Италии, Франции, Испании — 20%, в Германии, Финляндии, Великобритании — 30%, в России — около 25-30%, Румынии — 40%, в США — более 50%. В Украине ожирением страдает 30-35% мужчин, 41% женщин и 15-16% детей и подростков. По данным М. Ashwell (1994), если бы человечеству удалось решить проблему ожирения при МС, средняя продолжительность жизни увеличилась бы на 4 года, притом что решение проблемы злокачественных опухолей увеличило бы среднюю продолжительность жизни лишь на 1 год.

Ожирение является гетерогенным по своей сущности: в частности, выделяют генетическую предрасположенность к этому нарушению; по данным различных источников, к врожденным факторам, провоцирующим риск ожирения, относят наличие гена рецептора лептина, гена липопропротеинлипазы, генов, кодирующих образование β_1 - и β_2 -адренорецепторов, гена карбоксипептидазы E (fat-ген). Однако наибольшую значимость в возникновении ожирения имеет отсутствие адекватной двигательной активности: при физической нагрузке увеличивается поступление свободных жирных кислот в мышечную ткань, где происходит их окисление, способствующее уменьшению инсулинорезистентности. Степень снижения инсулинорезистентности прямо коррелирует с интенсивностью физических упражнений.

Вторым по значимости фактором, провоцирующим развитие ожирения и МС, является нарушение пищевого поведения. Выделяют несколько типов нарушения пищевого поведения: экстернальное, в основе которого лежит повышенная реакция на внешние стимулы, такие как накрытый стол, доступность пищи, реклама пищевых продуктов и др.; эмоциогенное (гиперфагическая реакция на стресс — так называемое эмоциональное переживание, «пищевое пьянство») и ограничительное (хаотичные, резкие самоограничения в приеме пищи, приводящие к эмоциональной нестабильности и диетической депрессии) (Т. Van Strien et al., 1986).

Курение также является существенным фактором риска МС: у курильщиков отмечена обратная корреляция между интенсивностью курения и уровнем холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) и прямая ассоциация со степенью инсулинорезистентности

и выраженностью клинических проявлений МС (В. Eliasson, 2003). Никотин признан основным агентом, вызывающим прогрессирование инсулинорезистентности и дисфункции эндотелия (В. Balkau, 2002).

Согласно данным Международной диабетической ассоциации (2005), к критериям МС относятся:

- высокий уровень триглицеридов ($>1,7$ ммоль/л);
- снижение уровня ХС ЛПВП ($<1,04$ ммоль/л у мужчин и $<1,29$ у женщин);
- повышение уровня глюкозы ($>5,6$ ммоль/л натощак);
- артериальное давление $\geq 130/85$ мм рт. ст.;
- абдоминальное ожирение (окружность талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин).

Сегодня НАЖБП не относится к критериям МС и ее диагностика не входит в стандарты обследования при МС, однако именно у пациентов с сахарным диабетом и ожирением отмечается самый высокий риск развития НАЖБП — 11 и 13% соответственно.

В развитии НАЖБП выделяют два этапа, которые могут протекать как последовательно, так и параллельно. На первом этапе при избыточном поступлении жира с пищей отмечается развитие стеатоза, при этом избыточное поступление продуктов гидролиза липидов из кишечника ведет к депонированию жиров в гепатоцитах, а снижение интенсивности окисления и утилизации свободных жирных кислот гепатоцитами способствует блокаде ферментов синтеза и повышению образования липопротеинов очень низкой плотности. На этапе стеатогепатита отмечается присоединение оксидативного стресса с нарастанием процессов перекисного окисления липидов, избыточным поступлением в печень свободных жирных кислот, компенсаторной гиперинсулинемией и секрецией цитокинов, в результате чего происходит развитие воспаления, отмечаются повреждение мембран гепатоцитов и развитие фиброза портального тракта.

Клиническая картина НАЖБП крайне неспецифична: в большинстве случаев пациенты не предъявляют никаких жалоб (20-77%) либо симптомы носят неспецифический характер и могут заключаться в общей слабости (50-75%), наличии дискомфорта, реже — боли в правом подреберье (28-45%), гепатомегалии (25-50%). Поэтому чаще всего НАЖБП выявляется случайно на фоне повышения АЛТ и АСТ не более чем в 4-5 раз (чаще повышена активность АЛТ), активности щелочной фосфатазы, гипертриглицеридемии, гиперхолестеринемии и гипергликемии. Гипоальбуминемия, повышение уровня билирубина, тромбоцитопения, увеличение протромбинового времени отмечаются лишь у пациентов с поздними стадиями НАЖБП.

Диагностика НАЖБП осуществляется при помощи визуализирующих методик

(УЗИ, КТ и МРТ печени), биопсии печени и неинвазивных методов, таких как эластометрия. К предикторам, позволяющим прогнозировать прогрессирование НАЖБП, относят:

- возраст старше 45 лет;
- женский пол;
- индекс массы тела >28 кг/м²;
- увеличение активности АЛТ в ≥ 2 раза;
- уровень триглицеридов $>1,7$ ммоль/л;
- наличие артериальной гипертензии;
- сахарный диабет;
- индекс инсулинорезистентности НОМА >5 .

Выявление более чем двух из вышеперечисленных предикторов свидетельствует о высоком риске развития фиброза печени.

Стандартов лечения МС на сегодняшний день не существует, поэтому важно уделять внимание каждому из проявлений этого нарушения. Большое значение в коррекции МС имеют снижение массы тела (диета и увеличение физических нагрузок), коррекция гипогликемии за счет повышения чувствительности клеточных рецепторов инсулина (назначение бигуанидов, тиазолидиндионов), коррекция гиперлипидемии путем назначения статинов и фибратов, контроль артериальной гипертензии, а также гепатопротекция и антиоксидантная терапия.

Наибольший спор вызывает необходимость гипоглипидемической терапии. С одной стороны, статины способствуют уменьшению выраженности стеатоза, повышению чувствительности периферических тканей к инсулину, обладают плеiotропными положительными эффектами на эндотелий сосудов, а стабилизирующее действие на атеросклеротическую бляшку вносит дополнительный вклад в снижение сердечно-сосудистого риска у пациентов с МС. С другой стороны, статины могут вызывать дозозависимое отклонение печеночных тестов с трехкратным превышением верхней границы нормы трансаминаз при использовании высоких доз. Таким образом, необходим дифференцированный подход к назначению статинов у данной группы пациентов, и повышение в три раза уровня верхней границы нормы хотя бы одного из печеночных ферментов является основанием для прекращения терапии статинами (рекомендации ВНОК, 2009).

Эссенциальные фосфолипиды способны встраиваться в поврежденные клеточные мембраны гепатоцитов, восстанавливают и сохраняют клеточную структуру печени и ее фосфолипидзависимых энзиматических систем, нормализуют функцию печени и ферментную активность гепатоцитов, улучшают метаболизм нейтральных жиров и холестерина, стабилизируют физико-химические свойства желчи, замедляют формирование соединительной ткани и развитие фиброза в печени, повышают детоксикационную функцию печени.

Лецитин в естественных условиях представляет собой смесь различных фосфолипидов, при этом гепатопротекторными свойствами обладает лишь один из них — фосфатидилхолин.

Содержание фосфатидилхолина в нативной смеси фосфолипидов не превышает 13-20%, и он в основном представлен в связи с мононенасыщенными и насыщенными жирными кислотами. Суточная норма потребления эссенциальных фосфолипидов составляет не менее 3-6 г лецитина и 500-1000 мг холина. При дефиците холина происходит увеличение клеточной гибели вслед за ростом клеточной пролиферации и регенерации, а также активация перекисидации и свободнорадикального повреждения клеточных мембран, увеличение уровня АЛТ в крови (Zeisei et al., 1991) и развитие жировой инфильтрации печени (Shepard et al., 1986). Сегодня потребление лецитина с пищей не соответствует физиологической норме: наиболее богатые естественные источники лецитина содержатся в жирной, богатой холестерином пище, потребление которой требуется значительно ограничить у пациентов с НАЖБП и МС. Одним из способов восполнить дефицит лецитина является прием эссенциальных фосфолипидов. Последние в течение многих лет используются в медицине с гепатопротекторной целью, при этом содержание в них полиненасыщенного фосфатидилхолина в 4-5 раз больше по сравнению с таковым в природном лецитине и достигает 76%.

В отличие от ряда других лекарственных средств на основе эссенциальных фосфолипидов Энерлив не содержит потенциально опасных для почек и печени красителей E171 и E172, а также стабилизатора E487. Энерлив производится из бобов сои, которые являются богатым источником лецитина, по уникальной технологии в бескислородных условиях с последующей упаковкой в герметичные бесшовные капсулы, благодаря чему достигается сохранение всех полезных свойств нативной субстанции. Указанные свойства Энерлива потенциально позволяют достичь выраженного гепатопротекторного и холестеринснижающего эффекта.

На кафедре пропедевтики внутренних болезней с курсами нутрициологии и клинического питания СПбГМА им. И.И. Мечникова под руководством доктора медицинских наук, профессора Ю.П. Успенского проводилось клиническое исследование, позволившее оценить эффективность Энерлива у больных МС. Было обследовано 48 пациентов с МС, средний возраст которых составил 51,8 года. После проведения всестороннего обследования (УЗИ органов брюшной полости, исследования биохимических показателей крови и липидного спектра, а также показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы) больных рандомизировали в группу активного лечения (n=30) либо группу плацебо (n=18). Пациентам обеих групп были назначены диета и регулярные физические нагрузки, при этом участники основной группы в течение 3 мес дополнительно получали лечение Энерливом по 2 капсулы 3 р/сут до еды.

При оценке результатов выявлено, что в группе активного лечения удалось достичь значительного улучшения клинических проявлений на фоне приема Энерлива: снижения частоты астеновегетативного синдрома с 91,7 до 4,5% случаев, дискомфорта в правом подреберье — с 66,7 до 18,8%, диспепсии — с 50 до 8,3%. В этой группе улучшение основных показателей достигалось значительно раньше такового в группе плацебо. Также у пациентов, принимавших Энерлив, отмечалось значительное улучшение динамики цитолитического синдрома и показателей липидного спектра крови, особенно в отношении ХС ЛПВП, перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы.

Печень — основной орган-мишень при МС, при этом компоненты МС являются факторами риска развития цирроза и фиброза печени. Применение препарата Энерлив у пациентов с МС и НАЖБП является патогенетически обоснованным и может обеспечивать регрессию клинических проявлений заболевания, нормализацию функциональных печеночных проб, снижение уровня атерогенных фракций липопротеинов и улучшение показателей антиоксидантной системы.



Профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук Олег Самуилович Шифрин

рассказал о современных подходах к лечению болевых форм панкреатита.

— За последние 30 лет заболеваемость острым и хроническим панкреатитом увеличилась в 2-3 раза практически во всех развитых странах мира. Это связано с улучшением возможностей диагностики: появлением новых методов исследования, МРТ, современных аппаратов УЗИ. Однако не следует забывать и об абсолютном росте заболеваемости в связи с увеличением употребления алкоголя, жирной пищи, табачных изделий, а также влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды.

У 80-90% больных хроническим панкреатитом единственным начальным симптомом заболевания является абдоминальная боль; все другие классические симптомы панкреатита — диарея, желтуха, диабетоподобные проявления — в действительности на начальной стадии заболевания встречаются крайне редко (Lohr, 1990). Однако спустя 3-5 лет от начала заболевания ситуация меняется: уменьшается выраженность болевого синдрома, меняется его характер, и вместе с тем увеличивается значимость симптомов внешнесекреторной недостаточности; спустя 10 лет от манифестации панкреатита именно внешнесекреторная недостаточность становится наиболее значимым проявлением патологии (Lankisch et al., 1997).

Таким образом, к клиническим особенностям развернутой стадии заболевания относятся, с одной стороны, уменьшение внешнесекреторной продукции поджелудочной железы (в связи с развитием фиброза и стеатоза), а с другой — уменьшение эндокринной функции железы с одновременным уменьшением выраженности болевого синдрома.

Безусловно, для эффективного лечения и предотвращения прогрессирования панкреатита необходимо обращать внимание на ранние проявления заболевания, в первую очередь на боль. Каковы же причины болевого синдрома у пациентов с хроническим панкреатитом? Для выбора эффективной тактики лечения необходимо помнить, что при панкреатите различают два типа боли. Боль типа А связана с собственно воспалением ткани поджелудочной железы, сдавлением нервных окончаний ганглиев и воздействием провоспалительных цитокинов. Особенностью такой боли является ее относительная кратковременность (до 10 дней) с последующим длительным «светлым» промежутком (до 1 года); она хорошо поддается терапевтическому воздействию (в частности, купируется анальгетиками).

Продолжение на стр. 74.

Мезим® форте 10 000

БАЗОВИЙ ЕЛЕМЕНТ
ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Diagnos:
Хронічний панкреатит
Призначення:
1. Мезим форте 10000 №20

Мезим® форте 10000 - 10 000 ОД ліпази для швидкого лікувального ефекту

Енерлів® — чиста допомога стомленій печінці!



Функції есенціальних фосфоліпідів:

- пошкодження печінки, викликані різноманітними речовинами (при алкогольному стеатозі в тому числі);
- токсико-нутритивні порушення печінки в результаті неправильного харчування;
- хронічні гепатити;
- легкі форми гіперхолестеринемії, якщо лише дієта та інші немедикаментозні заходи не надають достатнього ефекту.

Шкідливий на печінку вплив нейтралізує **Енерлів®**

От новых технологий — к повышению эффективности лечения

По материалам IV Украинской гастроэнтерологической недели

Продолжение. Начало на стр. 72.

Совершенно иные характеристики имеет боль типа Б, которая фактически является следствием развития осложненных воспалительных процессов в поджелудочной железе: протоковой гипертензии, слущивания эпителия и воздействия агрессивного панкреатического сока на нервные окончания, сдавления головки и протоков железы, появления псевдокист и др. Для боли типа Б характерен длительный период обострения, частые приступы рецидивов; устраняется она лишь с помощью эндоскопических или хирургических методов лечения.

Таким образом, лечение панкреатита, в частности связанного с ним болевого синдрома, должно быть строго дифференцированным и осуществляться лишь после определения стадии заболевания и типа боли.

Американская гастроэнтерологическая ассоциация предлагает следующий алгоритм ведения пациентов с хроническим панкреатитом (1998):

- с помощью визуализирующих методов (УЗИ, КТ, эзофагогастродуоденоскопии или рентгенографии начальных отделов желудочно-кишечного тракта) необходимо исключить язвенную болезнь, рак поджелудочной железы, стеноз двенадцатиперстной кишки, псевдокисты, стриктуры желчных протоков;
- после подтверждения диагноза панкреатита рекомендована низкокалорийная диета, исключение алкоголя, прекращение курения; пациентам рекомендовано ведение дневника (мониторинга болей) с выявлением главных провоцирующих факторов; на этом этапе назначается лечение ненаркотическими анальгетиками;
- при неэффективности модификации образа жизни и терапии анальгетиками рекомендованы курс таблетированных ферментных препаратов в высоких дозах в течение минимум 8 нед и ингибиторы желудочной секреции;
- при неэффективности вышеуказанных мероприятий показано хирургическое лечение, которое может заключаться в дренировании протоков либо денервации и последующей резекции поджелудочной железы.

Таким образом, консервативное лечение боли у пациентов с хроническим панкреатитом заключается в полной абстиненции от провоцирующих факторов, назначении анальгетиков (парацетамола, Дексалгина). При неэффективности анальгетиков рекомендуется переход на трамадол и опиоиды, хотя возможность их назначения значительно ограничена как в России, так и в Украине.

Еще одной важной группой препаратов, используемых в лечении панкреатической боли, являются трициклические антидепрессанты. В случае неэффективности терапевтических мероприятий принимается решение об эндоскопическом или хирургическом лечении. Следует учитывать, что оба метода не могут обеспечить сохранение функции поджелудочной железы, однако хирургическое лечение показало преимущества в купировании болевого

синдрома, уменьшении количества осложнений, длительности эффекта; преимуществом эндоскопического метода остается его малая инвазивность, поэтому он показан в первую очередь пациентам пожилого возраста.

Назначение ферментных препаратов необходимо как на этапе терапевтического ведения с целью создания функционального покоя органа, так и после хирургического лечения панкреатита (заместительная терапия с целью коррекции экзокринной недостаточности).

В нашей клинике было проведено исследование, в котором сравнивали эффективность панкреатина в форме таблеток и минимикросфер в уменьшении болевого синдрома. 60 больных хроническим панкреатитом были определены в группу лечения препаратом Мезим 10 000 по 2 таблетки 3 р/сут (n=30) либо приема панкреатина 10 000 в форме минимикросфер по 2 капсулы 3 р/сут (n=30) в течение 4 нед. После окончания курса терапии в группе Мезима отмечалось исчезновение боли у 37% больных против 30% в группе приема минимикросфер; еще 39% больных, принимавших Мезим, отметили значительное уменьшение болевого синдрома, а среди участников, получавших минимикросферы, этот показатель составил 17%. Отсутствие динамики отметили 17% больных из группы Мезима и 33% — из группы минимикросфер. Ухудшение болевого синдрома наступило у 7 и 20% соответственно (p=0,05 для всех показателей). Запор, который является наиболее частым побочным эффектом при приеме панкреатина, отмечался лишь у 3,3% больных из группы Мезима против 20% участников из группы минимикросфер.

Немаловажным в плане фармакоэкономики был факт уменьшения длительности применения ингибиторов протонной помпы в группе пациентов, получавших таблетированную форму панкреатина.

Таким образом, Мезим 10 000 позволил полностью купировать или значительно уменьшить интенсивность болевого синдрома панкреатического генеза, при этом применение препарата обеспечивал сравнимую с использованием микрогранулированной формы компенсацию умеренной внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. На фоне терапии препаратом Мезим осложнения в виде запоров регистрировались реже, чем при лечении микрогранулированным препаратом.

При выраженном болевом синдроме уместно использование высокодозного полиферментного таблетированного препарата Пангрол 20 000, который в исследованиях у больных панкреатитами показал высокую эффективность в купировании боли. Указанные выводы позволяют рекомендовать таблетированные формы панкреатина Мезим форте 10 000 и Пангрол 20 000 для лечения болевой формы хронического панкреатита с умеренным проявлением внешнесекреторной недостаточности.

Подготовила Татьяна Спринсян



ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Отношения «врач—пациент» в правовом поле

На вопросы читателей отвечает Елена Бабич, юрист, адвокат, управляющий партнер компании «Бабич и Партнеры»



Может ли врач-специалист, являющийся физическим лицом-предпринимателем и имеющий лицензию на медицинскую практику, нанимать на работу врачей-специалистов? Нужна ли в таком случае лицензия на каждого врача-специалиста? Какими нормативными документами регулируется этот вопрос?

Данный вопрос урегулирован Лицензионными условиями осуществления хозяйственной деятельности по медицинской практике, которые утверждены приказом Министерства здравоохранения Украины от 02.02.2011 г. № 49. Согласно п. 2.5 Лицензионных условий физическое лицо — предприниматель имеет право нанимать на работу врачей и младших специалистов с медицинским образованием. Таким образом, физическое лицо — предприниматель, у которого есть лицензия на осуществление медицинской практики, имеет право нанимать на работу врачей-специалистов с учетом требований трудового законодательства. При этом получение отдельной лицензии не требуется, но следует отметить, что специальность нанимаемого врача должна соответствовать указанной в лицензии на осуществление медицинской практики.

Какая категория медработников обязана подавать ежегодную декларацию о доходах с 1.01.2012 г.? Что нового появилось в этой декларации? Какой уровень дохода облагается налогом?

С 1 января 2012 г. должностные лица, которые получают заработную плату за счет государственного или местного бюджета, ежегодно до 1 апреля должны подать по месту работы декларацию об имуществе, доходах, расходах и обязательствах финансового характера за прошедший год. Это положение касается главных врачей, их заместителей, заведующих отделений, лабораторий, служб, старших медсестер, работающих в лечебных учреждениях государственной и коммунальной форм собственности. Кроме того, следует иметь в виду, что в декларации указываются сведения о доходах, недвижимом имуществе, транспортных средствах, вкладах в банках, ценных бумагах и других активах, финансовых обязательствах членов семьи. Членами семьи являются лица, состоящие с подателями декларации в браке, их дети, лица, находящиеся под опекой и попечительством, другие лица, которые совместно проживают, связаны общим бытом, имеют взаимные права и обязанности, в том числе лица, которые совместно проживают, но не состоят в браке.

Подготовила Виктория Куриленко

ПОСТРЕЛИЗ

Конференция «Частное медицинское учреждение: организация и управление» станет ежегодной

29 и 30 сентября 2011 года в г. Киеве прошла конференция «Частное медицинское учреждение: организация и управление». Программа конференции была построена таким образом, чтобы участники могли создать для себя модель частного медицинского учреждения от момента зарождения идеи о создании ЛПУ и исследования рынка до эффективной работы частной медицинской клиники.

Директор Центра медицинского права, главный редактор журнала «Медицина практика: організаційні і правові аспекти», кандидат юридических наук, адвокат Сергей Антонов остановился на вопросах законодательного обеспечения процедуры лицензирования медицинской практики, содержания актов, вступивших в силу в 2011 г., а также на проекте изменений в Лицензионные условия ведения медицинской практики, которые в настоящий момент находятся на стадии подготовки.

Рискам юридического характера при открытии и ведении хозяйственной деятельности частных медицинских учреждений был посвящен доклад директора Института медицинского и фармацевтического права и биоэтики Академии адвокатуры Украины, президента ВГО «Украинская медико-правовая ассоциация», члена Совета директоров Всемирной ассоциации медицинского права, кандидата юридических наук Радмилы Гревцово.

О внедрении системы качества и стандартизации в медицинском учреждении на базе международных стандартов качества ISO участникам рассказала заместитель генерального директора Клиники «Исида» по контролю качества и эпидемиологической безопасности Татьяна Сингаевская. Среди принципов, обеспечивающих соблюдение стандартов качества в частном заведении, — ориентация на потребителя, лидерство руководителя, процессный подход, постоянное совершенствование, обоснованный метод принятия решений, взаимовыгодное сотрудничество с поставщиком услуг, системный подход к менеджменту и привлечению персонала.

Перспективам развития системы страхования профессиональных рисков медицинских работников и медицинских учреждений был посвящен доклад члена ВГО «Украинская медико-правовая ассоциация», доцента кафедры менеджмента и экономики в семейной медицине Харьковской медицинской академии последипломного образования, кандидата юридических наук Елены Роговой. На современном этапе страхование профессиональных рисков в Украине практически не проводится. Среди основных причин называют неосведомленность о таком виде страхования со стороны медицинских работников и невозможность страховых компаний продавать необходимый страховой продукт.

Продолжая тему ответственности, управляющий партнер ЮК «Бабич и Партнеры» Елена Бабич рассказала о проверках лечебных учреждений со стороны контролирующих органов. Она отметила, что право осуществлять проверку соблюдения лицензиатом требований Лицензионных условий имеют исключительно представители МЗ Украины. О планируемой проверке предприятия представители МЗ информируют лицензиата заблаговременно, однако внеплановые проверки проводятся без предупреждения.

Конечно, перечисленные вопросы не раскрывают всех аспектов ведения частной медицинской практики, что побуждает к продолжению дискуссии в ходе следующей конференции, которая состоится в 2012 году.

Пострелиз предоставлен ЮК «Бабич и партнеры»